

**ADVERTIMENT.** L'accés als continguts d'aquesta tesi queda condicionat a l'acceptació de les condicions d'ús establertes per la següent llicència Creative Commons:  <https://creativecommons.org/licenses/?lang=ca>

**ADVERTENCIA.** El acceso a los contenidos de esta tesis queda condicionado a la aceptación de las condiciones de uso establecidas por la siguiente licencia Creative Commons:  <https://creativecommons.org/licenses/?lang=es>

**WARNING.** The access to the contents of this doctoral thesis it is limited to the acceptance of the use conditions set by the following Creative Commons license:  <https://creativecommons.org/licenses/?lang=en>

**UAB**

Universitat Autònoma de Barcelona

TESIS DOCTORAL

# VOCES DE LA LOCURA

Una Aproximación desde la Antropología Social  
a las Experiencias en el Activismo Loco  
y los Grupos de Apoyo Mutuo

Autora:

**EDURNE DE JUAN FRANCO**

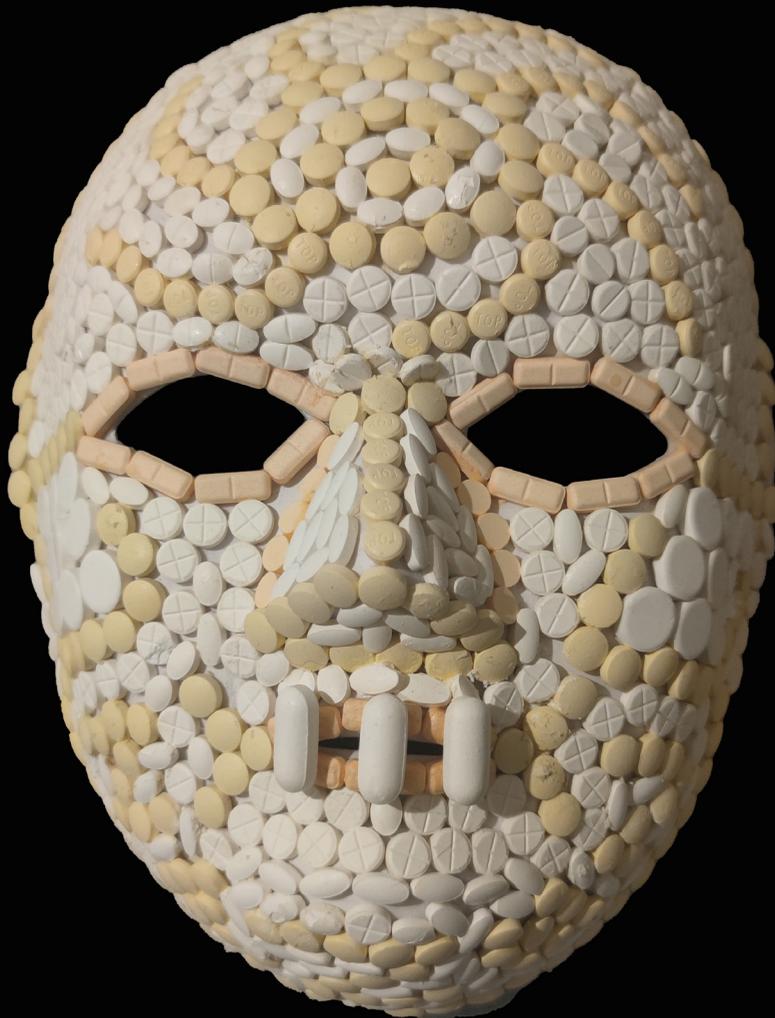
Directoras:

**DRA. PEPI SOTO MARATA**

**DRA. VIRGINIA FONS RENAUDON**

Tutora:

**MIRANDA JESSICA LUBBERS**



Departamento de Antropología Social y Cultural

Facultad de Filosofía y Letras

Universidad Autónoma de Barcelona

2023

**UAB**

**Universitat Autònoma de Barcelona**

# VOCES DE LA LOCURA

---

Una Aproximación desde la Antropología Social  
a las Experiencias en el Activismo Loco y los  
Grupos de Apoyo Mutuo

Autora:

EDURNE DE JUAN FRANCO

Directoras:

DRA. PEPI SOTO MARATA

DRA. VIRGINIA FONS RENAUDON

Tutora:

MIRANDA JESSICA LUBBERS

Tesis doctoral

Departamento de Antropología Social y Cultural

Facultad de Filosofía y Letras

Universidad Autónoma de Barcelona

2023

Máscara de cubierta: Sergi Oca, 2021.

*A mi abuelo, Eladio de Juan,  
que está en cada letra que escribo.  
A mis padres, Daniel y Mary,  
y a mi hermano, JD.*



Pero como todos los que no tienen alma, no podéis soportar a los que tienen demasiada.  
¡Demasiada alma! Eso es lo que molesta, ¿verdad? Entonces se le llama enfermedad.

Albert Camus, *Calígula*, 1944.

¡Psiquiatrizables de todo el mundo, uníos!... mientras aún sea tiempo.

Christian Delacampagne.

¡Cuando hablo de tú, soy yo!  
¡Cuando él no está, estoy yo!  
Él, tú y yo, ¡somos nosotros!  
Eskizofrenia, eskizofrenia, eskizofrenia...  
Llevamos con nosotros  
el engaño y la verdad  
que vosotros, pobres ratas  
ni siquiera os atrevéis a imaginar.

Eskorbuto, 1985.



## AGRADECIMIENTOS

Aunque mi nombre se destaca en la portada, una etnografía, en su esencia, es siempre colectiva. Es el resultado de diálogos múltiples y la experiencia compartida, el eco de lo pensado, dicho, escrito, interpretado, recordado y relatado por *otras*.

Agradezco a Pepi Soto por dirigir esta tesis y acompañarme desde el afecto y profesionalidad. Su amor a la antropología y la pasión por el aprendizaje me han enseñado a *créixer i aprendre, mentrestant*. Gracias por no soltarme y adaptarte a las mutaciones, gracias por el cariño en cada palabra y en cada coma. A Virginia Fons, exploradora de símbolos y afloramientos rocosos, cuyos aportes han sido siempre muy sugerentes. A mis directoras, a ambas, no podía haber tenido mejor compañía en este camino. *Moltes gràcies*.

Siento un profundo respeto y admiración por cada una de las personas colaboradoras de esta tesis. Gracias por brindarme las palabras, las experiencias y los saberes que dotan de coherencia a este texto; espero que se sientan representadas. Mi deuda con Rosa, Esperanza, Basi, Marta, Mari, Mariona, Lea, Dunia, Sora, Irene y Diotima es inenarrable. Los nombres de todas no caben en una página. Agradezco a *Versos de Napalm* por la poesía, a Sirio por el dibujo, Sergi Oca por las máscaras y a los activistas por los memes. Que sigamos reivindicando el *derecho al delirio*. Haciendo eco de la dedicatoria de Kate Millett (2019) en su *viaje al manicomio*, quisiera dedicar estas líneas «a las que han estado allí». A las sobrevivientes de la psiquiatría, a las psiquiatrizadas, a las locas, a las activistas que hablan en *primera persona*: este texto es más suyo que mío.

A todas las personas que la antropología ha traído a mi vida: profesoras, investigadoras y compañeras que me han inspirado y con las que he compartido en distintos momentos y lugares. Eskerrikasko Gizarte Langintzako Saileko kideei, Maddalen, Irantzu, Eva, Noemi, Amaia, Arkaitz, Kontxesi, Ixone... ezin izen guztiak aipatu. Eta baita ikasleei ere, galderek askotan erantzunek baino gehiago irakasten dutelako.

A las amigas, por recordarme que, incluso en travesías tan solitarias como las de una tesis, nunca estamos solas. Un agradecimiento especial a Maitane Arizti, la primera en leer estas páginas. A mi familia por el apoyo. A mis padres, Daniel y Mary: sin ellos, no habría llegado hasta aquí.

No soy nada.  
Nunca seré nada.  
No puedo querer ser nada.  
Aparte de esto, tengo en mí todos los sueños del mundo.

Fernando Pessoa.



## RESUMEN

El texto que presento es una polifonía de voces y vivencias narradas, un entramado de relatos, prácticas e interpretaciones de distintas personas vinculadas al activismo loco y a los Grupos de Apoyo Mutuo (GAM). Producto de un trabajo de campo desarrollado durante 2020 y 2022, esta etnografía se inscribe en la antropología de la locura y la antropología del aprendizaje. Parto de la premisa de que el discurso biomédico, y su categorización entre lo normal y lo patológico, a menudo encubre errores de clasificación y procesos de desigualdad social y estructural, así como diversas experiencias vitales que causan sufrimiento. Este enfoque da lugar a una narrativa caracterizada por una lógica patologizadora, determinista y biologicista que individualiza el origen de los distintos malestares encapsulando y objetivando realidades que son dinámicas, variables y subjetivas. De esta forma, el sujeto psiquiatrizado queda atrapado en lo que podría denominarse la *Nave de locos* del siglo XXI: el *Stultifera Neoliberalis*. Un buque polifarmacia que, pese a ofrecer una sensación de apertura, realmente somete al individuo a un confinamiento interno, mientras navega inmutable a través de los circuitos terapéuticos. El recorrido farmacológico se convierte en el viaje vital, y la promesa de rehabilitación se vincula al cumplimiento constante y acrítico de esta travesía medicalizada. En este panorama, resistir va más allá de simplemente oponerse; implica cuestionar y desafiar la estructura que somete al sujeto psiquiatrizado en un ciclo perpetuo de búsqueda de autonomía que parece una quimera. Aquellos que logran desentrañar este laberinto y resistir activamente son quienes, desde su experiencia en *primera persona* y en el activismo loco, nos invitan a redefinir y repensar el actual paradigma del sufrimiento psíquico conectándolo con el contexto y la estructura social. La colectividad, el apoyo mutuo, el activismo, el lenguaje —entendido como forma de expresión y de acción política—, se transforman en un lugar de resistencia y de cambio, y permiten la emergencia de saberes que derivan en una reconfiguración identitaria más o menos sólida y en espacios de resubjetivación política que se convierten también en un canal para expresar la fragilidad humana, haciendo que el mundo de vida de las personas psiquiatrizadas sea un lugar más habitable.



# ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS.....	7
RESUMEN .....	9
ÍNDICE .....	11
ÍNDICE DE ILUSTRACIONES.....	18
<b>INTRODUCCIÓN. <i>POR LA MADRIGUERA DEL CONEJO</i> .....</b>	<b>23</b>
UNA ETNOGRAFÍA EN LA PANDEMIA: UNA ETNOGRAFÍA MUTANTE .....	23
JUSTIFICACIÓN.....	31
ESTADO DE LA CUESTIÓN.....	34
REFLEXIONES SOBRE EL MÉTODO: <i>TARARÍ Y TARARÁ</i> .....	39
El diálogo etnográfico: Un Viaje Intersubjetivo y Encarnado.....	40
Los Desplazamientos.....	41
Hay Algo de lo que me Gustaría que Hables en tu Trabajo.....	44
Una Antropología Socialmente Comprometida .....	46
Los Estudios Locos ( <i>Mad Studies</i> ) .....	50
Estructura de la Tesis.....	57
<b>PRIMERA PARTE: AQUÍ ESTAMOS TODOS LOCOS.....</b>	<b>61</b>
<b>I. FENÓMENO DE INVESTIGACIÓN. UN VIAJE A TRAVÉS DEL CONTROL DE LA LOCURA .....</b>	<b>63</b>
1.1. UNA APROXIMACIÓN GENEALÓGICA AL CONTROL SOCIAL DE LA LOCURA .....	64
1.1.1. Saber, Poder y Sujeto: La Construcción del Sujeto Moderno .....	64
1.1.2. <i>Stultifera Navis</i> : La Existencia Errante y el Perpetuo Viaje.....	67
1.1.3. La Sociedad Disciplinaria, el Panóptico y la Ortopedia Social.....	68
1.1.4. La Pulsión Clasificatoria y el Dispositivo Psiquiátrico.....	73
1.1.5. El Manicomio: El Encierro de la Locura.....	75
1.1.6. La Contención Química: Los Muros Invisibles de la Desmanicomialización .....	79

1.2. LA ANTIPSIQUIATRÍA.....	82
1.2.1. La Antipsiquiatría Clásica.....	83
1.2.2. La Nueva Antipsiquiatría .....	85
1.3. LA LOCURA DEL NEOLIBERALISMO COMO FORMA DE SUBJETIVACIÓN DOMINANTE .....	86
1.3.1. El Imperativo del Rendimiento y el Comercio de las Emociones .....	86
1.3.2. Patologización y Terapeutización de la Vida Contemporánea.....	90
1.3.3. La Mercantilización de los Malestares y la Creación de Enfermedades .....	93
<b>II. MARCO TEÓRICO. LOCURA Y APRENDIZAJE .....</b>	<b>97</b>
2.1. ANTROPOLOGÍA DE LA LOCURA: LOS PRECIPICIOS DE LA NORMALIDAD.....	98
2.1.1. Corriendo la Liebre, Muriendo la Vida.....	98
2.1.2. Espacios Liminales: De Delirios, Monstruos y Bufones .....	100
2.2. ANTROPOLOGÍA DEL APRENDIZAJE: APRENDER MIENTRAS TANTO .....	108
2.2.1. Contextos Generales de Aprendizaje.....	108
2.2.2. La Transición a un Estatus Social Desviado .....	112
<b>III. METODOLOGÍA. DERROTADOS DE LA INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>115</b>
3.1. «ESTAR AHÍ» VIRTUALMENTE: APUNTES SOBRE UNA ETNOGRAFÍA DIGITAL Y DESTERRITORIALIZADA.....	116
3.1.1. Malestar Digital: El Carrito de la Compra y la Necesidad de Desconectar.....	117
3.1.2. Instrucciones para Distraerse: De Fantaseos, Ensueños y Rumiaciones.....	122
3.1.3. El Cubo de Rubik Desterritorializado: Un Algoritmo Polifónico .....	124
3.2. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS.....	129
3.3. TÉCNICAS DE OBTENCIÓN Y DE ANÁLISIS DE LOS DATOS.....	130
3.3.1. El Campo.....	130
3.3.1.1. Acceso al Campo .....	131
3.3.1.2. Población.....	133
3.3.2. Técnicas de Obtención de Datos .....	134
3.3.2.1. Observación Participante.....	134
3.3.2.2. Entrevistas .....	137
3.3.2.3. Documentos Generados en Contexto .....	143
3.3.2.4. Diario de Campo.....	147

3.3.2.5. Historias de Vida .....	149
3.3.3. Técnicas de Análisis de Datos .....	151
3.3.3.1. Análisis de Contenido.....	151
3.3.3.2. Triangulación de Fuentes .....	154
3.3.4. Sesgos, Limitaciones y Dificultades .....	155
3.3.5. La Relación con las Colaboradoras y el Compromiso Ético .....	157
3.3.6 Devolución de Resultados a las Colaboradoras de la Investigación.....	158
<b>SEGUNDA PARTE. A TRAVÉS DEL ESPEJO.....</b>	<b>161</b>
... Y lo que Alicia Encontró Allí.....	162
<b>IV. CONTEXTO DE INVESTIGACIÓN. LA RESIGNIFICACIÓN</b>	
<b>DE LA LOCURA .....</b>	<b>163</b>
4.1. «POR NUESTRA CUENTA»: MOVIMIENTO DE LOS EXPACIENTES Y SOBREVIVIENTES DE LA PSIQUIATRÍA.....	164
4.2. ESCUCHANDO VOCES ( <i>HEARING VOICES</i> ).....	166
4.3. EL ORGULLO LOCO ( <i>MAD PRIDE</i> ) .....	169
4.3.1. La Eclósión del Activismo en Primera persona en el Estado Español.....	172
4.3.2. Del «Escandalazo» al Orgullo Loco.....	174
4.4. GRUPOS DE APOYO MUTUO (GAM) EN PRIMERA PERSONA.....	176
4.4.1. El Funcionamiento de los GAM.....	177
<b>V. POLIFONÍAS: EL SONIDO DE LAS MÚLTIPLES VOCES.....</b>	<b>183</b>
5.1. VOCES Y VIVENCIAS DE LA LOCURA.....	184
5.1.1. Mariona: Los Vómitos eran una Forma de Decir lo que me estaba Pasando.....	186
5.1.2. Rosa: Yo Soy Escuchadora de Voces.....	196
5.1.3. Mari: Yo le Dije que eran Manchas de Chorizo .....	206
5.1.4. Esperanza: Yo no tengo Miedo a la Muerte, Yo tengo Miedo a que me Aten .....	217
5.1.5. Lea: Tía, pero si tú has sido una Niña Maltratada.....	227
5.1.6. Marta: Me hubiera Gustado que No me hubieran Puesto un Diagnóstico .....	237
5.1.7. Dunia: Yo estaba Obsesionada con los Dinosaurios.....	249

<b>VI. VIOLENCIAS Y ENCIERRO PSIQUIÁTRICO .....</b>	<b>265</b>
6.1. POR LA PUERTA INFERNAL: UN VIAJE POR EL AQUERONTE .....	267
6.1.1. Prefacio sobre la Banalidad del Mal y la Violencia Institucional.....	270
6.2. LA VIOLENCIA DEL DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO .....	274
6.2.1. Una Discontinuidad: ¿La Transición a un Sujeto Patológico?.....	275
6.2.1.1. Ojalá Nadie me hubiera Dicho que estaba Loca.....	276
6.2.1.2. Escenas de Poder: De Psiquiatras, Dioses y Detectores de Locos .....	277
6.2.1.3. Pluralidad de Sentires: Rechazo, Arbitrariedad y Explicación Complaciente.....	280
6.2.2. La Encarcelación del Diagnóstico: Estigma y Autoestigma .....	284
6.2.2.1. La Peligrosidad: ¿Y si las Voces te Dicen que Mates a Alguien?.....	286
6.2.2.2. Control y Disciplina: ¿Te has Tomado la Medicación? .....	288
6.2.3. Un Horizonte Robado: Una Sentencia para Toda la Vida .....	290
6.2.3.1. La Psiquiatra me Dijo que No Tuviera Hijos.....	293
6.3. EL ENCIERRO: CUANDO SALÍ ESTABA MUCHO PEOR QUE CUANDO ENTRÉ..	295
6.3.1. El Secuestro de Basi: Como un Pájaro Enjaulao.....	296
6.3.2. Sobre el Deseo de Ver un Árbol: Los Hospitales Psiquiátricos son Cárcels .....	299
6.3.2.1. La Construcción de una Identidad Patológica.....	301
6.3.3. Instrucciones para Salir: Donde hay Resistencia también hay Aprendizaje y Poder.....	306
6.3.3.1. De la Cárcel Sales, del Psiquiátrico no es tan Fácil Salir.....	307
6.3.3.2. Hice Ver como que No había Ocurrido Nada.....	309
6.3.3.3. Aprendí a Responderle: No Tengo la Paranoia .....	311
6.3.4. Contenciones: Locos son los que Atan .....	314
6.3.4.1. La Cultura de Atar: Que te Aten a ti a ver cómo te Relaja.....	315
6.3.4.2. El Trauma: No Sabes qué han Hecho con tu Cuerpo Mientras Duermes .....	320
6.3.4.2.1. <i>Con Suerte te Ponen un Pañal o te Dan una Cuña</i> .....	323
6.3.4.3. La Amenaza: Te Tomas la Medicación o te Atamos .....	324
6.3.4.3.1. <i>No te Puedes Fiar de los Profesionales</i> .....	325
6.3.4.4. El Terror de la Contención: Relatos Políticos sobre Prácticas que Matan .....	327
6.4. ZOMBIFICACIÓN: DESTERRITORIALIZACIÓN MANICOMIAL .....	333
6.4.1. <i>Stultifera Neoliberalis</i> : El Cuerpo se Traga al Poder.....	335
6.4.1.1. Devenir Zombi: La Camisa de Fuerza Química.....	337
6.4.1.2. De la Cama al Sofá: Los Antipsicóticos te Encierran .....	339

6.4.1.3. ¿Todavía se Aplica el Electrochoque?.....	341
6.4.2. FarMafia: La Alianza entre la Medicalización y la Mercantilización....	344
6.4.2.1. La Adherencia al Tratamiento y la Sucesión de Prescripciones .....	346
6.4.2.2. Ellos Engordándose los Bolsillos y tú Engordando con tu Medicación .....	347
6.4.3. Desmedicalización: Los Psi No Ayudan.....	349
<b>VII. SUBJETIVIDADES DE LA LOCURA .....</b>	<b>350</b>
7.1. ENTRADA AL PURGATORIO: LOS TRES PELDAÑOS.....	357
7.2. LA ANGUSTIA DE UN SILENCIO ENQUISTADO .....	360
7.2.1. Callar Duele Más: El Silencio Impuesto .....	361
7.2.2. Sobre Patologizar las Consecuencias del Abuso.....	364
7.2.3. Tragarse los Vómitos y Arrancarse el Pelo.....	365
7.3. MEDEA REVISITADA: UNA RESPUESTA PARA ROSA.....	368
7.3.1. La Petición: Hay Algo de lo que me Gustaría que Hables en tu Trabajo .....	368
7.3.2. El Relato: Mi Madre me Intentó Matar.....	369
7.3.3. Un Proceso de Resubjetivación Política: Yo soy Escuchadora de Voces .....	371
7.3.4. Medea Revisitada: Cómo Narrar lo Inenarrable.....	373
7.3.5. Tejiendo Puentes entre los Márgenes... ..	376
7.4. EL SENTIDO DE LAS VOCES.....	377
7.4.1. El Saber de la Experiencia de la Locura.....	378
7.4.2. ¿Y qué tiene de Extraño? .....	380
7.4.3. Un Soldado Romano Viene a Matarme.....	383
7.4.4. Estrategias de Afrontamiento: Dotar de Sentido a las Voces.....	385
7.5. LA ÚLTIMA CORNISA DEL PURGATORIO: EL REINO DE LA POESÍA.....	390
7.6. LA RESISTENCIA A MENUDO EMPIEZA CON EL ARTE DE LAS PALABRAS .....	392
7.6.1. Cantos de Poesía: Porque Escribí estoy Vivo.....	395
7.6.1.1. Mariona: Vamos a Contar Mentiras.....	396
7.6.1.2. Rosa: Aplastada por una Sombra.....	399
7.6.1.3. Rosa: Hablaré, puesto que si algo me hizo daño fue el silencio.....	401
7.6.1.4. Basi: Ahora Escribo Pájaros.....	403
7.6.1.5. Versos de Napalm: Oda a la Locura .....	407
7.6.2. La Despedida de Virgilio.....	409

<b>VIII. RESIGNIFICACIONES DE LA LOCURA .....</b>	<b>411</b>
8.1. ASCENSO AL PARAÍSO: SUBIR, AL FIN, A LAS ESTRELLAS .....	413
8.1.1. Breve Apunte sobre el Sufrimiento en el Paraíso .....	415
8.2. QUIZÁ NOSOTRAS SOMOS LAS PALABRAS QUE CUENTAN LO QUE SOMOS .....	417
8.2.1. Romper las Herramientas del Amo: Una Estrategia Política de Autoenunciación .....	418
8.2.2. Estoy Cansada de Usar Nombres que Otros me Dan.....	419
8.2.3. La Imaginación y los Lenguajes del Activismo .....	421
8.2.4. Un Huevo Sentado en un Muro .....	426
8.3. DEVENIR ACTIVISTA LOCA: PREFIERO SER LOCA QUE ENFERMA .....	430
8.3.1. Un Contexto de Aprendizaje Cultural: Un Nuevo Horizonte de Sentido.....	431
8.3.1.1. La Primera Persona Colectiva: Hacia un Saber Compartido.....	432
8.3.1.2. Recuperar la Agencia: De Cuerpo Clínico a Cuerpo Político.....	434
8.3.2. Escenas de Activismo: Una Cultura Política, Polifónica y Dinámica.....	435
8.3.2.1. Conexiones Múltiples y Cambiantes.....	436
8.3.2.2. ¿APAB? Yo lo que Quiero es Abolir.....	438
8.3.3. Derecho al Delirio: Un Alegato a la Fuga del Orden Cuervo .....	441
8.3.3.1. Quise Experimentar con la Locura.....	443
8.3.3.2. El Derecho al Delirio y Derecho a Respirar .....	447
8.3.3.3. Tengo una Aurora Boreal en mi Habitación.....	449
8.4. APOYO MUTUO: POLITIZAR Y COLECTIVIZAR EL DOLOR.....	452
8.4.1. Sostenerse Colectivamente: Un Acto Político.....	452
8.4.1.1. Cuerpo Colectivo: Expresar la Fragilidad Humana .....	454
8.4.1.2. Llamé a Ovidio porque Sabía que No iba a Llamar a una Ambulancia .....	455
8.4.2. La Danza de la Tarantela: Un Antídoto para Colectivizar la Herida ...	457
8.4.2.1. Quitarte las Máscaras: El GAM te Permite Ser Tú Misma .....	458
8.4.2.2. Moderar un GAM: Es Como si te Hicieras Mayor.....	459
<b>INCONCLUSIONES: ¿QUIÉN LO HA SOÑADO? .....</b>	<b>461</b>
EL MUNDO ESPEJADO .....	462
Discusión por Objetivos y Preguntas de Investigación .....	462
Historización y Categorización de la Locura .....	463
Violencia Institucional en la Psiquiatrización.....	465

---

Impacto de la Patologización y Medicalización .....	466
Poder Psiquiátrico y Procesos de Resistencia .....	467
Resignificación de la Locura y Reconfiguración Identitaria .....	468
Recuperación de Voces Inhabilitadas.....	470
Continuidades.....	471
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>475</b>
WEBGRAFÍA .....	498
<b>ANEXOS.....</b>	<b>501</b>
ANEXO I. CONSENTIMIENTO INFORMADO .....	501
ANEXO II. TABLA ENTREVISTAS .....	502
ANEXO III. GUION DE ENTREVISTAS .....	503
ANEXO IV. TABLA DE SÍNTESIS DE OBSERVACIONES Y OTRAS INTERACCIONES DE CAMPO .....	504
ANEXO V. DOCUMENTOS GENERADOS EN CONTEXTO .....	506

## ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1. El Conejo Blanco.....	21
Ilustración 2. Alicia y el Gato de Cheshire.....	30
Ilustración 3. Tararí y Tarará.....	39
Ilustración 4. Alicia y el Conejo Blanco.....	43
Ilustración 5. Alicia y las transformaciones corporales. ....	44
Ilustración 6. El Gato de Cheshire. ....	61
Ilustración 7. La Ortopedia. ....	63
Ilustración 8. <i>Stultifera Navis</i> . ....	66
Ilustración 9. Corral de Locos. ....	72
Ilustración 10. Casa de Locos.....	82
Ilustración 11. The Fool – El Loco. ....	97
Ilustración 12. Le Mat. ....	105
Ilustración 13. Alicia en la Sala Subterránea. ....	115
Ilustración 14. Cubo de Rubik.....	124
Ilustración 15. Cubo de Rubik Diáfano. ....	125
Ilustración 16. Incomplete Open Cubes.....	126
Ilustración 17. Game Over.....	128
Ilustración 18. Psistema Wars.....	145
Ilustración 19. Memos y códigos en el programa F4a. ....	152
Ilustración 20. Pizarra con contextos y categorías (1era propuesta).....	153
Ilustración 21. Alicia a través del Espejo.....	161
Ilustración 22. Una Merienda de Locos.....	163
Ilustración 23. Galimatazo —Jabberwocky—. ....	183
Ilustración 24. Infierno. ....	265
Ilustración 25. Barca de Caronte. ....	268
Ilustración 26. Moneda de Medusa. ....	269
Ilustración 27. «Disguise» de Sirio.....	274
Ilustración 28. Psiquiatras y Dioses. ....	278
Ilustración 29. DSM-6.....	285
Ilustración 30. Pabellón Número 6. ....	295
Ilustración 31. Un Pajarillo desde la Ventana.....	298
Ilustración 32. Pajarillo en libertad.....	313
Ilustración 33. Ingreso Involuntari. ....	314
Ilustración 34. Cero Contenciones.....	318
Ilustración 35. ¿Contención terapéutica?.....	319
Ilustración 36. Trauma Coming or Going. ....	321

---

Ilustración 37. Máscara de Sobremedicación.....	333
Ilustración 38. Paremos el electrochoque.....	344
Ilustración 39. Purgatorio.....	355
Ilustración 40. Alicia y la Reina Blanca.....	360
Ilustración 41. Medea.....	368
Ilustración 42. El Consejo de una Oruga.....	377
Ilustración 43. Última Cornisa del Purgatorio.....	390
Ilustración 44. Ahora escribo pájaros.....	403
Ilustración 45. Despedida de Virgilio.....	409
Ilustración 46. Paraíso.....	411
Ilustración 47. Paraíso.....	415
Ilustración 48. Insectos en el Espejo.....	416
Ilustración 49. Zanco Panco.....	426
Ilustración 50. Máscara de Cerillas de Activismo.....	430
Ilustración 51. DSC.....	440
Ilustración 52. APAB.....	441
Ilustración 53. Me Cuidan mis Amigas.....	452
Ilustración 54. Autogestión libremente.....	423
Ilustración 55. ¿Quién lo soñó?.....	461



# INTRODUCCIÓN

## ***POR LA MADRIGUERA DEL CONEJO***



Ilustración 1. El Conejo Blanco.

Ilustración de Sir John Tenniel para *Alicia en el País de las Maravillas*.

Lewis Carroll, 1985, p. 27.

Y muerta de curiosidad, siguió al Conejo por la pradera y llegó justo para verlo colarse rápido por una madriguera que se abría por debajo del seto. Un momento después Alicia también desaparecía por la madriguera sin pensar ni una sola vez en cómo se las arreglaría para salir de allí. (Carroll, 1986, p. 28)



# INTRODUCCIÓN. *POR LA MADRIGUERA DEL CONEJO*

## UNA ETNOGRAFÍA EN LA PANDEMIA: UNA ETNOGRAFÍA MUTANTE

Mutación: es la clave de nuestra evolución.

Charles Xavier, Profesor X.

Atendiendo a la etimología de la palabra, mutante proviene del latín *mutans*, *mutandis* y significa «que cambia». He titulado el epígrafe introductorio de esta tesis como una etnografía mutante porque como explicaré a continuación, en el contexto de la pertinaz pandemia producida por el COVID-19, el campo etnográfico —al igual que el virus— se ha ido transformando y evolucionando. En *Alicia en el país de las maravillas* (Carroll, 1985)<sup>1</sup> hay un diálogo muy sugerente entre Alicia<sup>2</sup> y el Gato Sonriente del Condado de Chéster, el Gato de Cheshire. Alicia le pregunta qué camino debe de tomar y el enigmático gato le responde: «Poco importa el camino que tomes... ¡Oh! Si andas bastante, no dejarás de llegar a alguna parte» (p. 92).

Durante los últimos casi cuatro años, mientras realizaba esta tesis de doctorado, en no pocas ocasiones he tenido esa sensación de no saber a dónde iba, ni el camino que debía de tomar. Hay caminos que se me han presentado cerrados y han surgido momentos de gran incertidumbre. Asimismo, hay caminos que no contemplaba tomar, que al final han resultado ser inevitables y necesarios. Eso ha sido, al fin y al cabo, el proceso de investigación: errar, habitar las incertezas y *arder en preguntas*<sup>3</sup>; caer por la madriguera del Conejo Blanco y desaparecer en un agujero muy profundo, y, desde allí, tratar de rearmarme para encontrar la forma de abrir nuevas puertas y

---

<sup>1</sup> Cabe señalar que las fechas en las referencias citadas en la tesis corresponden a la edición de la obra consultada, de acuerdo con las normas APA 7ª edición. Sin embargo, para las obras clásicas, he considerado pertinente incluir la fecha original de publicación en una nota a pie de página, como en el presente caso, cuya fecha de publicación es 1865.

<sup>2</sup> Resulta especialmente sugerente considerar que el nombre Alicia proviene del griego antiguo ἀλήθεια (*alētheia*), y significa «verdad». Es un concepto significativo en la filosofía que refiere desvelar la realidad y descubrir los hechos sobre lo que «es verdadero». Siento que la capacidad de sorprender que tiene el trabajo de campo en antropología, de alguna manera, comparte y evoca una emoción similar a la lectura de los legendarios relatos de Lewis Carroll (1985, 1987) [publicados originalmente en 1865 y 1871 respectivamente], pues, como Alicia que cuestiona constantemente el país maravilloso y onírico que le es mostrado, en el campo, una se ve obligada a desnaturalizar y a cuestionar las ideas preconcebidas, las certezas y los hábitos de una cultura, en un constante ejercicio de re-construcción de significados. Por ello, me ha parecido sugerente servirme de los relatos de Lewis Carroll y de las ilustraciones de Sir John Tenniel como hilo conductor para introducir algunos de los apartados de esta tesis.

<sup>3</sup> Aquí estoy tomando prestada la expresión de Antonin Artaud cuando en 1925 en el poema *El ombligo de los limbos* escribe que «La vida es quemar preguntas» (Artaud, 1980, p. 13). Debo señalar que, a lo largo de la tesis, empleo la cursiva, como en este caso, para enfatizar los conceptos clave y/o para revelar y referenciar su autoría.

construir nuevos caminos. Comenzar sabiendo muy poco y terminar habiendo resuelto una nimia parte de los inabarcables entresijos y la caterva de curiosidades e interrogantes que me acechaban, percatándome más plenamente de la *infinitud de mi ignorancia*<sup>4</sup>. Podría citar, antes de indicar sucintamente los derroteros, las conversiones y los procesos de mutación que se han dibujado en esta investigación, aquel fragmento de Machado (1982) en los *Proverbios y cantares* que dice «¿Para qué llamar caminos a los surcos del azar?» (p. 139). El trabajo etnográfico que he llevado a cabo bien podría representar estos *surcos del azar* pues el campo —como voy a explicar a continuación— también se ha ido construyendo al caminar.

El interés que impulsa la presente investigación surge hace algunos años, concretamente en el curso académico 2017/2018, durante una estancia de trabajo, lacónica, pero intensa, como profesora de educación secundaria en el ámbito domiciliario y hospitalario<sup>5</sup>. Trabajaba con estudiantes que presentaban limitaciones para poder asistir a sus respectivos centros educativos, debido a enfermedades físicas o malestares psíquicos, por lo que la docencia se impartía de forma individual en sus casas o en las habitaciones del hospital en las que el alumnado estaba ingresado. El profesorado se reunía todos los martes en la jornada de la tarde para hacer una rueda de comentarios y observaciones sobre cada estudiante. Y fue ahí, en aquella interacción con el resto del profesorado de este servicio especializado, donde comencé a percibir que las interpretaciones y apreciaciones profesionales de los docentes sobre el alumnado eran diversas, e incluso arbitrarias.

A partir de esta experiencia como profesora en el ámbito de la atención pedagógica domiciliaria, pude intuir cómo las teorías del diagnóstico y los modelos terapéuticos —la representación biomédica y el modelo diagnóstico asistencial— eran una solución habitual para el alumnado que no progresaba adecuadamente en la escuela<sup>6</sup>. Diversos autores (Van

<sup>4</sup> Tomo prestada la caracterización del concepto de ignorancia socrática sobre el reconocimiento de nuestros conocimientos desde la inconmesurable magnitud de nuestra ignorancia: «Cualquiera que fuese el tipo de sabiduría a que yo pudiese aspirar jamás, tal sabiduría no podría consistir en otra cosa que en percatarme más plenamente de la infinitud de mi ignorancia» (Popper, 1994, p.12).

<sup>5</sup> Trabajaba en el HDTE Gipuzkoa, que es el Centro territorial de Gipuzkoa para la Atención Hospitalaria, Domiciliaria y Terapéutico-Educativa. La finalidad del servicio es dar apoyo educativo al alumnado que no puede asistir de una manera habitual a su centro escolar por prescripción facultativa, ya sea por encontrarse hospitalizado en una institución sanitaria, en hospitalización domiciliaria o por estar incluido en un programa terapéutico educativo. Véase: <https://oethgipuzkoa.hezkuntza.net> [Consulta: 7 de marzo de 2022].

<sup>6</sup> El discurso teórico hegemónico de la representación de los diagnósticos en el ámbito escolar deriva de la representación biomédica y entraña un modelo de diagnóstico clínico de carácter asistencial, en el que se considera el origen de la dificultad de forma biológica. Bajo esta perspectiva, se analizan y clasifican los síntomas, para poder tratarlos y reprimirlos, dado que se entiende que son los que producen el sufrimiento. Cabe considerar que, este paradigma excluye las características contextuales y los factores epistemológicos, al propugnar por un enfoque individualista, en el que se atribuye el origen del problema solo al individuo. Este paradigma recibe varias críticas, sobre todo desde las ciencias sociales y la psicopedagogía, que consideran que esta aproximación diagnóstica asistencial no es adecuada para los fines pedagógicos, puesto que ni el diagnóstico logra entender lo que realmente les sucede a los estudiantes, ni la intervención terapéutica consigue, por lo general, ayudarles a mejorar su vida (Dueñas, 2013, 2014; Harwood, 2009). La aproximación biomédica trata de inferir patrones y, en ese intento, anula el encuentro con el *otro*, lo objetiva y lo convierte en un «objeto de estudio» con el que mantiene una relación aséptica (Van Manen, 1996). De acuerdo con Vasen (2008), esta forma de diagnóstico se basa en «encontrar en una supuesta base biológica a todas las respuestas al multifacético devenir de la vida actual» (p.139). En relación con esto, Untoiglich (2013) subrayó que, bajo una lógica simplificadora, se emplean instrumentos que se guían solo por lo aparente, en un procedimiento determinista y lineal, de carácter uniformizante, que opera casi de forma exclusiva, mediante el uso de la medicalización.

Manen, 1996, 2004; Vasen, 2007, 2008; Untoiglich, 2013; Harwood, 2009; Hayne, 2015; Dueñas, 2013, 2014; Rosenberg, 2006), apuntan que, en las últimas décadas, ha aumentado la mala praxis en el diagnóstico y han proliferado los diagnósticos de carácter reduccionista en el ámbito escolar, los cuales contribuyen a una creciente patologización y medicalización de la infancia<sup>7</sup>. Con relación a la problemática expuesta, me empecé a cuestionar qué peso tendrían las valoraciones del aprendizaje y las apreciaciones personales del profesorado a la hora de decidir sobre el alumnado que requería un diagnóstico y/o derivación.

De esta pregunta surgió mi interés en realizar una investigación que dio como fruto la tesis de máster titulada *Representaciones y actitudes del profesorado frente al diagnóstico psicopedagógico: una etnografía de los docentes del ámbito domiciliario y hospitalario en Gipuzkoa*<sup>8</sup>. En este trabajo, además de las representaciones y actitudes del profesorado frente a los diagnósticos, me interesaba ahondar en la forma en la que se categorizan y se regulan las conductas en la escuela. Así, problematicé, desde la antropología, los procesos diagnósticos en la escuela y la base epistemológica que los sustentan.

El proyecto de tesis doctoral presentado en octubre de 2019 se centraba en comprender los *universos de apreciación* (Schön, 1998)<sup>9</sup> del profesorado a la hora de interpretar las situaciones que devienen en diagnósticos y/o derivaciones. Considerando que la derivación psicológica y psiquiátrica puede generar nuevos mecanismos institucionales de segregación escolar, buscaba interpretar las valoraciones y apreciaciones profesionales de los docentes como *sujetos culturales* (Soto, 2014), para determinar a qué clasificaciones, relaciones y contextos previos respondían estos procesos de decisión y, con ello como base, explorar cuáles eran las situaciones que implicaban las derivaciones y analizar, posteriormente, las consecuencias que producían estos circuitos de diagnóstico.

Para ello, inicialmente, planteé realizar trabajo de campo en dos servicios educativos, uno en el contexto educativo catalán y otro en el vasco, en los Equipos de Asesoramiento y Orientación Psicopedagógica (EAP) y en los Centros de Apoyo a la Formación e Innovación Educativa (Prestakuntzan eta Hezkuntzaren Berrikuntzan Laguntzeko Zentroak en euskera, abreviado como Berritzegunes), respectivamente. No obstante, debido al estado de alarma que ocasionó la pandemia del COVID-19 y a las numerosas dificultades que de ella derivaron, el trabajo de campo no se pudo desarrollar.

---

<sup>7</sup> En relación con la arbitrariedad que entraña el diagnóstico en el contexto escolar, cabe mencionar, de forma ilustrativa, el estudio con perspectiva transcultural que realizó Jacobson (2002) sobre la valoración del TDAH (Trastorno por déficit de atención con hiperactividad) en la escuela. Los resultados de su investigación mostraron que la interpretación y la valoración de la conducta del alumnado, por parte del profesorado, es mucho más variable según las sociedades, el contexto escolar y el estilo de cada profesor. En este sentido, que un estudiante en un lugar y en un momento específico se identifique como potencialmente TDAH, responde a factores idiosincráticos y culturales y, además, está fuertemente anclado con el fracaso escolar, es decir, un estudiante que está por debajo de la media tiene muchas más posibilidades para ser considerado para un diagnóstico. Al comparar estas evidencias, puede pensarse que la valoración del aprendizaje se convierte, en ocasiones, en una valoración diagnóstica. Por ello, según lo planteado por el autor, las terapias de medicamentos que se emplean para tratar los síntomas del TDAH deberían examinarse por razones éticas (Jacobson, 2002).

<sup>8</sup> En el marco del Máster Universitario en Psicopedagogía de la Universitat Internacional de Catalunya, UIC. Defendí la tesis en mayo de 2019.

<sup>9</sup> Citado en Soto (1999, 2011, 2014, 2021).

Uno de los principales obstáculos fue el cierre de las escuelas durante los largos meses del confinamiento y la lógica reticencia de las autoridades correspondientes a otorgar permisos de investigación dentro de los servicios educativos debido a la incertidumbre que se vivía. Cabe destacar, a este respecto, la consideración de que desde el ámbito institucional se empleara la situación ocasionada por la rápida propagación del COVID-19 y el decreto de estado de alarma, como justificación a su falta de respuesta, aunque ésta venía prolongándose desde mucho antes de la pandemia.

Para conseguir los permisos de investigación y realizar trabajo de campo en los servicios educativos, había tenido que seguir un dilatado proceso burocrático y administrativo que comenzó el 26 de septiembre de 2019 y que quedó pendiente de respuesta con la llegada de la pandemia.

En vista de las dificultades y limitaciones para desarrollar la investigación, durante el estado de alarma originado por la pandemia —entre el 14 de marzo de 2020 y el 21 junio de 2020— aproveché el confinamiento para profundizar en el desarrollo del marco teórico de la investigación, considerando fundamentalmente las aportaciones hechas por la antropología médica, así como la antropología del aprendizaje y de la educación.

Las escuelas retomaron su actividad presencial en septiembre de 2020, con nuevas reglas y restricciones, entre las que cabe destacar que se redujo el tamaño de las clases, se implementó un sistema de grupos burbuja, se había de mantener la distancia de seguridad, se evitaba compartir materiales y todo el alumnado mayor de seis años debían llevar la mascarilla de forma obligatoria.

En este contexto de restricciones que estábamos atravesando, y para hacer viable el trabajo de campo en las condiciones permitidas, tuve que realizar ajustes en el tiempo y en las técnicas de investigación. Procuré buscar una alternativa y me planteé poder documentar la realidad del diagnóstico en el nuevo contexto de emergencia sanitaria y sus afectaciones, trabajando fundamentalmente a partir de información documental y realizando entrevistas telemáticamente. Retomé el contacto con los servicios educativos para poder concretar opciones de acceso al campo en base a estas nuevas adaptaciones realizadas:

El tiempo pasa inexorablemente y creo que cada día el acceso al campo está más lejos. He estado trabajando en planear alternativas y nuevos caminos para la investigación. Hace dos semanas que escribí a Idoia<sup>10</sup> directora de innovación educativa explicando todas las adaptaciones realizadas en mi proyecto de investigación para ajustarme a la nueva realidad. Hoy me ha respondido, estaba nerviosa cuando he visto el remitente en el email, he abierto el mensaje y, por supuesto, la respuesta ha sido negativa: *«He comentado el tema de las peticiones de las diferentes investigaciones que nos han propuesto con la viceconsejera, y se ha decidido que dada la situación sanitaria este curso no se considera adecuado que agentes externos entren en centros escolares o servicios de apoyo»*. (DC, 14 de octubre 2020)

De acuerdo con el retraso que llevaba en el acceso al campo y dada la situación de posible emergencia sanitaria en cualquier otro momento, que afectaría directamente al contexto escolar, la idea de hacer trabajo de campo en los contextos escolares comenzó a parecerme

---

<sup>10</sup> He cambiado el nombre para preservar la intimidad de la profesional.

inviabile. Decía que, a lo largo del proceso de investigación, había vivido momentos de incertidumbre, y sin duda este fue uno de los más trascendentales. Sentí que había caído en un agujero, que literalmente descendía por la madriguera del Conejo Blanco, y mientras recorría un túnel que era más profundo de lo esperado, me preguntaba si llegaría a algún lugar. Seguí descendiendo y la madriguera se bifurcó en un jardín borgiano que desembocó en infinitos lugares de mutación. Ciertamente, los caminos son encuentro y esperanza, son la posibilidad a un rumbo diferente y el camino de la madriguera se desdobló en un nuevo principio que posibilitó una renovación de los sentidos y la perspectiva de la investigación.

Con el objetivo de comprender cómo afecta la cultura del diagnóstico y las taxonomías psiquiátricas en la trayectoria de las personas que reciben los diagnósticos, teniendo en cuenta que la población afectada conoce la problemática desde su propia experiencia, realicé una aproximación a los aportes teóricos que se han generado en el campo de los estudios locos (*mad studies*)<sup>11</sup>.

A partir de estas lecturas pude ahondar en las aportaciones y los discursos teóricos del activismo en salud mental en *primera persona*<sup>12</sup>, y conforme iba avanzando en la lectura y en el conocimiento de la literatura relativa, fui reformulando el planteamiento de esta investigación<sup>13</sup>.

En lugar de problematizar los circuitos y los procesos de diagnóstico en el contexto escolar, cambié la perspectiva y el lugar de enunciación para analizar los impactos que generan dichos procesos. Con ello rastreaba el objetivo de dibujar las trayectorias de vida de personas que actualmente participan en Grupos de Apoyo Mutuo (GAM)<sup>14</sup> en salud mental en *primera*

<sup>11</sup> Los estudios locos son un campo académico y político que, entre otras cuestiones, problematiza la experiencia de la locura, el encierro psiquiátrico y el activismo loco de las personas psiquiatrizadas, autoidentificadas como locas, psiquiatrizadas, supervivientes de la psiquiatría o que tienen experiencias inusuales —entre otras formas de identificación—. En las *reflexiones sobre el método*, en el subapartado titulado *los estudios locos (mad studies)*, profundizo en el origen, el alcance y la relación de los estudios locos con mi tesis.

<sup>12</sup> La expresión *en primera persona* referida al activismo en salud mental —también conocido como activismo loco o movimiento loco— representa la forma en la que se autodenominan los grupos en los que participan las personas psiquiatrizadas, sobrevivientes de la psiquiatría o que tienen experiencias inusuales en *primera persona*, es decir, sin que exista la intermediación de los profesionales ni de sus familias; esto es fundamental para comprender la transmutación de los discursos del activismo contemporáneo, pues en contraposición al saber «*psi*» o el saber «experto», sus discursos vienen dados desde sus propias experiencias en *primera persona* y, por ello, reclaman la legitimidad de sus saberes *encarnados*. Además, al desvincularse de los profesionales y los familiares, las personas psiquiatrizadas pasan de ser un objeto pasivo a convertirse en un sujeto activo de su propia lucha que reelabora sus propios sentidos sobre sí mismo y sobre el mundo (Erro, 2021). Para evitar confusiones, quisiera aclarar que cuando utilizo el término «*en primera persona*» a lo largo de la tesis, me estoy refiriendo a la denominación utilizada por los colectivos de activistas y no a la primera persona en el contexto de la investigación etnográfica, que se conoce como interpretación nativa o enfoque *emic* en la versión canónica (González, 2009). Siguiendo la línea turneriana, mi trabajo de campo no se limita únicamente a recopilar las narrativas de «la primera persona», sino que también incluye el estudio del movimiento loco, el activismo, la relación con el poder psiquiátrico y otros elementos empíricos obtenidos durante la investigación. De esta manera, mi análisis se enriquece con los aportes del trabajo de campo y una diversidad de fuentes y datos, lo que me permite obtener una comprensión más completa de cómo se configuran las realidades y experiencias de este mundo cultural.

<sup>13</sup> En el capítulo III, en el epígrafe (3.3) de *técnicas de obtención de datos y análisis*, desarrollo con más detalle este proceso cuando explico el acceso al campo.

<sup>14</sup> Los Grupos de Apoyo Mutuo (GAM) en salud mental son fundamentales en el activismo loco y siguen un enfoque que se centra en los derechos humanos. Los GAM se forman por un grupo de personas psiquiatrizadas,

*persona* o en algún colectivo de activismo loco y que, bajo su punto de vista, hubiesen vivido alguna experiencia que considerasen relevante y que estuviera vinculada a la institución escolar. Preferí no especificar qué tipo de experiencia, para dejar la muestra lo más abierta y versátil posible, y de ese modo conseguir un punto de partida que me permitiera explorar estas experiencias en la multiplicidad de los sentidos y las significaciones que se les otorgaron.

Podría decirse que, ante el cierre de las instituciones, hice una llamada desesperada en busca de colaboración. Afortunadamente, la respuesta recibida por parte de los distintos colectivos del movimiento loco fue muy distinta a la institucional. La respuesta fue inminente y muy positiva. Fue en ese momento que esta investigación cambió de rumbo.

En esta tesis centraré mi atención, principalmente, en las historias, circunstancias y trayectorias de vida de algunas personas activistas —más o menos politizadas— y vinculadas —de múltiples e inestables formas— a los colectivos de activismo loco y los GAM de salud mental en *primera persona*. Ahondaré en sus experiencias, discursos, interpretaciones, ficciones, transformaciones, aprendizajes y tránsitos vitales vinculados a distintos contextos, como las vivencias familiares, las experiencias en la institución escolar, las *(sobre)vivencias*<sup>15</sup> en el sistema psiquiátrico, las subjetividades de la locura y el activismo loco.

Aunque presto atención a procesos generales relacionados con el control social y las representaciones de la locura del modelo biomédico<sup>16</sup> de la psiquiatría hegemónica y sus consecuencias, entre otras, la patologización de la vida, la medicalización del sufrimiento y los procesos de psiquiatrización, la investigación etnográfica otorga una especial importancia a las historias de vida y a la comprensión de estos problemas desde el punto de vista de las colaboradoras de la investigación<sup>17</sup>.

---

sobrevivientes de la psiquiatría, con malestar psíquico o que tienen experiencias inusuales, que comparten vivencias y se reúnen para hablar de sus experiencias y aprender y apoyarse mutuamente.

<sup>15</sup> Tuve la oportunidad de publicar algunas de las contribuciones del fenómeno de investigación y un análisis preliminar de algunos aportes de esta tesis en la Revista Ponto Urbe del Núcleo de Antropología Urbana (LAbNAU-USP). Uso el paréntesis en *(sobre)vivencias* para hacer un guiño a este artículo: «*(Sobre)vivencias de la psiquiatría: una aproximación a las subjetividades de la violencia institucional y los activismos locos* (de Juan, 2021).

<sup>16</sup> Cabe señalar que se emplea el concepto «biomedicina» para referir la medicina científica occidental y exponer así las implicaciones sociales y políticas de las relaciones de poder del sistema mundial en la práctica médica (Martínez-Hernández, 1998, 2008; Perdiguero y Comelles, 2000). De este modo, se destaca la carga ideológica y jerárquica de la biomedicina y se equipara a otros sistemas médicos como los denominados medicina «popular» o «etnomedicina».

<sup>17</sup> En el apartado de *reflexiones sobre el método* se desarrolla esta idea en mayor profundidad. No obstante, quisiera adelantar que pienso en las personas colaboradoras más como «compañeras de investigación» o «compañeras del conocimiento» que como «sujetos de estudio», «participantes» o «informantes», pues son productoras de saber y de discursos —*epistemic partners*— y colaboradoras activas en el proceso de investigación (Holmes y Marcus, 2008; Angrosino, 2012). La antropología contemporánea más que estudiar las personas o los grupos sociales estudia problemas sociales mediante o junto a las personas (Pujadas et al., 2004). En ese sentido, es importante aclarar que, aunque he interactuado de manera más extensa con algunas «colaboradoras clave» durante mi trabajo de campo, cuando me refiero a «las colaboradoras» en general, no me limito únicamente a las protagonistas de los relatos de vida que se presentan en la tesis. Más bien, hago referencia a la totalidad de las voces, que son alrededor de 300 personas, con las que he tenido el privilegio de interactuar en este viaje etnográfico. Las colaboradoras representan el conjunto completo de las voces que he conocido en los distintos espacios —físicos y virtuales— del movimiento loco y los GAM, y que han contribuido a que este texto sea posible. Por lo tanto, cuando menciono a «las colaboradoras» a lo

En ese sentido, pongo la lupa etnográfica en las personas que sufren y enfrentan las estructuras del poder psiquiátrico. Y es en los discursos y en las prácticas cotidianas donde constantemente se desafían los límites de la categorización psiquiátrica, emergiendo como *afloramientos rocosos*<sup>18</sup> en medio de una implacable masa terrestre. Estas formaciones escarpadas rompen la superficie hegemónica de la comprensión inflexible y naturalizada del poder psiquiátrico, que *todo* lo permea, revelando su naturaleza compleja y desafiando cualquier intento de encerrarlas en estructuras rígidas y patológicas.

Así como los afloramientos rocosos revelan las rocas ocultas bajo la superficie del suelo, es en los detalles de la vida cotidiana, donde afloran y se exponen los dramas vividos. Es allí donde se puede apreciar, de manera contextual, la fragilidad del ser humano y donde se pueden captar las formas de evasión al poder psiquiátrico hegemónico que se convierten en un subterfugio del poder; es allí desde donde emergen y se despliegan las relaciones de resistencia y de cambio, en las que las subjetividades de las colaboradoras adquieren una forma de devenir constante y desafían las normas deterministas y las estrictas fronteras de la categorización, recordándonos que la realidad es siempre mucho más profunda, variable y dinámica de lo que se puede capturar en simples etiquetas.

En esta tesis, trataré de sumergirme empíricamente en esas *líneas de fuga*, explorando los conocimientos, las estrategias y la agencia de las protagonistas de la investigación<sup>19</sup>. Las *voces de la locura* representan una fragmentación de ese poder y están emergiendo como una potencia y una poderosa resistencia a los postulados del poder psiquiátrico.

He escrito esta tesis desde el profundo respeto que siento por las historias de las colaboradoras y siento que toda palabra que yo escriba en este texto nunca estará a la altura de la complejidad y el sufrimiento que ha implicado en sus vidas el tener que enfrentarse a una serie de violencias que se abordarán en las páginas que siguen<sup>20</sup>. Escribir sobre temas como la violencia y el encierro psiquiátrico implica abordar los relatos de vida y las emociones de las colaboradoras de la investigación de forma comprometida. En ocasiones, sus voces arden al narrar la crudeza de algunas de sus vivencias, realidad ante la cual yo no podía si no arder por la angustia de la incapacidad de trasladar esto al texto. Por eso, en muchos momentos, tratando de hallar una

---

largo de la tesis, quiero destacar que me estoy refiriendo a todas estas voces ajenas y diversas. Además, me gustaría aclarar que a lo largo del texto, al referirme a mí misma o a las colaboradoras de la investigación, que en su mayoría han sido mujeres, empleo oraciones en femenino para hacer un uso inclusivo del lenguaje. Sin embargo, cuando me refero a alguien en concreto utilizo los pronombres que esa persona me ha indicado.

<sup>18</sup> Quiero agradecer a Virginia Fons por brindarme la inspiradora imagen de los afloramientos rocosos.

<sup>19</sup> A pesar de mantener mi propia postura política sobre este tema y comprender que, en ocasiones, escribo de manera que podría dar la impresión de que tengo un posicionamiento muy definido al respecto, es importante destacar que esta tesis no es una obra de militancia política, sino que se basa en las voces del trabajo de campo y en la integración de la teoría y la literatura. Este enfoque me permite abrir una perspectiva informada a partir de la contribución de la antropología, lo que, a su vez, me permite comprender esta realidad y profundizar en cómo se configuran las experiencias en el activismo loco y en los GAM.

<sup>20</sup> Con especial consideración hacia las colaboradoras, así como las personas psiquiatrizadas y sobrevivientes de la psiquiatría que puedan ser potenciales lectoras de estas páginas, me gustaría señalar que a lo largo de este texto se presentan descripciones de temas que podrían resultarles sensibles, incluyendo cuestiones relacionadas con la violencia psiquiátrica, el encierro, las contenciones, el abuso sexual, las autolesiones y el suicidio, entre otros.

fuga a la *cárcel del lenguaje* (Geertz, 1989), he buscado cobijo en la literatura y he emprendido un viaje de lo literal a lo metafórico, para así construir un contexto de inteligibilidad para transmitir emociones y *evocar* simbólicamente (Tyler, 2003)<sup>21</sup>. Y, aunque toda etnografía es necesariamente fragmentaria, ya que la realidad es siempre más compleja, y, al final, escribir implica seleccionar y recortar sus vidas entre las páginas, espero que este texto pueda ser un reconocimiento, probablemente insuficiente, de las vivencias, (sobre)vivencias, aprendizajes y resignificaciones de las *voces de la locura*.



Ilustración 2. Alicia y el Gato de Cheshire.

Ilustración de Sir John Tenniel para *Alicia en el País de las Maravillas*.  
Lewis Carroll, 1985, p. 92.

«¡Oh! Si andas bastante, no dejarás de llegar a alguna parte».

Gilles Deleuze (1990) reveló que el saber no consiste en razonar, predecir y controlar, sino en permanecer atentas a lo desconocido que llama a nuestra puerta<sup>22</sup>. En ese sentido, la irrupción de lo intempestivo —la madriguera del conejo— se ha convertido en un acontecimiento de mutación y creación, que me ha permitido renovar mis sentidos y perspectivas, desdoblándose en un nuevo principio. Por eso, cuando alguien me pregunta por qué elegí este tema para mi tesis, simplemente respondo que me adentré en un impredecible viaje por la madriguera del conejo, o, siguiendo la máxima del Gato de Cheshire, quizás caminé lo suficiente y afortunadamente el camino me condujo hasta esta casilla del tablero de ajedrez<sup>23</sup>.

<sup>21</sup> Stephen Tyler (2003) reconoció la importancia del diálogo en la etnografía, pero renunció a la representación y, en lugar, de representar, propuso *evocar*. De acuerdo con el autor la descripción etnográfica describe al nativo y todo acto de representación lo convierte en un acto de represión política.

<sup>22</sup> Deleuze (1990), habla aquí del acontecimiento: «Pues lo que se manifiesta como lo actual o lo nuevo, según Foucault, es lo que Nietzsche llamaba lo intempestivo, lo inactual, ese acontecer que se bifurca con la historia, ese diagnóstico que toma el relevo del análisis por otros caminos. No se trata de predecir, sino de estar atento a lo desconocido que llama a nuestra puerta» (p. 160). De este modo, el cambio de rumbo de la tesis que refero —la irrupción de lo intempestivo y la madriguera del conejo—, me permitió una renovación de la perspectiva, que se constituye como un acontecimiento de mutación, que se desdobra en un nuevo principio.

<sup>23</sup> En el segundo relato de Lewis Carroll (1987), *A través del espejo y lo que Alicia encontró allí*, el mundo al otro

## JUSTIFICACIÓN

Cuando en distintos contextos he revelado que realizo una etnografía relacionada con la locura, percibo que, por un lado, causa extrañeza el proceder de la mirada social y cultural hacia un fenómeno como la locura, tan inmutablemente vinculado al modelo biomédico hegemónico de la psiquiatría (Menéndez, 1984). También, sorprende el empleo deliberado del concepto de *locura*<sup>24</sup> en lugar del constructo de *trastorno* o *enfermedad mental*, que generalmente se considera más adecuado o incluso respetuoso en el imaginario común.

Como expongo en el capítulo I, el *fenómeno de investigación*, donde realizo una breve aproximación histórica en clave foucaultiana al control social que se ha ejercido sobre la experiencia de la locura en la cultura occidental, los regímenes de la verdad en torno al *poder psiquiátrico* se han convertido en el marco del saber hegemónico para tratar la locura (Foucault, 2005). A este respecto, los discursos de corte biologicista del prisma clínico reverberan en el imaginario colectivo; y, al pensarse en la experiencia de la locura, no se incide en los determinantes sociales, culturales, políticos o económicos que ciertamente confluyen en el incremento del sufrimiento y las aflicciones, sino en una cronicidad más determinista que encuentra las causas de los malestares casi únicamente en las conexiones neuronales defectuosas del cerebro.

Además, el modelo biomédico de la locura basado en el diagnóstico y la medicalización resulta, cuando menos, controvertido, por cuanto varios autores han criticado y puesto de manifiesto los intereses y alianzas de algunas áreas de investigación de la biomedicina psiquiátrica y la financiación de la industria farmacéutica (Gotzsche, 2015; Moncrieff, 2007, 2008; LeFrançois et al., 2013; Whitaker y Cosgrove, 2015; Frances, 2019). Consecuentemente, la falta de un abordaje antropológico y social de esta problemática y la necesidad de pensar la locura desde fuera de las disciplinas psi son motivaciones que justificarían y reafirmarían la intención antropológica de la presente investigación.

lado del espejo es un tablero de ajedrez a través del cual Alicia se mueve siguiendo las reglas y las transiciones oníricas del juego de la novela. «El peón blanco (Alicia) juega y gana en once movimientos» (p. 28).

<sup>24</sup> A lo largo del texto utilizo la categoría *loca/loco* y el concepto *locura* con el mismo sentido que lo emplea el movimiento loco y las personas colaboradoras en esta investigación, con el fin de realizar una re-apropiación simbólica y entendiéndolo como un espacio de lucha política. Más adelante, en el epígrafe de *los estudios locos*, profundizo en los aportes de esta corriente, donde se explora la identidad y la resubjetivación política asociada a los conceptos *loca* y *loco*, y su conexión con la teoría *queer* y la teoría *crip*. Asimismo, en lugar de utilizar el término *trastorno*, prefiero referirme al *sufrimiento psíquico*, ya que considero que aborda las diversas maneras en las que el dolor y la angustia forman parte de la experiencia humana y es un concepto que busca señalar los efectos negativos de la patologización de dicho sufrimiento.

En el ámbito de la psiquiatría, el término *loco* y *locura* no se utiliza como una categoría clínica formal. La psiquiatría se enfoca en diagnosticar y tratar los *trastornos mentales* que se encuentran detallados en manuales como el DSM-5 (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) o la CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades). Estos manuales recogen los criterios de diagnóstico, los síntomas y los tratamientos asociados a los *trastornos mentales*. Es relevante señalar el significativo aumento en la cantidad de *trastornos mentales* a lo largo de las ediciones del DSM. Por ejemplo, la primera versión, el DSM-I en 1952, contenía 106 trastornos y ocupaba 130 páginas, mientras que el DSM-5, publicado en 2013, presenta 216 trastornos y se extiende a 947 páginas (Sandín, 2013). Cabe mencionar que en marzo de 2022 se lanzó una versión revisada del DSM-5, denominada DSM-5-TR. En el capítulo I, específicamente en el apartado (1.3) de *la locura del neoliberalismo*, se aborda esta cuestión de la patologización de la vida cotidiana y la creación de enfermedades.

Esta monografía adquiere más valor a raíz del auge y la exposición de los discursos sobre la importancia de la salud mental en la actualidad, lo que coincide con las consecuencias de la pandemia por el COVID-19 —los encierros, la soledad no deseada, el miedo al virus, los duelos— y las características del sistema social actual —la incertidumbre, la falta de expectativas y la precariedad laboral, la pérdida del trabajo y los problemas de desempleo, los procesos de desahucio, la crisis económica y el significativo aumento de las cifras de suicidio, el creciente consumo de psicofármacos, el acoso escolar, las violencias en la infancia, la cisheteronorma, el machismo, el capacitismo y el racismo estructural y tantos otros—. Tal es el incremento y la visibilización de estos discursos que varias voces señalan que la salud mental en la actualidad se ha convertido en un argumento *mainstream*<sup>25</sup>; queriendo significar que cada vez hay más personas que padecen o que reclaman padecer alguna patología o síndrome psiquiátrico —sobre todo la ansiedad y la depresión— y hablar de ello se ha convertido en una necesidad.

A lo largo del año 2021, profesionales *psi* y expertos del campo de la salud mental han propugnado que la «cuarta ola» de la pandemia del COVID-19 podría ser un «tsunami» de trastornos de salud mental<sup>26</sup>. No obstante, cabe señalar que desde los colectivos de activismo loco se ha criticado el uso de esta metáfora, pues conceptos como la «cuarta ola», «pandemia», «epidemia» o «tsunami», refiriéndose a los trastornos mentales, entrañan inevitabilidad (biologicismo) y encubren una lectura politizada del sufrimiento (social y cultural). En este contexto, parece clara la proliferación de los discursos sobre la salud mental y su presencia pública, hasta ahora desconocida, en la esfera cotidiana y en la palestra política de la sociedad actual<sup>27</sup>.

En este contexto de propagación y reproducción prolongada e incesante de narrativas sobre la salud mental, parece que una de las críticas que se realizan desde el movimiento loco es que no se consideren y se deslegitimen las aportaciones y vivencias de las personas que son expertas por experiencia propia; es decir, las personas psiquiatrizadas y sobrevivientes de la psiquiatría, quienes conviven con sufrimiento psíquico o tienen experiencias inusuales, y los distintos colectivos de activistas que hablan sobre la locura en primera persona.

Los discursos del activismo loco tienen el potencial de desafiar el orden establecido y de visibilizar situaciones y experiencias que suelen permanecer ocultas. La locura, al encontrarse

---

<sup>25</sup> Precisamente este es el titular del siguiente artículo: «2021: el año en que la salud mental se volvió «mainstream». En este artículo se problematiza la relación entre la pandemia y la salud mental y se relata cómo la pandemia no ha creado, pero sí ha visibilizado y acentuado, los problemas como la ansiedad y la depresión. Véase: [https://www.huffingtonpost.es/entry/2021-el-ano-en-el-que-la-salud-mental-se-volvio-mainstream\\_es\\_61c9db-3fe4b061afe3a00894](https://www.huffingtonpost.es/entry/2021-el-ano-en-el-que-la-salud-mental-se-volvio-mainstream_es_61c9db-3fe4b061afe3a00894) [Consulta: 7 de enero de 2022].

<sup>26</sup> A este respecto, Miguel Alfonso García Escudero, psiquiatra de la Unidad de Trastornos Bipolares del Hospital General y Universitario de Elche, durante el XXVII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina General y de Familia (SEMG), proclamaba que lo que se había definido como la cuarta ola de la pandemia en realidad era más bien un tsunami que iba a requerir muchos esfuerzos. Véase: <https://gacetamedica.com/profesion/la-cuarta-ola-provocara-un-tsunami-de-trastornos-de-salud-mental/> [Consulta: 7 de febrero de 2022].

<sup>27</sup> Cabe destacar que el Ministerio de Sanidad del Gobierno de España presentó el Plan de Acción de Salud Mental 2022-2024, para contribuir a la mejora de la salud mental y afrontar los efectos en la salud mental causados por la crisis sanitaria ocasionada por la pandemia del COVID-19. Véase: <https://www.consaludmental.org/publicaciones/Plan-Accion-Salud-Mental-2022-2024.pdf> [Consulta: 7 de julio de 2022].

en un estado liminal, puede desencadenar el *desbarajuste*, en términos de Balandier (1994), y fragmentar las narrativas hegemónicas sobre la tan aludida salud mental. Tal dinámica abre nuevos espacios para la resignificación de la locura y la posibilidad de una transformación social.

Surge entonces la necesidad de abrir una perspectiva que hasta ahora ha permanecido relativamente invisibilizada<sup>28</sup>. La intención de las páginas siguientes es problematizar la locura desde una perspectiva sociocultural y adoptar un enfoque teórico-crítico que se aleje de los regímenes de la verdad en torno al discurso biomédico hegemónico. En esta tesis, siguiendo las premisas de las epistemologías críticas que buscan entablar un diálogo con los colectivos no hegemónicos, mi objetivo ha sido escuchar y conversar con las personas afectadas en *primera* persona para abrir una perspectiva y obtener una comprensión más profunda sobre esta realidad. Siguiendo la lógica de los planteamientos de Juliano (2016), el problema teórico relevante no consiste en entender el porqué de la locura, sino indagar en las condiciones históricas que hacen posible su existencia y analizar «cómo se han construido y se mantienen estas normas, qué funciones sociales cumplen y qué sistema de sanciones implementan a su alrededor» (p. 17).

La literatura antropológica producida en el Estado español en el campo del malestar psíquico y la experiencia de la locura ha experimentado un notable crecimiento en los últimos años, con la publicación de varias tesis doctorales<sup>29</sup> (Alegre, 2021; Casadó, 2011; Correa-Urquiza, 2009; Martín, 2015; Zapata, 2019). No obstante, la escasa presencia de literatura etnográfica en el ámbito específico del activismo loco contemporáneo y las estrategias de organización colectiva es comprensible, ya que se trata de un movimiento relativamente incipiente en el contexto español.

Esencialmente, la necesidad de una perspectiva cualitativa y un proceder etnográfico desde el punto de vista del *conocimiento local* y la *descripción densa* (Geertz, 2005), con una descripción extensa, pormenorizada, detallada y comprensiva, enmarcan esta investigación. La locura, el activismo, los GAM y el aprendizaje ocupan el centro del análisis, y se aborda una lectura en clave etnográfica sobre las transiciones de vida, sufrimiento y transformaciones, en las que se relatan minuciosamente las narraciones, ficciones, vivencias y (sobre)vivencias de las colaboradoras de la investigación.

La justificación de la presente investigación se descubre, posiblemente, en los derroteros etnográficos de este viaje, en los que me he abandonado al *río de mil brazos, al mar de mil*

---

<sup>28</sup> Aunque los *estudios locos* representan una disciplina académica y un movimiento social que ha realizado contribuciones muy significativas al desafiar las narrativas hegemónicas de la psiquiatría, es importante destacar que es un campo relativamente reciente en el contexto del Estado español. En las *reflexiones sobre el método*, profundizo en los *estudios locos* (*mad studies*) y su relación con la tesis. Además, es importante señalar que una facción de la psiquiatría más crítica ha logrado poner de manifiesto algunas de las cuestiones que reivindica el movimiento loco. Sin embargo, es esencial reconocer que los lugares de enunciación entre profesionales y supervivientes son diferentes e incluso antagónicos. En el capítulo I, en la sección (1.2) dedicada a *la antipsiquiatría*, realizo una breve revisión histórica que abarca tanto la antipsiquiatría clásica como la nueva antipsiquiatría, ahondando en las críticas dirigidas hacia el enfoque hegemónico de la psiquiatría.

<sup>29</sup> A continuación, en el *estado de la cuestión*, repaso algunas de las obras de la literatura antropológica que me han resultado más paradigmáticas para la elaboración de esta tesis.

*caminos*<sup>30</sup>, en un recorrido sin rutas marcadas; esto, al seguir la máxima deleuziana, y estar atenta a lo desconocido que llamaba a mi puerta, me ha llevado por itinerarios imprevisibles en los que he podido profundizar en la heterogeneidad de los relatos a través de sumirme en la intensidad de las descripciones y detalles que pueblan estas páginas. Estos itinerarios me han conducido, entre otras cuestiones, a temas tan complejos y crudos como el intento de filicidio, en el caso de una de las colaboradoras, epítome de una violencia injustificable, dentro de un sistema de violencias igualmente injustificables. En este dédalo de incertidumbres y reflexión que ha resultado ser el trabajo de campo, me ha parecido sugerente, o quizás ineludible, adoptar una posición teórica en el campo de los estudios locos y tejer alianzas con saberes que exceden las fronteras de la disciplina antropológica<sup>31</sup>.

## ESTADO DE LA CUESTIÓN

Como decía, en el marco de esta tesis, mi enfoque se centra en las voces, trayectorias, experiencias y aprendizajes de personas vinculadas al activismo loco y a los Grupos de Ayuda Mutua (GAM). A continuación, revisaré algunos antecedentes que considero relevantes, los cuales me han sido de gran utilidad para interpretar esas voces<sup>32</sup>.

Las cuestiones relacionadas con la desviación han sido objeto de exhaustivo análisis dentro del ámbito de la antropología. En este contexto, es fundamental destacar el trabajo de Margaret Mead (1990, 1994) en la intersección entre la antropología y la psicología cultural. Sus investigaciones en el campo de la cultura y la personalidad han proporcionado valiosas perspectivas para comprender cómo la cultura incide en la formación de la identidad y el comportamiento individual. A través de estudios realizados en sociedades como Samoa y Papúa Nueva Guinea, Mead desafió las concepciones occidentales sobre la sexualidad, el género y la crianza, resaltando la importancia de considerar las variaciones culturales en la comprensión de estos aspectos. Además, sus investigaciones han explorado el comportamiento desviado y las normas culturales, demostrando que las experiencias y las interpretaciones sobre la locura o los trastornos mentales<sup>33</sup> no son universales, sino que varían según el contexto cultural específico.

---

<sup>30</sup> Tomo prestada aquí la descripción que Foucault (2018) desarrolla en *Historia de la locura en la época clásica* en el primer capítulo titulado *Stultifera Navis* cuando explica la relación del agua y la locura (p. 27).

<sup>31</sup> El fenómeno de la investigación se nutre de contribuciones provenientes de diversas áreas de conocimiento como la sociología, filosofía, antropología, psicología y psiquiatría, sin hacer referencia explícita de la disciplina correspondiente junto a cada autor citado. Además, la literatura ha desempeñado un papel fundamental como proceso reflexivo y fuente de inspiración a lo largo de este estudio. Por lo tanto, me ha parecido importante incluir aportes de obras literarias escritas por autores y autoras psiquiatrizadas que comparten sus experiencias de encierro psiquiátrico. Entre estas obras se incluyen las de Antonin Artaud (1980, 2005, 2006), Leopoldo María Panero (1987), Kate Millett (2019), Alda Merini (2019, 2021), Christine Lavant (2018), Alejandra Pizarnik (1993, 2019) y Charlotte Perkins Gilman (2017), entre otras.

<sup>32</sup> Me gustaría señalar que este apartado no pretende ser una revisión exhaustiva de toda la bibliografía disponible, sino que realice un repaso de algunas obras que considero relevantes para esta investigación.

<sup>33</sup> A lo largo del texto, he evitado utilizar la nomenclatura psiquiátrica y los constructos de trastorno o enfermedad mental. Sin embargo, en ciertas ocasiones, como en este caso particular, he decidido mantener dicha terminología por ser la categoría descriptiva empleada en este contexto y/o para resaltar la carga de la patologización asociada a estas experiencias.

En el campo de la antropología psicológica, DeVos (1981) ha realizado importantes contribuciones al destacar la importancia de la experiencia individual de cambio a lo largo de las diferentes etapas del ciclo vital. Su enfoque se centra en la interacción entre el individuo y la cultura, y cómo esta interacción influye en la transformación de la personalidad y en la adopción de comportamientos adaptativos. Paralelamente, Crawford (1983) ha desarrollado un marco teórico basado en la etnopsicología, que se enfoca en el estudio de la personalidad en el contexto cultural. Su trabajo resulta esencial para comprender cómo los aspectos culturales influyen en la formación de la personalidad y en la expresión de los rasgos y comportamientos psicológicos. Al examinar la relación entre la experiencia individual, la cultura y la formación de la personalidad, estos enfoques nos ayudan a comprender cómo la cultura moldea la psicología humana y cómo las personas se adaptan y transforman a lo largo de su ciclo vital en contextos culturales específicos.

Cabe mencionar también la obra del psiquiatra Frantz Fanon (2009, 1999)<sup>34</sup>, quien realizó una importante denuncia sobre el impacto del colonialismo en la psique del colonizado. Fanon destacó cómo el sistema colonial generaba trastornos y conflictos en la vida de las personas colonizadas, incluyendo la manifestación de la locura. En sus escritos, exploró en profundidad el drama social que se desencadena en los contextos coloniales, y analizó en detalle cómo los individuos colonizados experimentaban transformaciones psicológicas significativas debido a la opresión y la dominación a las que eran sometidos. Los aportes teóricos de Fanon en el estudio de la locura y el impacto del colonialismo en la psique de los colonizados ayudan a ampliar la comprensión de los dramas sociales y psicológicos que se manifiestan en contextos coloniales.

En el ámbito de la interrelación entre las dinámicas culturales y los trastornos mentales, es común hacer referencia a compilaciones clásicas que emergen de la convergencia entre la psiquiatría social y la antropología cultural. Un ejemplo destacado de esta intersección es la psiquiatría transcultural (Wittkower y Prince, 1974), que abarca estudios transculturales realizados en diversas regiones del mundo y explora cómo las influencias culturales moldean la experiencia y la manifestación de la locura.

En ese sentido, el punto de arranque parece ser el II Congreso Internacional de Psiquiatría Social celebrado en julio de 1969, que marcó la inclusión de la sección de psiquiatría transcultural. Dentro de este ámbito, la etnopsiquiatría (Devereux, 1973) adquiere especial relevancia al revalorar las terapias tradicionales y reflexionar sobre las diferentes interpretaciones culturales de la salud y la enfermedad mental, incluso aquellas consideradas sobrenaturales por la biomedicina, como la influencia de los espíritus (Nathan, 1986).

La antropología psiquiátrica (Guyotat, 1994) desempeña un papel significativo al explorar cómo los aspectos culturales influyen en la comprensión y el abordaje de los trastornos mentales, al mismo tiempo que critica los sistemas de clasificación y diagnóstico occidentales, resaltando la importancia de considerar los contextos culturales en la salud mental.

---

<sup>34</sup> Fecha de publicación 1952 y 1961 respectivamente.

La psiquiatría comparada (Murphy, 1982) resulta relevante al examinar cómo los trastornos y las prácticas de tratamiento varían en diferentes culturas y sistemas de creencias. Este enfoque permite comprender las diferencias culturales en la expresión y conceptualización de los trastornos mentales, desafiando la visión universalista y culturalmente sesgada de la psiquiatría occidental.

La salud mental multicultural (de Jong y van Ommeren, 2005) se destaca por su análisis de cómo los factores culturales, sociales y políticos influyen en la salud mental de personas de diferentes grupos étnicos y culturas. Esta perspectiva subraya la necesidad de reconocer y valorar la diversidad cultural en la evaluación, diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales.

En el campo de la psiquiatría cultural, es pertinente destacar las obras contemporáneas de autores que han realizado contribuciones significativas en la comprensión de la interacción entre la cultura y la salud mental. Un ejemplo destacado es el trabajo de Kleinman (1981), quien ha presentado un marco teórico que examina la relación entre la medicina, la psiquiatría y la cultura. Además, el texto de Lewis-Fernández y Kleinman (1995) enfatiza la importancia de que la psiquiatría cultural aborde no solo las experiencias de los modelos indígenas, sino también la cultura propia de la psiquiatría. Por otro lado, Tseng (2001) ha recopilado hallazgos clínicos y aportes teóricos en su *Handbook of cultural psychiatry*.

En el periodo comprendido entre 1982 y 2000, la antropología médica se consolidó e institucionalizó en el Estado español, logro atribuido principalmente a las contribuciones de destacados autores<sup>35</sup>. Por ejemplo, Comelles (1972, 1977) exploró la terapéutica y la sociedad en Galicia, así como la interacción familiar con la esquizofrenia. Por su parte, Romaní (1982) realizó una tesis doctoral sobre las drogas y la subcultura, ofreciendo una historia cultural del «haix» en Barcelona entre las décadas de 1960 y 1980.

A partir del año 2000, la etnopsiquiatría se consolidó con estudios sobre los duelos de la migración y su impacto en la salud mental de migrantes y refugiados, conocido como el Síndrome de Ulises (Achotegui, 2000, 2004). También se exploraron los procesos de medicalización y la atención médica en el campo de la salud mental, analizando la constitución de la población de pacientes mentales crónicos, los cambios y transiciones en el contexto del Estado español, así como las tensiones entre enfoques biomédicos y comunitarios en la psiquiatría social (Comelles y Martínez-Hernández, 1994).

La investigación de Emilio González (2000) sobre alternativas en la gestión de la locura en un municipio rural gallego y las contribuciones en la línea de la etnopsiquiatría gallega también resultan relevantes. Además, la profusa obra de Martínez-Hernández (1998, 1998a, 2000, 2008) ofrece una perspectiva fundamental para comprender las lógicas culturales relacionadas con la locura y la salud mental. Finalmente, la tesis de Canals (2002), aunque centrada en los servicios sociales, realiza una valiosa contribución al análisis de la reciprocidad en los grupos de ayuda mutua y las asociaciones de personas afectadas en la crisis del estado de bienestar.

---

<sup>35</sup> Para profundizar en la revisión de la antropología médica en el Estado español desde una perspectiva histórica, véase *Genealogía de la Antropología Médica en España* de Martínez-Hernández et al. (2015).

El campo de la Salud Mental Global (SMG) aspira a influenciar las políticas y prácticas de salud mental a nivel mundial, enfrentando tanto logros como controversias. El artículo de Jain y Orr (2016) en *Transcultural Psychiatry* destaca la utilidad de la etnografía para esclarecer las implicaciones y efectos de la SMG, utilizando estudios de Sudáfrica, India y Tonga.

El Departamento de Antropología Social de la Universitat Rovira i Virgili de Tarragona, ha desempeñado un papel fundamental en la consolidación de este campo de la disciplina a través de la especialización en salud mental colectiva<sup>36</sup>. Varios trabajos de investigación doctoral publicados han contribuido significativamente a este ámbito. Destaca la valiosa investigación de Martín Correa-Urquiza (2009) en *Radio Nikosia: La rebelión de los saberes profanos*, así como otras aportaciones relevantes de este autor que se citarán a lo largo de esta tesis (2014, 2015, 2018). Lina Cristina Casadó (2011) ha analizado los discursos del cuerpo y la experiencia del padecimiento en jóvenes que se autolesionan, proporcionando una perspectiva corporal en relación con este fenómeno. Por su parte, Marcio Mariath Belloc (2011) ha explorado la narrativa como una forma de crear ciudadanía en el contexto de la salud mental. Por último, la investigación de Elisa Alegre (2021) actualiza el concepto de *Stultifera navis* de Comelles (2006) a *Stultifera domus*, examinando las dinámicas de cuidado entre las personas diagnosticadas con esquizofrenia y sus familias en el marco de una institución doméstica total.

En el contexto vasco y en el marco del grupo de Antropología Feminista Ikerketa Taldea (AFIT), se destacan varias tesis dirigidas por Mari Luz Esteban que exploran la intersección entre los estudios feministas y de género, la antropología del cuerpo y la salud, y las emociones en relación con la salud mental. Entre estas tesis, se encuentra el trabajo de Ixaso Martín (2015) titulado *Eromena, azpimemoria eta isiltasuna(k) idazten: hutsune bihurtutako emakumeak garaiko gizartearen eta moralaren ispilu*<sup>37</sup>, que analiza las experiencias de mujeres ingresadas en manicomios durante el periodo del franquismo y los silencios que rodean a la locura. También es notable la tesis de María Zapata (2019) titulada *La depresión y su recuperación. Una etnografía feminista y corporal*, que aborda la depresión y su proceso de recuperación con un enfoque centrado en las desigualdades de género.

En este repaso que he realizado, he explorado principalmente enfoques desde la perspectiva de la antropología. Sin embargo, es importante destacar que también he encontrado valiosas contribuciones en otras disciplinas que han sido fundamentales para mi investigación<sup>38</sup>. Un ejemplo destacado es la obra de Rafael Huertas (2020), titulada *Locuras en primera persona. Subjetividades, experiencias y activismos*, que aborda las subjetividades y experiencias de la locura desde una perspectiva historiográfica construida «desde abajo», es decir, desde la voz y la experiencia de las personas psiquiatrizadas.

<sup>36</sup> Diploma de especialización en Salud Mental Colectiva, coordinado por Ángel Martínez Hernández y Martín Correa-Urquiza. Véase: [https://www.fundacio.urv.cat/diploma\\_d\\_especialitzacio\\_en\\_salut\\_mental\\_col\\_lectiva/of/CAT/DESAMECA-M5-2023-10](https://www.fundacio.urv.cat/diploma_d_especialitzacio_en_salut_mental_col_lectiva/of/CAT/DESAMECA-M5-2023-10) [consulta: 29 de julio de 2023].

<sup>37</sup> Traducido del euskera: Escribiendo la locura, la submemoria y los silencios: las mujeres convertidas en vacío son un espejo de la sociedad y de la moral de la época.

<sup>38</sup> Aunque en la tesis harán referencias a muchos otros aportes, en esta sección del estado de la cuestión, donde abordo obras de otras disciplinas, he optado por citar solo las más recientes y pertinentes para mi investigación.

Dentro del ámbito de la psicología social, sobresale la valiosa contribución al activismo en salud mental de Javier Erro (2021) a través de su obra *Pájaros en la cabeza: activismo en salud mental desde España y Chile*, donde se explora el crecimiento del movimiento en primera persona y las experiencias relacionadas con el activismo loco en estos dos contextos. Además, Miguel Salas et al. (2021), comparten en la *Locura rev(b)elada*, varios aportes de la tesis doctoral de Salas (2017) sobre la acción socioeducativa y la locura en Galicia. Por otro lado, Grecia Guzmán (2021) aborda las *Perspectivas y luchas antirracistas en el Movimiento Loco*, mientras que Guzmán et al. (2021), *Antecedentes feministas de los grupos de apoyo mutuo en el movimiento loco*.

En el ámbito de la nueva psiquiatría crítica, es relevante mencionar la reedición de *La invención de las enfermedades mentales* de José María Álvarez (2008), una obra fundamental que respalda la perspectiva de la *otra* psiquiatría. Además, Frances Allen (2019) contribuye con su trabajo sobre la medicalización de la vida cotidiana. Por último, cabe destacar la colección de textos recopilada en *Salud mental y capitalismo* (2017) y estudios significativos como *Nuestro futuro psiquiátrico* de Nikolas Rose (2020).

Asimismo, es importante reconocer las valiosas contribuciones de los estudios locos<sup>39</sup> y las obras generadas por el propio activismo loco, las cuales han tenido un valor inconmensurable para la investigación. Entre estas notables contribuciones, me gustaría destacar las obras de sobrevivientes de la psiquiatría como Judi Chamberlin (1979, 1998, 1994), Kate Millett (2019), Alda Merini (2019, 2021), Eleanor Longden (2014). También, es relevante mencionar figuras destacadas del activismo loco en el contexto del Estado español, como Fernando Balius (2018, 2020, 2022), Marta Plaza (2020, 2021, 2023), Fátima Masoud (2019, 2022), entre otros, cuyos trabajos serán citados en diversos puntos de la tesis<sup>40</sup>.

---

<sup>39</sup> En las reflexiones sobre el método, presento un epígrafe dedicado a los *estudios locos*, por lo que aquí no enumeraré contribuciones específicas.

<sup>40</sup> Me gustaría destacar también las valiosas plataformas y recursos en línea, como *Primera Vócal*, *Madness Network*, *Asylum Magazine*, *Mad in America*, *Mad in (S)pain*, *Observatorio Independiente de DDHH y Salud Mental*, así como las aportaciones de los colectivos como *Flipas Gam*, *Colectivo Inspiradas*, *Zoroa Gam*, *Colectivo Enea*, *Proyecto Locus*, *Locomún*, *Orgullo Loco*, *Acción DeMente*, *Insania\**, fanzines de Resistencia Loca, entre otras muchas fuentes esenciales en este campo.

REFLEXIONES SOBRE EL MÉTODO: *TARARÍ Y TARARÁ*Ilustración 3. *Tararí y Tarará.*

Ilustración de Sir John Tenniel para *A través del espejo y lo que Alicia encontró allí*.  
Lewis Carroll, 1987, p. 79.

Los personajes de Lewis Carroll (1987) *Tararí y Tarará*, conocidos como *Tweedledum* y *Tweedledee* en el original en inglés, son dos hermanos mellizos que viven en el mismo bosque y visten de manera idéntica. Sir John Tenniel los representó bajo un árbol, luciendo gorras, camisa de cuello picudo, puntas de los pies hacia afuera, pantalones subidos que enmarcan sus redondas barrigas y un gesto peculiar. *Tararí y Tarará* están siempre juntos y suelen enfrascarse en peleas constantes. Se dice que *Tararí y Tarará* son lo que los geómetras llaman *enantiomorfos*, término que proviene del griego y significa «formas opuestas». En otras palabras, son formas idénticas en su imagen de espejo, por lo que cada vez que *Tararí* habla, *Tarará* responde «por el contrario» y «viceversa».

En el siguiente apartado de reflexiones sobre el método, he intentado superar la división epistemológica que a veces se establece de manera dicotómica entre el texto etnográfico y las reflexiones sobre el trabajo de campo, como si la teoría y la metodología fueran dos mundos separados. Siguiendo la perspectiva de Bourdieu y Wacquant (1995), considero que para interpretar y conocer desde el detalle las distintas formas de estar en el mundo, resulta más sugerente pensar en términos relacionales: «En efecto, las elecciones técnicas más «empíricas» son inseparables de las elecciones más «teóricas» de construcción del objeto» (p. 167). Por lo tanto, el referencial teórico no solo influye en el marco conceptual, sino que también impregna todo el proceso etnográfico de la investigación. Siguiendo a Sautu (2003) «toda investigación es una construcción teórica que no se reduce a lo que normalmente se denomina teoría o marco teórico, sino que toda la argamasa que sostiene la investigación es teórica» (p. 17). En ese sentido, me gusta imaginar que *Tararí y Tarará* podrían simbolizar esta interrelación entre la teoría y la metodología, y *viceversa*: dos mundos inseparables, entrelazados en un abrazo especular indisoluble y que, además, son indispensables para describir e interpretar cualquier mundo social.

## El diálogo etnográfico: Un Viaje Intersubjetivo y Encarnado

El antropólogo no siempre puede dejar su propia sombra  
fuera del cuadro que dibuja.

Ursula K. Le Guin, *El nombre del mundo es bosque*, 1976.

Antes de comenzar con este apartado de reflexiones sobre el método, me gustaría citar aquel enunciado de Geertz (2005), quien consideró que «la vocación esencial de la antropología interpretativa no es dar respuestas a nuestras preguntas más profundas, sino darnos acceso a respuestas dadas por otros» (p. 40). Las respuestas dadas por *la(s) otra(s)*<sup>41</sup>, precisamente, son lo que he buscado explorar en esta tesis: pensar en las subjetividades, las experiencias, las estrategias y los saberes de las personas que han sido psiquiatrizadas, desde fuera de los discursos y los regímenes de la verdad en torno al *poder psiquiátrico* (Foucault, 2005) que, durante siglos, se ha apoderado de la locura al ejercer un control absoluto, en forma de *imperialismo psiquiátrico* (Chesler, 2005) sobre las personas diagnosticadas.

Esta relación entre el control y el poder de la experiencia contemporánea de la locura la describió Foucault (2016a) cuando destacó que «[La locura] entró en un período de silencio del que no saldrá durante mucho tiempo. Fue despojada de su lenguaje y, si bien se pudo continuar hablando de ella, ya le fue imposible hablar de sí misma» (p. 97). En ese sentido, al realizar una etnografía centrada en las experiencias de vida de diversas personas psiquiatrizadas y vinculadas al activismo loco y a los GAM en salud mental en *primera persona*, he tratado de escuchar, aprender y dialogar con las voces de quienes han sido silenciadas durante demasiado tiempo. He buscado recuperar y poner en valor las voces veladas, que son las que revelan el sistema de sanciones impuesto a quienes no se ajustan a la norma establecida, con el propósito de profundizar en la comprensión de sus reivindicaciones y tratando de abrir una perspectiva y aportar contenido para ahondar en sus aprendizajes.

Cabe considerar que, al realizar una investigación con personas vinculadas a los colectivos de activismo loco y a los GAM en salud mental en *primera persona*, sus discursos han resultado profusos en riqueza epistemológica. Por ello, las *colaboradoras de la investigación* (Angrosino, 2012), lejos de ser objeto de estudio, son un sujeto político, un sujeto experto por su propia experiencia, un sujeto productor de saberes y de conocimiento con el que se investiga. En ese sentido, se consideran *compañeras de conocimiento* (Holmes y Marcus, 2008) y colaboradoras activas en el proceso de investigación con capacidad de elaborar un discurso crítico y reflexivo sobre sí mismas y sobre su propia realidad (Harding, 1996). Además, al encarnar las características del ente liminal, las colaboradoras tienen el potencial de hacer emerger el *drama social* (Gluckman, 1978; Turner, 1988).

---

<sup>41</sup> Cuando hablo de *las Otras*, me refiero a la alteridad en femenino para representar el género marginalizado, en la complejidad de las vivencias de las mujeres trans y cis, los cuerpos alineados políticamente como mujer, leídos como mujer, marcados como mujer, no binario, intersex, hombres trans y de otros sujetos construidos como subalternos en la multiplicidad de sus expresiones, estén en el cuerpo que estén.

## Los Desplazamientos

Como antropóloga, una asiste y es testigo de las distintas formas que tienen las personas de vivir y dotar de sentido al mundo. De esta forma, el trabajo de campo, la experiencia del *fieldwork*, provoca una doble, pero a la vez beneficiosa, incomodidad. Por una parte, la incomodidad que puede suponer el comprender que nuestra manera de vivir es una de otras tantas formas que hay en el mundo, y que, por ende, no existe una única definición de lo que es la *normalidad*; y por otra, la incomodidad de verte obligada a desnaturalizar y a cuestionar las ideas preconcebidas, los hábitos y las certezas que hasta entonces te protegían y guiaban. Se trata de una situación de *extrañamiento* (Lins, 1989) que se produce al penetrar en territorios desconocidos y adentrarse en distintas formas de pensar y de estar dentro del mundo. A este respecto, Clifford (1999) señaló que el campo «presupone una distinción espacial entre una base conocida y un lugar exterior de descubrimiento» (p. 72). Un lugar de distanciamiento y descubrimiento en el cual, siguiendo el sentido del perspectivismo nietzscheano<sup>42</sup>, se despliegan diversas perspectivas e interpretaciones, en un itinerario *descotidianizador* (Lins, 1989) del conocimiento en el que, en un continuo ejercicio de re-construcción, se re-dotan los significados y los términos en los que se enuncia y se comprende el mundo.

Por ello, se dice que la antropóloga está siempre de viaje, en la medida en que es una *viajera de lo interno* (Augé, 2007), pues, aunque no salga de su propia habitación, —como ha sido el caso en esta tesis pandémica en la que parte del trabajo de campo se ha realizado de forma virtual— una se desplaza entre dos formas de pensar, entre lo vivido y lo escrito, entre la emoción y la elaboración, entre un antes y un después, sabiendo que «su estancia, por larga que resulte a veces, solo tendrá sentido a la vuelta, momento en el que tratará de transmitirla» (Augé, 2007, p. 70).

La investigación etnográfica en antropología trata de conversar con el *otro*, de entablar una relación con él, con la finalidad de ampliar el universo del discurso humano (Geertz, 2005). Precisamente gracias a esta relación de acercamiento —la relación de proximidad y empatía— gracias al detalle y a la experiencia compartida, es que la etnografía puede construir significados, entre la experiencia y la realidad subjetiva de la etnógrafa y las experiencias y realidades de las colaboradoras de la investigación. Así, la interacción y la relación intersubjetiva se convierte en una herramienta para la comprensión de la complejidad del mundo de vida de las colaboradoras dejando «un resquicio de esperanza a la investigación entre personas» (San Román, 2000, p. 196).

De hecho, esta misma implicación en el mundo de las colaboradoras tiene una *dimensión experimental* y transforma también a la antropóloga (Augé, 2007; Velasco y Díaz de Rada, 2006). Así pues, se puede decir que, el campo y la etnógrafa se afectan mutuamente, pues la etnógrafa incide en el campo, mientras que el campo influye en ella. Precisamente destacó Augé

---

<sup>42</sup> La realidad social es una entidad compleja compuesta por múltiples puntos de vista e interpretaciones. Nietzsche expresó esta noción en su célebre y ampliamente citada frase: «no hay hechos, solo interpretaciones», reconociendo que existen innumerables explicaciones para los acontecimientos y que éstos no son tan independientes como se piensan. Esta afirmación invita a reflexionar sobre la importancia de la subjetividad y la influencia de nuestras percepciones y creencias en la construcción de la realidad. Nos recuerda que nuestras interpretaciones de los hechos son inherentemente subjetivas y están moldeadas por nuestras experiencias, valores y marcos culturales.

(2005) que la diferencia entre el pensador de cámara y la investigadora de campo es que esta última se ha sentido personalmente modificada por la experiencia. Luego, parece fundamental repensar la práctica antropológica como un desplazamiento, la etnografía como un *viaje interior* y compartido, un camino de *transformación y conversión* (Gómez-Ullate, 2009), pues resulta que la etnógrafa pone a prueba su propia identidad y *viaja fuera de sí misma* (Augé, 2007, p. 64).

Esta etnografía se ha compuesto a través del encuentro y las interacciones que como etnógrafa he mantenido con las colaboradoras de la investigación. A este vínculo se le debe incorporar la mirada relacional y la *reflexividad* (Bourdieu y Wacquant, 2005; Guber, 2001) pues considero que lo que he interpretado en esta tesis y cómo lo he podido interpretar ha dependido del reconocimiento, el intercambio, la *conectividad —betweenness—* (Hastrup, 1992)<sup>43</sup> y la relación intersubjetiva y dialógica que se ha construido entre ambas perspectivas y desde posiciones *situadas* (Esteban, 2019), la de la antropóloga y la de las colaboradoras de la investigación. A este respecto señaló Augé (2007) la importancia de mantener el punto de vista externo y ser conscientes también del papel que se nos atribuye y se nos hace desempeñar como antropólogas, pues solo se puede empezar a comprender a las demás una vez hemos reconocido el lugar que nos asignan.

Rabinow (1992) reflexionó sobre la tensión entre la observación y la participación en el trabajo de campo, y argumentó que la participación tiene un impacto en la antropóloga, desplazándola a una nueva forma de observar que a su vez afecta a su manera de participar en el trabajo de campo. Es decir, la participación y la observación están en una constante interacción y se influyen mutuamente. Asimismo, a partir del contexto de reflexión y presencia del cuerpo (Turner, 1994), resulta fundamental el concepto de *embodiment* postulado por Csordas (1990, 1994, 1999), en el que se desdibuja y se supera la dualidad entre el objeto/sujeto de estudio, se problematiza esta relación y se integran las apreciaciones de la antropóloga como parte del registro de datos de la investigación. Se articula lo corporal como un auténtico campo de la cultura —*ground of culture and self*— que, más allá de la construcción social del cuerpo, se presenta como un «proceso material de interacción social» (Csordas, 1994, p. 21); una herramienta de conocimiento intersubjetivo, intencional y activa; y un espacio de experimentación, de interpretación, de reflexión y resistencia inestimable.

Esta idea de pensar el cuerpo como sujeto y como espacio reflexivo, —individual, social y político— ha sido problematizada por Esteban (2004, 2004a) cuando añade al trabajo de campo su experiencia corporal y postula una *antropología encarnada y desde una misma*. Debido a las características del propio contexto de la pandemia<sup>44</sup>, en esta investigación lo digital ha adquirido mayor relevancia y el campo se ha construido en base a las relaciones virtuales y presenciales que se han creado con las colaboradoras. No obstante, considero que en la actualidad la idea del binomio *online* y *offline* ha quedado obsoleta, pues lo virtual ya no forma un espacio aparte,

---

<sup>43</sup> Kirsten Hastrup (1992) citado en Pujadas et al. (2004).

<sup>44</sup> En el capítulo III, específicamente en el epígrafe (3.1) titulado «Estar ahí» *virtualmente: apuntes sobre una etnografía digital y desterritorializada*, desarrollo con mayor profundidad las implicaciones que ha tenido «estar ahí» virtualmente y la etnografía digital en esta investigación.

sino que resulta una extensión de la realidad. A este respecto, podría decir que, la propuesta de la *antropología encarnada* me ha resultado especialmente sugerente también para superar esta dualidad, y me ha permitido entender el cuerpo en lo virtual en la medida en que la noción del cuerpo descorporizado y virtualizado también ha constituido un espacio de reflexión, de interpretación y de participación compartida.

Haraway (1995) describió esta forma de involucramiento emotivo como *conocimiento situado y encarnado*. Conocimientos situados y compartidos en la localización de los saberes, pues la antropóloga se implica en un contexto y en la realidad compartida y construida con las colaboradoras que son las protagonistas de la investigación. En esta misma línea, se plantea la importancia de *être affecté* (Favret-Saada, 1990), que viene a significar *verse afectada y dejarse afectar* por las realidades y vivencias de nuestras colaboradoras y abandonarse a la vivencia del campo como medio de conocimiento y experimentación metodológica en el trabajo de campo (Zapata y Genovesi, 2013), dejarse llevar por el terreno (Descola, 2005).



Ilustración 4. Alicia y el Conejo Blanco.

Ilustración de Sir John Tenniel para *Alicia en el País de las Maravillas*.

Lewis Carroll, 1985, p. 39.

«¡Vaya! Muchas veces he visto un gato sin sonrisa, ¡pero nunca una sonrisa sin gato!»

La sensación de *extrañamiento*, la desnaturalizar los supuestos saberes que te guiaban y de reconstrucción de significados descrita en este apartado, es una sensación análoga a la que evocan los relatos de Lewis Carroll (1985, 1987). Cuando Alicia se adentra por la madriguera del conejo o cruza el espejo, se encuentra ante una nueva realidad, similar pero profundamente diferente y dominada por una lógica paradójica, que es desconocida para ella. En este sentido, Alicia trata de transformar lo exótico en familiar y, con inocencia y astucia, cuestiona incesantemente el mundo onírico de sinsentidos —*nonsense*— del País de las Maravillas, situándose en una lógica *descotidianizadora* y de *extrañamiento* (Lins, 1989) en línea con la idea de Clifford (1999) de encontrarse «entre una base conocida y un lugar exterior de descubrimiento» (p. 72), lo que cambia y amplía su perspectiva sobre el mundo que la rodea.



Ilustración 5. Alicia y las transformaciones corporales.

Ilustración de Sir John Tenniel para *Alicia en el País de las Maravillas*.

Lewis Carroll, 1985, p. 37.

«Pero si no soy la misma, la gran pregunta es la siguiente:

¿Quién soy yo? ¡Ay! ¡Ese es el gran problema!»

En el relato de Lewis Carroll (1985), Alicia en su recorrido por el País de las Maravillas, se ve obligada a modificar su estatura, estirándose y encogiéndose, para acceder a distintos mundos y realidades que se encuentran bajo tierra. Estas metamorfosis corporales de Alicia pueden asemejarse a las *transformaciones y conversiones* descritas por Gómez-Ullate (2009), y vividas por la antropóloga a lo largo del viaje etnográfico. La implicación relacional en el trabajo de campo posee una dimensión transformadora, que implica *afectar* y *ser afectada* por el campo. En este sentido, al igual que la enigmática sonrisa del Gato de Cheshire, que incluso cuando desaparece sigue permaneciendo presente, el campo siempre nos deja una huella imborrable.

### **Hay Algo de lo que me Gustaría que Hables en tu Trabajo**

Durante el trabajo de campo, en una de las entrevistas, Rosa, una de las colaboradoras de la investigación, me pidió que en mi trabajo hablara sobre un episodio concreto de su vida: la ocasión en que su madre la intentó matar. Esta responsabilidad de dar forma a su historia y, al mismo tiempo, de respetar su voz, de escribir sobre un tema tan sensible, supuso un compromiso personal con Rosa y un compromiso también conmigo misma, para no emplear su historia con el único fin de llenar las páginas de una tesis académica. Esta idea comenzó a obsesionarme y originó un profundo proceso reflexivo sobre la epistemología y la propia investigación. Comencé a cuestionarme para qué construía el conocimiento antropológico, lo cual me llevó a reflexionar sobre el papel de la academia, la investigación y el activismo. Esta reflexión despertó en mí un

compromiso ético y político, llevándome a adentrarme en los estudios locos y a abogar por una antropología socialmente comprometida.

Siguiendo la reflexión de Teresa San Román (2000), se hace evidente la frustración que experimentan las personas cuando son objeto de estudio sin que se considere su verdadera realidad y experiencia. San Román enfatiza la importancia de la relación entre la investigadora y las colaboradoras<sup>45</sup> de la investigación, considerándola fundamental para la comprensión y el desarrollo de una ciencia orientada a los intereses de las personas involucradas, más que a los propios intereses de quien realiza la investigación. San Román subraya la necesidad de establecer una conexión humana auténtica y un enfoque empático, que permita una comprensión más profunda y significativa. Es a través del *sustrato humano compartido* que se posibilita una verdadera comprensión de la diversidad cultural y se abre el camino hacia un potencial crítico y teórico más enriquecedor (San Román, 2000).

Desde las epistemologías críticas y la antropología feminista se supera la concepción objetiva, neutral y universal del conocimiento y se reconoce el conocimiento *situado y encarnado* de la etnógrafa (Haraway, 1995); asimismo, se reflexiona sobre las posiciones *encarnadas* desde las que se construye el conocimiento y los lugares que las investigadoras ocupamos en el proceso de la investigación, con quién se produce y para qué se produce el conocimiento. A este respecto, se respalda el valor de la subjetividad de la etnógrafa, pues la generación del conocimiento en el proceso etnográfico es siempre *intersubjetiva y dialógica* (Esteban, 2004; Haraway, 1995, Harding, 1996); de ese modo, el conocimiento siempre será *parcial y situado* (Haraway, 1995), puesto que ningún conocimiento está desvinculado del contexto, el mundo de significantes y la subjetividad desde la que se produce.

Así pues, «la investigadora o el investigador se nos presentan no como la voz invisible y anónima de la autoridad, sino como la de un individuo real, histórico, con deseos e intereses particulares y específicos» (Harding, 2002, p. 25). De hecho, se comprende que la objetividad que se puede pretender, parte de reconocer y visibilizar la propia subjetividad debido a que, sin la participación compartida de las prácticas y las experiencias, resulta difícil alcanzar la dimensión humana y se advierte que la etnografía no sería más que un conjunto de datos (Esteban, 2004; Haraway, 1995; Harding, 1996).

En este punto, debo destacar la importancia que ha tenido *la emoción y la intensidad de los afectos* en la construcción del conocimiento (Ahmed, 2004; Jaggar, 1989), pues la relación etnológica, la implicación colectiva y la interacción afectiva que se ha producido en el marco de esta investigación se han convertido en un compromiso político y en una herramienta que ha enriquecido las observaciones, las interpretaciones y la comprensión de la realidad. Siento que durante este viaje etnográfico he vivido más en las historias de las colaboradoras que en cualquier otro lugar, y así, esta misma implicación relacional ha tenido una dimensión transformadora para mí, puesto que sus historias vitales me han atravesado de una forma profunda y se han *encarnado* de alguna manera, también, en mi vida. Además, al sentir tan cerca el dolor ajeno,

---

<sup>45</sup> En este texto San Román (2000) habla de «objeto-sujeto de estudio».

resulta inevitable conectar con el dolor propio, lo cual, pese a ser un proceso penetrante, resulta también positivo, pues permite abrir cauces a la comprensión y la colectivización de las distintas vivencias y malestares.

En ese sentido, frente a la privatización del dolor y el estrés (Fisher, 2018), Ahmed (2019) destaca la importancia de politizar los afectos negativos y las diversas formas de infelicidad. Esto se debe a que, al reconocer que la infelicidad y el dolor tienen una estructura y que nuestros malestares están conectados y relacionados con los malestares de otras personas, comprendemos que no somos la causa de esa infelicidad y podemos entender cuáles son los efectos de que se nos atribuya la causa de nuestras propias desdichas.

Por lo tanto, quien escribe estas palabras, de alguna manera, se ha convertido en parte de la historia que está narrando, ya que las experiencias vividas y compartidas a lo largo de este viaje etnográfico, con sus afectos, dramas, vivencias y luchas, también se entrelazan y se reflejan en mi propia vida. Es por lo que trato de seguir una orientación firmemente ética y política, en aras de llevar a cabo una antropología socialmente comprometida.

### **Una Antropología Socialmente Comprometida**

A lo largo de este *viaje interior* que resulta ser el trabajo de campo etnográfico, se ha producido una suerte de desplazamiento también en mi manera de involucrarme con la investigación. Antes de empezar a realizar las entrevistas en profundidad, era consciente de que las violencias psiquiátricas serían una cuestión relevante; empero, nunca imaginé que estas violencias se daban de manera tan impía, ni anticipé que los relatos de las colaboradoras me atravesarían tan profundamente. Este tema me ha afectado emocional e ideológicamente, de forma que las *transformaciones y conversiones* (Gómez-Ullate, 2009) — descritas en el epígrafe anterior— se han producido tanto en mi vida personal como en mi práctica docente y compromiso político.

La construcción de conocimiento que surge de esta investigación refleja mi compromiso intelectual, emocional y político que busca conocer con el fin de ayudar a transformar. Debo reconocer que mi comprensión epistemológica y, en cierto grado, ontológica, así como mi compromiso con las colaboradoras de la investigación, han impregnado mi práctica docente de manera significativa<sup>46</sup>. En cuanto a ello, he buscado problematizar las violencias psiquiátricas y he tratado de hacer circular los saberes, las experiencias y las reivindicaciones

---

<sup>46</sup> Soy docente en la Universidad del País Vasco UPV/EHU en el grado de Trabajo Social y en el segundo cuatrimestre imparto dos asignaturas optativas: «Violencia contra las mujeres» y «Prevención comunitaria», sobre todo desde el curso académico 2021-2022 he incorporado activamente los proyectos, los saberes, las reflexiones y las reivindicaciones del activismo loco y de la *primera persona* a las reflexiones realizadas en el aula. He discutido con el alumnado sobre la importancia de la politización de la locura, valorizando los saberes locos y las experiencias de las personas psiquiatrizadas y sus luchas. He organizado varias charlas en las que han participado los colectivos en *primera persona* y en las que estos colectivos han explicado sus proyectos. Al impartir clase en el grado de Trabajo Social, considero importante que las futuras profesionales del trabajo social estén familiarizadas con las reivindicaciones del movimiento loco. Debo señalar que estas reflexiones han sido muy bien acogidas y han despertado genuinamente el interés del alumnado.

de la *primera persona* tanto en el aula como en contextos fuera de ella, en las organizaciones y movimientos sociales con los que estoy más vinculada.

Es de mencionar que al abogar por una antropología comprometida una se ubica, de alguna forma, entre dos culturas y al margen de ambas, en un espacio fronterizo entre la academia y el activismo (Gandarias, 2014). Desde la academia, es posible que se produzcan desacuerdos hacia este tipo de paradigma, mientras que desde los ámbitos del activismo y los movimientos sociales a menudo se encuentran reticencias hacia la academia y el componente extractivista de las investigaciones. Primera Vocal (2021) publicó un artículo titulado *Breve comunicado sobre demandas académicas y activismo en Salud Mental*, que resulta muy esclarecedor para entender su posición a este respecto:

Si lo que se busca es llevar a cabo registros e inventarios de proyectos y activistas, escrutar subalternidades, dar con un nuevo campo de investigación que otorgue algún tipo de reconocimiento en sus respectivos departamentos, extraer información canjeable por becas y contratos o sencillamente convertirnos en un objeto de estudio, pedimos educadamente que no nos hagan perder el tiempo. La sensación de que nos analicen y clasifiquen nos es demasiado familiar. Y además nos da asco. (Primera Vocal, 2021)<sup>47</sup>

Cabe aclarar que problematizar para qué y para quién debe de ser el conocimiento no es un debate nuevo. Ya en 1845, Marx, en la onceava *Tesis sobre Feuerbach*, cuestionó el carácter exclusivamente reflexivo de la filosofía, cuando manifestó que «los filósofos no han hecho más que interpretar de diversos modos el mundo, pero que de lo que se trata es de transformarlo» (Marx, 1845, párr. 15). Por su parte, Lynd (1939) también abogó por un enfoque aplicado de la investigación sociológica y se preguntaba «*Knowledge for what?*» cuando cuestionaba para qué era el conocimiento de las ciencias sociales si no se aplicaba para resolver los problemas sociales y las necesidades de los colectivos con los que se trabajaba. En esta misma línea, Mills (1959), en la *Imaginación sociológica*, acusaba el empirismo abstracto y la gran teoría del abordaje funcionalista de la disciplina sociológica como irrelevante cuando las biografías individuales se consideraban al margen del contexto, a este respecto, el autor animaba a que se empleara la perspectiva crítica para comprender las desigualdades estructurales, y la imaginación sociológica para ayudar a pensar en soluciones creativas a los problemas sociales.

Dentro de esta perspectiva crítica sobre las hegemonías discursivas y las formas de conocimiento construidas como subalternas, a partir de los años setenta, se han desarrollado conceptualizaciones feministas, conocidas como el «*feminist standpoint*» (Harding, 2004), posiciones decoloniales y críticas a la hegemonía occidental (Said, 1982; Fanon, 2009, 1999; Bhabha, 2002; Spivak, 2010), *epistemologías del Sur* (de Sousa, 2011), posturas antirracistas dentro de la «*critical racist theory*», y la interseccionalidad de los feminismos fronterizos, negros, lesbianos y decoloniales (Crenshaw, 1989; Combahee River Collective, 2012; Davis, 2013; Hill Collins, 1990, 2012; hooks, 2004, 2017; Lorde 2003; Lugones, 2011, 2021; Anzaldúa, 1999) que critican el racismo y el colonialismo intelectual, los movimientos políticos de minorías disidentes, como la teoría

<sup>47</sup> Para acceder al texto completo *Breve comunicado sobre demandas académicas y activismo en Salud Mental*, véase: <https://primeravocal.org/breve-comunicado-sobre-demandas-academicas-y-el-activismo-en-salud-mental/> [Consulta: 17 de noviembre de 2021].

*queer*<sup>48</sup> (Warner, 2000; Butler, 2002, 2007; Preciado, 2011, 2020) que cuestiona la heteronorma y el régimen binario de la diferencia sexual, así como los estudios de discapacidad, como la teoría *crip*<sup>49</sup> (McRuer, 2006, Toboso, 2017), entre otras. Todas estas perspectivas rompen con los enfoques del canon ideológico y literario de la producción científica y social y permiten deconstruir el pensamiento dominante cuestionando su autoridad. Como postula Preciado (2020), en su discurso de un hombre trans, de un cuerpo no-binario, ante 3.500 psicoanalistas reunidos para las jornadas internacionales de *l'École de la Cause freudienne* de Francia: ahora es el *monstruo* el que se levanta del diván y toma la palabra.

Estos discursos subrayan cómo la construcción de la hegemonía discursiva está imbricada a en un mundo patriarco-colonial, que se basa en el privilegio de la pretendida universalidad de la «tradición del Gran Hombre Blanco» (Okely, 1992, p. 7)<sup>50</sup>. Además, critican las consecuencias de las sombras y los silencios históricos presentes en el ámbito académico y en las ciencias sociales y culturales, las cuales han sido modeladas como enfoques unidireccionales y autoritarios de interpretación social, excluyendo otras voces, saberes y sensibilidades, sin problematizar las opresiones estructurales como el racismo, el clasismo, el sexismo, el etnicismo, el capacitismo, el cuerdismo<sup>51</sup> y otras formas de discriminación en la interpretación de la realidad social.

En este contexto, la perspectiva feminista y la mirada interseccional se han revelado fundamentales para desmontar el androcentrismo en la investigación y comprender los relatos y las vivencias de las colaboradoras en la investigación. Para esto, he prestado atención a la intersección entre diferentes categorías, tratando de comprender los distintos ejes de desigualdad y opresión en la complejidad de las dinámicas entre las identidades y el contexto social. Entonces,

<sup>48</sup> El concepto *queer* es un término que acoge a todos los cuerpos que desafían la cis-heteronorma. El término *queer* —que significa «raro» o «torcido» en inglés— y a pesar de que ha sido empleado como un insulto homofobo durante muchos años, a finales de la década de los 80 en EEUU, varios grupos (gay, bisexuales, lesbianas y personas trans) empezaron a reapropiarse políticamente de este concepto y lo emplearon como una afirmación de una identidad positiva y un espacio de resubjetivación política (Warner, 2000). El movimiento *queer* —cada vez más se emplea la transcripción fonética al castellano «cuir»— se ha convertido en una estrategia activista, en un espacio para la reivindicación y la lucha política. Asimismo sucede con los conceptos como *slut* (puta), *dyke* (bollera), *faggot* (marica).

<sup>49</sup> El término *crip* es un insulto que proviene del inglés —*cripple* significa «tullido»— y se ha convertido en un espacio identitario para la lucha política, tratando de poner en relieve la dis-capacidad como un concepto y un espacio de resubjetivación política (McRuer, 2006). En el contexto del Estado español, este movimiento se conoce como el activismo *disca*, y las contribuciones de Ixi Guerra (2021), activista disca y autora del fanzine *Lucha contra el capacitismo*, son especialmente interesantes y significativas.

<sup>50</sup> *Great White Man tradition*. Traducción propia.

<sup>51</sup> El cuerdismo o chauvinismo cuerdo, *mentalism* y *sane chauvisism* en inglés, es un concepto que fue acuñado y popularizado por Judi Chamberlin (1979, 1994). El cuerdismo es un marco ideológico vinculado al capacitismo y que produce un tipo de opresión estructural específica que agrupa los estereotipos, los prejuicios, el estigma, la discriminación, la exclusión sistemática y otras violencias hacia el colectivo loco. Asimismo, entraña la imposición y la jerarquización de las experiencias, los valores y puntos de vista de las personas cuerdas sobre las de las personas locas, relegando a estas a espacios de silencio y sentimientos de inferioridad (Chamberlin, 1979, 1994; LeFrançois et al., 2013; Gorman y LeFrançois, 2017). Véase: <https://rebellionfeminista.org/2020/07/21/cuerdismo/> [consulta: 11 de noviembre de 2021]. El capacitismo, por su parte, se define como una red de procesos, creencias y prácticas estructurales que tipifica e idealiza ciertos sujetos y cuerpos atendiendo a la productividad y competitividad económica. A este respecto, se construye una forma de etiquetado y señalamiento sobre los cuerpos, las capacidades y las habilidades que se jerarquizan, y clasifican definiendo a los sujetos en base a sus capacidades (Toboso, 2017).

en la medida de lo posible, he tratado de interpretar sus vivencias, reconociendo sus resistencias en la multiplicidad de formas que adquiere el ejercicio del poder (Rostagnol, 2018), explorando las intersecciones y tratando de comprender la realidad desde su complejidad y a través de la articulación de una perspectiva multicausal y dinámica (Crenshaw, 1989; Yuval-Davis, 2006).

Evidentemente, los procesos de investigación no están exentos del androcentrismo inherente a las relaciones de poder, que puede reproducir una jerarquización en nuestras formas de investigar y en las posiciones que las distintas participantes toman en la investigación (Castañeda, 2019). Para tratar de develar este carácter androcéntrico, desde el paradigma de la antropología dialógica y la perspectiva polifónica y multivocal, se comprende que el dialogismo es esencial en la práctica antropológica y se problematiza a lo largo del proceso de elaboración del texto etnográfico (Tedlock, 1991). De esta forma, se entiende que la antropóloga debe revisar su lugar de enunciación (Rostagnol, 2018) y se debe incluir y reconocerse como parte del diálogo narrativo, en la interacción intersubjetiva que conforma la construcción del campo, en la interpretación de los distintos discursos y en la producción del conocimiento.

A este respecto, la escucha y el diálogo con las personas colaboradoras sobre algunos aspectos de la investigación, con el propósito de desarrollar procesos colectivos, reflexivos, recíprocos y dialógicos más horizontales y realizar una etnografía más participativa y una *teorización colaborativa* y comprometida (Freire, 2003; Frisch, 1990; Lather, 1986; Harding, 1996; Villasante, 2006, 2017), me ha permitido transcender, en cierto modo, la mirada académica y poder reconocer, asimismo, las limitaciones y lo parcial de nuestros *conocimientos situados* (Haraway, 1995), así como buscar un compromiso político y afectaciones mutuas entre el activismo y la academia.

Por lo tanto, aparte de reconocermé y situarme en la etnografía, he procurado dialogar y reflexionar, junto con las colaboradoras, sobre las distintas problemáticas que les afectan y sobre los materiales que he ido produciendo, mediante la devolución de los resultados. De esta manera, a pesar de que como investigadora inevitablemente despliego en mayor medida la decisión y la *iniciativa epistémica* (Castañeda, 2019), he buscado, desde la intersubjetividad, abrir nuevas perspectivas de aprendizaje y encuentro participativo y social más horizontales, tratando de cuestionar las relaciones de poder que se producen en la investigación académica y procurando que el conocimiento sea relevante (Harding, 2002) y que contribuya, dentro de lo posible, a enriquecer las ya de por sí valiosas interpretaciones de las colaboradoras de la investigación.

Luego de una serie de conversaciones, diálogos y reflexiones conjuntas, llegamos a la conclusión de que recuperar y visibilizar los relatos en *primera persona* y dibujar las trayectorias de vida, dando importancia no solo a las violencias, sino también a la fragilidad humana, las transformaciones y supervivencias de las personas psiquiatrizadas, se convertía en una urgencia política, puesto que se trata de redimir y valorar las voces que durante mucho tiempo han sido silenciadas. Se contribuiría, de esta manera, a profundizar en la comprensión de sus demandas, tratando de aportar contenido que permita analizar sus aprendizajes, su lucha y resistencia contra la opresión psiquiátrica, así como la reivindicación de su *agencia* (Ortner, 2016) como sujetas políticas y de derecho.

### Los Estudios Locos (*Mad Studies*)

Los estudios locos representan una corriente teórica, filosófica e investigadora que se inscribe en el ámbito de los estudios culturales e integra la producción de conocimiento, la investigación académica y la acción política (Cea-Madrid y Castillo-Parada, 2021). Su objetivo primordial es cuestionar el poder psiquiátrico, siendo considerados como la esencia del nuevo pensamiento antipsiquiátrico (Huertas, 2020). Estos estudios buscan desafiar las narrativas hegemónicas de la psiquiatría y resignificar la locura (LeFrançois et al., 2013; Beresford, 2020), planteando una reflexión crítica sobre la locura y abordando la historia de los tratamientos y el encierro psiquiátrico. Además, se exploran los estudios que abordan la intersección de género y locura, subrayando la importancia de analizar las experiencias concretas de las mujeres psiquiatrizadas y prestando atención a la doble condición subalterna de la locura femenina. El activismo desempeña un papel crucial en los estudios locos, ya que se promueve la participación activa de las personas psiquiatrizadas y sobrevivientes de la psiquiatría en la producción de conocimiento y en la transformación de las prácticas y políticas en el campo de la salud mental. En ese sentido, los estudios locos se desarrollan con un enfoque interdisciplinario que fomenta el diálogo entre diversas disciplinas, incluyendo la medicina, la psiquiatría, la psicología, el trabajo social, la sociología, la antropología, la literatura y los estudios culturales (Huertas, 2020).

El surgimiento de los estudios locos está estrechamente relacionado con el desarrollo de los estudios culturales y los estudios en discapacidad y se asocia a los procesos de investigación-acción, teniendo sus raíces en Toronto, particularmente en las universidades de Ryerson y York. Se considera que el término *mad studies* fue acuñado durante la Primera Conferencia Regional sobre Estudios de la Discapacidad, que se llevó a cabo el 3 de mayo de 2008 en la Universidad de Syracuse. Aunque Richard Ingram es comúnmente atribuido como el creador del término, él mismo ha mencionado que podría haber sido cualquier persona de su círculo quien lo propusiera por primera vez. En última instancia, es el movimiento loco en su conjunto el que ha contribuido a crear el contexto social propicio para el surgimiento de los *mad studies*. En su artículo *Doing mad studies: making nonsense together* (2016), Ingram también destaca a varios autores como precursores y figuras clave para el desarrollo de los estudios locos, incluyendo a Bataille (1988, 1988a, 1989), Blanchot (1992, 1993, 1995), Klossowski (1997), y Deleuze y Guattari (2010, 2018), quienes abordaron la locura en sus obras filosóficas. Además, se hace referencia a Nietzsche (1978, 1992)<sup>52</sup>, quién exploró la locura en su filosofía antes de ser psiquiatrizado.

Después de su surgimiento, este campo ha experimentado un proceso de consolidación e institucionalización, extendiéndose a diferentes ámbitos académicos en países como Canadá, Inglaterra, Escocia y Países Bajos (Gillis, 2015). Asimismo, en América Latina, específicamente en Chile, los estudios locos han adquirido una relevancia significativa (Cea-Madrid, 2019; Cea-Madrid y Castillo-Parada, 2021). Es importante destacar que en los estudios locos, los

---

<sup>52</sup> Fecha de publicación original 1883 y 1908 respectivamente.

colectivos de personas supervivientes de la psiquiatría desempeñan un papel fundamental. Estos estudios han surgido a partir de las interpretaciones y problematizaciones planteadas por personas que se identifican como locas, psiquiatrizadas y sobrevivientes de la psiquiatría; su perspectiva y conocimientos ofrecen una mirada crítica basada en la vivencia directa de la opresión psiquiátrica (Spandler y Poursanidou, 2019).

Dado que los estudios locos se centran en el análisis del poder y la norma, y buscan desafiar las ideas naturalizadas y hegemónicas sobre el tipo de comportamientos, mentes, cuerpos y deseos que se consideran «normales» en la sociedad, es común encontrar discursos teóricos que ponen en tela de juicio la supuesta universalidad de la conceptualización de la persona, reconociendo que esta puede significarse de múltiples maneras. En ese sentido, los estudios locos se vinculan y se atraviesan, con la lucha histórica de los estudios de género, como la teoría *queer*, que critica al sistema cisheteronormativo (Warner, 2000). Además, se relacionan con los estudios culturales críticos sobre la discapacidad, como la teoría *crip*, que critica el sistema capacitista (McRuer, 2006)<sup>53</sup>.

La teoría *crip* se centra fundamentalmente en la crítica del cuerpo normativo y destaca la diversidad de las formas de funcionalidad humana. En ese sentido, cuestiona la tendencia de la sociedad de valorar únicamente la funcionalidad de la mayoría, confundiéndola con la capacidad, sin tener en cuenta otras formas de funcionalidad minoritarias que realizan esa misma capacidad, pero de una forma diversa<sup>54</sup>. En este contexto, los planteamientos de Judith Butler (2002, 2007) sobre la performatividad del género, son relevantes en la teoría *queer*. Butler (2007), argumenta en su obra *El género en disputa*, que los ideales de género que se nos imponen y estamos obligadas a performar, son formas ideales inalcanzables y su repetición no puede llevarse a cabo sin contradicciones e incoherencias. Esta idea también se aplica a la teoría *crip*, donde se plantea que la capacidad obligatoria de realizar una función de manera perfecta, performar esa *capacidad obligatoria*<sup>55</sup>, es igualmente inalcanzable sin caer en contradicciones e incoherencias.

Con lo expuesto anteriormente, se hace evidente el encaje que esta problematización tiene también en el ámbito de los estudios locos. La perspectiva de la teoría *queer* y *crip*, que utiliza una categoría previamente estigmatizada como un medio de resubjetivación

<sup>53</sup> Estos enfoques teóricos y críticos comparten una preocupación por desafiar las estructuras de poder y las normas sociales que perpetúan la exclusión y la opresión. A través de su intersección y diálogo, los estudios locos, los estudios de género y los estudios críticos sobre la discapacidad generan una mirada más amplia y compleja sobre la diversidad humana y abren espacios para la reimaginación de nuevas formas de subjetividad, identidad y resistencia.

<sup>54</sup> Por ejemplo, la capacidad de comunicarse, en este caso, se entiende que la funcionalidad mayoritaria es la comunicación verbal, sin embargo, no se tienen en cuenta otras funcionalidades como la lengua de signos. Así, se considera que el cuerpo es construido social y culturalmente en diversas categorías, como son las categorías que diferencian los cuerpos en «capacitados» y «discapacitados» (McRuer, 2006).

<sup>55</sup> La noción de «capacidad obligatoria», también conocida como *able-bodiedness* (McRuer, 2006), tiene sus raíces en el concepto de «heterosexualidad obligatoria» postulado por Adrienne Rich. En este contexto, la «capacidad obligatoria» o «heterosexualidad obligatoria» —que implican no tener una discapacidad o no ser homosexual— son consideradas como características «naturales» de la condición humana. Estas cualidades son presentadas como algo que el sistema capacitista y cisheterosexual hace parecer altamente deseable y obligatorio (McRuer, 2006).

política (Butler, 1997), ha dejado una huella significativa en los estudios sobre la locura. En este contexto, los estudios locos pretenden subvertir el componente biologicista y estigmatizante de la locura, reconociendo que cualquiera puede enloquecer en determinadas circunstancias. Así, la idea de performar la *cordura obligatoria* sería inalcanzable y, de hecho, intentar hacerlo conlleva contradicciones e incoherencias. Además, se reconoce que la locura es una construcción social que implica una identidad y una cultura. El término *localloco* adquiere una dimensión de identidad política y se convierte en un espacio para la reivindicación y la lucha. Al situarse en un espacio liminal, la locura tiene el potencial del *desbarajuste* (Balandier, 1994), de romper y perturbar el orden establecido, y de abrir espacios para la resistencia y el cambio. Al visibilizar el concepto de cuerdismo y la violencia psiquiátrica (Lewis, 2006; Farber, 2012; Morrison, 2013; LeFrançois et al., 2013; Spandler y Poursanidou, 2019; Gorman y LeFrançois, 2017), la locura puede desestabilizar las normas y estructuras de poder vigentes, permitiendo la posibilidad de la transformación social.

En este contexto, se construye un discurso crítico que cuestiona y desafía la pretendida neutralidad de los regímenes de la verdad en torno al poder psiquiátrico (Foucault, 2005). Estos estudios buscan llevar a cabo una investigación exhaustiva y análisis crítico de cómo la psiquiatría, a través de su enfoque biologicista, impacta en la vida de las personas psiquiatrizadas, prestando especial atención a los problemas de estigmatización, discriminación y la tendencia a la cronificación que experimentan las personas al ser etiquetadas como «enfermas mentales» (Beresford, 2014; Huertas, 2020).

De ese modo, se reconoce la locura como una experiencia válida y significativa para generar conocimiento, en contraposición al discurso psiquiátrico hegemónico (Cea-Madrid y Castillo-Parada, 2021). En este enfoque, se concede prioridad a las voces, experiencias y perspectivas de los colectivos de personas psiquiatrizadas y sobrevivientes de la psiquiatría como base para la construcción de conocimiento. Esta perspectiva se alinea con los planteamientos de Russo (2012) en relación con la inclusión de los grupos afectados y la promoción de investigaciones dirigidas por sobrevivientes, también conocidas como investigaciones de los sobrevivientes o *survivor research*. Dichas investigaciones cuestionan los saberes hegemónicos y reivindican el saber basado en la experiencia en *primera persona*. Su objetivo no es solo generar nuevas formas de conocimiento, sino también activar procesos de transformación social y emancipación colectiva en el ámbito de la salud mental.

Adicionalmente, las investigaciones lideradas por sobrevivientes se destacan por su independencia y autonomía (Russo, 2012, 2016). Estas investigaciones se desvinculan de los potenciales conflictos de interés que a menudo pueden influir en la financiación de la investigación psiquiátrica biomédica, especialmente cuando proviene de la industria farmacéutica (Gotzsche, 2015; Moncrieff, 2007, 2008; LeFrançois et al., 2013; Whitaker y Cosgrove, 2015). Estos intereses pueden conducir a la medicalización y promoción de enfermedades, un fenómeno conocido como *disease mongering*<sup>56</sup> (Ruiz-Cantero y Cambrónero-Saiz, 2011).

---

<sup>56</sup> En el capítulo I, específicamente en la sección dedicada a *la locura del neoliberalismo* (1.3), en el subapartado titulado *La mercantilización de los malestares y la creación de enfermedades*, se amplía y profundiza en el concepto de la promoción de enfermedades o *disease mongering*.

A diferencia de otras investigaciones relacionadas a la salud mental, los estudios locos no consideran a las comunidades locas como meros objetos de estudio, sino como sujetos políticos con la capacidad de realizar sus propias interpretaciones y construir conocimiento crítico y radical en el campo de la salud mental. En este enfoque, se reconoce que el conocimiento de la *primera persona* es un conocimiento situado (Haraway, 1995), igualmente válido y legítimo que el conocimiento académico (Spandler y Poursanidou, 2019; McWade, 2020; LeFrançois et al., 2013).

En los estudios locos, se encuentran experiencias de investigadoras que no han sido diagnosticadas, así como las autoetnografías de autoras que se identifican como locas y realizan investigaciones relacionadas con sus propias experiencias (McWade, 2020; Spandler y Poursanidou, 2019). Sin embargo, tanto para las investigadoras con experiencia en *primera persona* como para las colaboradoras que investigan y contribuyen a los estudios locos desde un rol de «aliadas» de la locura, el compromiso militante en la investigación (LeFrançois et al., 2013), la defensa de la identidad loca y el derecho a la locura son valores compartidos. Estos valores trascienden las identidades y experiencias personales, tanto dentro como fuera del ámbito académico<sup>57</sup> (Cea-Madrid y Castillo-Parada, 2021).

\* \* \*

Decía Albert Camus (2003), que una no puede ponerse del lado de quienes hacen la historia, sino al servicio de quienes la padecen. Siguiendo esta premisa, Hannah Arendt (1999) señalaba que el mero acto de pensar no nos hará libres, que es necesario actuar. En consecuencia, me parecía inevitable combinar la teoría con la práctica y desempeñar un papel activo en la crítica de los discursos que encubren o justifican las violencias psiquiátricas. Asimismo, tratar de adoptar una postura de acción política que promueva la transformación social y defensa de los Derechos Humanos, con el objetivo de erradicar las formas de injusticia y violencia, no solo en el ámbito de la psiquiatría, sino en el conjunto del sistema y paradigma de la salud mental.

Como acabo de indicar, dentro de esta perspectiva se encuentran los enfoques críticos de las ciencias sociales, como los estudios locos, que buscan generar conocimiento con un impacto transformador en términos éticos, políticos y sociales (Beresford, 2014, 2020; LeFrançois et al., 2016). También se incluyen las epistemologías de la antropología feminista, que enfatizan la importancia de la transformación social a través de la producción de conocimiento (Esteban, 2019; Moore, 2009; Harding, 1996, 2004). Personalmente, son dos planteamientos que suscribo y trato de aplicar en mi proceso de investigación. Como afirma Castañeda (2019), es fundamental demostrar que «la transformación social no solo es una aspiración utópica, sino que se puede impulsar en todos los espacios en los que actúan las feministas» (p. 20).

---

<sup>57</sup> En este sentido, el artículo de Ingram (2016) destaca la importancia de la ética en la investigación y sugiere que, de manera similar a lo que ocurrió en los estudios sobre la discapacidad, en los estudios locos es probable que surja una tensión entre académicos y no-académicos, lo que podría resultar en la exclusión de los académicos de las comunidades activistas. Esto se debe a que los compromisos exigidos por la academia pueden dificultar el desarrollo de las funciones de profesora universitaria e investigadora al mismo tiempo que se mantiene un compromiso pleno con las luchas del movimiento loco.

Parece evidente que la etnografía debería retribuir al campo tanto como el campo contribuye a ella. ¿Cuál sería el propósito de problematizar las realidades si no nos comprometemos y tratamos de aportar también conocimiento para el cambio? Sin embargo, surge la pregunta de si la investigación puede ser un recurso emancipatorio desde dentro de la academia y los marcos institucionales. En este sentido, es destacable la investigación acción participativa (Greenwood, 2000), que busca vincular la teoría y la acción. También se deben mencionar las contribuciones sobre la intersección entre la investigación y la militancia (Gandarias, 2014; Malo, 2004), y la integración entre la práctica y el pensamiento en la investigación militante para asumir la responsabilidad, la implicación y el compromiso con las violencias o poderes que se evidencian y denuncian (Gago, 2017). A través de estas perspectivas, se puede aspirar a que la investigación se convierta en un vehículo de cambio y transformación social desde dentro de los espacios académicos e institucionales.

Gramsci (2009) sostuvo que la labor intelectual debe reconocer las sujeciones y las relaciones de poder que limitan o pueden potenciar las prácticas políticas de los sectores subalternizados. En ese sentido, es fundamental evidenciar cómo se instituye y se justifica el sistema psiquiátrico, con el fin de desvelar las lógicas detrás de los mecanismos de control que han existido en distintos contextos históricos. Se podrán comprender, así, las funciones sociales que cumplen estos mecanismos de poder, basándonos en la genealogía y la historicidad de las instituciones psiquiátricas. Es esencial problematizar cómo se ha gobernado a las personas consideradas *locas*, atendiendo al sistema de vigilancia y tratamiento que se les ha aplicado, así como el sistema de sanciones que se ha implementado a su alrededor (Foucault, 1994, 2001, 2005, 2018; Juliano, 2016).

Esto nos ayuda tanto a comprender como a cuestionar por qué a lo largo de la historia se han imposibilitado e invisibilizado las voces de lo que se ha denominado la experiencia de la locura. La subalternidad está privada de habla, pero no por la incapacidad de las personas de hablar o expresarse por sí mismas, sino porque la sociedad se articula de manera que se les bloquea para que no se les escuche (Asensi, 2009). Al interrogar estas sujeciones que imposibilitan la legitimidad del habla y la expresión, también se pueden potenciar acciones políticas para modificar el orden simbólico que controla, destruir las costuras de los enfoques hegemónicos que llegan a sentirse como algo natural y, construir representaciones que, eventualmente, posibiliten la reconceptualización y la transformación. Se comprende, en última instancia, que los *discursos* son frágiles y, según la caracterización foucaultiana, están sujetos a críticas y cambios, ya que son creaciones culturales históricamente constituidas<sup>58</sup>. No son mundos inmutables, sino cambiantes e impugnables.

La devolución que me hizo Rosa sobre el artículo «*(Sobre)vivencias de la psiquiatría: una aproximación a las subjetividades de la violencia institucional y los activismos locos*» (de Juan,

---

<sup>58</sup> En el capítulo I, realizo *un viaje a través del control social de la locura*, precisamente, con el objetivo de comprender cómo la experiencia de la locura ha sido configurada cultural y socialmente en la cultura occidental. La excusa de la incapacidad mental del loco/loca se ha utilizado para silenciar la locura y, además, la jurisprudencia actúa de tal manera que se priva a las locas y a los locos de sus derechos.

2021), ilustra precisamente lo que trato de transmitir. En dicho texto, realicé una aproximación histórica en clave foucaultiana, a los procesos de control social ejercidos sobre la experiencia de la locura. Rosa destacó la importancia de conocer la historia de la locura para comprender cómo la sociedad ha sido articulada de forma que la voz de las locas ha sido desahuciada:

Me parece muy importante recuperar la voz de la locura y que sea el loco y la loca desde la locura la que cuente y la que explique qué es la locura. Que nosotros como personas con experiencia propia somos las que debemos tener la voz de lo que es la locura y de lo que nos ocurre. Y como tú muy bien explicas, nuestra voz, nuestra experiencia, está secuestrada por los profesionales. Está secuestrada por unos profesionales que no han vivido lo que nosotras hemos vivido, ni lo que estamos viviendo que, además, no solamente es que no lo hayan vivido, es que además les han metido muchos prejuicios, mucha desinformación de lo que es, y están súper convencidos de que lo que ellos nos dicen que es, es la gran verdad. Y luego también el hecho de recuperar la voz de la locura desde el propio loco y desde la propia loca, eso me gusta mucho. (...) Yo creo que es muy importante la historia de la locura para entender y explicar todo esto. Y el tema de la nave de los locos y todo eso. Me encanta Foucault y la verdad que este buen señor me encanta. He leído un poquito de él, bueno más que leído he visto algún documental que hay unos cuantos por ahí, y audiolibros también. Y además que todo lo suyo está en pdf y está libre con lo cual es más a su favor<sup>59</sup>.

Debo hacer alusión aquí al epitafio en la tumba de Walter Benjamin (Berlín 1892 — Portbou 1940), ya que ejemplifica la necesidad señalada por Rosa: «Es tarea más ardua honrar la memoria de los seres anónimos que la de las personas célebres. La construcción histórica está consagrada a la memoria de quienes han perdido el nombre». Se trata, entonces, de recuperar la memoria de las personas y los grupos construidos como subalternos (Gramsci, 2009; Spivak, 2011), dignificar las vidas silenciadas y escribir los relatos de las personas sin nombre. Asimismo, iluminar el significado de sus experiencias, arrojar luz sobre el presente a través de los pasados perdidos y recuperar la memoria como un instrumento político y una herramienta metodológica para desafiar los discursos hegemónicos y los mecanismos de control mediante los cuales se borran e invisibilizan estas historias (Benjamin, 2018). Como resulta notorio, analizar estos dispositivos de control que perpetúan el olvido resulta una tarea fundamental para poder comprender e interpretar estas historias y redimir a sus protagonistas.

En cuanto a este mismo tema, recuperar los relatos de las subjetividades y las interpretaciones de la locura en *primera persona* es importante, pues ayudan a impugnar los regímenes de la verdad entorno al poder psiquiátrico (Foucault, 2005) y al discurso biologicista hegemónico de la locura, que individualiza y mercantiliza los malestares. En palabras de Chesler (2005), «la opresión provoca traumas, especialmente cuando se culpa a las personas que lo sufren de su propia desgracia y se diagnostica como una patología» (p. 11). Por ende, visibilizar las opresiones y exponer su carácter estructural es fundamental para repolitizar la locura, desafiar la *privatización del estrés* (Fisher, 2018) y desvelar críticamente las estrategias

<sup>59</sup> Devolución de Rosa sobre el artículo «(Sobre)vivencias de la psiquiatría»: una aproximación a las subjetividades de la violencia institucional y los activismos locos (de Juan, 2021), fecha 10 de febrero de 2022.

y los discursos que encubren y perpetúan la naturalización y la esencialización del poder psiquiátrico, presentándolo como una verdad natural e incuestionable (Martínez-Hernández, 1998a, 2008).

De tal manera, poner en valor los conocimientos y *saberes de la experiencia* de las colaboradoras de la investigación, saberes que se sitúan fuera de los modelos falogocéntricos y heteropatriarcales del conocimiento, adquiere un valor político significativo. A través de su autoenunciación y narrativas, al reconocer su agencia, se pueden derribar las certezas instituidas que instauran unos efectos de verdad que a menudo se presentan como absolutos e incuestionables y que, siguiendo la lógica foucaultiana, encubren una situación de poder, que es siempre potencialmente reversible.

Asimismo, recuperar e interpretar estas historias contribuye de manera significativa a la reparación histórica de las voces que han sido inhabilitadas por el poder psiquiátrico<sup>60</sup> y promueve la elaboración conjunta del conocimiento, así como el desarrollo de un pensamiento crítico sobre la locura que, en efecto, puede devenir en procesos de empoderamiento tanto a nivel individual como colectivo. En palabras de Fernández de Rota (2012), «la construcción de representaciones y valores en la vida humana está, en última instancia, orientada a *intervenir* en el mundo» (p. 313). Esta visión también es compartida por Teresa San Román (2000) cuando enfatiza que:

la Universidad es la encargada de construir ciertos tipos de conocimiento y de someter a la reflexión el mundo que compartimos y diseñar nuevas alternativas a él. Si olvidamos esto, la Universidad no es más que un círculo de lectores o un club de diletantes. (p. 197)

Gracias a la interpretación cultural, la etnografía, al fundamentarse en la vida cotidiana, posibilita la comprensión tanto de las pequeñas tradiciones en una cultura como de las grandes tradiciones que abarcan la sociedad en su conjunto (Wolcott, 2007). De este modo, la etnografía, como proceso de generación de conocimiento situado, comprometido e implicado, podría redescubrirse en la *intención etnográfica* (Wolcott, 2007), como una herramienta no solo para desarrollar las perspectivas académicas, sino también para generar alternativas y posibilidades, y, en última instancia, para transformar e intervenir en el mundo, tal como lo determinó Marx en su onceava *Tesis sobre Feuerbach*.

---

<sup>60</sup> Cuando menciono que sus voces han sido inhabilitadas por el poder psiquiátrico, estoy hablando en términos generales, haciendo referencia a un sistema histórico de represión, en el que las voces de las personas psiquiatrizadas han sido usurpadas por profesionales y familiares, una dinámica que persiste en muchos casos. Sin embargo, la hegemonía no es un dominio categórico, y donde hay poder hay resistencia, antagonismo y escapatoria a ese poder (Foucault, 2019). Por lo tanto, habrá que considerar las especificidades del funcionamiento cotidiano y la capacidad de intervención de los sujetos en cada contexto específico. Es por eso que en la primera parte de la tesis, en el capítulo I, abordo un análisis de carácter más estructural en relación al saber y el poder psiquiátrico, para después, en la segunda parte, —y *a través del espejo*—, contextualizar algunas de las voces que han padecido y que se han enfrentado a estas estructuras. Estas voces, que han fragmentado ese poder, han sido y están siendo una potencia y una poderosa resistencia a los postulados del poder psiquiátrico.

## ESTRUCTURA DE LA TESIS

Esta tesis se estructura en dos partes principales, cada una compuesta por varios capítulos. Comenzando con *la madriguera del conejo*, que representa la introducción a la investigación, se presentan las mutaciones que han ocurrido a lo largo del proceso de investigación. También, se comparten reflexiones teórico-metodológicas que establecen las bases iniciales para enmarcar la posición epistemológica y reflexiva de la investigación.

La primera parte de la tesis, titulada *Aquí estamos todos locos*, consta de tres capítulos: el fenómeno de investigación (I), el marco teórico (II) y la metodología (III).

En el capítulo I, el *fenómeno de investigación*, se lleva a cabo un análisis estructural en relación con el poder psiquiátrico. Este capítulo se divide en tres secciones. La primera sección ofrece una *aproximación al control social de la locura*, proporcionando un breve panorama histórico que aborda cómo la sociedad occidental ha ejercido control sobre la experiencia de la locura a lo largo del tiempo. La segunda sección se centra en la *antipsiquiatría*, explorando la crítica de pensadores y psiquiatras, desde los inicios de la antipsiquiatría clásica hasta la evolución que ha llevado a lo que se conoce como la nueva antipsiquiatría o el movimiento de la postpsiquiatría. En la tercera sección, se aborda *la locura en el contexto del neoliberalismo como forma de subjetivación dominante*. Aquí, se plantean cuestiones contemporáneas relacionadas con el capitalismo tardío, como el imperativo del rendimiento, la patologización y la terapeutización de la vida cotidiana, así como la mercantilización de los malestares y la creación de enfermedades.

El capítulo II, titulado *marco teórico: locura y aprendizaje*, se divide en dos secciones principales. En la primera sección, se profundiza en la *antropología de la locura*, explorando las clasificaciones que distinguen entre la normalidad y la patología, y analizando el significado y la potencialidad de los espacios liminales. La segunda sección se centra en la *antropología del aprendizaje*, prestando especial atención a los procesos de transformación y aprendizaje, así como a la transmisión cultural.

El capítulo III, titulado *metodología: derroteros de la investigación*, detalla los caminos recorridos durante la investigación. Comienza con una reflexión sobre la *etnografía digital y desterritorializada*, explorando lo que ha significado «*estar ahí*» virtualmente. Este enfoque conlleva una introspección profunda de mi propio proceso etnográfico, donde se exponen algunas de las sombras que han surgido en el trayecto. Luego, se presentan las técnicas empleadas para obtener y analizar los datos. Además, se abordan los sesgos, limitaciones y dificultades que han surgido en la investigación, destacando la importancia de establecer relaciones éticas y de compromiso con las colaboradoras, así como la responsabilidad de compartir los resultados de la investigación.

La segunda parte de la tesis, titulada *A través del espejo*, consta de cinco capítulos: contexto de investigación (IV), polifonías (V), violencias y encierro psiquiátrico (VI), subjetividades de la locura (VII) y resignificaciones de la locura (VIII).

Esta parte de la tesis se adentra en lo que *la locura dijo a la razón*, por eso, me sumerjo empíricamente en las experiencias de las personas que sufren y enfrentan las estructuras del poder psiquiátrico previamente descritas, a través de las voces de las colaboradoras de la investigación. Estas voces no solo han cuestionado ese poder, sino que también representan una fuerza y una resistencia significativa y colectiva frente a los postulados del poder psiquiátrico.

El capítulo IV, que se centra en el contexto de investigación, presenta una introducción que invita a explorar las numerosas reinterpretaciones y resignificaciones de la locura. Se realiza una aproximación a los enfoques y proyectos que emergen desde las personas psiquiatrizadas, sobrevivientes de la psiquiatría y personas con experiencia en primera persona. La sección titulada por nuestra cuenta analiza el movimiento de expacientes y sobrevivientes de la psiquiatría, examinando sus experiencias y demandas. En el apartado escuchando voces, se resalta la importancia del movimiento de escuchadores de voces y su influencia en la reinterpretación de la locura y en el activismo loco. En *orgullo loco*, se explora la historia de este movimiento y su eclosión en el Estado español. El capítulo culmina con una aproximación a los Grupos de Apoyo Mutuo (GAM) en salud mental en primera persona, que desempeñan un papel fundamental en el activismo loco. La participación en estos grupos ha dejado una huella significativa en la vida de las colaboradoras de la investigación.

El capítulo V, titulado *polifonías*, da vida a las múltiples voces a través de las descripciones detalladas y la singularidad de los relatos de vida de ocho colaboradoras de la investigación. A partir de estas narrativas y con el apoyo empírico del trabajo de campo, se construyen los capítulos VI, VII y VIII. Esta tríada da cuenta —o articula— las relaciones, convergencias y particularidades que emergen de la polifonía de las voces del trabajo de campo.

He optado por presentar los capítulos VI, VII y VIII, como una representación simbólica del viaje a través de los tres niveles de la Divina Comedia (2021)<sup>61</sup>: el Infierno, el Purgatorio y el Paraíso.

Cada bloque de esta tríada representa una dimensión significativa en la elaboración conclusiva de la investigación: el capítulo VI aborda las diversas manifestaciones de violencia vinculadas al dispositivo psiquiátrico; el capítulo VII se adentra en las complejidades de las subjetividades involucradas; y el capítulo VIII se centra en las resignificaciones, aprendizajes y transformaciones que emergen en el proceso. De esta manera, estos tres bloques se asemejan a los estratos de la Divina Comedia, donde cada uno revela una capa distinta de la realidad y ofrece un panorama más completo y profundo de la experiencia analizada. Al igual que en la obra de Dante, este recorrido simbólico permite explorar los aspectos más oscuros y desafiantes, transitar por procesos de purificación y reflexión, y alcanzar una nueva comprensión y reconfiguración de la realidad. A través de esta estructura, he tratado de capturar la complejidad del sistema de relaciones y significaciones que se construye en los distintos contextos del tránsito vital de las colaboradoras, inspirándome en el poderoso simbolismo de la obra literaria para enriquecer la comprensión de las voces, ficciones, vivencias, interpretaciones y transformaciones de las protagonistas.

---

<sup>61</sup> Impresa por primera vez en 1472.

Finalmente, en el capítulo de *conclusiones e (in)conclusiones* se resumen algunas interpretaciones que se han construido a lo largo del texto y se señalan posibles direcciones futuras para la investigación, que conforman el capítulo de cierre de este manuscrito. La intención es que esta tesis sea un pre-texto para continuar dialogando, reconociendo que el conocimiento es un proceso en constante evolución y que el cambio se logra a través de la colaboración y la reflexión colectiva.



PRIMERA PARTE  
AQUÍ ESTAMOS TODOS LOCOS



Ilustración 6. El Gato de Cheshire.

Ilustración de Sir John Tenniel para *Alicia en el País de las Maravillas*.  
Lewis Carroll, 1985, p. 94.

«Aquí estamos todos locos. Yo estoy loco. Tú estás loca.  
¿Y cómo sabe usted que yo estoy loca?  
Si no estuvieras loca, no habrías venido aquí.»





## I. FENÓMENO DE INVESTIGACIÓN. UN VIAJE A TRAVÉS DEL CONTROL DE LA LOCURA

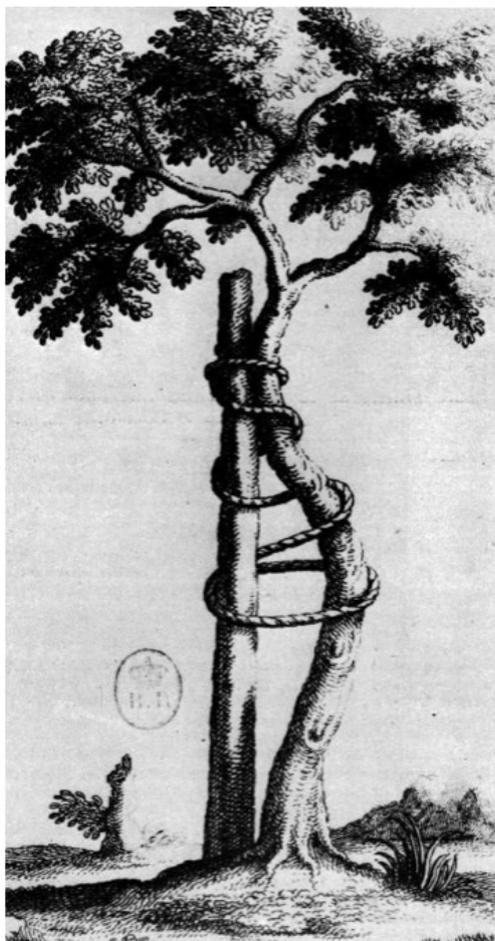


Ilustración 7. La Ortopedia.

«La ortopedia o el arte de prevenir y de corregir en los niños las deformidades corporales.»  
Nicholas Andry de Boisregard, 1749.

La última lámina adjunta en el libro de Foucault (1994), *Vigilar y castigar*, es un dibujo de N. Andry de Boisregard (1749) que representa un joven árbol torcido, amarrado con una soga a un palo recto que se encargará de enderezarlo hacia su forma.

## 1.1. UNA APROXIMACIÓN GENEALÓGICA AL CONTROL SOCIAL DE LA LOCURA

### 1.1.1. Saber, Poder y Sujeto: La Construcción del Sujeto Moderno

La locura no se puede encontrar en estado salvaje.  
La locura no existe sino en una sociedad,  
ella no existe por fuera de las formas de la sensibilidad que la aíslan  
y de las formas de repulsión que la excluyen o la capturan.

Michel Foucault, *Locura y civilización*, 1961.

Permítaseme comenzar con una aproximación a algunos conceptos que derivan del acervo de conocimientos contenido en la frondosa obra de Michel Foucault. Estos conceptos se plasman en un momento inicial, dado que me permiten establecer una reflexión introductoria y realizar una primera exploración teórica a algunas de las problemáticas que se abordarán a lo largo de las páginas siguientes.

Conviene en ese sentido comenzar por el abordaje de *Las palabras y las cosas: Una arqueología de las ciencias humanas* (1966), obra en la que el filósofo francés realiza un minucioso rastreo de las transformaciones históricas y la forma como se originan las problematizaciones, las mentalidades y los pensamientos de cada época. En esta obra genealógica, se revela su interpretación sobre la construcción del sujeto moderno, un ente que se desgaja de los resquicios de la cultura clásica y emerge como un sujeto social que posee consciencia, pero que está determinada por una estructura. Sostiene, en esa línea, que el sujeto moderno está determinado por una trama histórica, cultural y económica; por consiguiente, deja de ser un sujeto centralizado que domina la razón emancipadora, tal como lo había definido el racionalismo de Descartes en 1637 en su *Discurso del método* que partía de su propia conciencia «*cogito ergo sum*» (pienso, luego existo). Al contrario, se trata de un sujeto que no constituye la realidad, sino que es producto de las disciplinas y está constituido por las relaciones que se dan en la estructura, es decir, es la emergencia de una subjetividad que —entendida en términos generales— está sujeta a una trama histórica.

Así, Foucault (1966) sintetiza su idea sobre este sujeto moderno y su pensamiento cuando escribe que le tranquiliza pensar que «el hombre es solo una invención reciente, una figura que no tiene ni dos siglos, un simple pliegue en nuestro saber y que desaparecerá en cuanto éste encuentre una forma nueva» (p. 9). De ese modo, Foucault reintroduce el concepto de *episteme*, que se refiere al marco del saber y la estructura del pensamiento que impone el poder en cada época, y ahonda en la compleja relación entre el saber, el poder y el sujeto, al reconocer el poder como productor de saberes y como instancia que busca naturalizar y legitimar esos saberes en la sociedad.

Cuando el poder deja de ejercerse verticalmente, produce y se apropia de los distintos dispositivos del saber, como pueden ser los saberes relativos a lo médico, lo sexual o el ámbito disciplinario. En ese sentido, la circulación del poder se ejerce mediante una estructura que permanece oculta y que penetra en la consciencia de los sujetos. Dicha estructura se establece mediante la construcción de múltiples significados y diferentes subjetividades en una diversidad de discursos

que son estratégicamente compilados y que generan cambios históricos, transformaciones institucionales y modelos de gobierno específicos. Sucede, pues, que cada período de *episteme* crea su propio marco del saber y sus propios *discursos* que se van naturalizando, cimentando así una construcción social de la verdad en la que encuentran también la condición de su existencia. Tal como lo señala Foucault (1966), en este devenir el sujeto está supeditado a estas estructuras y a estos saberes que trazan los límites de lo enunciable y lo cognoscible y, por ende, no se pueden concebir *las palabras y las cosas* por fuera de la trama y la estructura históricamente singular del pensamiento de cada época, es decir, fuera del marco del saber en que fueron insertas.

La óptica foucaultiana permite analizar cómo se constituyen las formas de *gubernamentalidad*<sup>62</sup> y comprender cómo los sujetos hemos sido gobernados históricamente por estos saberes y por un conjunto de artefactos y de *dispositivos*<sup>63</sup> —prácticas sociales, instituciones, leyes, discursos, enunciados científicos y proposiciones morales— que son creados en determinados períodos históricos o que han adquirido una mayor influencia y dominio que otros en contextos históricos y espaciales específicos. Un dispositivo implica modos de gobierno, procedimientos, inscribe reglas y formas de organización, además viabiliza e instaura unos efectos de verdad.

La intención de las páginas que siguen es ahondar en algunas de las reflexiones sobre las construcciones sociales y colectivas en torno a la experiencia de la locura (Foucault, 1994, 2001, 2005, 2018), para comprender cómo se han generado y perpetuado ciertas concepciones y prácticas, examinando el entramado de relaciones históricas, sociales y culturales que las sustentan. El problema teórico de las siguientes páginas entonces —más que realizar una exposición pormenorizada sobre el origen y la historia de la locura— consistirá en realizar una breve arqueología para analizar cómo la experiencia de la locura ha sido entonces capturada, sancionada, excluida y aislada a lo largo de los distintos contextos históricos en la cultura occidental.

Estos aportes resultan fundamentales, para intentar desentrañar las lógicas de los mecanismos de control de la locura en distintos contextos históricos, comprender las funciones sociales que cumplen estos mecanismos de poder y evidenciar cómo se establece y legitima el sistema psiquiátrico que gobierna a los locos y a las locas. Al fundamentar la historicidad de las instituciones psiquiátricas, nos permite comprender que las concepciones arraigadas en la sociedad acerca de la naturaleza humana y las normas morales no son verdades inmutables, sino construcciones históricas, sociales y culturales. Este entendimiento nos revela que las concepciones sobre lo bueno y lo malo, por ejemplo, han experimentado transformaciones a lo largo del tiempo, dando

<sup>62</sup> Durante el curso del año 1978, Foucault (2009) problematizó los mecanismos de poder que gobiernan a los sujetos, tanto en sus seminarios como en las publicaciones que surgieron a partir de sus intervenciones, como por ejemplo, en el *Nacimiento de la biopolítica. Curso en el Collège de France (1978-1979)*. Mediante los conceptos de *gubernamentalidad* y *biopolítica*, Foucault proporciona algunas claves que considero especialmente sugerentes e inspiradoras para comprender estas formas y mecanismos de poder y de control integral en la vida de las personas y las poblaciones.

<sup>63</sup> Deleuze (1990) representa la imagen del dispositivo como un ovillo —con líneas de fuerzas que forman una trama, un saber y una subjetividad— de esta manera, realizar un análisis de un dispositivo requiere realizar una cartografía desenmarañando los hilos y las líneas que componen el ovillo.

paso a la categorización de lo normal y lo anormal que se establece en cada sociedad. Es a través de estas estructuraciones cambiantes que se moldean y se establecen los valores y las normas que guían la vida social en distintos periodos históricos. Por consiguiente, se comprende que estas son experiencias y articulaciones que se construyen a través de los *discursos* y los *dispositivos* sociales, y, por lo tanto, varían según el contexto y la trama histórica, social y cultural de cada momento y época en que se encuentran. De esa manera, retomando la cita que abre este apartado, se entiende que la locura solo puede existir en la lógica y las formas de una sociedad y un contexto histórico que así la establece y la reconoce.



Ilustración 8. *Stultifera Navis*.

La Nave de los Locos, El Bosco, 1503. Óleo sobre tabla.  
Tamaño: 58 x 33 cm. Ubicación: Museo del Louvre, París<sup>64</sup>.

Inspirada en la obra literaria de 1494 de Sebastian Brant (1998), *La Nave de los Necios* — *Stultifera navis*—, donde un grupo de locos se embarca hacia su supuesta tierra prometida, El Bosco crea una representación que aborda una trágica realidad social. El cuadro describe cómo la locura de los pecadores, los necios y los locos, quienes se entregan a los vicios sin hacer nada productivo, los conduce a la muerte. A primera vista, se puede interpretar la necesidad de desterrar la locura de la sociedad. Sin embargo, es interesante observar que en el centro del barco está representado el clero, lo cual sugiere que nadie está exento de caer en los vicios y en la locura.

---

<sup>64</sup> Véase: <https://www.louvre.fr/louvreplus/video-au-louvre-la-nef-des-fous> [Consulta: 30 de julio de 2023]

### 1.1.2. *Stultifera Navis*: La Existencia Errante y el Perpetuo Viaje

Uno de los componentes más importantes de la locura, en el periodo tardomedieval, se fundamenta en que la locura no se encierra, puesto que «los locos de entonces vivían ordinariamente una existencia errante» (Foucault, 2018, p. 22). En este contexto, la imagen del *loco*<sup>65</sup> configura a un insensato en eterno tránsito que yerra por mar y por tierra.

El caballero andante, don Quijote, el hidalgo que infatigablemente pelea contra los molinos, el ejército de ovejas o el Caballero de los Espejos, es epítome de esa existencia errante del loco, «pues aquello que trata de alcanzar es tan cercano y a la vez tan lejano como la propia fantasía» (Martínez-Hernández, 1998, p. 53). En esa translación constante, y mientras imagina que sus hazañas aparecerán en los libros de caballería, don Quijote escapa de ese mundo insulso y abrupto de los cuerdos en el que no se reconoce, al crear nuevos mundos infinitos y de múltiples pliegues que devendrán hegemónicos en su quimera.

En resolución, él se enfrascó tanto en su lectura, que se le pasaban las noches leyendo de claro en claro y los días de turbio en turbio; y así, del poco dormir y del mucho leer se le secó el cerebro de manera que vino a perder el juicio. Llenósele la fantasía de todo aquello que leía en los libros, así de encantamientos como de pendencias, batallas, desafíos, heridas, requiebros, amores, tormentas y disparates imposibles; y asentósele de tal modo en la imaginación que era verdad toda aquella máquina de aquellas soñadas invenciones que leía, que para él no había otra historia más cierta en el mundo. (Cervantes, 1966, pp. 28-29)

En este caso se comprende que «del poco dormir y del mucho leer» don Quijote ha perdido el juicio. En lo esencial, si se considera que la locura implica la pérdida de la razón, el juicio equivocado es el que llevaría a don Quijote a habitar en un mundo irreal y novelesco. Es precisamente esa condición itinerante y de continuo peregrinaje lo que impulsa al ingenioso hidalgo a la búsqueda de su sentido.

Foucault (2018) en *Historia de la locura en la época clásica* revela que *La Nave de los Locos* —*Narrenschiff* o *Stultifera navis*— se puede comprender como una deportación masiva de los insensatos fuera de los cantos de la ciudad, una forma de confinamiento en tránsito en la cual el loco se convierte en eterno pasajero. A priori parece que el confinamiento y el tránsito son conceptos antagónicos (Martínez-Hernández, 1998), ya que se asume que el movimiento y el encierro son incompatibles. No obstante, tanto en la obra literaria alemana *La Nave de los Necios*<sup>66</sup> publicada en el año 1494 por Sebastian Brant (1998), como en el cuadro *La Nave de los*

<sup>65</sup> A mi pesar estoy utilizando el masculino genérico, pero entiéndase que incluye también a las locas.

<sup>66</sup> Sebastian Brant (1457-1512) doctor en derecho civil y canónico, pertenece a la época de transición entre el final de la Edad Media y los inicios de la Edad Moderna. En el año 1494 publica *La nave de los necios* (1998), la obra alemana más importante del siglo XV, un extenso poema que proviene de una serie de pasajes de la Biblia y de autores clásicos a los que Brant dio forma: «Para provechosa y salutífera enseñanza, exhortación y logro de la sabiduría, razón y buenas costumbres; también para condena y enmienda de la necedad, ceguera, desvarío e ignorancia de los humanos de todo género y condición» (Brant, 1998, p. 90). Se representa el viaje *Ad Narragoniam*, al País de los Necios, de 112 personas de diversas condiciones y clases sociales, que encarnan cada uno de los vicios, necedades y errores de la sociedad. Brant pretende influir en las personas más cultas como en las analfabetas, por ello combina la escritura con la pintura, las xilografías: «Si hubiera alguien que despreciase la escritura o alguien que no

*Locos*<sup>67</sup> de El Bosco (1503), se puede observar una combinación de ambos elementos. En estas representaciones, una tripulación de insensatos se embarca en busca de su tierra prometida. En la pintura de El Bosco, el mar representa un espacio dinámico y, al mismo tiempo, de reclusión. Se podría afirmar que el mar simboliza el tránsito y un insólito confinamiento. Foucault (2018) señala que el agua y la locura han estado vinculadas en el imaginario europeo durante mucho tiempo:

El agua y la navegación tienen por cierto este papel. Encerrado en el navío de donde no se puede escapar, el loco es entregado al río de mil brazos, al mar de mil caminos, a esa gran incertidumbre exterior a todo. Está prisionero en medio de la más libre y abierta de las rutas: está sólidamente encadenado a la encrucijada infinita. Es el Pasajero por excelencia, o sea, el prisionero del viaje. No se sabe en qué tierra desembarcará; tampoco se sabe, cuando desembarca, de qué tierra viene. Solo tiene verdad y patria en esa extensión infecunda, entre dos tierras que no pueden pertenecerle. (Foucault, 2018, p. 27)

En ese sentido, el barco representa una forma de exclusión abierta, donde los locos se entregan a las aguas y navegan a la deriva, en un tránsito incierto que culmina con su muerte. La sociedad imbuye al loco de ese simbolismo de constante tránsito o itinerancia, como si estuviera destinado a peregrinar en la búsqueda de su tierra prometida. En ese sentido, Foucault (2018) plantea que las naves de locos son, en realidad, barcos simbólicos que conducen a los locos en busca de la cordura y de la razón, en tanto que, en este contexto, estar loco es estar equivocado. Surge la pregunta de si esta condena al deambular perpetuo, este eterno viaje en la búsqueda de su sentido es la única forma posible para que un loco pueda existir y situarse en el mundo.

### **1.1.3. La Sociedad Disciplinaria, el Panóptico y la Ortopedia Social**

Era el año 1757 cuando Damiens, trató de asesinar al rey Luis XV de Francia y fue condenado a pública retractación por parricidio —que se consideraba un ataque al padre simbólico representado por el rey— y fue torturado en la plaza de Grève en París en un espectáculo punitivo:

Llevado y conducido en una carreta, desnudo, en camisa, con un hacha de cera encendida de dos libras de peso en la mano; después, en dicha carreta, a la plaza de Grève, y sobre un cadalso que allí habrá sido levantado [deberán serle] atenaceadas las tetillas, brazos, muslos y pantorrillas, y su mano derecha, asido en ésta el cuchillo con que cometió dicho parricidio, quemada con fuego de azufre, y sobre las partes atenaceadas se le verterá plomo derretido, aceite hirviendo, pez resina ardiente, cera y azufre fundidos juntamente, y a continuación, su cuerpo estirado y desmembrado por cuatro caballos y sus miembros y troco consumidos en el fuego, reducidos a cenizas y sus cenizas arrojadas al viento. (Foucault, 1994, p. 11)

---

la supiera leer, verá bien en el dibujo su propia esencia y encontrará en él quién es, a quién se asemeja y qué le falta» (Brant, 1998, p. 91). La nave de los necios, los locos y los pecadores es una nave que está a punto de naufragar, en ella viaja toda la sociedad, que desconectada de la edad media necesita encontrar un nuevo puerto: «Si se desprecia todo escrito y doctrina, el mundo entero vive en noche oscura y persiste ciego en sus pecados» (Brant, 1998, p. 91). El autor no critica la necedad, más bien seguir siendo necios por no aprender y reconocer los propios errores.

<sup>67</sup> Ilustración 8. *Stultifera Navis*.

En su obra *Vigilar y castigar*, Foucault (1994) ofrece una exhaustiva descripción del sistema penitenciario occidental, explorando los métodos de castigo utilizados desde la Edad Media hasta la actualidad. El libro comienza con este pasaje que analiza en detalle el suplicio de Damiens que acabo de mencionar. En el contexto de las *sociedades de soberanía* del siglo XVI, los criminales eran exhibidos públicamente y sus cuerpos eran sometidos a torturas en un acto de suplicio ritualizado que exhibía el poder del soberano y su derecho absoluto sobre la vida y la muerte.

A partir del siglo XVIII, con la transición hacia las *sociedades disciplinarias*, se produjo un cambio significativo en la forma en la que se ejercía el castigo. El espectáculo público del suplicio fue dando paso al encierro, y la tecnología del castigo experimentó una transformación. Según Foucault (1994), el castigo se volvió en la parte más oculta que encierra el cuerpo de los condenados. En este punto, resulta relevante citar las acreditadas palabras de G. de Mably (1789)<sup>68</sup>, en cuanto a «que el castigo, si se me permite hablar así, caiga sobre el alma más que sobre el cuerpo» (p. 24). De esta manera, se produjo un cambio desde la expiación que destrozaba los cuerpos hacia un castigo que actuaba en lo más profundo del pensamiento, la voluntad y las disposiciones de los individuos (Foucault, 1994).

Este giro en la tecnología del castigo refleja el paso a una forma más internalizada y sutil de control social. El enfoque disciplinario permitía una vigilancia constante y una regulación más efectiva de los cuerpos y las conductas. En los procesos de internamiento y encierro, la vigilancia adopta un carácter permanente. En ese sentido, el diagrama del panóptico desarrollado por Bentham (1748-1832) adquiere especial relevancia en las sociedades disciplinarias, siendo la representación que vincula el encierro con la permanente vigilancia (Foucault, 1994). El panóptico se refiere a una estructura arquitectónica en forma de torre ubicada en el centro de una institución, como una cárcel, desde donde un guardia, en una posición privilegiada, puede observar el interior de las celdas de los prisioneros.

La peculiaridad del panóptico radica en que los prisioneros no pueden ver si hay un guardia en la torre, lo que los lleva a asumir que están siendo constantemente vigilados y que cualquier transgresión de las normas puede ser castigada. Esta sensación de vigilancia constante induce a los prisioneros a obedecer, ya que el miedo a la sanción actúa como un mecanismo de control interno. En resumen, este dispositivo institucional facilita el autodomínio del sujeto y su sometimiento, al posibilitar el control y una vigilancia jerárquica, donde el guardia ve y el preso es visto. En este contexto, el guardia cosifica al prisionero, convirtiéndolo en un objeto que debe ser controlado. El modelo panóptico se aplica en diversas instituciones, como prisiones, hospitales, conventos, reformatorios, cuarteles, manicomios, fábricas o escuelas. En cada una de estas instituciones, el panóptico desempeña un papel fundamental en la configuración del control y la disciplina, estableciendo una dinámica de poder que vigila, moldea y regula las acciones de los sujetos internados.

Ahora bien, no son solo las instituciones las encargadas de vigilar y normalizar las conductas, sino que el discurso y la vigilancia se interiorizan de forma que los sujetos se adaptan a la norma.

<sup>68</sup> Citado por Foucault (1994).

En ese sentido, el panóptico se convierte en una tecnología del poder, una metáfora que representa la vigilancia y el castigo en la sociedad, un tipo de poder del espíritu sobre el espíritu (Foucault, 1994). Es importante comprender que la sociedad vigila constantemente y tiene la capacidad de sancionar no solo los cuerpos de los condenados, sino también el comportamiento de todos los demás sujetos. Por ende, la sociedad no solo vigila directamente, sino que, como sucede con la estructura del panóptico carcelario, se interioriza el control: al no saber si se está siendo vigilado o no, las personas en todo momento actúan de acuerdo con las normas establecidas.

Permítaseme citar aquí un fragmento de Foucault (1990a) de *La verdad y las formas jurídicas* en el que refiere que vivimos en una sociedad de panoptismo:

El Panóptico era un sitio en forma de anillo en medio del cual había un patio con una torre en el centro. El anillo estaba dividido en pequeñas celdas que daban al interior y al exterior y en cada una de esas pequeñas celdas había, según los objetivos de la institución, un niño aprendiendo a escribir, un obrero trabajando, un prisionero expiando sus culpas, un loco actualizando su locura, etc. (...) El Panóptico es la utopía de una sociedad y un tipo de poder que es, en el fondo, la sociedad que actualmente conocemos, utopía que efectivamente se realizó. Este tipo de poder bien puede recibir el nombre de panoptismo: vivimos en una sociedad en la que reina el panoptismo. (p. 43)

Decía que, con la llegada de la modernidad, se produjo una mutación en la forma y la esencia del poder. Foucault planteó el concepto de *ortopedia social* para señalar cómo el poder en las sociedades disciplinarias adopta formas más sutiles y difusas. Según la lógica foucaultiana, la prisión se convierte en la verdadera empresa de ortopedia social, ya que su objetivo no se limita a castigar las acciones que el soberano desapueba, como ocurría en los regímenes despóticos donde el soberano dispone del derecho «de *hacer* morir o de *dejar* vivir» (Foucault, 2019, p. 122). En cambio, en este contexto, el Estado presta una atención constante a los individuos y busca sacar a la luz sus acciones para ejercer control sobre ellas. Es importante tener en cuenta que, en esta perspectiva, el poder no se limita únicamente a la represión, sino que también tiene una dimensión productiva. El poder produce dispositivos de conocimiento, establece los discursos y define las verdades en cada época y cultura. Así, el poder no solo busca imponer normas y restricciones, sino que también crea sistemas de saber y construye una red de relaciones de poder que moldea y regula a los individuos y sus comportamientos.

El siglo XVIII introdujo, con las disciplinas y la normalización, un tipo de poder que no está ligado al desconocimiento, sino que, al contrario, solo puede funcionar gracias a la formación de un saber, que es para él tanto un efecto como una condición de su ejercicio. (Foucault, 2001, p. 56)

Así, se desarrolla una nueva tecnología que se encarga de analizar, clasificar y normalizar los discursos. Este poder se orienta hacia la producción y el crecimiento de fuerzas, buscando ordenarlas en lugar de obstaculizarlas, someterlas o destruirlas (Foucault, 2019). De este modo, el antiguo poder que tenía el derecho de decidir sobre «la vida y la muerte» se desplaza hacia un poder que se ocupa de administrar la vida y ejercer controles precisos y regulaciones generales (Foucault, 2019).

La vieja potencia de la muerte, en la cual se simbolizaba el poder soberano, se halla ahora cuidadosamente recubierta por la administración de los cuerpos y la gestión calculadora de la vida. Desarrollo rápido durante la edad clásica de diversas disciplinas —escuelas, colegios, cuarteles, talleres; aparición también, en el campo de las prácticas políticas y las observaciones económicas, de los problemas de natalidad, longevidad, salud pública, vivienda, migración; explosión, pues, de técnicas diversas y numerosas para obtener la sujeción de los cuerpos y el control de las poblaciones—. Se inicia así la era de un «bio-poder». (Foucault, 2019, p. 125)

Foucault (1994, 2009, 2016, 2019) problematizó la transición del poder disciplinario y la biopolítica en el contexto del desarrollo de las sociedades capitalistas e industriales, de una forma que resulta muy reveladora para este trabajo. El paso a la modernidad significó un cambio en las formas y naturaleza del poder. A este respecto, uno de los componentes más importantes es que el poder sobre la muerte se reemplaza por el poder sobre la vida. En el pasado, el poder soberano se manifestaba a través del derecho de decidir sobre la vida y la muerte, estableciendo lo que era legítimo y lo que estaba prohibido. Como expone Foucault (2019): «El soberano no ejerce su derecho sobre la vida, sino poniendo en acción su derecho de matar, o reteniéndolo; no indica su poder sobre la vida, sino en virtud de la muerte que puede exigir» (p. 122). Sin embargo, en las formas modernas del Estado capitalista, el poder sobre la muerte da paso un poder que se ocupa de administrar la vida en su totalidad. Su función principal ya no es matar, sino intervenir en la vida de manera integral. Se trata de «un poder que se ejerce positivamente sobre la vida, que procura administrarla, aumentarla, multiplicarla, ejercer sobre ella controles precisos y regulaciones generales» (Foucault, 2019, pp. 122-123).

Por lo tanto, es posible afirmar que el poder sobre la vida se desarrolla a partir del siglo XVII mediante dos mecanismos principales: la *anatomopolítica*, que se refiere a la disciplina del cuerpo humano, y la *biopolítica*, que abarca el gobierno de la población<sup>69</sup>. Estos mecanismos de poder operan de diversa manera y Foucault (2019) describió la administración de los cuerpos como procedimientos de poder de las disciplinas que aseguran al cuerpo como máquina y especie. En ese sentido, el *cuerpo como máquina*, se trata de adiestrar el cuerpo, potenciar sus habilidades, extraer sus fuerzas, promover su utilidad y docilidad, y finalmente integrarlo en sistemas de control eficientes y económicos (Foucault, 2019). En otras palabras, el cuerpo se convierte en una especie de máquina sometida a una serie de técnicas y prácticas disciplinarias con el objetivo de maximizar su rendimiento y ajustarlo a las necesidades y normas de la sociedad.

Este enfoque de disciplinar y controlar los cuerpos no se limita únicamente al ámbito individual, sino que también se extiende a nivel poblacional. En el contexto de mediados del siglo XVIII, se observa un enfoque específico en el control de las poblaciones, conocido como biopolítica de la población. Este enfoque se centra en el *cuerpo como especie*, entendido como el cuerpo atravesado por los procesos vitales y que sirve como plataforma para los procesos biológicos. Esto implica

<sup>69</sup> Para profundizar en la representación de las tecnologías de la disciplina y la biopolítica, ver los cursos de Foucault del Collège de France: *Hay que defender la sociedad* (1975-1976), *Seguridad, territorio, población* (1977-1978), *Nacimiento de la biopolítica* (1978-1979), *El gobierno de sí y de los otros* (1982-1983), e *Historia de la sexualidad* (Foucault, 2003, 2008, 2009, 2011, 2019). También resultan inspiradores *Post-scriptum sobre las sociedades de control* y *Foucault* de Deleuze (2006, 2015).

aspectos como la proliferación, los nacimientos, la mortalidad, el estado de salud, la duración de la vida y la longevidad, junto con todas las condiciones que pueden influir en ellos (Foucault, 2019). Así, la biopolítica se encarga de regular y controlar los aspectos biológicos y demográficos de la vida en sociedad. El objetivo es mantener y promover la vida en sus diversas manifestaciones, pero también controlarla y regularla según los intereses y necesidades de los poderes dominantes.

En su *Post-scriptum sobre las sociedades de control*, Deleuze (2006) establece una distinción entre la tecnología disciplinaria y la biopolítica, utilizando las lógicas del *modelado* y la *modulación universal*, respectivamente. De esta manera, busca representar los diferentes enfoques de control en las sociedades modernas. Así, la técnica disciplinaria, asociada al *modelado*, se centra en la individualidad y se caracteriza por su acción directa sobre el individuo o el «cuerpo como máquina». Este enfoque implica mecanismos de vigilancia, corrección y normalización que se encuentran presentes en instituciones como la escuela o el ejército. En este contexto, se busca dar forma y moldear al individuo, sometiéndolo a una disciplina específica y controlando su comportamiento. Por otro lado, la biopolítica, relacionada con la *modulación universal*, se dirige a los fenómenos colectivos y aborda la totalidad de la población como un «cuerpo especie». En ese sentido, la intervención biopolítica se enfoca en cuestiones que afectan a la sociedad en su conjunto, como la proliferación, la salud, la longevidad y otros aspectos. La lógica de la modulación implica una regulación más flexible y adaptable, que busca influir en los procesos colectivos y gestionarlos de manera eficiente. Esta modulación es asimilable a la técnica educativa utilizada por diversas culturas humanas por medio del modelado, tal como lo problematiza Spindler (2007) en *La transmisión de la cultura*.

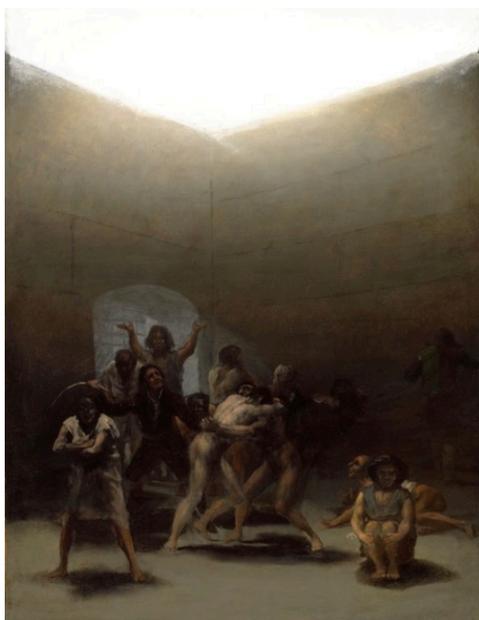


Ilustración 9. Corral de Locos.

Corral de Locos, Francisco de Goya, 1794. Óleo sobre hojalata.

Tamaño: 43 x 32 cm. Ubicación: Meadows Museum, Estados Unidos<sup>70</sup>.

---

<sup>70</sup> El cuadro se identificó en 1967 por una descripción que Goya había hecho en una carta de 1794: «(...) un corral de locos, y dos que están luchando desnudos con el que los cuida cascádoles, y otros con los sacos (es asunto

La luz del cielo abierto ilumina un grupo de locos que están en un patio de un hospital para dementes que se cree que podría ser el de Nuestra Señora Gracia de Zaragoza. En el centro de la composición dos de los locos pelean semidesnudos mientras el cuidador les golpea con una vara...

#### 1.1.4. La Pulsión Clasificatoria y el Dispositivo Psiquiátrico

La naturaleza produce diversidad y la sociedad se encarga de someterla a la disciplina y la normalización. El proceso de normalización despliega sus propios principios de aceptación y, por ende, de exclusión. En cada acto de normalización hay una forma que se erige como correcta y se incluye como válida, mientras que otra se excluye y se considera desviada, anómala, disfuncional y patológica (Foucault, 1994, 2001, 2005, 2019; Porter, 2003). Estas clasificaciones son en realidad categorías arbitrarias que se naturalizan y se vuelven rígidas e inflexibles y vertebran cada forma de habitar culturalmente el mundo. Todo lo que queda al margen de estas categorías se percibe como monstruoso<sup>71</sup>.

De acuerdo con Mary Douglas (1991), la pulsión clasificatoria es una estrategia para comprender el mundo. En *Pureza y peligro* la autora destacó que, cuanto más estricto sea un sistema de clasificación, más se ha de ver éste expuesto a que se desafíen sus categorizaciones. Sucede, pues, que toda clasificación produce dicotomías y presenta anomalías y exclusión. En primer lugar, la anomalía se considera impura y se margina. Según describió Douglas, en las sociedades que poseen sistemas de control colectivo, estas se confrontan mediante rituales de pureza. En la historia de la experimentación psiquiátrica se constatan varios ejemplos de estos para tratar la anomalía; entre otras, la trepanación, las escisiones quirúrgicas y extracciones dentarias, la terapia giratoria, el tratamiento con choque insulínico, los tratamientos de la histeria, la hidroterapia, o los tratamientos convulsivos. (de Juan, 2021, p. 5)

Los rituales de pureza vinculados al castigo de las transgresiones lo que buscan, en definitiva, es imponer un sistema de límites a la experiencia que es desordenada y caótica por naturaleza con el fin de crear la apariencia de un orden (Douglas, 1991). La paradoja de los sistemas de clasificación radica en que, si bien permiten que cierta armonía sea posible y confieren una apariencia de orden y estabilidad cultural, al mismo tiempo, su arbitrariedad y rigidez restringe la vida y hacen que resulte asfixiante.

En el contexto del cristianismo, la anormalidad se consideraba algo de naturaleza sobrenatural, ya sea relacionado con lo diabólico o lo divino (Porter, 2003). La distinción entre herejes y creyentes, pecadores y santos, que se manifestaba en el cristianismo, devino en el secularismo científico en la distinción entre los locos y los cuerdos. Dicho con palabras de Porter (2003) «Las llaves de San Pedro habían sido sustituidas por las llaves de la psiquiatría» (p. 122).

---

que he presenciado en Zaragoza)». Véase: <https://fundaciongoyaenaragon.es/obra/corral-de-locos/536> [Consulta: 30 de julio de 2023]

<sup>71</sup> En el capítulo II, en el apartado (2.1) sobre *antropología de la locura*, se retoma esta idea y se desarrolla con mayor profundidad.

Entre los siglos XV y XVIII la terapéutica de la locura era tan variopinta como las posibles causas a las que se achacaba. Así, la Iglesia recurría a los exorcismos para alejar al demonio; la medicina empírica de curanderos y hechiceros recurría a las hierbas medicinales, los sortilegios y las prácticas supersticiosas; y los médicos diplomados y boticarios recurrían a estrictas dietas, duchas de agua fría en la cabeza y a las tan temidas sanguijuelas, por mencionar algunas. (Sacristán, 2009, p.168)

En el contexto de la sociedad disciplinaria, la anormalidad supone la institucionalización de los sujetos bajo la mirada exhaustiva del panóptico que los vigila (Foucault, 1994). Esto se basa en la legitimidad de la pretensión de veracidad del diagnóstico psiquiátrico (Foucault, 2005) y el discurso biomédico hegemónico de la locura (Foucault, 2001a), que instrumenta y controla a los sujetos. Para ilustrar esta dinámica, de la incitación del discurso y el dispositivo del saber psiquiátrico, es relevante mencionar un incidente ocurrido en un pequeño pueblo francés llamado Lapcourt en 1867, como se relata en la obra de Foucault (2019):

Un obrero agrícola del pueblo Lapcourt, un tanto simple de espíritu, empleado según las estaciones por unos o por otros, alimentado aquí o allá por un poco de caridad y para los peores trabajos, alojado en las granjas o los establos, fue denunciado un día de 1867: al borde de un campo había obtenido algunas caricias de una niña, como ya antes lo había hecho, como lo había visto hacer, como lo hacían a su alrededor los pilluelos del pueblo (...) Fue, pues, señalado por los padres al alcalde del pueblo, denunciado por el alcalde a los gendarmes, conducido por los gendarmes al juez, inculcado por éste y sometido a un médico primero, luego a otros dos expertos, quienes redactaron un informe y posteriormente lo publicaron. (...) Lo importante es que ese personaje, parte integrante hasta entonces de la vida campesina, haya sido sometido a mediciones de su caja craneana, a estudios de la osamenta de su cara, a inspecciones anatómicas a fin de descubrir los posibles signos de degeneración; que se lo haya hecho hablar; que se lo haya interrogado sobre sus pensamientos, inclinaciones, hábitos, sensaciones, juicios. Y que se haya decidido finalmente, considerándolo inocente de todo delito, convertirlo en un puro objeto de medicina y de saber, objeto a explorar hasta el fin de su vida en el hospital de Maréville, pero también digno de ser dado a conocer al mundo científico por un análisis pormenorizado. (pp. 32-33)

He querido transcribir este fragmento, a pesar de su extensión, porque representa el funcionamiento de los nuevos mecanismos de poder descritos. En la narración, se observa cómo al respecto de una acción concreta de este obrero agrícola, se diagnostica una degeneración como si fuera una patología de su identidad, lo cual suscita que se active un proceso de estudio, examinación e interrogatorio de sus pensamientos. Esto demuestra la implementación de un exhaustivo control y un proceso de normalización que buscan dar respuesta inmediata a cualquier síntoma de degeneración. En este contexto, el dispositivo psiquiátrico, encargado de analizar, clasificar y normalizar los discursos se erige como la nueva metáfora del poder soberano que dictamina sentencias, una instancia de poder omnímodo. Así, las leyes, en lugar de basarse en el castigo o el suplicio, que implicaban el poder sobre la muerte, se fundamentan en la sumisión a rutinas y el control sobre la vida. Desde esta perspectiva, se comprende que el poder sobre la vida busca normalizar las conductas y tratar la anomalía, y lo que queda excluido de la normalidad, lo que no encaja en la curva de la definición de lo válido, se vuelve patológico y, por ende, se encierra porque se considera que se puede tratar. Pues, se ha instituido un dispositivo de saber

y control que se especializa en tratar y moldear los trastornos según los estándares establecidos, este es, el dispositivo psiquiátrico. En base a lo expuesto, se puede afirmar que el dispositivo psiquiátrico encuentra la condición de su existencia, en tanto que el modelo biomédico de la locura se convierte en el marco del saber hegemónico para tratar según las utilidades biopolíticas lo que los expertos han definido como lo patológico.

Ya no se trata de hacer jugar la muerte en el campo de la soberanía, sino de distribuir lo viviente en un dominio de valor y utilidad. Un poder semejante debe calificar, medir, apreciar y jerarquizar, más que manifestarse en su brillo asesino; no tiene que trazar la línea que separa a los súbditos obedientes de los enemigos del soberano; realiza distribuciones en torno a la norma. No quiero decir que la ley se borre ni que las instituciones de justicia tiendan a desaparecer; sino que la ley funciona siempre más como una norma, y que la institución judicial se integra cada vez más en un continuum de aparatos (médicos, administrativos, etc.) cuyas funciones son sobre todo reguladoras. (Foucault, 2019, pp. 128-129)

El dispositivo psiquiátrico, distingue a los sujetos de acuerdo con unos marcos referenciales hegemónicos que valoran y establecen determinadas formas como correctas y otras como patológicas. Según la lógica que se deriva del pensamiento de Foucault (2019), se comprende que la delimitación de la curva entre lo normal y lo patológico se convierte en un dispositivo disciplinario de control social, construido en relación con un discurso político, para gobernar las poblaciones y disciplinar a los sujetos que se distancian de las normas sociales establecidas. En esencia, este discurso persigue recluir, expulsar y criminalizar aquellos cuerpos que se consideran descarriados e improductivos dentro del contexto del sistema capitalista (Foucault, 1994, 2001, 2005).

### **1.1.5. El Manicomio: El Encierro de la Locura**

En el contexto de la modernidad, el paradigma de la exclusión de la locura ha transitado de un modelo de reclusión asilar a un modelo manicomial de encierro y disciplinamiento que se enmarca en la emergencia del dispositivo psiquiátrico.

Durante la época premoderna, entre los siglos XVI y XVIII, el asilo se erigió como una institución predominante que se configuró como una herramienta de represión y control social que, al tiempo, daba respuesta al problema de los cuerpos considerados improductivos, marginados o peligrosos para la sociedad, como los pobres y enfermos. Aquellos que se consideraban viciados por la sinrazón, se convirtieron víctimas de un secuestro en un confinamiento masivo de «indigentes, bandoleros, vagos, prostitutas, menesterosos y, sobre todo, pordioseros constituían la mayor parte de este ejército monstruoso de lo irracional; no obstante, sus dirigentes simbólicos eran los locos y los idiotas» (Porter, 2003, p. 96). De este modo, el confinamiento masivo servía para circunscribir y apartar a los locos e indigentes de la sociedad racional, eliminando aquello que se consideraba peligroso o grotesco para los demás. Este confinamiento representó la degradación de la locura que hasta entonces tenía una existencia errante y un privilegio de libre expresión. Además, al considerar que nada se podía hacer por estos sujetos, se argumentaba

que el encierro era necesario para evitar que estos cuerpos engendraran «generaciones futuras de imbéciles y reincidentes» (Porter, 2003, p. 120). Es importante considerar que, cuando la razón encerraba a la locura, encerraba y silenciaba también a los cuerpos improductivos e inadaptados de la sociedad. En este contexto, el confinamiento estaba más relacionado con la condena de la ociosidad que con la búsqueda de la curación (Foucault, 2018).

A principios del siglo XIX, se produjo un cambio significativo en la forma en que se percibía la locura, que pasó a ser considerada un síntoma psiquiátrico, una patología biomédica, y el «loco» pasó a denominarse «enfermo mental». Esta reconceptualización de la locura decretó la incapacidad mental del enfermo y se cuestionó su capacidad para tomar decisiones y gestionarse a sí mismo. En consecuencia, como enfermos, los locos fueron despojados de su capacidad legal<sup>72</sup> y su palabra careció de valor (Foucault, 2018). En este contexto, se produjo una transición del modelo asilar al manicomio, una institución específica destinada al tratamiento y la internación de los locos. El término «manicomio» deriva del griego «mania», que significa «locura», y «komion», que significa «lugar donde cuidan». Así, el manicomio se estableció como el espacio físico de la locura.

El manicomio ha sido objeto de amplia problematización en la literatura académica. Goffman (2019) introdujo el concepto de *institución total*<sup>73</sup> para describir lugares como cárceles, centros psiquiátricos y otros espacios cerrados, incluyendo los conventos. Estas instituciones reúnen a un gran número de individuos que comparten una rutina diaria y se encuentran aislados de la sociedad durante periodos prolongados, sometidos a una administración formal (Goffman, 2019).

Campos y Huertas (2008) realizaron una descripción historiográfica sobre los manicomios y su papel en el origen y el desarrollo de la psiquiatría. Según estos autores, los manicomios han sido definidos de diversas maneras, como instituciones terapéuticas, asistenciales y tutelares, así como espacios de control y laboratorios sociales.

Foucault (2018), en su *Historia de la locura en la época clásica*, también abordó en profundidad la cuestión del manicomio, considerándolo un instrumento del Estado al servicio de las clases dominantes. Para Foucault, la función esencial del manicomio era silenciar y apartar de la sociedad

---

<sup>72</sup> La incapacitación judicial de personas con discapacidad desaparece el 3 de junio de 2021 de la legislación española. Se pasa de un modelo de sustitución en la toma de decisiones que afectan a las personas con discapacidad a otro modelo basado en la voluntad y las preferencias de las personas con discapacidad. Véase Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica. <https://www.boe.es/buscar/pdf/2021/BOE-A-2021-9233-consolidado.pdf> [Consulta: 9 de noviembre de 2021]. No obstante, las medidas involuntarias y los tratamientos forzados siguen aplicándose. Y para solicitar los beneficios de la ley, en el caso de las personas tuteladas psiquiatrizadas, se necesita el informe favorable de un psiquiatra, lo cual hace la decisión siga en manos del poder psiquiátrico. Esto mismo le sucede a uno de los colaboradores de la investigación. Como ha sufrido varios ingresos involuntarios en los últimos años, el psiquiatra no quiere hacerle un informe favorable.

<sup>73</sup> Goffman (2019) publica *Internados* en 1961 y relata las observaciones de un grupo de psicólogos que fingen los síntomas de la esquizofrenia, para ser internados en un hospital psiquiátrico. Los psiquiatras los aceptan como pacientes, pues los síntomas confirman su enfermedad, y desde dentro de la institución, el objetivo es observar el tratamiento que reciben los enfermos mentales y las dinámicas internas de los muros en los que reina el poder psiquiátrico. De aquí que el estudio señale la estigmatización de las personas con enfermedades mentales.

aquellos individuos considerados inadaptados y que desafiaban el orden ético y económico burgués. El manicomio ejercía, según Foucault, una función principal de control social, siendo el espacio en el que se confinaban los cuerpos indeseables cuyo comportamiento se desviaba de la norma establecida. En este sentido, el encierro manicomial se comprende como un espacio de regulación social, una *heterotopía de desviación* (Foucault, 1984).

La perspectiva de Huertas (2020) ofrece una visión interesante del manicomio al considerarlo como un *lugar paradójico* que puede ser comprendido desde un punto de vista simbólico como un *no-lugar* (Augé, 1995), un espacio de falta de pertenencia y de tránsito del que la persona interna desea salir lo más pronto posible. Para problematizar la experiencia de los internados dentro del manicomio, introduce el concepto de la *paratopía*, procedente de los estudios literarios. Según Huertas (2020), una paratopía se refiere a una ubicación paradójica, un lugar que el sujeto no siente como propio, un espacio que le es ajeno y al que no le vincula ningún sentimiento de pertenencia y en el que no desea permanecer «un lugar ‘imposible’ en el que no debe ni tiene por qué estar» (p. 68).

Para comprender el significado del encierro de la locura en este contexto, es esencial problematizar el control biopolítico y los intereses morales, políticos, sociales y económicos que están asociados a esta reclusión. Cabe considerar, por ejemplo, el profundo vínculo de la época entre el poder burgués y la religión. Las autoridades eclesiásticas, militares e incluso las propias familias tenían la costumbre de señalar a aquellas *personas inconvenientes*, cuyo comportamiento era considerado social y moralmente indigno o infame, y solicitar su internamiento (Wise, 2012). Resulta sorprendente constatar la cantidad de hombres que forzaban y demandaban el ingreso de sus esposas o hijas en estos establecimientos por conductas desviadas o alienadas<sup>74</sup>. Una vez internadas, en ocasiones, las familias se negaban a permitirles el alta y las dejaban encerradas de por vida (Huertas, 2020). Al institucionalizar a los locos y locas en los manicomios, se esconde y

<sup>74</sup> En el análisis literario se destaca la figura de «la loca del ático» en el contexto de la novela victoriana, que permite, de alguna manera, comprender el sistema de género, las tensiones entre el marido y la esposa y la facilidad con la que un hombre podía hacer que una mujer fuera reclusa y considerada como loca, o directamente volverla loca. El relato de 1892 de Charlotte Perkins Gilman (2017) *El papel de pared amarillo —The yellow wallpaper—* se dice que quizá sea el primer relato en el que una mujer escribe desde el ático y en *primera persona*. La autora, una escritora feminista, se basó en su propia experiencia de vida para escribir este relato, una depresión postparto que había sufrido y por la que estuvo reclusa en una habitación que tenía un papel de pared que, según explica, ejercía una influencia perniciosa sobre ella (Perkins, 2017). En este encierro la escritora admite que estuvo muy cerca de la frontera con el absoluto colapso mental, por eso la intención de escribir el relato era precisamente mostrar los efectos negativos de las curas de reposo y salvar a otras mujeres de situaciones de encierro. Para profundizar en el malestar de las mujeres ante la opresión matrimonial y del patriarcado en este contexto y la representación de la loca del ático resulta interesante Sandra Gilbert y Susan Gubar (2020), *The madwoman in the attic. The woman writer and the nineteenth imagination*. Por otra parte, la tesis de Ixaso Martín (2015) aunque se trate de otro contexto resulta también reseñable, pues parte de historias concretas de mujeres psiquiatrizadas durante el franquismo para realizar una reconstrucción del contexto sociocultural y moral de la época. El vacío de las historias de estas mujeres, la negación biográfica, deja al descubierto la necesidad de la sociedad de las personas que han sido negadas, la necesidad de los márgenes para construir la normalidad, para mostrar qué clase de sanción se impone a quien no cumple la norma. Asimismo, en la obra de Alda Merini (2019, 2021), que menciono en repetidas ocasiones a lo largo de la tesis, relata cómo fue ingresada en contra de su voluntad por su marido debido a su resistencia a adherirse a los mandatos de la época impuestos a las mujeres, negándose a conformarse con el rol de ama de casa, madre y esposa. Su libro no solo critica la institución manicomial, sino también la sociedad de aquel tiempo, pues cuando Alda Merini sale del manicomio, se da cuenta de que el verdadero infierno está fuera, en el estigma de la sociedad.

se amordaza la peligrosa e inaceptable alteridad, marginando y aislando al *otro*. De este modo, el manicomio se convierte en un espacio institucional de poder y normativización (Huertas, 2008). Al confinar la locura y excluir a aquellos que la manifestaban, se garantizaba el mantenimiento de la norma establecida. El manicomio se erigía como un mecanismo para controlar y regular la alteridad, asegurando que las voces y experiencias consideradas desviadas o inadecuadas no cuestionaran el *statu quo*.

En su obra *¿Has visto cómo llora un cerezo? Pasos hacia una antropología de la esquizofrenia*, Martínez-Hernández (1998) plantea la idea de que el manicomio puede ser considerado como una «nave de los locos» amarrada en el interior de la ciudad y expoliada de su rica simbología acuática:

El manicomio instaura un sistema de reclusión sedentario, pero que al igual que los barcos de locos supone la concentración de los insensatos en un espacio físico que es purificador y a la vez incierto. El efecto purificador del agua se suple en el asilo con medidas como la llamada terapia moral que inauguró Pinel o con otros tratamientos ideados para la «rehabilitación» del espíritu primero y de la mente más tarde. (p. 55)

Sin embargo, a pesar de la supuesta función médica y terapéutica del manicomio, la masificación y las condiciones insalubres de alojamiento y atención impiden cualquier posibilidad de tratamiento o cura. En cambio, los procedimientos represivos empleados provocan el deterioro y la deshumanización de los internos, de forma que los muros de los manicomios encierran la cronificación, la segregación, la marginación y la despersonalización (Goffman, 2019).

El manicomio, al estigmatizar, excluir y cosificar a los locos, genera una retroalimentación iatrogénica, es decir, produce el efecto contrario de lo que se pretende lograr (Illich, 1975; Pedersen, 2005). Como bien expresa Kate Millett (2019)<sup>75</sup>, «permanecer cuerda en un manicomio es desafiar su definición» (p. 351). Si el manicomio se considera como indica Martínez-Hernández (1998) un barco de locos anclado, en todo caso, ambos, tanto el *Stultifera navis* como el manicomio, representan una concentración de los locos en un espacio que se supone purificador, pero que, al tiempo, se configura como un mundo desolado, incierto y adverso (Martínez-Hernández, 1998).

No obstante, es importante reconocer que no existen relaciones de poder sin estrategias de resistencia (Foucault, 2019). A pesar de las formas de poder hegemónico, siempre concurre un espacio micro por donde se diluye el *arte de la resistencia* (Scott, 2003) y la evasión a ese poder se produce, de manera contextual, en las relaciones interpersonales y en las especificidades de las prácticas cotidianas que superan la lógica binaria de dominación-resistencia y donde se materializa la agencia de las personas (Ortner, 2016). Por ello, a pesar de las disciplinas y el control social descrito en el contexto del encierro, siempre hay una complejidad que se convierte en el subterfugio del poder y en la que las subjetividades adquieren una forma de devenir constante<sup>76</sup>.

---

<sup>75</sup> A lo largo de la tesis empleo varias referencias de Kate Millett (2019) y de su *Viaje al manicomio*, un relato autobiográfico escrito a lo largo de los años ochenta y publicado en 1990, bajo el título *The loony bin trip*.

<sup>76</sup> En la segunda parte de la tesis, profundizaré empíricamente en estas *líneas de fuga*, centrándome en los saberes, las estrategias y acciones de las colaboradoras como subterfugio del poder psiquiátrico.

### 1.1.6. La Contención Química: Los Muros Invisibles de la Desmanicomialización

En la segunda mitad del siglo XIX y principios del siglo XX, surgieron algunas voces críticas que comenzaron a cuestionar tanto la efectividad como las condiciones de vida en los manicomios (Desviat, 1994; Stroman, 2003). Estas voces provenían tanto de profesionales de la psiquiatría como de personas que habían sido psiquiatrizadas<sup>77</sup>. Ambos grupos, profesionales y sobrevivientes, comparten algunas críticas y ciertas propuestas. La crítica fundamental se centraba en la necesidad de transformar la situación de las personas consideradas «enfermas mentales»<sup>78</sup>. Se planteaba la búsqueda de un nuevo enfoque que permitiera tratar a estas personas en contextos diferentes a los manicomios tradicionales. Se proponía brindarles atención integrada en entornos sociales menos excluyentes y estigmatizadores<sup>79</sup>.

Con el proceso de la desinstitucionalización psiquiátrica y la creciente integración de las personas psiquiatrizadas en la sociedad, el encierro de la locura ha experimentado un cambio significativo. Ya no es el muro del manicomio el que encierra la locura, sino más bien el poder de la medicalización psiquiátrica y el uso generalizado de antipsicóticos y antidepresivos (Huertas, 2020; Porter, 2003).

En la sociedad contemporánea, caracterizada por la hegemonía de la psiquiatría moderna y la expansión de la influencia médica y comercial respaldada por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM)<sup>80</sup> y la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE)<sup>81</sup>, los rituales de pureza y control de la locura ya no requieren internamientos prolongados dentro de los confines del manicomio, intervenciones quirúrgicas irreversibles o tratamientos psicoanalíticos. En cambio, se llevan a cabo mediante un tratamiento químico continuo, desde fuera del muro. En ese sentido, a medida que los nuevos fármacos ofrecen esperanza en el abordaje de los problemas asociados con la locura, los propios psiquiatras se vuelven cada vez más críticos con las condiciones del encierro psiquiátrico y se posicionan a favor de la desmanicomialización.

<sup>77</sup> En el contexto de la investigación profundizo en los planteamientos y los proyectos que surgen desde las personas psiquiatrizadas y sobrevivientes de la psiquiatría.

<sup>78</sup> Tal y como ya he indicado, he optado por emplear el término de locura, malestar psíquico o persona psiquiatrizada en lugar de emplear el constructo trastorno o enfermedad mental. No obstante, en ocasiones y, dependiendo del contexto, también he empleado este término, como en este caso, queriendo poner el foco en la falta de agencia de la persona categorizada como enferma.

<sup>79</sup> La reforma psiquiátrica llegó con la Ley General de Sanidad de 1986 en el Estado español y fue cuando se comenzó a incorporar la corriente de la psiquiatría comunitaria tratando de implantar un nuevo modelo de atención. Véase la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad: [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-1986-10499](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1986-10499) [Consulta: 11 de agosto de 2022].

<sup>80</sup> *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, MDE. En inglés, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, DSM. Es un manual editado por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría, en inglés *American Psychiatric Association*, APA, que contiene descripciones, síntomas y otros criterios para diagnosticar trastornos mentales, y es la referencia mundial y el libro de cabecera utilizado para realizar los diagnósticos psiquiátricos, globalizando el modelo psiquiátrico norteamericano. La última versión del manual es DSM-5-TR, revisada (RT) el mes de marzo de 2022. Algunas de las actualizaciones incluyen el trastorno de duelo prolongado, los síntomas de comportamiento suicida y las autolesiones no suicidas. Véase: <https://psychiatry.org/news-room/news-releases/asociacion-americana-de-psiquiatria-publica-el-man> [Consulta: 7 de octubre de 2022].

<sup>81</sup> *Clasificación Internacional de Enfermedades*, CIE. En inglés *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*, ICD.

Con el avance de la desinstitucionalización psiquiátrica, el antiguo panóptico de las sociedades disciplinarias comienza a desmaterializarse, dando paso a mecanismos de control más sutiles. La distinción entre cordura y locura, la segregación entre lo normal y lo patológico que antes se materializaba en los muros del manicomio, ahora se lleva a cabo de una forma conceptual a través del diagnóstico y el uso de medicamentos antipsicóticos, antidepresivos y antimania (Porter, 2003). No obstante, a pesar de que el loco y la loca ya no se encuentran dentro de los confines físicos del manicomio, todavía enfrentan barreras invisibles que perpetúan el estigma y la discriminación. Alda Merini (2019) se refiere a esta situación cuando menciona reiteradamente que tiene que «cargar sobre las espaldas el estigma vergonzoso del manicomio» (p. 46). Como alguien que pasó alrededor de veinte años en el psiquiátrico, Merini vivió de primera mano el proceso de desinstitucionalización en Italia. En 1986 publicó *L'altra verità. Diario de una diversa*, diario en el que denunció que, a pesar de la desinstitucionalización, los locos continuaron desamparados pues fuera de los manicomios no se había concienciado a la sociedad de que las personas psiquiatrizadas no representaban ningún peligro: «Es un hecho que la gente tiene miedo a quien es dado de alta del manicomio: espera de él ese acto incontrolable e inesperado que está inicialmente en base de todos los terrores humanos» (Merini, 2019, p. 99). Por eso, para Alda Merini (2019), el manicomio nunca realmente termina: «Es una larga y pesada cadena que te llevas fuera, que mantienes atada a los pies» (p. 80). Pues una vez fuera del psiquiátrico, la libertad está condicionada por el estigma del manicomio. Kate Millett (2019), también se refiere a la salida del manicomio y la relación que tiene con el estigma como si fuera una cadena perpetua: «Y tu liberación del infierno en que viviste heroicamente no es motivo de alegría y felicitaciones, sino un estigma que llevarás toda tu vida. Verbal o mudo.» (p. 151).

Este proceso de marginación de las personas psiquiatrizadas y la articulación del estigma del manicomio, descrito por Alda Merini (2019) y Kate Millett (2019), comparten similitudes significativas con la marginación de la vejez descrita por Teresa San Román (1990). San Román indica cómo el proceso de marginación en la vejez se caracteriza por la gradual exclusión de los ancianos de los espacios y recursos compartidos. Esta exclusión se ve reforzada, según San Román, por una ideología que justifica y racionaliza dicha suplantación como una negación de acceso basada en una supuesta incapacidad personal, lo que finalmente lleva a la negación de los atributos sociales que definen a los ancianos como seres con entidad personal (San Román, 1990). Siguiendo este planteamiento, podemos encontrar pistas para problematizar y comprender cómo se articula la exclusión de las personas psiquiatrizadas.

Según Goffman (2006), la estigmatización de las personas psiquiatrizadas implica la atribución de un rasgo altamente desacreditador en las interacciones sociales, lo cual resulta en su exclusión, discriminación y castigo. Aquellos que son estigmatizados no son considerados completamente humanos, y el estigma se convierte en una estrategia para la marginación y la exclusión.

Para la persona estigmatizada, la inseguridad relativa al estatus, sumada a la inseguridad laboral, prevalece sobre una gran variedad de interacciones sociales. Hasta que el contacto no ha sido realizado, el ciego, el enfermo, el sordo, el tullido no pueden estar nunca seguros si la actitud de la persona que acaban de conocer será de rechazo o de aceptación. (Goffman, 2006, p. 25).

En el contexto de la psiquiatría farmacológica, se plantea que se erigen muros intangibles que aparentemente facilitan la contención de la locura al rebajar ciertos síntomas como las alucinaciones o el delirio. Sin embargo, parece que estos nuevos muros neuroquímicos, que comportan el apaciguamiento de los locos, también persiguen la normalización y uniformización de las conductas, así como el disciplinamiento de los cuerpos. Es importante destacar que la medicalización conlleva efectos secundarios potencialmente graves, ya que los psicofármacos generan dependencia y cronicidad al limitarse a aliviar los síntomas en lugar de abordar los problemas subyacentes<sup>82</sup>.

De esta forma, la lógica del modelo manicomial continúa operando fuera de los manicomios, pero de una manera más sutil, etérea y desterritorializada a través de la contención química de las personas. Por lo tanto, la antigua camisa de fuerza que paralizaba los brazos del loco se ha convertido en lo que hoy se conoce como la «camisa de fuerza química» (Martínez-Hernández, 1998).

En lo concerniente a esto, Deleuze (2006) destacó en *Post-scriptum sobre las sociedades de control* que, aunque la sociedad disciplinaria pueda ser violenta, posee la ventaja de contar con un muro, un límite tangible y observable, una demarcación ante la cual se puede generar una resistencia y permite soñar con una fuga. Sin embargo, en las *sociedades de control*, la vigilancia se desmaterializa y adopta la forma de un *panóptico digital* (Han, 2014), un mecanismo de poder sutil al que resulta difícil oponerse. En ese sentido, parece que la prisión más peligrosa es aquella que carece de muros, donde el interno ni siquiera es consciente de su encarcelamiento. Siguiendo el razonamiento de Deleuze, se podría argumentar que es más difícil oponer resistencia a la «camisa de fuerza química» que a los muros del psiquiátrico. En cualquier caso, los tres modelos de control social de la locura descritos comparten una gran capacidad represiva y dominadora, ya sea la existencia errante del *Stultifera navis*, el encierro de la locura en los manicomios o la posterior desinstitucionalización psiquiátrica.

---

<sup>82</sup> En el capítulo VI, específicamente en el apartado de *zombificación* (6.4), se contextualizan empíricamente algunos de los efectos secundarios de la medicalización psiquiátrica.



Ilustración 10. Casa de Locos.

Casa de locos/ Manicomio, Francisco de Goya, 1814 – 1816. Óleo sobre lienzo.  
Tamaño: 45 cm x 72 cm. Ubicación: Real Academia de Bellas Artes de San Fernando, Madrid<sup>83</sup>.

La luz que se cuela a través de los barrotes de la ventana ilumina los protagonistas de este cuadro: los locos. Es un espacio abovedado y claustrofóbico que transmite la angustia y la lamentable situación en la que se encuentran los locos en el encierro.

## 1.2. LA ANTIPSIQUIATRÍA

En la segunda mitad del siglo XX, surgió una red de profesionales de la psiquiatría que adoptó una mirada crítica hacia los principios elementales de la práctica psiquiátrica y la situación de cronicidad y exclusión social de los locos. En esa línea de pensamiento crítico se instaló el médico y psiquiatra sudafricano David Cooper (1972) al proponer que, en adelante, esta corriente fuese denominada antipsiquiatría<sup>84</sup>. En este escenario, eclosionó un movimiento heterogéneo que albergaba un amplio espectro de enfoques, prácticas, perspectivas y filosofías para el cambio, pero que fundamentalmente estaba orientado a la desinstitucionalización y la adopción de una postura crítica ante la crueldad del sistema manicomial. La antipsiquiatría no solo cuestionaba, sino que también generó una ruptura —o al menos una embestida— al modelo biomédico de la locura, así como al papel represivo y normativo de la psiquiatría hegemónica (Cea-Madrid y Castillo-Parada, 2016; Pérez-Soto, 2009; Porter, 2003).

Partiendo de lo anterior, la antipsiquiatría busca reflexionar y profundizar en la dimensión social de la locura. Esta perspectiva considera que, desde la psiquiatría hegemónica institucional, únicamente se presta atención a la dimensión biológica de lo que se considera la enfermedad mental. Evidencia de la afirmación anterior es que, desde la antipsiquiatría, se plantea que algunos de los problemas que pueden ser considerados como de carácter o estructuración social, al tratarse

---

<sup>83</sup> El cuadro se registró a la muerte de Goya y forma la primera de una serie de cuatro pinturas. Véase: <https://fundaciongoyaenaragon.es/obra/casa-de-locos/463> [Consulta: 30 de julio de 2023]

<sup>84</sup> En 1967, el médico y psiquiatra sudafricano David Cooper publicó un libro titulado *Psiquiatría y antipsiquiatría* (1972), que fue el que dio nombre al movimiento de la antipsiquiatría.

de manera biologizante y exclusivamente a través de la medicalización, tienden a cronificarse. Desde esta corriente, se postula que la locura posee su propia verdad y que la psicosis forma parte del proceso de curación, por lo que no debería ser suprimida mediante el uso exclusivo de los tratamientos farmacológicos (Porter, 2003).

Es debido a lo expuesto por lo que la antipsiquiatría cuestiona la vinculación económica que tiene la psiquiatría hegemónica con las compañías farmacéuticas. A su vez, critica el estigma y la discriminación que traen consigo las cada vez más numerosas categorías diagnósticas, y también pone en cuestión el uso de la fuerza y el tratamiento ambulatorio involuntario (TAI)<sup>85</sup>. Y es que todo ello se enmarca en un modelo biomédico de la locura que considera que las *enfermedades mentales* como la esquizofrenia, son incurables y que basa su propuesta de abordar la situación en buscar el control de los síntomas exclusivamente mediante la medicalización; mientras que desde los postulados de la antipsiquiatría se cuestiona el constructo de *enfermedad* y se propone la mejora de los síntomas mediante formas de terapia psicosocial (Pérez-Soto, 2009).

Frente a esta escisión de la psiquiatría, para problematizar los cambios que se han dado en la evolución de la antipsiquiatría y comprender estos planteamientos de forma contextual, resulta pertinente ahondar en las dos etapas en las que se han desarrollado los postulados de la antipsiquiatría, a saber: la antipsiquiatría clásica y la nueva antipsiquiatría.

### 1.2.1. La Antipsiquiatría Clásica

El movimiento clásico de la antipsiquiatría nació en los años 60, en el marco de la contracultura y los movimientos antiautoritarios y de transformación social, en línea con las ideas y los activismos de los movimientos anticolonialistas, feministas y de lucha por los derechos civiles (Pérez-Soto, 2012; Cea-Madrid y Castillo-Parada, 2016). Este es un movimiento que se compone de elementos teóricos y políticos de denuncia hacia el saber psiquiátrico en cuanto que se constituye como un mecanismo de poder y un régimen de la verdad. Cabe descartar aquí la influencia de los trabajos de Foucault (2005) sobre el poder psiquiátrico, y los estudios de Goffman (2019) sobre el efecto del encierro en la subjetividad del interno y el deterioro de su identidad. En otra orilla se toman los aportes que desde los Estados Unidos en la Syracuse University de Nueva York hace el psiquiatra húngaro Thomas Szasz (1974, 2008), quien fue uno de los primeros psiquiatras en cuestionar el paradigma de la psiquiatría y la existencia misma de la *enfermedad mental*.

<sup>85</sup> En el artículo de Primera Vocal (2014) titulado *TAI (Tratamiento Ambulatorio Involuntario)*, se realiza una revisión sobre este tema: «El tratamiento ambulatorio involuntario (TAI), es una forma de tratamiento obligatorio de carácter extrahospitalario aplicado en la comunidad, que pretende asegurar la cumplimentación terapéutica en las personas que presentan una enfermedad mental grave. Especialmente en aquellos pacientes sin conciencia de enfermedad y en las que el abandono del tratamiento supone un riesgo alto de recaída, con aparición de conductas auto o heteroagresivas, hospitalizaciones repetidas y urgencias frecuentes. También se le denomina tratamiento ambulatorio forzado o judicializado» (Primera vocal, 2014, párr. 2). Hay un conflicto ético alrededor del TAI; por una parte, hay quien apoya este tipo de tratamiento, pues se asegura el cumplimiento del tratamiento y se evitan recaídas; y por otra parte, hay quien considera que este tipo de tratamiento es una vulneración de los derechos del paciente, ya que se entiende que es una medida coercitiva y el paciente debería ser libre para elegir seguir el tratamiento o no. Véase: <https://primeravocal.org/tai-tratamiento-ambulatorio-involuntario/> [Consulta: 11 de agosto de 2022].

En su influyente libro *El mito de la enfermedad mental*, publicado originalmente en 1961, Szasz (2008) desafió las nociones convencionales al respecto y planteó una perspectiva que se considera fundamental dentro de la antipsiquiatría, aunque el autor mismo rechazó ser identificado como parte de dicha corriente. En esta obra, Szasz postuló que, en la mayoría de los casos, la enfermedad mental es tan solo una metáfora, una etiqueta que se impone como forma de ejercer control social sobre aquellos sujetos cuyas conductas se desvían de la norma social establecida en las sociedades modernas, convirtiendo a los pacientes en prisioneros de un sistema<sup>86</sup>. En su texto Szasz explicitó lo mencionado del siguiente modo:

Comenzó a preocuparme cada vez más el carácter vago, caprichoso y en general insatisfactorio del muy utilizado concepto de *enfermedad mental* y sus corolarios, el diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento. (...) Si bien pudo haber sido útil en el siglo XIX, hoy está desprovisto de valor científico y es, desde una perspectiva social, nocivo. (Szasz, 2008, p. 9)

Un avance en esa línea fue la publicación de *El prejuicio psiquiátrico* a finales de los años 70, escrito por el médico y psicoanalista italiano Antonucci (2018), quien identificó tres posiciones principales dentro del campo de la antipsiquiatría. La primera de ellas es la postura antiinstitucional, defendida por Franco Basaglia (1972), que buscaba impulsar la transformación y la apertura de los hospitales psiquiátricos. La segunda postura es la antipsiquiatría propiamente dicha, asociada a los planteamientos de los psiquiatras David Cooper y Ronald David Laing, quienes intentaron limitar la función represiva del psiquiatra sin negar su papel profesional. En la tercera posición se configura el pensamiento no-psiquiátrico, adoptado por el autor del texto en cita, y que sostenía que la psiquiatría era una ideología carente de fundamento científico, cuyo objetivo era la aniquilación de la persona en lugar de comprender las dificultades de la vida y promover cambios sociales, así como dar vida a una cultura realmente nueva.

Dentro del contexto del movimiento antipsiquiátrico clásico, los psiquiatras Cooper y Laing son reconocidos por su contribución al desarrollo de las comunidades terapéuticas en Inglaterra. Cabe aclarar que estas comunidades y el pensamiento que las sustenta no niegan el papel del profesional de la psiquiatría, pero sí problematizan la locura desde un enfoque que otorga mayor

---

<sup>86</sup> Quiero precisar que hay un amplio espectro de enfoques y posturas sobre la concepción y el significado de la locura. Roy Porter (2003) plantea esta diversidad al cuestionar: «¿Acaso no es la demencia el misterio de los misterios? Los mismos profesores de psiquiatría tienen las más sorprendentes opiniones sobre la materia que imparten» (p. 13). A este respecto, a pesar de que se haya considerado a Szasz como referente de la antipsiquiatría, es importante destacar que él mismo no se identificaba con este movimiento. Pero sin duda, su obra sobre *El mito de la enfermedad mental* (2008) junto con la de *La fabricación de la locura* (1970), fueron revolucionarias en este contexto y han generado diversos debates. Szasz niega la existencia de lo que comúnmente se ha llamado «enfermedad mental» y afirma que es un «mito», una construcción creada por los psiquiatras, con el respaldo de la sociedad para determinar que ciertos colectivos o personas que plantean un desafío al sistema puedan diagnosticarse como enfermas. Según Szasz, la psiquiatría se ha autoproclamado como saber experto sobre temas imprecisos, desplegándose en una suerte de imperialismo profesional construido a base de conjeturas e interpretaciones subjetivas. Es importante reconocer que detrás de estos planteamientos existen diversos intereses políticos y económicos. Esencialmente, la antipsiquiatría estaba vinculada a las políticas de izquierda que propugnaban la desinstitucionalización de los pacientes psiquiátricos. Sin embargo, desde otro prisma, políticos de extrema derecha como Ronald Reagan en los Estados Unidos o Margaret Thatcher en el Reino Unido, también se mostraron a favor de la asistencia comunitaria, aunque en su caso, la aceptación de clausurar los hospitales psiquiátricos se basaba en intereses económicos y de su oposición a la idea del Estado benefactor (Porter, 2003).

relevancia a la subjetividad del loco. Bajo esa perspectiva, se considera que el encierro manicomial es alienante, lo que lleva a tratar la locura fuera de estos espacios, en comunidad y de manera no represiva. No obstante, es importante señalar que, al ser las comunidades terapéuticas en sí mismas espacios cerrados, una suerte de islas de la locura en las que psiquiatras y residentes habitaban en el mismo entorno, diversos estudios académicos han señalado que esto ha llevado a que la locura se encapsule y quede confinada dentro de estas comunidades, perdiendo así su potencial subversivo.

Las aportaciones de Franco Basaglia en la corriente antiinstitucional en Italia resultaron fundamentales, ya que condujeron a la promulgación de la Ley 180 de 1978. Esta ley es conocida, por ello, como Ley Basaglia, pues, acogiendo a las contribuciones del psiquiatra, instauró el proceso de cierre de los manicomios estatales. En este contexto, se considera que la locura no es exclusivamente un problema psiquiátrico, dado que se reconoce su relación con diversos factores sociopolíticos, culturales y económicos, que generan afectaciones a toda la sociedad. En consecuencia, lo que se busca en lo sucesivo es promover la participación de las locas y los locos en la sociedad, lo que hace que sea común que se entienda este proceso como el primer paso histórico hacia la apertura de una politización de la locura.

### 1.2.2. La Nueva Antipsiquiatría

En esta vía, los nuevos avances se dan con el resurgimiento de la nueva antipsiquiatría en el contexto del modelo neoliberal, en la revolución del sistema farmacológico y la creciente medicalización, escenario en el cual la psicoterapeuta canadiense Bonnie Burstow (1992) se convierte en referente, tanto desde la antipsiquiatría como desde el feminismo. Lo más notable de este renovado enfoque antipsiquiátrico es que se aleja del modelo biomédico de la locura poniendo de manifiesto la falsa objetividad de la psiquiatría, reconociéndola más como una ideología fruto de las relaciones de poder que como una ciencia (Burstow, 2014).

La nueva antipsiquiatría cuestiona el conocimiento psiquiátrico y lanza una crítica hacia la instrumentalización y el uso abusivo de los psicofármacos, así como la medicalización de los malestares subjetivos comunes (Pérez-Soto, 2012). Uno de los aspectos más destacados del capitalismo en su fase neoliberal es la creciente medicalización y patologización de los problemas sociales, lo que conduce a la aparición de nuevas patologías ya vinculadas a un nuevo fármaco específico para combatirlas. En el contexto de *la sociedad del cansancio* y el rendimiento (Han, 2017), se produce una mercantilización de los malestares y una eclosión de personas que son medicadas y patologizadas. En esa línea son varios los autores que han puesto de manifiesto los intereses y las alianzas existentes entre la psiquiatría biológica hegemónica y la industria farmacéutica (Bentall, 2011; Gotzsche, 2015; Moncrieff, 2007, 2008; LeFrançois et al., 2016; Whitaker y Cosgrove, 2015; Frances, 2019), que cuestionan el uso abusivo de psicofármacos y que están en contra de los procesos de medicalización. Asimismo, han surgido diversas propuestas comunitarias y psicosociales que plantean alternativas a la psiquiatría, buscando enfoques más humanistas y relacionales en un intento por alejarse de los paradigmas biologicistas y evitar los tratamientos psiquiátricos forzosos (Lehmann, 2013).

Las posiciones filosóficas y políticas contemporáneas dentro del ámbito de la psiquiatría crítica en su vertiente actual son complejas. Emergen una amalgama de agrupaciones como la *Critical Network Psychiatry*, orientadas a realizar una crítica al sistema psiquiátrico hegemónico en aras de renovar las prácticas y desarrollar una nueva y mejor psiquiatría crítica (Double, 2002). Similar es el escenario de creación del movimiento de la postpsiquiatría, el cual se origina a raíz de la publicación del artículo *Postpsychiatry: a new direction for mental health* por Bracken y Thomas (2001). Este movimiento se caracteriza por ser una corriente ideológica y filosófica postmoderna que busca renovar la psiquiatría, promoviendo un debate inclusivo en torno a las prácticas psiquiátricas entre los profesionales de la psiquiatría y las personas psiquiatrizadas. Aunque no se niega que haya una base biológica, se destaca la importancia del contexto y se enfatiza la relación entre el sufrimiento y las consecuencias de la sociedad capitalista. En ese sentido, se aboga por realizar un análisis político y un abordaje más social en contraposición a la psiquiatría hegemónica. Es importante destacar que, si bien se busca, en su mayoría, evitar las prácticas coercitivas y se enfatiza la importancia de una perspectiva ética, se justifica el empleo ocasional de la fuerza o la coacción.

### **1.3. LA LOCURA DEL NEOLIBERALISMO COMO FORMA DE SUBJETIVACIÓN DOMINANTE**

#### **1.3.1. El Imperativo del Rendimiento y el Comercio de las Emociones**

Una dictadura perfecta tendría la apariencia de una democracia,  
pero sería básicamente una prisión sin muros  
en la que los presos ni siquiera soñarían con escapar.  
Sería esencialmente un sistema de esclavitud, en el que,  
gracias al consumo y al entretenimiento,  
los esclavos amarían su servidumbre.

Aldous Huxley, *Un mundo feliz*, 1932.

Realizar una breve aproximación histórica a la articulación cultural y social sobre la experiencia de la locura de forma panorámica —en la transición de la Baja Edad Media, la Edad Moderna y la contemporánea—, me ha permitido problematizar también la evolución de las formas de poder en contextos históricos precisos. Se evidencia el paso de una sociedad basada en el castigo y el poder soberano, epítome del régimen monárquico medieval, hacia una sociedad disciplinaria, en consonancia con el paradigma de la modernidad, la consolidación del capitalismo y su expansión imperialista, y, en la actualidad, en el marco de la gubernamentalidad neoliberal, que se denomina sugestivamente como sociedades de control, en referencia a la obra *El almuerzo desnudo* de William Burroughs (1959).

Algunas de las manifestaciones que caracterizan la emergencia y la angustia de la sociedad del capitalismo tardío se enfocan en propiciar modos de vivir cada vez más competitivos, orientados a la productividad y el rendimiento e hipermediados por la cultura del mercado y

la autoexplotación que impregnan las más recónditas esferas de nuestras vidas. En el mundo globalizado del capitalismo avanzado, las antiguas fábricas se han sustituido por empresas, el producto se ha convertido en marca y las personas en consumidoras (Friedrich, 2018; Giddens, 1993, 1999; Sennet, 2001). La necesidad de ser se ha constituido en la necesidad de tener. Esto se debe, en parte, a que la economía global (Hannerz, 1998) pone al alcance una amplia gama de productos que provocan procesos de clasificación y diferenciación, que hacen que la tendencia a ese consumo se vuelva desenfrenada (Vasen, 2008).

Bauman (2016) capturó la insatisfacción crónica que se experimenta en el consumismo al afirmar que «en el mundo actual, todas las ideas de felicidad acaban en una tienda»<sup>87</sup>. En la sociedad actual, dominada por el imperativo de la hiperproductividad, la cultura global ejerce su poder de una manera diferente. Ya no se basa en los antiguos métodos de encierro y vigilancia disciplinaria, sino que opera a través de nuevos mecanismos de control caracterizados por la libertad, la positividad y la sutileza. Al respecto, Deleuze (2006) argumentó que las sociedades disciplinarias operaban con máquinas energéticas, mientras que las sociedades de control actúan a través de máquinas informáticas.

El modelo de los grandes centros de encierro y las instituciones que definieron la sociedad disciplinaria, como la prisión, el hospital, la fábrica, la escuela y la familia, están atravesando una crisis generalizada (Deleuze, 2006). A partir de los años 70, en el marco de la crisis en las empresas y en la sociedad, las transformaciones del capitalismo trajeron consigo algunos cambios en los discursos culturales y en las formas de poder, a lo que Boltanski y Chiapello (2002) denominaron *El nuevo espíritu del capitalismo*. Bajo dicho contexto, en el sistema de producción posfordista, el poder se ejerce de una forma más amistosa y menos burocrática, y funciona ocultando las relaciones de poder que se ejercen entre los sujetos de manera viva y multidireccional. En ese sentido, la vigilancia está más ligada a la tecnología que a las instituciones disciplinarias, y la nueva ética laboral se fundamenta en la responsabilidad individual.

La fábrica pasó de ser una estructura predecible y jerárquica para constituirse en una corporación —*un espíritu o un gas* según la conceptualización de Deleuze (2006)—, un modelo lábil, ambiente flexible y en cambio continuo que implica una creciente incertidumbre e inestabilidad a nivel laboral. En este caso, la modulación de cada salario se impone según *el mérito* (Deleuze, 2006) y cada trabajador se vuelve un recurso en la capitalización de sí mismo (Foucault, 2009), en un proceso que entraña cada vez más el reto y la competitividad inherentes a estas oscilaciones.

En las sociedades disciplinarias uno siempre tenía que empezar de nuevo (del colegio al cuartel, del cuartel a la fábrica), en tanto que en las sociedades de control uno nunca da por terminado nada: la corporación, el sistema educativo, el servicio militar son estados metaestables que coexisten en una sola e idéntica modulación, como un sistema universal de deformación. (Deleuze, 2006, p. 2)

<sup>87</sup> Bauman: «En el mundo actual todas las ideas de felicidad acaban en una tienda». Véase: <http://www.elmundo.es/papel/lideres/2016/11/07/58205c8ae5fdeaed768b45d0.html> [Consulta: 22 de abril de 2021].

En relación con las implicaciones del paso de las sociedades disciplinarias a las sociedades de control, Deleuze (2006) sostuvo que ambos regímenes enfrentan liberaciones y servidumbres. No obstante, la gubernamentalidad de la sociedad disciplinaria del encierro institucional y los lugares de reclusión descritos por Foucault, a pesar de parecer más despiadada, posee la ventaja de la pared; en cambio, en el orden biopolítico, las nuevas formas de control social, indelebles y extendidas, son más sutiles, pero igualmente efectivas y equivalentes al más severo de los confinamientos, pues gobiernan, gestionan, constituyen e inventan nuestras subjetividades. En ese sentido, el tabique o el muro del paradigma disciplinario se revela como un límite observable, una demarcación tangible que permite crear una resistencia para hacer frente y tratar de atravesar ese poder.

En el contexto posfordista del trabajo, el panóptico que describió Foucault (1994) está perdiendo relevancia y se está desmaterializando, convirtiéndose así en un mecanismo de poder sutil, en un *panóptico digital* (Han, 2014). Esto obedece a una evolución en la tecnología de control, el biopoder de la coerción se ha transformado en una producción biopolítica positiva que rompe con los muros de vigilancia disciplinarios, y que, de manera profunda, crea una nueva forma de mutación del capitalismo (Deleuze, 2006). Asimismo, la prohibición y la ley de la sociedad disciplinaria se ha sustituido por las nuevas tecnologías y mecanismos de control que han dado paso a los discursos culturales del capitalismo emocional que justifican y motivan a los sujetos a someterse voluntariamente a la dominación y al rendimiento constante.

En concordancia con Eva Illouz (2007, 2010), las construcciones del *capitalismo emocional* devienen de la intersección progresiva entre los lenguajes del yo y las narrativas del mercado, en una cultura en la que las emociones se convierten en realidades a ser discutidas, examinadas, evaluadas y mercantilizadas (Illouz, 2007). En el contexto actual, «la psicopolítica neoliberal es una política inteligente que busca agradar en lugar de someter» (Han, 2014, p. 57). La positividad y las emociones se convierten en una herramienta post-disciplinaria de gestión de las conductas. Desde ese punto de vista, el poder ya no requiere de los muros ni de los barrotes de la representación característica de las sociedades disciplinarias, sino que la violencia se ejerce desde la libertad y el entusiasmo del individuo, pues se ha construido un conjunto de saberes, técnicas y sujetos que aceptan y justifican su propia autoexplotación, en busca de autorrealización y capitalización de sí mismos, bajo el imperativo del rendimiento, la psicología positiva y la narrativa empresarial de la felicidad (Illouz y Cabanas, 2019).

En el marco de la sociedad neoliberal, el imperativo del rendimiento y la necesidad de administrar y hacer un uso productivo de las libertades constituye un mecanismo de poder, una forma de *gubernamentalidad* (Foucault, 2009, 2016, 2019) y control integral en la vida de las personas y las poblaciones. En la *sociedad del cansancio y el rendimiento*, descrita de manera contundente por Han (2014, 2017), se vuelve predominante un tipo de estructuración subjetiva que busca el beneficio, el perfeccionamiento infinito y el rendimiento constante. Como resultado, la optimización, los proyectos y los compromisos se despliegan no solo durante la jornada laboral, sino que la emocionalidad y la narrativa cultural de la productividad capitalista,

el rendimiento continuo y la capacitación permanente se priorizan e intervienen en el resto de los aspectos y esferas de nuestras vidas (Friedrich, 2018; Han, 2014, 2017; Illouz, 2007, 2010).

En esa exigencia y necesidad obsesiva de mejorar el rendimiento, eclosiona un conjunto de saberes, prácticas sociales y dispositivos que se profesionalizan en ayudar y motivar a los sujetos para que sean más eficaces y productivos, siguiendo la narrativa épica de la autorrealización y capitalización de sí mismos: *coach* motivacionales, crecimiento personal, liderazgo empresarial, pensamiento positivo y *mindfulness* son algunos ejemplos de las técnicas de gestión que se vienen dando en el ámbito laboral (Espluga, 2021).

Asimismo, cada vez son más comunes los productos de consumo como los cursos que, promocionados por persuasivas campañas de neuromarketing, prometen enseñar habilidades en un tiempo récord. Por ejemplo, se ofrecen métodos infalibles para aprender un idioma en 7 días, o técnicas de «lectura explosiva» que prometen trucos de productividad para leer libros en menos de una hora. Además, se nos impone la responsabilidad individual, ya que se nos sugiere que, con la motivación adecuada y la persistencia en el entrenamiento, todo es posible. La mera existencia de estas prácticas sociales y este tipo de cursos resulta sintomática de la cultura y el contexto histórico en el que vivimos, en el que el imperativo del rendimiento dictamina que la meta debe de ser exprimarnos al máximo, optimizar nuestro tiempo y recursos para perfeccionar cada aspecto de nuestra vida en base a una racionalización productiva. Se trata de un compendio de recursos para aprender a optimizar nuestro tiempo con base en el rendimiento, el imperativo de la felicidad, la motivación, el crecimiento personal y la racionalización productiva de las emociones en el trabajo (Espluga, 2021; Illouz, 2007, 2010; Illouz y Cabanas, 2019).

Esta igualación entre vida y trabajo se produce en todos los niveles, desde los aspectos más abstractos —capitalismo cognitivo, financiación de los mercados, racionalización algorítmica de los afectos— hasta los que sean estrictamente físicos —disciplinamiento de los cuerpos en el gimnasio, control somatométrico de la propia salud, regulación química de la productividad y el descanso—. Bajo el neoliberalismo, las personas no existimos sino como un proyecto de perfeccionamiento infinito, y nuestro estar en el mundo se ha convertido en una forma de auto producción constante. La vida biológica se redefine como pura pulsión de rendimiento: ser (uno mismo) es optimizar(se). (Espluga, 2021, p. 79)

Atendiendo a estas consideraciones y en la línea de la cita de la distopía de Aldous Huxley (1932) sobre la dictadura perfecta que abre este apartado, podría afirmarse que la cárcel más severa e inflexible pudiera ser la representación de la prisión sin muros, dado que, al carecer de límites, los sujetos no son conscientes del encierro que los constriñe y no son capaces siquiera de soñar con una fuga. Ante el estricto poder de racionalización<sup>88</sup> productiva que se ejerce en las vidas y se

<sup>88</sup> La representación de Espluga (2021), resulta muy sugerente, ya que ofrece una reinterpretación de la imagen clásica de la racionalización alienante que se encuentra en *La ética protestante y el espíritu del capitalismo* de Max Weber (1958) y *Programados para triunfar: nuevo capitalismo, gestión empresarial y vida privada*, de Michela Marzano (2011). En lugar de utilizar las metáforas de la «jaula de hierro» y la «jaula de oro», Espluga propone una representación más contemporánea al imaginar una «jaula de purpurina» como símbolo de la racionalización productiva que afecta al sujeto del rendimiento en la era *millennial*. Según Espluga (2021), estas jaulas de purpurina serían fragmentarias e inestables, similar a cómo la purpurina se adhiere al cuerpo. Estas jaulas no existirían únicamente para limitar al

incorpora en los cuerpos y las identidades de los sujetos bajo el imperativo del rendimiento, me gustaría tomar la representación de Deleuze (2006), que señala que «los serpenteos de una víbora son más complejos que los túneles de una topera» (p. 4).

Sin embargo, no quisiera uniformizar ni encorsetar la experiencia humana dentro de esta conceptualización teórica del imperativo del rendimiento, pues en las experiencias de vida existen numerosas excepciones y una multiplicidad de procesos en los que se tejen y se producen formas alternativas de sentidos. Desde una aproximación antropológica el mundo cultural, pues, es siempre enormemente heterogéneo. Toda cultura es frontera (Fernández de Rota, 2005) y es en las prácticas cotidianas donde se negocian los límites y las realidades toman una multiplicidad de formas complejas, dinámicas y singulares de producción de sentidos. Y es que, de lo anterior, por aludir de nuevo a Deleuze (2006), se infiere que no se trata de temer o de esperar, sino de buscar nuevas armas.

### 1.3.2. Patologización y Terapeutización de la Vida Contemporánea

Si trabajas lo suficientemente duro,  
puedes reemplazar la depresión con cansancio.

Visto en un meme en Internet.

Si la explotación de la sociedad disciplinaria se convierte en autoexplotación en la sociedad neoliberal bajo el imperativo del rendimiento, uno de los componentes más significativos es que la propia explotación resulta más eficaz y genera mayor producción o beneficio que la explotación externa, puesto que la autoexplotación alberga un sentimiento de libertad<sup>89</sup>. Asimismo, retomando la representación de Deleuze (2006) sobre los complejos serpenteos de la víbora, la nueva forma de la explotación no es tangible y cada vez resulta más difícil identificar la verdadera fuente de alienación. Por esta razón, la resistencia a este poder se vuelve también difusa e indeterminada.

Una de las consecuencias que describió Han (2014), se centra en que la frustración que genera esta explotación se proyecta hacia uno mismo, y nos conduce a experimentar un estado depresivo de agotamiento colectivo. En ese sentido, si la oposición a la ley en la sociedad disciplinaria produce, como se ha expuesto, locos y criminales, la oposición en la sociedad del rendimiento produce *depresivos y fracasados* (Han, 2014, 2017).

---

individuo, sino que estarían diseñadas para ser exhibidas y brillar.

<sup>89</sup> La autoexplotación del individuo del rendimiento se puede representar con la relación de Prometeo frente al águila: el hígado se regenera incesantemente cada noche y el águila vuelve a comérselo cada día. El hígado que se regenera es epítome del cansancio infinito que atormenta al sujeto del rendimiento hasta la extenuación, convirtiéndolo, simultáneamente, en víctima y verdugo (Han, 2017). En tal sentido, el patrón ya no necesitaría un látigo pues el sujeto del rendimiento se azota a sí mismo. Por su parte, Han (2014) definió este tipo de poder como *psicopolítica*, un poder que se basa en la ilusión de la propia libertad del sujeto y en su propio sometimiento. Por ello, a pesar de que el sujeto del rendimiento se crea libre, en realidad está tan encadenado como Prometeo a los grilletes de su condena.

Quien fracasa en la sociedad neoliberal del rendimiento se hace a sí mismo responsable y se avergüenza, en lugar de poner en duda a la sociedad o al sistema. En esto consiste la especial inteligencia del régimen neoliberal. No deja que surja resistencia alguna contra el sistema. En el régimen de la explotación ajena, por el contrario, es posible que los explotados se solidaricen y juntos se alcen contra el explotador. Precisamente en esta lógica se basa la idea de Marx de la «dictadura del proletariado». Sin embargo, esta lógica presupone relaciones de dominación represivas. En el régimen neoliberal de la autoexplotación uno dirige la agresión hacia sí mismo. Esta autoagresividad no convierte al explotado en revolucionario, sino en depresivo. (Han, 2014, p. 18)

De acuerdo con Espluga (2021), la sociedad del rendimiento conduce inevitablemente al sufrimiento mental y a la fatiga depresiva, a pesar de presentarse como una promesa de autorrealización y como el único camino hacia una vida plena. Bajo esta perspectiva, se comprende que algunas patologías que se han caracterizado en el siglo XXI, como la depresión, el síndrome de desgaste ocupacional<sup>90</sup> (SDO) o *burnout*, trastornos por ansiedad, el trastorno negativista desafiante, el trastorno por déficit de atención con hiperactividad<sup>91</sup> (TDAH) o el trastorno límite de la personalidad<sup>92</sup> (TLP), no son fenómenos individuales, sino, en gran medida, son respuestas a las nuevas formas de violencia relacionadas con la *positivación del mundo*<sup>93</sup> (Han, 2017). Dicho esto, se infiere que son respuestas inmanentes a las características del auge del régimen neoliberal que se han patologizado, es decir, son respuestas derivadas de un sistema opresivo y alienante que *explota la psique* hasta el agotamiento (Han, 2014). Como bien dice Fernando Balius (2018), «en un contexto de competitividad y simulacro, romperse me parece un desenlace lógico. Por tanto, creo que hay algo coherente en el hecho de enloquecer. Herejía.» (p. 106).

Por lo tanto, si las características del contexto actual pueden perturbar la estabilidad del sujeto contemporáneo y producir malestar psíquico, es necesario problematizar las implicaciones de la cultura y el contexto sociopolítico, y cómo influye en la transfiguración y la producción de las patologías (Martínez-Hernández, 2008). Desde la posición de Fisher (2018):

La «plaga de la enfermedad mental» en las sociedades capitalistas sugiere que, más que ser el único sistema social que funciona, el capitalismo es inherentemente disfuncional, y que el costo que pagamos para que *parezca* funcionar bien es en efecto alto. (p. 45)

<sup>90</sup> Síndrome de desgaste ocupacional (SDO) también conocido como *burnout*, se define como la forma inadecuada de responder ante el estrés laboral crónico, presentando una serie de conductas y sentimientos negativos hacia la gente con la que el trabajador contacta a diario, así como la sensación de sentirse agotado emocionalmente. Véase: <https://salud.asepeyo.es/pacientes/recomendaciones/burnout-laboral-o-sindrome-de-desgaste-profesional/#:~:text=El%20burnout%2C%20tambi%C3%A9n%20llamado%20s%C3%ADndrome,y%20de%20interrelaci%C3%B3n%20social%20frecuente.> [Consulta: 21 de abril de 2022].

<sup>91</sup> Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) se define como un trastorno mental que comprende una combinación de problemas persistentes, como la dificultad para prestar atención, hiperactividad y conducta impulsiva. Véase: <https://medlineplus.gov/spanish/attentiondeficithyperactivitydisorder.html> [Consulta: 21 de abril de 2022].

<sup>92</sup> Trastorno límite de la personalidad (TLP) se define como un trastorno de la salud mental que afecta gravemente la capacidad de una persona para controlar sus emociones, causando problemas para insertarse normalmente en la vida cotidiana. Véase: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000935.htm> [Consulta: 22 de abril de 2022].

<sup>93</sup> «La positivación del mundo permite la formación de nuevas formas de violencia. Estas no parten de lo otro inmunológico, sino que son inmanentes al sistema mismo. Precisamente en razón de su inmanencia no suscitan la resistencia inmunológica» (Han, 2017, p. 23).

Ahora bien, como ya indicó Durkheim (2008) en su análisis clásico de 1897 sobre el suicidio, el contexto social desempeña un papel fundamental en el surgimiento del malestar psíquico. Durkheim destacó que los factores sociales, como la cohesión social y las normas culturales, influyen en las tasas de suicidio en diferentes grupos y sociedades. Además, las diferencias sociales están relacionadas con la salud de la población, especialmente en términos de salud mental; pues cuanto mayor diferencia social exista, mayor será la prevalencia con respecto a los problemas de sufrimiento psíquico (de la Mata, 2017). Sin embargo, a pesar del *ser* social de la locura, el malestar psíquico está indeleblemente vinculado a los discursos terapéuticos y emocionales (Illouz, 2010), los cuales se caracterizan por ser relatos de corte individualista carentes de un marco sociocultural y político de referencia. En ese sentido, al priorizar lo individual sobre lo estructural, cuando las personas no se adaptan a los engranajes de la productividad y el rendimiento, la respuesta de la psiquiatría hegemónica y los dispositivos *psi* pasa por privatizar y patologizar esas incompatibilidades como si fueran un fracaso individual, obviando la relación que tienen estas problemáticas con las condiciones estructurales y socioeconómicas de la existencia social.

Es así como se conforma una estructuración que deviene en una *sociedad terapeutizada* (Illouz, 2007, 2010), en la que las narrativas de las emociones, los discursos terapéuticos y la cultura de autoayuda se despliegan e intervienen en las más recónditas esferas de nuestras vidas. En ese sentido, en la actualidad se presencia una eclosión de *culturas terapéuticas* (Papalini, 2014) que emplean distintas técnicas adiestradoras —sesiones en grupo, juegos de rol, *coaching* de la vida integral, acompañantes de almas y diversas terapias *new age* y espiritualidades a la carta— que juegan sus cartas discursivas operando y lucrándose bajo la narrativa de la asistencia individualista y meritocrática del imperativo de las emociones, el autoconocimiento, la autoestima y el crecimiento personal. Estas prácticas son el resultado del marco narrativo del comercio de las emociones y la mercantilización de las industrias del cuidado en el modelo económico neoliberal.

En la nueva cultura emocional, descrita por Furedi (2003) en *Therapy culture*, la vulnerabilidad se presenta como la característica definitoria de los sujetos, y la solución terapéutica se plantea como la única y más deseada alternativa posible ante cualquier problemática. Parece que somos incapaces de gestionar nuestras propias emociones, lo cual ha llevado a una creciente profesionalización de la ayuda a manos de un enjambre de expertos para la gestión y la comercialización psicologicista de las emociones. A este respecto, los problemas que nos atraviesan o los acontecimientos que vivimos, no son tan importantes como la forma en la que los integramos o los gestionamos. Al final, el imperativo terapéutico y la psicologización de la sociedad, termina privatizando las emociones y, por ende, obstaculizando lo comunitario (Fisher, 2018; Han, 2014, 2017).

En un contexto en el que la infelicidad y el sufrimiento se convierten en un problema patológico, resulta especialmente interesante el planteamiento de Sara Ahmed (2019) en *La promesa de la felicidad*, quien reivindicó precisamente la importancia de politizar los afectos negativos y las formas de infelicidad. Desde esa perspectiva, al privatizar y patologizar el dolor y el sufrimiento, se encubren también las razones sociales que generan ese dolor. Además, cuando se atribuye la causa del problema a aspectos exclusivamente biológicos e individuales, la *privatización del estrés*

conlleva la despolitización de las personas (Fisher, 2018), pues se las responsabiliza de su propia precariedad y de las consecuencias emocionales y psíquicas asociadas a esta. De esa manera, se evade la perspectiva de clase y se exige de responsabilidad al malestar social que genera el contexto, es decir, los determinantes sociales, culturales, políticos o económicos.

Precisamente esta es la inteligencia del régimen neoliberal, anular lo colectivo e individualizar problemas de origen social, evitando problematizar estas cuestiones desde una perspectiva política y social. En ese sentido, se comprende que la noción de *enfermedad mental*, considerada como un problema biológico e individual, resulta altamente beneficiosa para el capitalismo (Fisher, 2018). Como consecuencia, en la sociedad *farmacrática*, cuando los sujetos no se adaptan a las dinámicas de productividad, el fracaso se vuelve su propia responsabilidad y se diagnostica como una patología; de esta manera, se recurre a medicamentos para tratar la ansiedad y el estrés laboral en lugar de mejorar las condiciones de trabajo, pues los ansiolíticos nos ayudan a adaptarnos al imperativo del rendimiento sin hacer mucho ruido y sin cuestionarlo. En relación con esto, cabe recordar la máxima de Rendueles (2017) cuando señala: «Necesitas un sindicato, no un psiquiatra»<sup>94</sup>.

### 1.3.3. La Mercantilización de los Malestares y la Creación de Enfermedades

La medicina ha avanzado tanto que ya nadie está sano.

Aldous Huxley, *Un mundo feliz*, 1932.

En el contexto del desarrollo capitalista y debido a la comercialización y al auge de la psicofarmacología en el imperativo del rendimiento, las tecnologías disciplinarias han pasado de disciplinar los cuerpos a integrarse en estos. En ese sentido, si en las sociedades disciplinarias de la ortopedia social el objetivo era corregir el cuerpo, en la era *farmacopornográfica*<sup>95</sup> (Preciado, 2008) las tecnologías se incorporan y forman parte integral del cuerpo. Los cuerpos no habitan los lugares de encierro, sino que los lugares de encierro pasan a habitar en los cuerpos sin la necesidad de los muros disciplinarios, como si el cuerpo mismo se convirtiera en una ortopedia o prótesis, en una extensión que se aferra en el cuerpo (Preciado, 2008). Así, el desarrollo de la industria psicofarmacológica se convierte en el nuevo mecanismo de control

<sup>94</sup> «Necesitas un sindicato, no un psiquiatra» fue el título de la mesa redonda celebrada el 1 de febrero de 2017 en la que participaron Guillermo Rendueles, psiquiatra, y Héctor González, sindicalista. Véase: <https://archive.org/details/20170201GuillermoYHector> (Rendueles y González, 2017). No obstante, el 15 de febrero de 2022, pude asistir a la presentación del libro *Apuntes para una psiquiatría destructiva* de Alfredo Aracil, en la que participó Guillermo Rendueles y quiso matizar esta frase que tanto se ha popularizado. Rendueles afirmó que no tiene que ser algo tan dicotómico, es decir, presentarse la idea del sindicato en contraposición a la psiquiatría, sino que también puede ser una combinación de ambas (15 de febrero de 2022, anotación DC).

<sup>95</sup> Los modos de subjetivación contemporáneos, según Preciado (2008), sufren una transformación profunda y formarían un tercer régimen de subjetivación, una tercera episteme, que no sería ni soberana ni disciplinaria —como las desarrolladas por Foucault y mencionadas anteriormente—, sino un régimen somatopolítico, que se produce en la articulación de un conjunto de nuevas tecnologías, la farmacológica (gobernanza biológica) y la pornográfica (modos de representación).

y normalización que se ejerce a través del modelo biomédico de la *medicalización de la vida* (Mainetti, 2006; Márquez y Meneu, 2003), que incluye en el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM) conductas que hasta entonces eran consideradas normales.

Cabe considerar que no solo la patología se trata, sino que la lógica del diagnóstico se expande y se caracteriza por convertirse en un método preventivo en el que incluso la normalidad se considera una condición presintomática a tratar. De esta manera, las intervenciones actúan en el presente para tratar de mejorar el futuro, optimizando y reforzando el rendimiento y la adaptabilidad de los sujetos a las normas. En ese sentido, se han incorporado nuevos aspectos como las emociones, la idiosincrasia y la conducta disruptiva (Rosenberg, 2006). Al respecto, Vasen (2007) mencionó:

Robert Castel alertaba sobre la posibilidad de convertirnos en una «sociedad psiquiátrica avanzada», en donde, como en *Un mundo feliz*, los psicofármacos disuelvan los malestares existenciales. Cuando la vida urbana va asumiendo un ritmo «cocaínico», no debemos reducir la cuestión a un problema psiquiátrico o neurológico. (p. 62)

Resulta interesante apuntar que la forma en que se abordan las patologías también se ha modificado. El análisis de las causas profundas de los síntomas ha pasado a segundo plano, y se trata de buscar, de forma inmediata y superficial, la solución más rápida para ocultar el problema (Vasen, 2008). En ese marco, cualquier situación que entrañe algún componente de incertidumbre o desasosiego se puede patologizar y medicar. Por esta razón, la medicalización de la vida se ha convertido en un nuevo producto de consumo, lo cual ha provocado una cierta predisposición a fomentar una perspectiva biológica del síndrome y poder así mercantilizar su tratamiento.

La medicalización social es un proceso complejo en el que un problema que no tiene naturaleza médica pasa a definirse como enfermedad, trastorno o desorden (Conrad, 2007; Blech, 2005; Foucault, 1977). La medicalización de la vida es un paradigma hegemónico que tiene dimensiones económicas e institucionales y está relacionada con la creación o venta de enfermedades, conocido en el contexto anglosajón como el *disease mongering* (Ruiz-Cantero y Cambronero-Saiz, 2011). En ese sentido, ante la percepción de ciertos rasgos conductuales que no se consideran características deseables, se definen como un síndrome o patología y se reducen a una dimensión individual y biológica, brindando tratamientos que no son precisos, pero que generan beneficio económico (Cerecedo et al., 2013).

La producción del saber sobre el malestar psíquico está adscrita a la producción de medicamentos de la industria farmacéutica, los cuales se presentan como soluciones para apaciguar los sufrimientos existenciales del ser humano. La definición de lo que se considera patológico se ha ampliado progresivamente y, amparados por las investigaciones de la neurociencia, cada vez más, la mercantilización de los malestares se extiende a los problemas personales, rasgos conductuales o los estados emocionales como la tristeza, el síndrome postvacacional, el duelo o la agresividad, produciéndose la patologización y medicalización de la existencia y la heterogeneidad humana y de algunos procesos vitales (de la Mata, 2017; Foucault, 1977; Frances, 2019). Asimismo, en el

ámbito de la prevención, ciertos procedimientos como el mercado de las pruebas diagnósticas, se pueden considerar parte de la medicalización social, pues normalmente el beneficio económico posee más importancia que la verdadera necesidad de realizar estas pruebas (Rose, 1994).

A partir de los años 80, con el auge de la psicofarmacología y la psiquiatría biologicista, la industria farmacéutica ha colaborado estrechamente con el poder psiquiátrico para convertir a los psicofármacos en lo que se ha descrito como «una de las panaceas más lucrativas de las últimas décadas» (de la Mata, 2017, p. 158). A este respecto, resulta paradigmática la influencia del DSM-III que nació en 1980 con una clara ambición de establecer criterios diagnósticos con base empírica. «En la práctica, las decisiones acerca de quién es normal comienzan con un par de docenas de personas, como mucho psiquiatras, en su mayoría hombres, en su mayoría blancos, en su mayoría ricos, en su mayoría estadounidenses» (Caplan, 1995)<sup>96</sup>. Las tablas de síndromes y trastornos categorizan y reducen la singularidad de los sujetos, operan con una lógica homogenizante y simplista que no busca interpretaciones sino soluciones rápidas. Los diagnósticos de los trastornos mentales se hacen a partir de la presencia de un número de síntomas que se han de identificar en un listado que corresponde a cada patología, estos síntomas deben estar presentes en un intervalo estipulado de tiempo. En este contexto, los avances en las investigaciones en neurociencias han llevado a una interpretación de las emociones principalmente en términos de procesos fisiológicos, centrándose esencialmente en las disfuncionalidades entre los elementos electroquímicos del cerebro (Rose, 2012).

Allen Frances (2019), el psiquiatra que formó parte del equipo directivo del DSM-III y presidió el grupo de trabajo del DSM-IV<sup>97</sup>, plantea una pregunta intrigante en su libro titulado *¿Somos todos enfermos mentales?* En esta obra, destaca las preocupantes consecuencias de la mercantilización de la psiquiatría y la subsiguiente medicalización de las conductas y la vida cotidiana. Frente a la proliferación de diagnósticos del DSM, el autor aborda el concepto de la *inflación diagnóstica*<sup>98</sup>, argumentando que esta tendencia se alimenta del *marketing* promovido por la industria farmacéutica, que se especializa en crear falsas epidemias y contribuir a dicha *inflación diagnóstica* (Frances, 2019). De esta forma, el concepto de *normalidad* se encuentra bajo asedio y está perdiendo su significado en la actualidad. Esto se debe a que, una vez que los intereses comerciales han permeado la industria médica y considerando la amplitud de los criterios utilizados para diagnosticar los trastornos, en la actualidad ya nadie está sano (Frances, 2019). Asimismo, el autor destaca la existencia de una relación de conveniencia económica y corrupción entre la industria farmacéutica y los equipos responsables de elaborar las clasificaciones del DSM. En ese sentido, para impulsar el consumo de fármacos, la publicidad se ha convertido en una herramienta para promover las denominadas *epidemias diagnósticas*. Una de las estrategias de la industria farmacéutica para mercantilizar los malestares, según Frances (2019), implica

<sup>96</sup> Citado en Harwood, 2009, p. 69.

<sup>97</sup> Es significativo señalar a este autor, porque resulta especialmente revelador que la crítica al sistema de salud mental provenga de la conciencia arrepentida de un psiquiatra con esta trayectoria.

<sup>98</sup> Considerando que su libro se centra en el contexto de los Estados Unidos, según Frances (2019), el autismo, el trastorno de déficit de la atención y el trastorno bipolar adulto serían los sobrediagnósticos más evidentes en lo que respecta a falsas epidemias.

la expansión del mercado de psicofármacos hacia nuevas poblaciones, como los menores y los ancianos. Por tanto, el autor sostiene que las modas psiquiátricas actuales resultan perjudiciales para la salud.

Nunca antes tanta gente «se tragó» no solo los medicamentos sino quizá también las teorías que prescribe la psiquiatría, nunca antes tanta gente consultó a terapeutas de las más diversas tendencias mientras los discursos de lo psicológico y de lo psiquiátrico sustituyeron al cristianismo y al humanismo como herramientas para dar sentido al yo: a uno mismo, al prójimo y a las autoridades. (Porter, 2003, p. 205)

En este contexto de expansión del mercado y proliferación de síndromes y patologías, cada vez más personas dicen que padecen o incluso reclaman padecer alguna patología, encontrando apoyo en los paradigmas psiquiátricos (Porter, 2003). De hecho, la medicalización y el consumo de fármacos cada vez más se ha naturalizado como parte del estilo de vida de la sociedad actual. Tal y como le dijo el Gato de Cheshire a Alicia, «aquí estamos todos locos» (Carroll, 1985, p. 93).

## II. MARCO TEÓRICO. LOCURA Y APRENDIZAJE



Ilustración 11. *The Fool* – El Loco.

El Tarot de Rider-Waite, 1910.

En las cartas del tarot, el Loco se presenta como un espíritu libre que carga un hatillo repleto de experiencias y sabiduría oculta, mientras su mirada se dirige lúdicamente hacia el horizonte incierto. Encarna un viajero intrépido que audazmente se aventura hacia lo desconocido, guiado por una intuición inquebrantable, hacia los márgenes de la realidad. En lo alto del cielo, el sol brilla, y a su lado, un perro blanco ansía captar su atención y le señala el precipicio que se yergue ante él. La rosa blanca que sostiene en su mano simboliza la pureza y la inocencia.

Este capítulo se sumerge en el simbolismo del Loco desde dos perspectivas: la antropología de la locura y la antropología del aprendizaje. La función de esta carta es actuar como un catalizador de transformación, recordándonos que en los espacios liminales, las reglas del juego se tambalean, las verdades ocultas pueden aflorar y las perspectivas convencionales pueden ser desafiadas. El Loco nos muestra el límite del abismo, que es el límite de la cordura o lo que cada cultura marca como la frontera de su normalidad.

## 2.1. ANTROPOLOGÍA DE LA LOCURA: LOS PRECIPICIOS DE LA NORMALIDAD

*Cuanto más se aparta una cosa de la realidad, más pura es, más bella y buena. La única posibilidad es vivir en el arte. La vida es posible solo gracias a sus fantasmas estéticos.*

Escribí estos pensamientos desvariados cuando se me consideraba cuerdo, pero ahora que se estima que me estoy volviendo completamente loco, estoy demasiado lúcido para hacerlos pasar como la verdad.

Friedrich Nietzsche, *Mi hermana y yo*, 1980.

### 2.1.1. Corriendo la Liebre, Muriendo la Vida

Los nadies: los hijos de nadie, los dueños de nada.  
Los nadies: los ningunos, los ninguneados, corriendo la liebre,  
muriendo la vida, jodidos, rejodidos.

Eduardo Galeano, *Los Nadies*, 1940.

Permítaseme comenzar abordando sucintamente las discusiones y críticas filosóficas dirigidas al concepto de sujeto propuesto por Kant (1724-1804) en la modernidad y la hegemonía discursiva imperante en esa época. Al definir *lo humano* de manera ontológica, se construye una noción de sujeto que se percibe como ahistórico, desligado de cualquier contexto y representado por el individuo blanco burgués moderno. Surge entonces el problema, ya que todo aquello que no se ajuste a esta definición del sujeto será lo *otro*, lo que queda excluido y lo que representa la peligrosa y monstruosa alteridad. Lo *otro* refiere las diversas manifestaciones categorizadas como diversidades y disidencias, que quedan fuera de lo que se ha instaurado como la normalidad. Por ende, lo *otro* carece de legitimidad epistémica, derechos y agencia política, y puede ser objetivado.

Lo *otro* abarca a los grupos históricamente oprimidos, explotados y victimizados, las clases y grupos construidos como subalternos (Gramsci, 2009; Spivak, 2011), así como los sectores marginales, o por mejor decir, los sectores marginalizados o subalternizados. Lo *otro* comprende a las mujeres, las personas racializadas, las colonizadas, las pobres, las campesinas, la clase obrera, las enfermas, las desviadas, las inadaptadas y muchas otras. Lo *otro* también incluye, por supuesto, a las locas. Siguiendo las palabras de Marcela Lagarde (2005) en *Los cautiverios de las mujeres*, las mujeres locas son:

Las mujeres locas son las suicidas, las santas, las histéricas, las solteronas, las brujas y las embrujadas, las monjas, las posesas y las iluminadas, las malasmadres, las madrastras, las filicidas, las putas, las castas, las lesbianas, las menopáusicas, las estériles, las abandonadas, las políticas, las sabias, las artistas, las intelectuales, las mujeres solas, las feministas. (p. 687)

Al pensar en la *otredad*, siempre me viene a la mente aquel fragmento del poema *Los Nadies* de Galeano (1940) que abre este epígrafe: *los hijos de nadie, los dueños de nada. Los ningunos, los ninguneados, corriendo la liebre, muriendo la vida, jodidos, rejodidos.*

Esta perspectiva epistemológica androcéntrica y etnocéntrica, que busca una pretendida universalidad, conlleva una simplificación arbitraria, jerárquica y penetrante que ha sido objeto de profundas críticas. En respuesta a esta visión, surgen discursos que resaltan la importancia de la diferencia y cuestionan cuáles son *los cuerpos que importan* (Butler, 2002). La *otredad*, que había sido desterrada a un espacio de fragilidad ontológica, ha alzado su voz para cuestionar las distintas categorías que se han naturalizado bajo el paradigma de lo binario, generando múltiples formas de exclusión.

Como indicó Lyotard (1984), es posible que ya no existan metarrelatos que expliquen una verdad universal y objetiva en clave unificadora. Sin embargo, hay una multiplicidad de narrativas que emergen desde la *otredad* para repensarse y resignificarse a sí mismas fragmentando y cuestionando esa hegemonía. Desde los estudios de género y los planteamientos políticos de las minorías disidentes, como la teoría *queer* que desafía la heteronorma y el régimen binario de la diferencia sexual (Butler, 2002, 2007; Preciado, 2011, 2020; Warner, 2000), hasta los estudios de discapacidad, como la teoría *crip* (McRuer, 2006; Toboso, 2017), las críticas a la hegemonía occidental y las posiciones decoloniales que cuestionan el racismo y el colonialismo intelectual (Bhabha, 2002; Fanon, 1999, 2009; Said, 1982; Spivak, 2010), la interseccionalidad de los feminismos fronterizos, negros, lesbianos y mestizos (Anzaldúa, 1999; Crenshaw, 1989; Combahee River Collective, 2012; Davis, 2013; Hill Collins, 1990, 2012; hooks, 2004, 2017; Lorde 2003; Lugones, 2011, 2021) y, por supuesto, los estudios locos (Beresford, 2020; Cea-Madrid, 2019; Cea-Madrid y Castillo-Parada, 2021; Ingram, 2016; LeFrançois et al., 2013; Spandler y Poursanidou, 2019), son solo algunas<sup>99</sup> de las formas críticas de conocimiento que, emergiendo desde un espacio subalternizado, rompen con las hegemonías discursivas del canon ideológico y literario de la producción científica y social. Estas perspectivas permiten deconstruir los modelos unidireccionales del pensamiento patriarco-colonial dominante, cuestionando su autoridad.

Son enfoques que, desde los espacios construidos como subalternos, socavan los modelos de autoridad hegemónicos, abriendo espacio para nuevas narrativas y formas de construcción de saberes. Como lo señaló Preciado (2020) en su discurso como hombre trans, de un cuerpo no-binario, ante 3.500 psicoanalistas reunidos para las jornadas internacionales de *l'École de la Cause freudienne* de Francia, ahora es el *monstruo* quien toma la palabra:

El monstruo que vosotros mismos habéis construido con vuestro discurso y vuestras prácticas clínicas. El monstruo que se levanta del diván y toma la palabra, no como paciente, sino como ciudadano y como vuestro semejante monstruoso (...). Más les valdría haber organizado un encuentro sobre «hombres heterosexuales blancos y burgueses en el psicoanálisis», puesto que la mayoría de los discursos psicoanalíticos giran en torno al poder discursivo y político de este tipo de animales necropolíticos masculinos que ustedes tienen tendencia a confundir con el «humano universal» y que han sido, al menos hasta ahora, el sujeto de enunciación central de los lenguajes y de las instituciones psicoanalíticas de la modernidad colonial. (Preciado, 2020, pp. 19-20)

<sup>99</sup> Me gustaría señalar que no pretendo aquí realizar una revisión exhaustiva de toda la bibliografía disponible, sino que realizo un repaso de algunas obras que considero pueden ser relevantes.

### 2.1.2. Espacios Liminales: De Delirios, Monstruos y Bufones

En efecto, si fuera verdad, sin más que la locura es un mal, tendrían razón. Pero los bienes más grandes nos vienen por la locura, que sin duda nos es concedida por un don divino.

Platón, *Fedro*, 1998, p. 863.

Y a veces la locura misma es la máscara que oculta un saber fatal y demasiado seguro.

Nietzsche, *Más allá del bien y del mal*, 1886<sup>100</sup>.

A diferencia de otros animales, el ser humano posee una inherente pulsión clasificatoria que le impulsa a realizar categorizaciones. Según Mary Douglas (1991), esta tendencia a la clasificación se convierte en una herramienta esencial para comprender el mundo. Las clasificaciones actúan como una suerte de refugio que crea la ilusión de orden, proporcionando un espacio de singularidad y construcción de sentido a la diversidad, desempeñando así un papel fundamental en el proceso cognitivo al proporcionar las herramientas culturales necesarias para percibir, ordenar, comprender y explicar el mundo.

Sin embargo, las clasificaciones son una construcción de apariencias y representaciones intrínsecamente arbitrarias en su naturaleza, ya que las categorías no corresponden a un orden ya dado; más bien son construcciones sociales que surgen a partir de influencias culturales (Balandier, 1993; Douglas, 1991; Ellen, 2008; Preciado 2020). Con el tiempo, estas clasificaciones tienden a volverse inflexibles y rígidas, adquiriendo una aparente indiscutibilidad dentro del sistema establecido con el fin de evitar posibles disidencias. Las fronteras entre las categorías se vuelven rígidas para preservar los significados culturales, lo cual implica establecer límites, trazar divisiones y marginar cualquier elemento que desafíe la lógica del sistema de clasificación.

No obstante, según describe Douglas (1991), cuando más rígido sea el sistema de clasificación, más susceptible será a que surjan desviaciones inconvenientes que cuestionen sus categorías, ya que toda clasificación conlleva la existencia de dicotomías y presenta anomalías. Todo aquello que no encaje en estas categorías es considerado como algo monstruoso.

Es interesante reflexionar sobre la etimología de la palabra «monstruo». Su origen etimológico nos transporta al término latino «*monstrum*», derivado del verbo «*monere*», que significa «advertir» o «mostrar». En la antigua Roma, «*monstrum*» se empleaba para denotar un presagio o señal divina. Además, la palabra «monstruo» está asociada a la idea de algo que causa temor o asombro debido a su apariencia o características inusuales, pudiendo hacer referencia a seres mitológicos, criaturas fantásticas o seres imaginarios. En diversas historias y mitologías, los monstruos son retratados como entes que habitan en lugares oscuros, como cuevas, bosques tenebrosos o regiones remotas, y se rumorea incluso que se ocultan bajo nuestras camas.

---

<sup>100</sup> Citado en Deleuze (2000).

La figura del monstruo nos confronta con nuestros temores más profundos. Los monstruos, por naturaleza, encarnan la irregularidad y singularidad. Se sitúan fuera de las normas establecidas y trascienden de manera evidente todo límite establecido por la sociedad. Lo monstruoso se presenta como una amenaza, encarnando lo desaforado y la desmesura que desafía las convenciones establecidas. Su presencia perturba y subvierte las normas y expectativas sociales, generando un sentimiento de inquietud y rechazo.

En la Edad Media, surgieron los bestiarios medievales como compendios de detalladas descripciones e ilustraciones de seres fantásticos, reales o imaginarios. Entre las criaturas más conocidas que aparecían en los bestiarios se encuentran el unicornio, el grifo, el dragón, el basilisco, la mantícora, el fénix y el centauro, entre otros. Estos libros cumplían una función educativa y también poseían connotaciones religiosas y morales, ya que los animales representados eran símbolos e interpretaciones de los valores morales y conceptos de la época. A través de ellos, se transmitían enseñanzas y se exploraban dicotomías como el vicio y la virtud, lo bueno y lo malo, lo que desencadenaba tanto el miedo como la curiosidad de aquellos que se sumergían en las páginas de los bestiarios.

Posteriormente, en los siglos XIX y XX, se popularizó una forma de entretenimiento conocida como «*freak show*» o «exhibición de rarezas» en circos y ferias. Estas atracciones mostraban a personas consideradas inusuales, conocidas como «*freaks*»<sup>101</sup>. En estos espectáculos, el público pagaba una entrada para que se le «mostrara» lo que se consideraba «monstruoso».

Tanto los bestiarios medievales como los «*freak shows*» forman parte de una larga tradición de exhibición y fascinación por lo que escapa a la normalidad. Además, es relevante destacar que la percepción de la alteridad monstruosa nos permite comprender las repercusiones y castigos dirigidos hacia aquellos que no se ajustan a la norma establecida. Aquí queda en evidencia la importancia de los márgenes y el sistema de sanciones en la construcción de la normalidad. Sin embargo, la percepción de lo monstruoso es subjetiva y culturalmente construida. Lo que puede ser considerado monstruoso en una cultura puede ser visto como normal o incluso venerado en otra. La noción de monstruosidad es fluida y cambia a lo largo del tiempo y espacio. Por eso, la existencia de lo monstruoso nos muestra la fragilidad de nuestras categorías.

En la introducción de *Las palabras y las cosas*, Foucault (1966) sostiene que la historia de la locura puede entenderse como la historia de lo *otro*, de aquello que es considerado diferente o excluido por una determinada cultura. Así, la locura ha sido objeto de reclusión y control a lo largo de la historia, y su tratamiento y conceptualización han variado a lo largo del tiempo:

<sup>101</sup> Entre las personas exhibidas en los espectáculos de rarezas, se encontraban aquellas que presentaban deformidades físicas, como enanismo, extremidades adicionales, microcefalia, gigantismo, personas con condiciones médicas raras como la hipertrichosis (exceso de vello corporal), la elefantiasis (hinchazón excesiva de partes del cuerpo) y la sirenomelia (conocida como el síndrome de sirenita). Un ejemplo destacado de esta realidad es la película *The elephant man* de David Lynch (1980), basada en la vida de Joseph Merrick, un hombre británico del siglo XIX que sufrió de una enfermedad conocida como neurofibromatosis tipo I, que deformó su cuerpo y le dio una apariencia física fuera de lo común. La película relata la vida de Merrick y su experiencia como una atracción de circo debido a su apariencia deformada. La sensibilidad de Merrick contrasta con una sociedad que lo maltrata y lo considera un monstruo.

La historia de la locura sería la historia de lo Otro —de lo que, para una cultura, es a la vez interior y extraño y debe, por ello, excluirse (para conjurar un peligro interior), pero encerrándolo (para reducir la alteridad); la historia del orden de las cosas sería la historia de lo Mismo— de aquello que, para una cultura, es a la vez disperso y aparente y debe, por ello, distinguirse mediante señales y recogerse en las identidades. (Foucault, 1966, p. 9)

La experiencia de la locura ha sido una característica constante en la experiencia humana, influyendo de manera significativa en la cultura y en el curso de la historia. La locura tiene una dimensión social y cultural que se ha ido articulando y cambiando a lo largo del tiempo en relación con las transformaciones en las sociedades. Ser considerado loco no se puede entender simplemente como una condición individual y aislada, sino que está determinado por la relación con una sociedad específica y los acuerdos sociales que establecen los límites y oscilaciones de la razón y la irracionalidad (Bastide, 1983).

En su obra *La genealogía de la moral*, Nietzsche (2011)<sup>102</sup> realiza una reflexión acerca del papel de los dioses en la cultura griega y cómo estos eran utilizados para mitigar la «mala conciencia» y justificar las acciones humanas. A diferencia de la concepción cristiana de Dios, los griegos veían a sus dioses como figuras que les permitían mantener una sensación de libertad y alegría en sus almas. Incluso el poderoso Zeus homérico reconocía que los mortales constantemente culpaban a los dioses por sus desgracias, pero al mismo tiempo se divertía con su insensatez y necedad. Nietzsche destaca que, incluso en su época más vigorosa y valerosa, los griegos aceptaban la «perturbación en la cabeza» como parte fundamental de las acciones malas y desastrosas, considerándola como necedad en lugar de pecado.

Esta concepción planteaba un dilema para los griegos, ya que se preguntaban cómo era posible que personas nobles y virtuosas pudieran cometer actos incomprensibles. En última instancia, los griegos atribuían estos actos a la influencia de los dioses, lo cual les permitía justificar en cierta medida el comportamiento humano, incluso en sus aspectos negativos. Al culpar a la influencia divina, los griegos exoneraban a los individuos de una responsabilidad directa por sus acciones. En lugar de cargar con la pena o el castigo, se consideraba más prestigioso asumir la culpa y aceptar que la conducta errónea había sido causada por una influencia divina (Deleuze, 2000).

En su obra *Aurora*, Nietzsche (2007)<sup>103</sup> profundiza en el papel de la locura y sugiere que, en muchas ocasiones, la locura puede ser el camino que conduce al surgimiento de pensamientos innovadores, desafiando las restricciones impuestas por las normas y supersticiones arraigadas. Se plantea que la locura, con su imprevisibilidad y manifestaciones impactantes, lleva consigo una reverencia similar a la que se tiene por «los caprichos demoníacos de la intemperie y de la mar» (Deleuze, 2000, p. 119). Además, se argumenta que la locura puede manifestarse de manera visible a través de síntomas como convulsiones y espumarajos del epiléptico, lo que aparentemente marcaba a la persona como portadora de una divinidad. Esta perspectiva desafía la concepción

---

<sup>102</sup> Fecha de publicación 1887.

<sup>103</sup> Fecha de publicación 1881.

convencional de la cordura y promueve una apreciación por la locura como un catalizador del pensamiento innovador.

En ese contexto, Nietzsche plantea que, en la concepción moderna, la locura tiende a asociarse con la falta de cordura. Sin embargo, en tiempos antiguos, preveía una visión diferente en la que se creía que la locura guardaba relación con la genialidad y la sabiduría divina. Esta perspectiva consideraba la locura como algo «divino» o místico. Además, Nietzsche explora cómo los individuos superiores que deseaban desafiar las normas morales y establecer nuevas leyes a menudo se veían obligados, si no estaban realmente locos, a simular la locura como un medio para alcanzar sus propósitos. De esta manera, en diversas culturas y épocas, se han desarrollado prácticas y rituales destinados a inducir el desequilibrio espiritual y, de ese modo, abrir la puerta a una nueva forma de pensar y comprender el mundo:

Las recetas para convertirse en curandero entre los indios, en santo entre los cristianos de la Edad Media, en *angekok* entre los groenlandeses, o en *pajé* entre los brasileños, son en esencia las mismas: el ayuno insensato, la abstinencia sexual permanente, el retirarse al desierto o el ascender a una montaña, o encaramarse a una columna, o «sentarse sobre un viejo sauce con vistas a un lago» y no pensar en absoluto en nada más que en aquello que pueda traer consigo un arrobamiento y un desorden espiritual. (Nietzsche, 2007 en Deleuze, 2000, p. 120)

Estos métodos buscaban inducir una crisis emocional y espiritual que propiciara la transformación personal y el descubrimiento de la fe en uno mismo. Se destaca que la locura era percibida como una vía hacia la superación de la duda y la adquisición de la autenticidad, así como la creencia en sí mismo. Estas prácticas ancestrales ilustran cómo diversas culturas han reconocido la importancia de la experiencia trascendental, incluso a través de la locura, como medio para alcanzar un estado superior de entendimiento y conexión con lo divino:

¡Quién osará mirar en la selva de los más amargos y más superfluos padecimientos en los que probablemente se habrán consumido justo los hombres más fecundos de todas las épocas! Y oír esos lamentos de los solitarios y trastornados: «¡Ay, dadme locura, oh Celestes! ¡Locura, para que por fin crea en mí mismo! ¡Dadme delirios y convulsiones, luces y tinieblas repentinas, espantadme con pasmos y ardores como ningún mortal jamás sintió, con *batahola* y rondar de figuras, hacedme gemir y lloriquear y arrastrarme como un animal: ¡todo con tal de encontrar la fe en mí mismo! La duda me devora, he matado la ley, la ley me angustia como un cadáver a un vivo: si no soy *más* que la ley, soy el más infame de los infames. El nuevo espíritu que hay en mí, ¿de dónde viene si no es de vosotros? Demostradme, pues, que soy vuestro; solo la locura me lo demuestra». (Nietzsche, 2007 en Deleuze, 2000, pp. 120-121)

En este contexto, se hace referencia al surgimiento de grandes asilos en Jerusalén durante el auge del cristianismo, destinados a acoger a aquellos santos desafortunados que habían sacrificado su cordura en busca de una conexión más profunda con lo divino. Esta situación pone de manifiesto la valoración de la locura como un sacrificio para conseguir una experiencia espiritual más intensa (Nietzsche, 2007 en Deleuze, 2000). La locura, vista desde esta perspectiva, se convierte en un medio para alcanzar una comprensión y una creencia en sí mismo más intensa y auténtica, que va más allá de las limitaciones impuestas por las normas y la moral convencional.

La conceptualización de la locura contemporánea requiere una comprensión profunda de su estrecha relación con los cambios ocurridos desde la época de la ilustración, cuando la razón y la centralidad del individuo en el mundo desplazaron a Dios como referente fundamental. En el marco del racionalismo, el sujeto se posiciona como poseedor de una razón emancipadora, tal y como Descartes lo había descrito. Los pensadores ilustrados promovieron el uso de la razón y la evidencia empírica como medios para comprender el mundo. En ese contexto, la locura se percibía como la pérdida de la razón, y cuando una persona se consideraba loca era relegada a un lugar marginal en la sociedad.

Hasta entonces los locos habían ejercido una fuerza y fascinación particulares, ya sea en la figura del loco sagrado, la bruja o el poseído; los imbéciles y los idiotas habían disfrutado del privilegio de la libre expresión y la licencia para burlarse de sus superiores; pero ahora, la institucionalización, sostiene Foucault, privó a la locura de todos esos rasgos que la facultaban y la redujo a una mera negación, una ausencia de humanidad. No sorprende, pues, concluye Foucault, que los internos del manicomio fueran igualados con animales salvajes en una jaula y tratados como tales: habiéndoseles negado la razón, esa quintaesencia de la naturaleza humana, ¿qué eran ya sino bestias? (Porter, 2003, pp. 96-97)

Así, la norma y lo patológico no dependen de un consenso o patrón universal, sino que están influenciados por las conductas y experiencias que son definidas por una sociedad (Canguilhem, 2005). Por lo tanto, la locura solo puede existir en el marco de las lógicas y formas establecidas por una sociedad y un contexto histórico que así la establece y la reconoce. La *otredad*, la alteridad, es la que define y determina la locura. El loco, encadenado a la encrucijada infinita, es el pasajero por excelencia dice Foucault (2018), que «solo tiene verdad y patria en esa extensión infecunda, entre dos tierras que no pueden pertenecerle» (p. 27)<sup>104</sup>.

Es importante destacar que la locura, lo anómalo y lo que se percibe como monstruoso no solo influye en la construcción y definición de la norma, sino que también tiene la capacidad de cuestionar y desafiar esa racionalidad establecida. Los locos, al igual que lo monstruoso, ponen en tela de juicio los límites y las fronteras impuestas por la sociedad, ya que la locura y el delirio son percibidos como una amenaza para el orden establecido. Según Martínez-Hernández (2013), la locura no se opone a la razón, sino al sentido común, y es temida porque revela la naturaleza artificial del sentido común, incluyendo su naturalización más fundamental. De esta manera, el delirio pone en entredicho una convención que se ha asumido como natural y que de otra forma difícilmente sería objeto de cuestionamiento.

---

<sup>104</sup> Retomo aquí la parte final de la cita de Foucault (2018) ya empleada en el capítulo I, en el epígrafe de *Stultifera Navis: La existencia errante y el perpetuo viaje*.



Ilustración 12. Le Mat.

El Tarot de Marsella.

El Tarot de Marsella es uno de los mazos de cartas más antiguos y reconocidos en la lectura del tarot, se compone de 78 cartas que se dividen en dos grupos: los Arcanos Mayores y los Arcanos Menores, y cada carta posee un significado simbólico específico. En esta carta, el Loco viste ropa de bufón y el perro lo impulsa, representando la necesidad de revelar el precipicio de la verdad. La carta representa el número 0 (cero) y se sitúa fuera de la secuencia numérica regular de los Arcanos Mayores, lo que le permite ubicarse al principio o al final del mazo. El Loco simboliza la espontaneidad, la libertad y la audacia, características compartidas con los bufones de las cortes. Se le asocia con la idea de seguir un camino propio, incluso si no es el convencional, y su misión fundamental es desvelar la verdad y mostrar la sabiduría oculta que lleva consigo en su hatillo.

El espacio liminal que las personas etiquetadas como locas ocupan les brinda la oportunidad de dar voz a aquello que la sociedad, por diversas razones, es incapaz o temerosa de manifestar. En ese sentido, la locura desempeña un papel similar al de los bufones en la Edad Media, según lo planteado por Balandier (1994). Estos bufones gozaban de la libertad de expresar aquello que el rey, como figura normativa, no podía comunicar. Esta postura crítica ante el sistema es fundamental, ya que nos incita a reflexionar sobre el orden establecido y las estructuras de poder que los sustentan:

La figura del bufón no ocupa la escena únicamente en sociedades exóticas y del pasado. Se halla igualmente presente en nuestros juegos, en nuestras tradiciones populares, en nuestros textos. En ellos lo vemos regresar con fuerza. Entre las cartas de la baraja empleadas en Europa, encontramos

el comodín, figura vestida como un bufón de la corte. Pero es en las cartas del tarot donde recibe su más rica significación: loco, pordiosero escandaloso, vagabundo que lleva un cinturón de oro evocador del zodiaco, empujado hacia un horizonte en el que se perfila una indicación del caos. Esta carta juega con las apariencias y la realidad oculta; con el orden y el desorden; al no serle atribuida posición fija alguna, puede colocarse en cualquier parte, «va errante», desordena y ordena el curso del juego. (Balandier, 1994, pp. 56-57)

Esta cita me parece especialmente sugerente para ilustrar la relación entre la figura del bufón y la subversión de las normas, así como el desorden y la ambigüedad asociados a la experiencia de la locura. Tanto el bufón como el loco, al representar el caos y desafiar las normas, comparten la capacidad de subvertir el orden establecido en la sociedad. Similar al bufón, la locura, desde su espacio liminal, cuestiona y desafía el conocimiento experto de la psiquiatría hegemónica. Ambos, bufón y loco, con su actuar disruptivo, desestabilizan el orden establecido y plantean interrogantes acerca de la legitimidad y el poder de las instituciones.

Además, los saberes de la locura resignifican la propia noción de locura y desafían las narrativas unidimensionales impuestas por el poder psiquiátrico, revelando la diversidad de experiencias y significados de la locura. De manera análoga a la carta del comodín, que juega con las apariencias y desvela realidades ocultas, la locura refleja la complejidad y ambigüedad de la experiencia humana.

En última instancia, la capacidad del comodín de ubicarse en cualquier lugar y perturbar el curso del juego se relaciona con la idea de que los saberes locos, al desafiar el *psistema*<sup>105</sup> y cuestionar las estructuras del poder, pueden afectar en múltiples aspectos y paradigmas de la sociedad. Esto podría perturbar el avieso curso de la estructuración de una sociedad terapeutizada y la comercialización psicologista de las emociones descrita que, lucrándose bajo la narrativa de la individualidad y la meritocracia del modelo económico neoliberal, se despliegan e intervienen en las más recónditas esferas de nuestras vidas.

La figura del bufón desempeña un papel esencial como mediador de opuestos, y su función de carácter catártico es fundamental. Bajo la perspectiva de Balandier (1994), los bufones encarnaban una ambigüedad que desafiaba y sostenía el orden establecido simultáneamente. Rompían tabúes y trasgredían límites, pero también estaban sujetos a una disciplina específica. Esta dualidad los convertía en seres extraños y liminales, capaces de desafiar y desarticular el orden social para luego restablecerlo y otorgarle valor de una manera diferente. Según Balandier (1994), «El bufón ritual es, a la vez, aquel que libera por delegación, sin que la sociedad pueda reprimir sus transgresiones, y aquel que contribuye al mantenimiento del orden social» (p. 55).

Mediante una teatralización ritual, el bufón ponía de manifiesto las consecuencias de una sociedad en la que las normas, prohibiciones y códigos perdieran su validez, mostrando una regresión hacia un salvajismo que él mismo parodiaba en algunos de sus excesos. Como señala Balandier (1994):

---

<sup>105</sup> Nombre que se da al sistema psiquiátrico para denunciar las violencias que se producen en este y señalar el carácter político de la psiquiatría como agente del orden social. Véase: <https://rebellionfeminista.org/2021/04/30/psistema/> [consulta: 10 de noviembre 2021].

*Muestra* a qué quedaría sometida una sociedad si se disolvieran las normas, las prohibiciones y los códigos: a una regresión a ese salvajismo que él mima en ciertos de sus excesos, a un quedar a merced de monstruos parecidos a aquellos con los que el imaginario tibetano poblaba la escena humana. Tiene a su cargo el desorden, las turbulencias individuales y colectivas, como el jefe y el sacerdote tienen el orden y la conformidad; y no es sin razones que los tres están obligados a portar una vestimenta distintiva que simboliza sus funciones. Al bufón se le otorga el lado de lo peligroso, pero a condición de ser él quien lo desencadene. Difícilmente podríamos reconocer en él la prefiguración del revolucionario, ni siquiera la del insurgente. (Balandier, 1994, p. 58)

El bufón ritual era un agente de deconstrucción y reconstrucción, una figura ambivalente que desafiaba las normas establecidas mientras jugaba un papel en la representación del orden social. Su papel era el de revelar los límites y las consecuencias de la transgresión, actuando como una suerte de espejo crítico que incitaba a reflexionar sobre las bases de la sociedad y su estructura.

La locura, al ocupar un espacio liminal, provoca un *desbarajuste* (Balandier, 1994) que pone en tela de juicio la rigidez de las categorías establecidas y desafía las estructuras de poder. El problema es que debido al complejo entramado sistémico y a la episteme del conocimiento que se ha consolidado, la locura ha sido despojada de su lenguaje. Como bien señaló Foucault (2016a), sus voces han sido invalidadas y silenciadas, perpetuando así el estigma, la exclusión sistemática, los prejuicios y la falta de reconocimiento de sus experiencias y perspectivas. Sin embargo, cuando a pesar de todo destino clínico estas voces de la experiencia de la locura se alzan, y es el *monstruo* el que habla (Preciado, 2020), se abre la posibilidad de que emerja el *drama social*, tal y como lo han planteado Gluckman (1978) y Turner (1988).

En síntesis, los aportes de autores como Douglas (1991), Nietzsche (2007, 2011), Foucault (1966, 2005, 2018) y Balandier (1993, 1994), entre otros, desempeñan un papel esencial en la comprensión de la complejidad inherente a la experiencia de la locura. Estos enfoques arrojan luz sobre el espacio liminal que ocupa la locura, revelándola como una fuerza subversiva que desafía las normas y estructuras de poder establecidas. La contribución epistemológica de las *voces de la locura* radica en que ponen en jaque mate al sistema tal y como está pensado.

Al analizar el papel del bufón como mediador de opuestos, se comprende cómo la locura puede actuar como un agente tanto de deconstrucción como de reconstrucción, revelando las contradicciones y limitaciones del orden social. Estos aportes serán fundamentales en la tesis para comprender cómo la locura, desde su espacio liminal, desafía las narrativas dominantes y cuestiona la hegemonía del poder psiquiátrico. La locura tiene la capacidad de revelar lo que nadie más puede decir. Igual que el Loco de la carta del tarot, la locura guarda en su hatillo los conocimientos ocultos, y desde el precipicio de lo que cada cultura considera la *normalidad*, el Loco despliega su hatillo.

## 2.2. ANTROPOLOGÍA DEL APRENDIZAJE: APRENDER *MIENTRAS TANTO*

Los únicos que dicen la verdad son los locos y los niños. Por eso a los locos se les encierra y a los niños se les educa.

Michel Foucault.

### 2.2.1. Contextos Generales de Aprendizaje

Al realizar una lectura en clave etnográfica sobre las experiencias, transformaciones y aprendizajes de vida de las varias personas, vinculadas de distintas e inconstantes formas a los colectivos de activismo loco y apoyo mutuo en salud mental, me parecía interesante reflexionar sobre sus historias de vida desde la perspectiva de la antropología del aprendizaje. Esta aproximación me permite comprender estas experiencias como un proceso educativo y de aprendizaje cultural que se vincula a distintos contextos y etapas de su ciclo vital (DeVos, 1981).

Esta idea, que reconoce los distintos contextos —como las vivencias familiares, las experiencias en la institución escolar, las (sobre)vivencias en el sistema psiquiátrico y la interacción en el activismo loco— como *contextos generales de aprendizaje* (Wolcott, 1987), constituye una parte fundamental de mi análisis. Se trata de contextos de aprendizaje en los que se aprende sin que exista una intencionalidad educativa, sino que se aprende a través de la inmersión en la interacción entre las personas y el entorno. En palabras de Soto (2021), «Estos contextos son físicos y simbólicos, contienen objetos, escenarios, texturas, colores, olores y formas diversas; están habitados por otros seres vivos, plantas, animales o personas, que llevan a cabo acciones y crean situaciones de relación observables por los demás» (p. 88). En ese sentido, siguiendo los aportes y el modelo teórico de Soto (2021), se despliega un concepto de aprendizaje que está intrínsecamente ligado a la experiencia de vida:

Se trata de un concepto de educación que propone abrazar la experiencia vital desde el origen y avanzar con ella a través de las situaciones de crianza, de relación y de maduración, de modo que tanto los tiempos como los contextos en los que ese avanzar se desarrolle, aumenten el conocimiento y la posibilidad de sobrevivir y seguir siendo humanas. (p. 52)

La condición inherente del ser humano como un ser abierto nos impulsa a interactuar con los demás y a construirnos en función de la alteridad y la cultura. Este proceso marca el inicio de una suerte de viaje educativo que está vinculado a la *propia vida* (Soto, 2021). Al nacer sin una definición preestablecida, nuestra conciencia se despierta y surgen preguntas y dudas sobre el significado de nuestras acciones. Este despertar nos conduce a establecer límites y a adaptarnos —o mejor domesticarnos— a través de la influencia de la cultura y la educación, convirtiéndonos así en aprendices de la cultura.

La sociabilidad y el reconocimiento son fundamentales para impulsar nuestra dimensión de *sujetos culturales* (Soto, 1999, 2014). La sociabilidad, de acuerdo con Todorov (1995), es una

característica intrínseca de lo humano, «la sociabilidad no es un accidente ni una contingencia; es la definición misma de la condición humana» (p. 33).

Se suele ignorar que nos hacemos humanos a través de la interacción permanente con los demás y con el entorno concreto y cercano que nos acompaña en los primeros años, cualquiera que sea ese entorno y cualesquiera que sean las ausencias o las presencias con que cuente. (Soto, 2021, p. 40)

En ese sentido, me parecía interesante aplicar esa perspectiva del reconocimiento a lo largo de los diferentes contextos de aprendizaje, con el fin de comprender los procesos de identificación y de pertenencia de las colaboradoras.

La familia se comprende como el primer *contexto general de aprendizaje* (Wolcott, 1987), en el que se aprende qué se espera de ti, y se experimenta formar parte de algo más grande (Soto, 2021). A partir de los relatos de las colaboradoras y de la impronta que han dejado en su memoria, se puede ahondar en los primeros pasos de sociabilidad en el seno de la experiencia familiar y en las vivencias en la institución escolar. Estas experiencias, que son fruto de esa interacción recurrente con la alteridad y los entornos, son las que otorgan una dimensión de *sujeto cultural* (Soto, 1999, 2014) a las colaboradoras.

En un tipo de contexto marcado por la violencia, la medicalización, las clasificaciones y la estigmatización, como es el caso del proceso de psiquiatrización y el encierro psiquiátrico, es importante considerar la *transmisión cultural* (Spindler, 2007) ya que las colaboradoras han internalizado una narrativa y un sistema de creencias que se aprende de manera *intencional e incidental* (Wolcott, 1987)<sup>106</sup>, y que finalmente se suscribe. En este sentido, la idea del *aprendizaje polifásico* (Henry, 1955)<sup>107</sup> resulta muy sugerente para reflexionar sobre los procesos de aprendizaje para el cambio, que surgen posteriormente en la acción compartida en el marco del activismo loco. Según esta idea, no es que «las personas puedan aprender más de una cosa al mismo tiempo, sino que son *incapaces* de aprender *solo* una cosa al mismo tiempo» (Henry, 1955 en Soto, 2021, p.89). Además, se aprende de forma individual y en compañía. En ese sentido, es mediante el grupo de pares donde se recopila la mayor parte del conocimiento cultural y esto se produce a cualquier edad, también entre los adultos (Soto, 2021). Es por esto por lo que me parece pertinente esta mirada *polifásica* para pensar las implicaciones del contexto de aprendizaje cultural que se produce en el marco del activismo loco.

A lo largo de sus tránsitos de vida y vinculados a distintos contextos, las colaboradoras, en tanto *sujetos culturales* (Soto, 1999, 2014), han adquirido la comprensión de determinadas clasificaciones, relaciones y valoraciones presentes en un sistema de significados que define quiénes son y qué posibilidades tienen. El activismo y la interacción en los grupos de GAM, les brinda un nuevo contexto de aprendizaje cultural, que surge en un momento concreto de sus vidas y les proporciona nuevos elementos para repensarse a sí mismas, trascendiendo los límites impuestos previamente. De esta manera, el sistema de comprensión y significaciones

<sup>106</sup> El aprendizaje ocurre de manera constante y a lo largo de toda la vida en cualquier contexto, y abarca tanto ámbitos intencionales (aprendizaje cultural) como incidentales (adquisición cultural) (Wolcott, 1987).

<sup>107</sup> Citado en Soto (2021).

que previamente habían adquirido, comprendido en términos de Wolcott (1987) como una *adquisición cultural*, se convierte en un *aprendizaje cultural* intencional en el marco del activismo. Este aprendizaje es plenamente abrazado y abordado en la consciencia, abriendo así posibilidades para el cambio y la transformación.

Siguiendo los aportes del modelo teórico de Soto (2021), es relevante diferenciar entre aspectos intencionales e incidentales, ya que esta distinción proporciona una pauta para comprender por qué algunas circunstancias permanecen inalteradas. Cuando las transmisiones y los aprendizajes son incidentales, es decir, cuando suceden de manera no consciente, las posibilidades de cambio son limitadas. No obstante, cuando se trata de procesos intencionales, como aquellos que ocurren en el marco del activismo, en los cuales hay conciencia y deliberación, se crea un espacio propicio para generar expectativas de futuro y se brinda la oportunidad de apropiarse y transformar el propio camino<sup>108</sup>.

Considerando los aportes de los estudios locos y la antropología de la locura, resulta evidente que el marco hegemónico de la psiquiatría institucional ha ejercido un control absoluto sobre la locura, a través de un *monólogo institucional* (Martínez-Hernández, 1998a) o *imperialismo psiquiátrico* (Chesler, 2005). En contraposición a esto, el apoyo mutuo y la colectividad del activismo loco y los GAM permiten dar voz y poner en valor las subjetividades de la locura y las experiencias de aquellas y aquellos que durante mucho tiempo han sido silenciados. Esta perspectiva, arraigada en el *conocimiento situado* (Harding, 2004; Haraway, 1995), permite una lectura de la locura desde fuera de los discursos y los regímenes de la verdad asociados al *poder psiquiátrico* (Foucault, 2005).

En el contexto del capitalismo neoliberal y la *sociedad terapeutizada* (Illouz, 2007, 2010) *del cansancio y del rendimiento* (Han, 2014, 2017, 2018), uno de los elementos más significativos es la creciente medicalización y patologización de los problemas sociales. Esto ha llevado a la mercantilización de los malestares y al aumento de personas medicadas y psiquiatrizadas. La *promoción de enfermedades* implica la comercialización de la medicalización de la vida como un nuevo producto de consumo. En consecuencia, se fomenta una perspectiva biológica de los síndromes para poder mercantilizar su tratamiento (Gotzsche, 2015; Moncrieff, 2007, 2008; LeFrançois et al., 2013; Whitaker y Cosgrove, 2015). Según Fisher (2018), esta estrategia forma parte de la inteligencia del régimen neoliberal, ya que al individualizar los problemas que tienen su origen en lo social, se exonera de responsabilidad al sistema<sup>109</sup>. Además, esto conlleva la despolitización de las personas, desviando la atención de las condiciones estructurales y enfocándola en aspectos individuales. En ese sentido, se reduce la capacidad de acción colectiva

---

<sup>108</sup> Aunque en contextos donde se trabaja la reflexividad y la toma de conciencia, como en el marco del activismo, también se produzcan transmisiones y adquisiciones culturales no conscientes —incidentales—. Es decir, nunca vivimos al margen de la incidentalidad.

<sup>109</sup> Un ejemplo ilustrativo se encuentra en el trabajo de Nancy Scheper-Hughes (1997) titulado *La muerte sin llanto. Violencia y vida cotidiana en Brasil*. En esta obra, se destaca cómo los síntomas de desnutrición que afectaban a una comunidad en el noreste de Brasil, consecuencia de la pobreza, eran medicalizados y tratados como afecciones individuales en lugar de ser abordados como un problema estructural. El hambre se convertía así en una patología médica denominada «*nervoso*».

y se perpetúa la lógica del sistema neoliberal. Es importante destacar cómo la medicalización y patologización de los problemas sociales se entrelazan con las dinámicas del capitalismo neoliberal y cómo esto afecta tanto a nivel individual como a nivel social. Este análisis nos invita a reflexionar sobre los procesos de mercantilización de la salud y los efectos que tienen en la sociedad y en la construcción de subjetividades.

En este contexto, al participar en los GAM en salud mental, se desafía la lógica biologicista del discurso psiquiátrico hegemónico y el enfoque biomédico de la locura. En estos espacios, al colectivizar los malestares y compartir las experiencias de vida, se pone de manifiesto la influencia de factores sociales, culturales, políticos y económicos en la generación de dichos malestares. Esta forma de resistencia colectiva rompe con la narrativa individualista y patologizadora de la locura, que a menudo conduce a la cronificación y a un exceso de medicalización. Es a través de la interacción y la conexión con las *otras*, que las colaboradoras consiguen desafiar las narrativas dominantes y buscan nuevas formas de significar su realidad desde una perspectiva comprensiva, empática y despatologizadora. En este sentido, los procesos de resistencia también pueden ser considerados como procesos de aprendizaje cultural, que implican una exploración de *nuevos horizontes de sentido* (Soto, 2021). Al cuestionar las narrativas dominantes y construir nuevas perspectivas, se generan espacios de transformación y se abre la posibilidad de una construcción colectiva de significados y una resignificación de las identidades.

Desde la perspectiva de la antropología del aprendizaje, estas estrategias de resistencia colectiva implican procesos de identificación y pertenencia que, a su vez, se traducen en procesos de transmisión de conocimientos culturales. Estos procesos de aprendizaje consciente subrayan la importancia de pensar de manera colectiva y estar en disposición de aprender y generar nuevos significados, palabras y conceptos para reflexionar sobre las propias experiencias vitales. Se trata de resignificar la locura y, sobre todo, de trascender las categorías diagnósticas que limitan, estancan y encierran identidades y subjetividades.

En ese sentido, las colaboradoras de la investigación se convierten en expertas de sus propias experiencias, adquiriendo un saber único y valioso que proviene de su vivencia personal (Morrison, 2013; Lewis, 2006). Este saber de la *primera persona*, como plantea Correa-Urquiza (2015), concede un saber y una verdad diferente, un *saber profano* que no está generado por expertos reconocidos, pero que de alguna manera *profana* las verdades «científicas»<sup>110</sup>. Es un saber profano que tiene la capacidad y la posibilidad de autoenunciarse, que tiene voz y un lenguaje propio. Además, es un saber colectivo que se comparte y se socializa, que posee capacidad de transgresión y reacción para repensarse y renombrarse a sí mismo. Este saber construye un nuevo referente

<sup>110</sup> Sobre esta idea de «profanar» las verdades «científicas» y el saber «experto» de la psiquiatría, en el artículo de Ingram (2016) se problematiza la relación de los *mad studies* y la psiquiatría, y el autor expone que la psiquiatría es una disciplina que está herméticamente cerrada y que, por consiguiente, prevé que los *mad studies* recibirán muchas críticas desde la psiquiatría. A este respecto, postula que una de las tareas fundamentales de los estudios locos debe de ser exponer la paradoja de que la disciplina psiquiátrica considere y asuma que tiene un derecho sustancial para pronunciarse sobre casi todo: las leyes, la sexualidad, tiroteos en las escuelas, entre otras cosas. Y los psiquiatras aparecen en la televisión hablando y opinando sobre estos temas, sin embargo, cuando alguien quiere hablar sobre la psiquiatría, la respuesta es: «No, no eres un experto» (Ingram, 2016).

cultural que se transmite y resignifica, dotando de un nuevo sentido a la vida. En definitiva, este saber hace del mundo un lugar más habitable para las colaboradoras.

### **2.2.2. La Transición a un Estatus Social Desviado**

El planteamiento de Spindler (2007) sobre la *transmisión cultural* es sumamente relevante para comprender los complejos procesos educativos que se desarrollan a lo largo de la vida. Spindler destaca la importancia de considerar las continuidades, las discontinuidades y la presión cultural en el proceso de transmisión de conocimientos y valores culturales.

La continuidad cultural se refiere a la idea de que el ciclo vital mismo puede ser concebido como un proceso educativo en constante evolución dentro de un marco de referencia. A medida que una persona atraviesa diferentes etapas de la vida, va adquiriendo nuevos conocimientos y habilidades que se van construyendo sobre las experiencias y aprendizajes previos. Estos momentos de continuidad permiten la consolidación y el enriquecimiento de la identidad y el bagaje cultural de cada individuo.

En contraste, la discontinuidad se presenta cuando ocurren cambios significativos en el estatus o la posición social de una persona de manera abrupta. Estos tránsitos pueden implicar desafíos y ajustes importantes en términos de roles, responsabilidades y expectativas culturales. Es en estos momentos de discontinuidad donde se ponen a prueba los aprendizajes previos y se requiere adaptarse a nuevas realidades y exigencias.

Por su parte, la presión cultural se refiere a la adaptación de los aprendices a las demandas y expectativas propias de un determinado estatus o rol al que se están preparando. Este proceso implica asimilar y poner en práctica los conocimientos, habilidades y valores necesarios para cumplir con las responsabilidades y expectativas culturales asociadas a dicho estatus. Es a través de esta presión cultural que se construye y refuerza la identidad y la participación activa en la sociedad.

La relación entre la locura y la cultura ha sido objeto de reflexión en el epígrafe anterior, y esta relación revela cómo la locura está intrínsecamente arraigada a en las dimensiones culturales. Siguiendo a Nietzsche (2007, 2011), se ha explorado la concepción de la locura como un «don divino» y el loco como un ser elevado. Esta perspectiva resuena con el pensamiento de Platón, quien, a través de Sócrates, expresó: «los bienes más grandes nos vienen por la locura, que sin duda nos es concedida por un don divino» (Platón, 1998, p. 863).

Al comprender las diversas facetas y significados que se le han atribuido a la experiencia de la locura en diferentes contextos culturales e históricos, se comprende la locura como una construcción cultural, que se transforma a lo largo del tiempo, siendo abordada desde distintas perspectivas ontológicas en función de la época y la episteme dominante.

La locura, por lo tanto, puede ser considerada un fenómeno culturalmente construido y aprendido. Cada cultura establece sus propios precipicios —el horizonte incierto al que

lúdicamente mira el Loco del tarot— el umbral y la frontera entre lo que se considera normal y lo que se percibe como anormal o desviado. Es en estos abismos de la norma donde la locura emerge y se manifiesta, señalando una transición hacia un estatus social desviado.

Dentro de la etnopsicología, el estudio del comportamiento desviado ha sido abordado desde la perspectiva de la cultura y la personalidad. Margaret Mead (1990, 1994), fue una figura pionera en este campo del comportamiento desviado, investigando la interrelación entre la cultura y la formación de la personalidad y, a su vez, profundizando en la comprensión de cómo la cultura moldea las percepciones, las normas y los comportamientos individuales.

En ese sentido, se reconoce que el comportamiento desviado no puede ser evaluado de manera aislada, sino que debe ser entendido en el contexto cultural en el que se desarrolla. Las normas y valores culturales determinan cómo se percibe y juzga lo que se considera desviado, y estas interpretaciones varían de una cultura a otra. Del mismo modo, es crucial considerar cómo el comportamiento desviado contribuye a la definición de la *normalidad*, para entender el estigma y la exclusión estructural que enfrentan aquellos etiquetados como desviados o locos.

DeVos (1981) sugiere que existen múltiples razones para explicar los comportamientos desviados: desde interpretaciones sobrenaturales y morales hasta enfoques físico-médicos o psicológicos. Las sociedades han desarrollado varias respuestas para lidiar con estos comportamientos desviados, y todos estos métodos implican modificaciones en el comportamiento esperado y rituales de transición que identifican al individuo como desviado. Uno de los métodos es la exclusión de los desviados en instituciones totales como centros psiquiátricos o cárceles. En sociedades que emplean las explicaciones físico-médicas o psicológicas, se busca el retorno del individuo desviado a la comunidad a través de la rehabilitación. Esto puede implicar la aplicación de procedimientos curativos por parte de curanderos, quienes se considera que tienen la capacidad de eliminar las causas de la desviación y permitir que el sujeto se reintegre en su comunidad.

Más allá de las estrategias de exclusión y la rehabilitación, DeVos (1981) menciona otra forma de tratar a los desviados: aceptar su comportamiento y asignarles roles especiales dentro de la sociedad. En lugar de buscar su curación o excluirlos, se les permite una interacción parcial en función de su desviación. DeVos (1981) destaca el caso de los ciegos, a quienes, en ciertos contextos, se les atribuye una perspicacia superior para discernir verdades profundas. Además, señala la existencia de individuos con desviaciones leves que, se perciben como excéntricos. A ellos, se les tolera y se les brinda cierta autonomía en su expresión.

Esta dinámica es palpable en el estudio de Zemplini y Rabain (1965) sobre el niño *nit-ku-bon* en las culturas Wolof y Lebou de Senegal. Traducido como «persona que es poseída», el *nit-ku-bon* manifiesta comportamientos antisociales, propensión a crisis recurrentes y reacciones intensas. Aunque desde una perspectiva biomédica sería etiquetado como patológico, en su contexto cultural se le comprende y otorga sentido con base en referentes propios. Culturalmente, se percibe el *nit-ku-bon* como la manifestación de un espíritu ancestral que regresa a la comunidad o como un ancestro reencarnado. Estas representaciones tienden a presentarlo como un «otro ser», un extraño. Sin embargo, a pesar de estas interpretaciones culturales, su identidad permanece

en un limbo, ya que no se ajusta completamente a una identidad social o cultural definida (Zemplini y Rabain, 1965).

En resumen, la antropología psicológica de DeVos (1981) nos conduce a una profunda reflexión sobre la intersección entre cultura, locura y desviación. Revela las diversas formas que las sociedades han desarrollado para tratar y entender los comportamientos desviados, ya sea mediante la exclusión, rehabilitación o asignando roles especiales. Pero también subraya la relatividad inherente a estas categorías. Lo que es visto como desviación en una cultura puede ser norma en otra, reafirmando que los conceptos de normalidad y patología no están dictados por criterios universales (Canguilhem, 2005), sino que fluctúan dependiendo de los valores y experiencias definidas por cada sociedad.



Evocando la figura del Loco en el tarot que abre este capítulo, observamos que la locura brota en el umbral de lo culturalmente aceptado, en ese filo donde cada cultura establece su propio abismo. En ese precipicio, el Loco desdobra su hatillo, revelando secretos que solo él puede verbalizar. Al igual que el bufón, en su comportamiento disruptivo, el Loco nos descubre verdades veladas y plantea interrogantes que hacen oscilar los cimientos de nuestras certezas. No obstante, como bien señala Pagés (2022): «Al final, el loco enciende su linterna al mediodía y busca a Dios en la plaza pública. Se burlan de él hasta que enmudece» (p. 33).

### III. METODOLOGÍA. DERROTEROS DE LA INVESTIGACIÓN



Ilustración 13. Alicia en la Sala Subterránea.

Ilustración de Sir John Tenniel para *Alicia en el País de las Maravillas*.  
Lewis Carroll, 1985, p. 31.

«Alrededor de la sala había varias puertas, pero todas cerradas con llave; después de haber intentado abrir todas las puertas, Alicia se dirigió tristemente hacia el centro de la sala, pensando cómo se las arreglaría para salir de allí» (Carroll, 1985, p. 32).

En este capítulo metodológico se exploran los derroteros e itinerarios de la investigación. Comienzo reflexionando sobre la *etnografía digital* y su naturaleza deslocalizada, teniendo en cuenta el contexto de la pandemia y lo que ha significado «*estar ahí*» virtualmente. Esto me ha llevado a examinar mi propio proceso etnográfico de forma reflexiva y a revelar algunos desafíos que han surgido en el camino. Frente al imperativo de la conectividad y el rendimiento utilitarista, he querido destacar los momentos de *malestar digital* y reivindicar la necesidad de desconectar. El apartado *Instrucciones para distraerse* busca celebrar la dispersión, simbolizando la inmersión en fantasías, ensueños y rumiaciones. Después de esta contextualización metodológica, se presentan las técnicas empleadas para obtener y analizar los datos. También se consideran los sesgos, limitaciones y dificultades que han surgido durante la investigación, junto con la importancia de establecer una relación ética y de compromiso con las colaboradoras, y la responsabilidad de compartir los resultados de la investigación.

### 3.1. «ESTAR AHÍ» VIRTUALMENTE: APUNTES SOBRE UNA ETNOGRAFÍA DIGITAL Y DESTERRITORIALIZADA

Escribiré mi informe como si contara una historia,  
pues me enseñaron siendo niño que la verdad nace de la imaginación.

Ursula K. Le Guin, *La mano izquierda de la oscuridad*, 1969.

La problemática del espacio y la cultura ha sido un tema discutido, profundamente, en el ejercicio de la antropología en las últimas décadas. De este modo, las culturas son siempre algo heterogéneo y ya no se representan estáticas, *localizadas* y *encarceladas* en un espacio geográfico concreto (Abu-Lughod, 1991; Appadurai, 1988), sino que se interpretan en su dinamismo, su movilidad y en atención con las múltiples referencias compartidas; de ahí surge la *desterritorialidad de la etnografía* y la propuesta de una antropología desterritorializada. Así, se entiende la cultura como una realidad que supera los límites de un territorio y un espacio convencional, por ello, se observan los distintos niveles en los que lo local y lo global están interconectados en una *red de articulaciones jerárquicas* (Gupta y Ferguson, 1997), pues se comprende que la cultura, hoy en día, se reproduce en redes multilocales (Appadurai, 1991, 1996).

El campo de esta etnografía se compone de una multiplicidad de personas y contextos heterogéneos, puesto que es una etnografía deslocalizada y de carácter *multisituado* en la que se sigue a los cuerpos y a las historias en su trayectoria y se atiende a la circulación de significados e identidades culturales (Marcus, 2001). La etnografía multisituada se basa en la utilización de una composición de unidades de observación y de participación (Pujadas, et al., 2004). Así, se considera que el campo y la etnógrafa se crean mutuamente en espacios de interacción, donde el campo depende de la antropóloga y de *otras* que lo sostienen y lo enredan. En este sentido, se ha construido con base en las relaciones —virtuales y presenciales— de los cuerpos, los discursos, las palabras y las prácticas que se han constituido con las colaboradoras de la investigación; en el trabajo de campo, no se trata solo de observar, sino que se debe participar y sentir ese lugar experimental y virtual llamado campo. A este respecto, he tratado de practicar una *antropología de los sentidos* (Stoller, 1989) y de las *emociones* (Jaggar, 1989), una etnografía donde el cuerpo de las colaboradoras y el de la antropóloga están presentes —en una presencialidad virtual o en una virtualidad presencial— pues, de acuerdo con Csordas (1994), el cuerpo es la base subjetiva e intersubjetiva de la experiencia.

De este modo, para Clifford (1999), «[el campo] debe ser trabajado, transformado en un espacio social distinto, por las prácticas corporizadas del viaje interactivo» (p. 73). El campo, en este sentido, es concebido como un conjunto de *disposiciones* y *prácticas corporizadas* (Clifford, 1999), entendido como un *itinerario* más que como un lugar concreto y con fronteras, en este caso, el campo es un contexto *multisituado* (Marcus, 2001) y heterogéneo de interacciones sociales. De esta manera, la relación característica de la interacción y la itinerancia entre el cuerpo y el espacio —físico y virtual— se convierte en un elemento fundamental de la etnografía. «La idea de itinerario sirve sobre todo para mostrar las vidas, los cuerpos, en movimiento,

como procesos absolutamente dinámicos, abiertos y en continua transformación y, por tanto, singulares, contradictorios, inacabados» (Esteban, 2008, p. 144).

Conforme con estas consideraciones, he querido emplear el método biográfico en su doble dimensión: por un lado, para la elaboración de las historias de vida de las colaboradoras y, por otro, para tratar de transmitir, a modo de autobiografía, algunos aportes sobre mi propia trayectoria etnográfica (Okely, 1992; Okely y Callaway, 1992). A este respecto, parece ineludible, además de compartir las emociones y los afectos vividos en el campo, proceder con una mirada reflexiva y desvelar los errores y problematizar las desilusiones y las dificultades que han surgido a lo largo del proceso etnográfico, pues, como aprendiz de antropóloga, también soy un sujeto contradictorio, inacabado y en transformación (Esteban, 2004, 2008). En relación con las experiencias vividas en los *itinerarios del cuerpo* (Ferrándiz, 2011), las contradicciones, los dilemas y las inquietudes son las que me han permitido resituarme en el campo y repensar mi propia práctica, por ello, en el camino de cuestionamiento constante que ha resultado ser el trabajo de campo, las dificultades y los tropiezos, en cierta forma, son los que me han permitido aprender más en este proceso.

### 3.1.1. Malestar Digital: El Carrito de la Compra y la Necesidad de Desconectar

Esos estados donde la realidad más sencilla, más cotidiana, no llega hasta mí, donde la apremiante presión de la realidad habitual no atraviesa hasta mí, donde yo no alcanzo ni siquiera el nivel necesario de mi vida.

Antonin Artaud, *El arte y la muerte/ Otros escritos*, 2005.

*É preciso coragem para me aventurar numa tentativa de concretização do que sinto. É como se eu tivesse uma moeda e não soubesse em que país ela vale.*

Clarice Lispector, A Paixão Segundo G.H., 1998.

Uno de los numerosos dilemas que atraviesan la presente etnografía ha sido la necesidad de adaptarme a las restricciones de la pandemia y el cuestionamiento sobre las contradicciones inherentes a lo que supone *estar ahí* virtualmente. Hacer una etnografía en tiempos de pandemia hace que la dimensión digital, irrecusablemente, adquiera especial relevancia. Así, el trabajo de campo se ha realizado, en gran parte, de forma virtual, lo que ha producido un juego de hibridaciones entre lo público y lo privado que ha adquirido matices interesantes y ha cambiado la disposición de las relaciones. Durante los meses de pandemia, la mayoría de las jornadas y reuniones se han realizado de forma *online*, y en estos espacios virtuales compartidos —a los que me conectaba desde mi casa accionando la *webcam* del ordenador—, se generaba una especie de *continuum* entre lo público y lo privado, que penetraba en todas las esferas de mi existencia, pues se trata de un espacio íntimo que se compartía con personas que, presencialmente, tal vez nunca habrían accedido a este lugar. Así, la virtualidad desdibuja, o puede desdibujar, esta frontera entre lo que se ha considerado la práctica del espacio público y el espacio privado<sup>111</sup>.

<sup>111</sup> Me han resultado sugerentes aquí las reflexiones de Foucault (1984) sobre lo simultáneo del espacio, pues la

Parte del trabajo de campo ha sido realizado desde la comodidad de mi casa, por ello, creo que la mayoría de las veces —excepto cuando hacía las entrevistas programadas— no era consciente de cuándo entraba al campo y cuándo salía de él; cabe añadir que acceder al campo era tan sencillo como activar la *webcam* o entrar en WhatsApp o Telegram, y esto también ha tenido sus implicaciones. El tiempo —los meses, las semanas y los días— durante la pandemia y el confinamiento han sido una especie de agujero negro, así, desde que realicé la primera entrevista y durante los meses del trabajo de campo, podría decir que no he tenido la sensación de salir del campo ni la certeza de estar en él en ningún momento. No ha sido hasta que me he *desconectado*, para comenzar el proceso de escritura de la tesis, que he tomado perspectiva y me he dado cuenta de esta experiencia compartida —real en su virtualidad— que era y sigue siendo el campo.

Previamente había realizado trabajo de campo de manera física, por lo que el desplazamiento y la conciencia de entrar y salir del campo era más definida (de Juan, 2008, 2008a)<sup>112</sup>. En todo caso, aunque el campo estuviera en mi ciudad, fuera el mismo barrio en el que vivía o la institución en la que trabajaba, era un lugar al que me desplazaba y del que me marchaba cuando regresaba a mi casa. A pesar de que la antropóloga y el campo en realidad no son dos entes separados, sino que se construyen a través de redes de relaciones y experiencias subjetivas y compartidas en el tiempo, más sólidas o lábiles, que se generan colectivamente, cuando la frontera de mi casa y el campo se desdibujó en esta investigación, el campo me atravesó de tal forma que era difícil saber dónde empezaba y terminaba cada lugar, así como en cuál de los dos espacios me encontraba.

Por su parte, la pulsión de querer *estar ahí*, unida con la aparente facilidad para la conectividad que proporciona lo virtual, se tornó, en momentos, angustiante. Esta misma libertad de *poder hacer*, esa posibilidad siempre abierta que me daba lo virtual, ese saber que *podía* acceder al campo —o el campo podía acceder a mí— casi en cualquier momento, se volvía paradójicamente insoportable, puesto que esa sensación de libertad se convertía en *coacción* (Han, 2014).

En este orden de ideas, Espluga (2021) problematiza el *malestar digital* y la *fatiga tecnológica* que se da en términos generales en el contexto actual: «cada notificación nos moviliza, ya sea por acción o por omisión, y respondemos militarmente al requerimiento conectivo. La consecuencia más obvia del hecho de que las plataformas atraviesan nuestra existencia es que no podemos no estar» (p.128). Este *no podemos no estar* sumado a la autoexigencia y la productividad neoliberal del rendimiento que impregna el contexto actual, devenía en el imperativo de la ubicuidad y del rendimiento, también en el trabajo de campo.

Permítaseme confesar que mantener la actividad de relacionarme socialmente ha sido difícil en algunos momentos, debido a mi propio estado de ánimo; en ocasiones, he sentido que las relaciones me estaban drenando —no me refiero solo a las relaciones del trabajo de campo, sino a

---

virtualidad contribuye a la yuxtaposición de las oposiciones entre el espacio privado y el espacio público y, en ese sentido, a la *desacralización práctica del espacio* que refiere el autor en la conferencia «*Des espaces autres*», dictada en el *Cercle des études architecturales*, el 14 de marzo de 1967.

<sup>112</sup> En los textos referenciados presento algunas reflexiones teórico-metodológicas sobre el trabajo de campo realizado en la Cova da Moura cuando vivía en Lisboa.

las relaciones e interacciones sociales en el resto de las esferas virtuales de mi vida—, por ende, he experimentado períodos de apatía en los que necesitaba desconectar, apagar todos los dispositivos y estar sola en el silencio de mis pensamientos. Hubo algún período de mucha intensidad en el que el trabajo en la universidad, las notificaciones en el teléfono, las actividades y la cantidad de espacios virtuales y pantallas digitales a las que, por diversos motivos, *me debía* conectar, empezaron a provocarme una sensación de cierta ansiedad. Mi agenda se había convertido en un cúmulo de horarios y enlaces que se solapaban, de esta manera, la libertad y la flexibilidad de lo virtual, unida con el imperativo conectivo, se estaba convirtiendo en una suerte de angustia agotadora.

Por ello, inexorablemente, durante algunos períodos, el teléfono se convirtió en un cementerio de notificaciones que no tenía capacidad de gestionar<sup>113</sup>. Valorando estos momentos de letargo o parálisis desde la distancia, me doy cuenta de que esos silencios intermitentes han sido realmente necesarios, pues, de alguna forma, desconectar y apagar los dispositivos me ha permitido tomar distancia de mí misma y continuar.

El tiempo en la pandemia no ha sido fácil para nadie, tampoco para la que escribe estas líneas; cabe considerar, por otra parte, que «el 39% de los doctorandos sufre un estado de depresión moderada o severa, frente al 6% de la población general, y el 81% experimenta un estado de agotamiento emocional» (Espluga, 2021, p. 67). No pretendo alarmar a nadie, ni mucho menos desmotivar a alguna eventual lectora de esta tesis que esté planteándose tomar el camino del doctorado. Así, debo señalar que, en mi caso, he tenido que compaginar el doctorado a jornada completa con el trabajo a jornada completa en la universidad, y el camino del doctorado se ha visto atravesado por una pandemia que ha generado varias mutaciones en la tesis y en mi vida, las que han contribuido a que el proceso haya sido más intenso, claustrofóbico y serpentino. A este respecto, debo admitir que la recta final de la tesis ha sido agotadora; a título ilustrativo, resulta sugerente y especialmente desalentadora una anotación que realicé la mañana del 22 de julio en el diario de campo:

Estoy al borde del colapso, no sé hace cuándo no tengo un fin de semana libre. Se me ha solapado la evaluación de la universidad que ha sido extenuante, con las entregas y la escritura de la tesis que se disputa a contra reloj. Siento que no tengo vida, que mi vida empieza y acaba en este texto. Un texto que nunca va a terminar. Sentada en una biblioteca. Tampoco sabría qué hacer ahora (...) Siento que mi corazón va un poco más rápido de lo habitual. Esta noche he soñado con mi muerte, y no era una pesadilla. Yo misma inhalaba un humo que me iba a matar, y lo inhalaba feliz. Con muchas ganas, sabiendo que iba a estar más tranquila después. Era muy real. Me he asustado un poco al despertar. Al mismo tiempo también me ha tranquilizado pensar que la muerte pudiera ser eso. (DC, 22 de julio 2022)

En un esfuerzo por realizar un examen reflexivo sobre mi propio proceso etnográfico, he querido compartir este fragmento del diario de campo, porque forma parte de las sombras que tiene el proceso de investigación, al menos, de las sombras que ha tenido el mío; que este

<sup>113</sup> No sé quién podría leer esta nota a pie de página pero sirva como disculpa a todas esas personas a las que, durante largos períodos, no conseguí responder.

sueño sobre la muerte me resultara, de alguna forma, tranquilizador puede parecer una suerte de consuelo espantoso. No obstante, para Emil Cioran (2017), el filósofo rumano que desde joven se proclamó *especialista del problema de la muerte*<sup>114</sup>, la posibilidad del suicidio era un proyecto de vida, así, según él, era la única estrategia que le permitía vivir. En tal marco, permítaseme compartir aquí un bello aforismo de Cioran (2014) en *Del inconveniente de haber nacido*, en el que menciona la cuestión de la muerte por asfixia:

Entre los filósofos de la Antigüedad se recurría voluntariamente a la asfixia por retención del aliento, hasta que sobrevenía la muerte. Esta forma tan elegante, y tan práctica, de terminar ha desaparecido por completo y no es nada probable que pueda resurgir algún día.

Debo decir que el mes de julio fue especialmente intenso y atribulado por varios motivos, hacía mucho calor y estaba emocionalmente agotada a todos los niveles, asimismo, precisamente dos días después de escribir aquella entrada en el diario de campo, tuve una revelación mientras hacía la compra y escribía lo siguiente:

Esta tarde estaba en el supermercado haciendo la compra y me he dado cuenta de que no era capaz de unir los productos ni de encontrar una lógica en lo que quería comprar para comer. Paseaba por el supermercado sin rumbo y, mientras caminaba, deambulando como una *zombi*, he podido rumiar lo que me estaba pasando. Siento que, al estar tan saturada, me he desconectado emocionalmente de la tesis, por ende, me he desconectado también del resto de las esferas de mi vida de las que me debería ocupar. Es como si mi vida fuera un castillo de naipes y al derrumbarse una de las cartas el resto también se me han desplomado. Siento que todos los sentidos de mi vida se han resquebrajado. Siento una suerte de vacío inmenso, un vacío incapacitante en el que hasta la cosa más sencilla se vuelve extremadamente agotadora. Esta tarde, parada en uno de los pasillos del supermercado, no sabía qué comprar, no sabía qué comer, ni qué pegaba con qué. Había metido algunos productos al carrito, pero ninguno tenía sentido. Nada tenía sentido. O al menos yo no sabía encontrarlo.

Al regresar del supermercado, de camino a casa, he llamado a una querida amiga y ella le ha puesto nombre a lo que me estaba pasando: «yo también he tenido amnesia alimentaria», me ha respondido. Me ha contado que Annie Ernaux describe esta sensación de deambular por un supermercado sin saber qué comprar en uno de sus libros y que fantasea, además, con llevarse la compra de otra persona. «¡Robarle el carrito a otra persona para no tener que pensar!» Acto seguido mi amiga ha añadido con cierta ironía: «¡qué malos consejos doy! Me cuentas que tu vida ha perdido el sentido, y te propongo robar el carro de la compra a alguien». Sinceramente, en ese momento, robar un carrito de la compra me ha parecido el mejor y más útil de los consejos. Le he respondido: «parece que Sísifo empuja un carrito de supermercado». Nos hemos reído. (DC, 25 de julio 2022)

Aquella tarde regresé a casa con una compra peculiar, y pensé en Sara Ahmed (2019) y en la importancia de politizar los afectos negativos. La ansiedad, el agotamiento, el estrés, la fatiga, el insomnio y el sufrimiento psíquico forman parte de las experiencias de infelicidad colectiva

---

<sup>114</sup> Emil Cioran (1911-1995) escritor y filósofo pesimista rumano, el nihilista del siglo, *the king of pessimists* (Liiceanu, 1995, p. 7). Cioran (2017) en su primer libro, *En las cimas de la desesperación*, se confesaba especialista en el problema de la muerte a pesar de su corta edad: «escrito el 8 de abril de 1933, el día en que cumplo veintidós años. Experimento una extraña sensación al pensar que soy, a mi edad, un especialista en el problema de la muerte» (p. 21).

y aflicciones que sufrimos en la sociedad actual y, en lugar de patologizar el sufrimiento y problematizar estas cuestiones de manera individual en distintos espacios de terapias, o peor, anestesiar estas experiencias con fármacos, colectivizar y articular estas emociones ayuda a asignar una significación a lo que te pasa y cuestionar los determinantes, así como conectar las causas sociales de los malestares. Al compartir con mi amiga este episodio del supermercado, tuve la posibilidad de reconocer que la sensación de incapacidad que me atravesaba tenía una estructura y entendí que mi angustia no era un fracaso individual. Supe que a mi amiga también le había pasado, que esta sensación tenía un nombre —al menos, para ella era «amnesia alimentaria»—, supe que Annie Ernaux describía esta sensación en una de sus novelas, y lo más importante, nos reímos. Me tomé unos días de descanso en los que pude resignificar los sentidos y el mundo volvió a ser más habitable.

Para terminar este apartado de reflexión autobiográfica y escritura reflexiva sobre el proceso de investigación con una nota más optimista<sup>115</sup>, y pensando en la complejidad de la experiencia intersubjetiva que se compone en el trabajo de campo, me gustaría destacar y agradecer, especialmente, la empatía y la comprensión de las colaboradoras de la investigación y, en general, de todas las personas con las que he interactuado y transitado a lo largo de este viaje etnográfico, debido a que siempre se ofrecieron dispuestas a escuchar, acompañarme en la distancia, y comprender y respetar también los silencios. El poder abrirme en los momentos de sombras y contar lo que me estaba pasando fue un alivio; a este respecto, la relación de amistad con las colaboradoras, la capacidad de poner en valor la vulnerabilidad y empatizar con el dolor, sostenernos juntas, desde la ternura y la ayuda mutua, forma parte del aprendizaje precioso que me ha regalado esta investigación.

Me gustaría recoger aquí las palabras de Rosa y Esperanza, pues las dos enfatizan cómo todas nos vemos atravesadas por los malestares:

Es que nos pasa a todos, que la vida no es fácil y la vida no es plana, y todas tenemos momentos. Esto nos pasa a todos y, sinceramente, yo creo que es saludable que nos pase, porque demuestra que somos humanos y estamos en conexión con la realidad. Porque si todo lo que te pasa es estupendo y maravilloso y nunca te derrumbas, pues la verdad es que estás viviendo en un mundo de yupi que igual no es muy real<sup>116</sup>.

Te pido que te cuides mucho. Es cierto que hay días que uno está mejor, hay días que uno está peor, y a veces se pasan malas épocas. Tenemos que intentar ser fuertes y tirar para adelante. Y es muy comprensible lo que te está pasando, es muy lógico y normal, nos pasa a todos. Muchísimo ánimo porque lo que estás haciendo, tu tesis, es maravillosa. Mucho ánimo para seguir adelante con ella. A mí me encanta lo que estás haciendo y estoy segura de que toda la gente con la que has hablado y consultado este tema sobre lo que estás trabajando te van a apoyar un montón<sup>117</sup>.

<sup>115</sup> Pensando en mi directora, Pepi Soto, que en *Crecer y aprender, mientras tanto*, se define a sí misma como una «incorregible realista-optimista» y aboga por proyectar «una mirada optimista al mundo, o por lo menos algo optimista» (Soto, 2021, p. 30), y queriendo redimir la sensación atribulada que me genera haber transcrito un pensamiento tan sumamente pesimista como que el sueño con tu propia muerte te resulte liberador, he querido terminar este epígrafe compartiendo una reflexión *por lo menos algo optimista*.

<sup>116</sup> Comunicación con Rosa fecha 9 de febrero de 2022.

<sup>117</sup> Comunicación con Esperanza fecha 26 de agosto de 2022.

### 3.1.2. Instrucciones para Distraerse: De Fantaseos, Ensueños y Rumiaciones

Para ver el mundo en un grano de arena  
y el cielo en una flor silvestre  
abarca el infinito en la palma de tu mano  
y la eternidad en una hora.

William Blake, *Augurios de inocencia*, 2020.

Dejo la taza y me vuelvo hacia mi alma. Ella es la que tiene que dar con la verdad. ¿Pero cómo? Grave incertidumbre ésta, cuando el alma se siente superada por sí misma, cuando ella, la que busca, es juntamente el país oscuro por donde ha de buscar, sin que le sirva para nada su bagaje. ¿Buscar? No solo buscar, crear.

Marcel Proust, *En busca del tiempo perdido: Por el camino de Swann*, 2011.

En un contexto sociocultural en el que el trabajo y la productividad dominan bajo el yugo del imperativo del rendimiento, parece que la inactividad y la distracción es perseguida y se convierte en algo a evitar. La distracción se relaciona con la pereza y se considera un desliz, un tropiezo o una imprudencia a la que no se debería sucumbir, en vista de que contraría los procesos de optimización constante y las narrativas hegemónicas de la productividad y el beneficio (Espluga, 2021; van Zuylen, 2019). Es precisamente porque el libro de Marina van Zuylen (2019) es un manifiesto —como el mismo título indica— *A favor de la distracción*<sup>118</sup> que me ha parecido importante traerlo a colación, porque, quizá, reivindicar la distracción<sup>119</sup> sea la mejor respuesta al imperativo del rendimiento utilitarista:

Si dejamos de lado nuestras metas de eficiencia y productividad, si dejamos de medir los días por lo que podamos enseñar al jefe o a la conciencia, quizás podamos dar otro nombre a nuestros síntomas de distracción: fantaseos, ensueños, rumiaciones. (van Zuylen, 2019, p. 45).

Ciertamente, a lo largo del proceso de investigación, me he dado cuenta de que perderme del camino establecido, divagar y entretenerme en los desvíos me ha resultado no solo reconfortante, sino también necesario. Por lo tanto, al igual que van Zuylen (2019) considero que la distracción no es un capricho, es una necesidad. En ese sentido, me parece esencial detenerme un momento y reivindicar los beneficios de la improductividad y la distracción, así como hacer un alegato al derecho de desconectar y al arte de no hacer nada, como se dice en Italia: *il dolce far niente*. En palabras de van Zuylen (2019), «la diversión es la forma más natural de escapar del peso del mundo, de la pesadez del ser» (p. 71).

---

<sup>118</sup> Agradezco a Pepi Soto que me insistiera en la belleza de este librito. A modo de curiosidad, me gustaría revelar que, cuando tengo un libro nuevo, me gusta anotar la fecha en la que lo compro y una breve descripción sobre por qué he adquirido el libro o dónde lo he comprado. Es como una notita que le dejo a mi yo de futuro. Siendo el título de este libro *a favor de la distracción*, escribí lo siguiente: «lo compré para la tesis pero quiero leerlo en la playa. 17 de mayo de 2022». Finalmente lo terminé de leer en un tren.

<sup>119</sup> En relación con defender la improductividad, si en otra época Paul Lafargue (2011) declaraba la guerra al trabajo y reivindicaba el derecho a la pereza, en la actualidad, Ixí Guerra (2021), reivindica la siesta y el descanso como acto político, subversivo y revolucionario. También resulta hermoso que, en una cultura obsesionada por la intencionalidad, Nuccio Ordina realice un manifiesto por *La utilidad de lo inútil* (2013).

Pensando, concretamente, sobre el proceso de escritura de la tesis, podría decir que ha sido un camino de hibridaciones entre dilaciones y avances, entre interrupciones y prioridades. Esta danza, que podría describir como una suerte de procrastinación más o menos estructurada, se ha convertido en mi forma de trabajar, y creo que he aprendido a abrazarla. Me gusta entretenerme en los detalles y, en ocasiones, siento que me he perdido en digresiones en lugar de avanzar en cuestiones más prácticas o prioritarias que me habrían permitido finalizar antes el texto. Pese a ello, debo admitir que, al rechazar lo lineal y lo razonable, he encontrado en la dispersión una suerte de felicidad; probablemente estas divagaciones son las que me han permitido seguir trabajando —en medio del rendimiento utilitarista que también impregna a la academia— en una isla de *fantaseos, ensueños y rumiaciones*.

Mientras escribo estas líneas, a mi izquierda reposa el libro *A favor de la distracción* de van Zuylen (2019), con algunos subrayados y anotaciones que quiero incorporar en el texto y, a la derecha, un Cubo de Rubik desarmado. En un proceso inconmensurable como la escritura de la tesis, en el que muchas veces cuesta vislumbrar el final, cuando siento que estoy bloqueada o en el limbo de la apatía, armar el Cubo de Rubik, de alguna forma, me ayuda a recomponerme. Sospecho que el motivo es que en un proceso que se siente interminable como la tesis, comenzar y terminar una tarea, como armar el cubo, es reconfortante. Además, van Zuylen (2019) menciona que algunas de las mejores ideas nos vienen, precisamente, cuando se apaga la concentración; en tal sentido, para armar el Cubo de Rubik se requiere apagar la concentración y activar otro sistema de pensamiento, lo que permite mirar los problemas desde un prisma diferente.

Precisamente el apartado que sigue, titulado *El Cubo de Rubik desterritorializado*, podría ser una suerte de oda a la ociosidad y las distracciones que me han brindado refugio para escapar del peso de una tesis de doctorado, un paréntesis en el que me he permitido experimentar con el texto, tratando de buscar un equilibrio entre avanzar disciplinadamente en la escritura o abandonarme sin prisa por derroteros más creativos. Considero que ambas esferas no deberían suponer un conflicto de intereses, en virtud de que el tránsito y la libertad de perderse del camino previsto entronca, directamente, con la emoción y la creatividad. Según van Zuylen (2019), «anhelar la dispersión, establecer una relación con ella, darle un nombre propio, abre el pensamiento en lugar de comprimirlo para alcanzar el fin deseado. Querer algo fragmentado es muy diferente de soportar la fragmentación» (p. 84).

El peculiar epígrafe dedicado al Cubo de Rubik es ciertamente el resultado de esta paradójica forma de anhelar la distracción y el ensueño, además, supongo que abrazar la divagación, tangencialmente, me ha servido para seguir caminando y no sucumbir ante la inmensidad que representaba la tesis.

Si algo nos enseña todo esto, quizás sea que deberíamos dejar de malgastar tanta energía luchando contra la distracción y, en vez de eso, abrazar su potencial. La confusión, la dificultad e incluso el aburrimiento (si se practica en lugar de soportarlo) proporcionan recompensas muy diferentes de las que ofrece el pensamiento disciplinado. El anhelo de dispersión no tiene nada que ver con el pánico que produce la pérdida de tiempo. (van Zuylen, 2019, pp. 83-84)

### 3.1.3. El Cubo de Rubik Desterritorializado: Un Algoritmo Polifónico



Ilustración 14. Cubo de Rubik.

Cubo de Rubik original 3x3x3. *Bűvös kocka*. Ernő Rubik, 1974.

Un Cubo de Rubik clásico de 3x3x3 (Ernő Rubik, 1974), es un rompecabezas mecánico tridimensional compuesto por 27 piezas cúbicas individuales que tradicionalmente alternan seis colores uniformes. Cada una de estas piezas se entrelaza con el resto en un mecanismo de ejes que posibilita que se puedan mover a diferentes posiciones. La pieza central de cada cara del cubo es fija y está ensamblada a través de la cruceta interna llamada *kernel*, que posibilita que cada cara del cubo gire libremente permitiendo crear hasta 43 trillones de combinaciones. Las piezas centrales del cubo nos dan un sentido y una dirección y son la guía fundamental para la resolución del rompecabezas.

Al igual que el cubo se compone de *aristas* y *vértices*, esta etnografía pudiera componerse de voces y vivencias: cada pieza del cubo representaría una voz y cada giro —cada secuencia mecánica de acciones, contextos y tránsitos— un conjunto tridimensional de vivencias narradas que se entrelazan y atraviesan el núcleo de esta etnografía formando una *espiral hermenéutica* de diálogos narrativos que recorren el texto en una composición multifónica.

Podría pensarse entonces cada historia de vida de esta tesis como una cara del Cubo de Rubik, una figura conexas —un relato contextualizado que podría leerse de manera independiente— pero que adquiere su mayor significado en su totalidad, pues el conjunto de tránsitos del trabajo de campo son los que dotarán de significado a cada una de las voces y experiencias narradas en esta tesis.

Si las piezas centrales del cubo son los ejes antropológicos —el *kernel de la cuestión* o el núcleo que provee la estructura y que orienta el resto de los movimientos—, los temas etnográficos son las capas del cubo, las líneas narrativas resultado de esa secuencia mecánica *intertextual* de movimientos, con la que se dialoga desde el presente y desde la soledad que entraña la escritura del texto. Al entretejer las voces y vivencias de vida que componen esta etnografía, al hacerlas girar sobre el *kernel antropológico* y leerlas a contraluz, es cuando se crea un juego de relaciones, una suerte de *algoritmo polifónico*<sup>120</sup> de confluencias y oscilaciones que se conforma en el proceso de la etnografía.

---

<sup>120</sup> Entre las personas aficionadas a resolver el Cubo de Rubik, entre las que me incluyo, se emplea el concepto

Cabe considerar, que solucionar un Cubo de Rubik, implica armar poco a poco un todo, buscando la uniformidad cromática de las seis caras. Permítaseme, antes de nada, precisar que el objetivo de esta etnografía, más que reunir los colores y buscar la homogeneidad en los relatos, es deleitarse en los movimientos cromáticos del cubo: explorar y evocar las relaciones, los cruces y las distintas *líneas de fuga* en la transversalidad de las voces y la multiplicidad de sentidos y formas que se les otorgan. Así, la etnografía se presenta como epítome de un cubo *desterritorializado* en potencia que atraviesa los límites convencionales de un espacio y unidad cromática concreta. La etnografía sería un Cubo de Rubik diáfano en el que cada pieza expresa y construye sus propios significados, pues trascendiendo la relación entre la cultura —el color— y el espacio —el lugar— las piezas no están obligadas a extrapolar y encajar en patrones lineales que pretenden lograr la homogeneidad a toda costa.

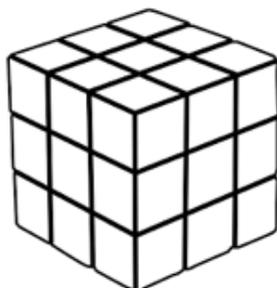


Ilustración 15. Cubo de Rubik Diáfano<sup>121</sup>.

Sol LeWitt (1974/1982) problematiza la imagen del cubo y titula *Incomplete Open Cubes*<sup>122</sup> a una obra en la que explora 122 variaciones de formas geométricas en las que no se puede armar un cubo. La siguiente lámina muestra las variaciones posibles del cubo abierto e incompleto propuesto por LeWitt, en una estructura simple y a la vez compleja que, se mantiene en incesante cambio. Una secuencia de imágenes geométricas que me resulta especialmente sugerente porque al mantenerse abiertas podrían significar la fragmentación y la indeterminación inherente al texto etnográfico. La presente etnografía se debe considerar, ciertamente, como un cubo incompleto

---

algoritmo —término que proviene del ámbito matemático— para describir una secuencia de movimientos con los que se obtiene el desplazamiento deseado de las piezas del cubo. Según la Real Academia española (RAE) la definición de algoritmo, en su primera acepción, es la siguiente: «Conjunto ordenado y finito de operaciones que permite hallar la solución de un problema». En este caso —y reapropiándome del significado y la disposición temática otorgada por Bajtín (2004)—, denomino *algoritmo polifónico* a la secuencia de movimientos-relaciones realizada a través del *kernel* antropológico, pretendiendo significar lo *dialógico* y lo *intertextual* de los discursos en los que la pluralidad y la singularidad de las voces de la antropóloga y las colaboradoras de la investigación se reflejan formando una composición *multifónica*. En ese sentido, el *algoritmo polifónico* representaría la etnografía como proceso.

<sup>121</sup> Imagen de un Cubo de Rubik diáfano epítome del cubo *desterritorializado* en potencia; al ser transparente, rechaza procurar la homogeneidad cromática y cada pieza puede expresar y construir sus propios significados, trascendiendo la relación entre el color y el lugar, entre la cultura y el espacio. Un cubo translúcido sujeto a hibridación e inacabable cambio, que incesantemente crea nuevas multiplicidades. En ese sentido, el Cubo de Rubik diáfano representaría la etnografía como producto. Así, el *algoritmo polifónico* (proceso) y el *Cubo de Rubik diáfano* (producto) son dos espacios etnográficos fragmentarios, inacabados e infinitos.

<sup>122</sup> Véase la ficha y explicación de la otra, Sol LeWitt, en la página The Met: <https://www.metmuseum.org/art/collection/search/691091> [Consulta: 22 de abril de 2021].

y de final abierto, una compilación de *algoritmos polifónicos* en un rompecabezas diáfano y *desterritorializado* que se compone de multiplicidades y se mantiene relativo, hecho de voces diafónicas y vivencias narradas que, al igual que los cubos incompletos de LeWitt, se presentan como recuerdos inacabados, versátiles e infinitos.

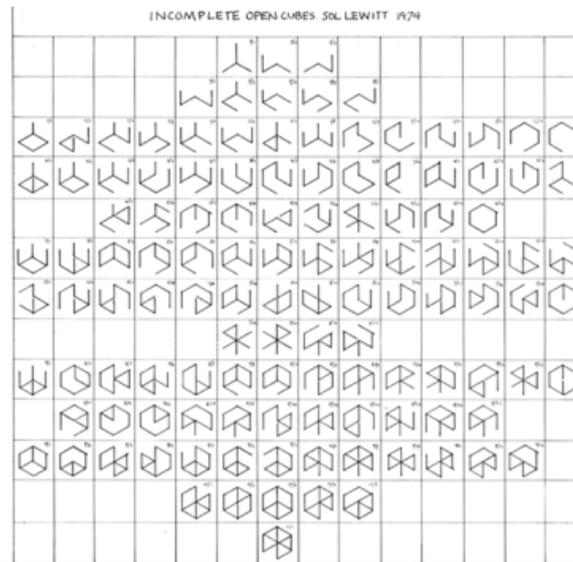


Ilustración 16. Incomplete Open Cubes.

Variaciones de *Incomplete Open Cubes* de Sol LeWitt, 1974-1982.

Las *relaciones dialógicas* —narradas a través de las vivencias familiares, las experiencias en la institución escolar, las (sobre)vivencias en el psiquiátrico, las subjetividades de la locura y el activismo loco—, crean una sucesión de tramas y tránsitos de vida, en forma de un espejo roto o cristal de caleidoscopio en el que coexisten distintos *cronotopos*, que reúnen contextos, actos y relatos que dan forma a esta etnografía que, como trama de videojuego de *mundo abierto*<sup>123</sup>, se mantiene infinita, poblada de universos, escenarios, símbolos, historias y personajes con los que se ha tenido el placer de poder dialogar e interactuar.

Siempre he encontrado una cierta analogía entre la etnografía y los videojuegos de *mundo abierto*. La historia de un videojuego de *mundo abierto* se escribe íntegramente por las acciones y las interacciones de la jugadora en un mundo virtual que se altera y se adapta según su juego. Por su parte, una etnografía se escribe a través de las interacciones y la construcción intersubjetiva de significados que la etnógrafa construye en el campo, a su vez, una suerte de mundo virtual que se altera y se adapta según la presencia de la etnógrafa. El arco narrativo de un videojuego de *mundo abierto* es un universo heterogéneo —un mundo quijotesco— lleno de escenarios y posibilidades inesperadas para explorar, en el que la *jugabilidad* es imprevisible y *rizomática*<sup>124</sup>, ergo, no hay

<sup>123</sup> El *mundo abierto* o *sandbox* es un tipo de videojuego no lineal, es decir, que no posee una línea de juego definida, sino que permite una exploración libre del entorno en una multiplicidad de secuencias y desafíos. El *mundo abierto* se interpreta como un juego infinito y de final abierto. El modo *sandbox* está más relacionado con la multiplicidad de formas para solucionar un problema o desafío en el juego.

<sup>124</sup> Aquí estoy tomando prestada la *imagen de pensamiento* que aprehende las multiplicidades basada en el rizoma

líneas de subordinación jerárquica ni una única manera correcta de jugar. El *mundo abierto* está sujeto a *líneas de fuga —rupturas asignificantes—* que pueden ser rotas e interrumpidas en cualquier parte y resurgir nuevamente después. Un relato discontinuo en el que cada jugadora elige si quiere avanzar hacia los objetivos principales, realizar misiones opcionales o habitar en argumentos secundarios de la trama. Asimismo, el trabajo de campo etnográfico posee este componente de imprevisibilidad, de interactividad y relación en la que explorar la multiplicidad de un universo abierto, lleno de contingencias y sujeto a *líneas de fuga*, en el que se desconoce cuáles serán los derroteros y los aspectos más relevantes de la etnografía hasta que esta concluye en su escritura. Esta idea de la no-linealidad, la idea de que no haya una historia con un inicio y un final predefinido, es la que me atrae en ambos casos.

Decía que la presente etnografía podría pensarse como un conjunto de *algoritmos polifónicos* de confluencias y oscilaciones, una colección de contextos de aprendizaje, tramas y tránsitos de vida rememorados y relatados que, en una composición de relaciones dialógicas *intertextuales*, construyen —y deforman— los significados de esta etnografía. Como aclara Roland Barthes en *Texte (théorie du)*, la intertextualidad es una condición de todo texto que no está vinculada a las citas o a las fuentes:

Todo texto es un *intertexto*; otros textos están presentes en él, a niveles variables, bajo formas más o menos reconocibles; los textos de la cultura anterior y los de la cultura envolvente; todo texto es un tejido nuevo de citas pretéritas (Barthes, citado por Guillén 1985, p. 312).

La etnografía que presento no es otra cosa que un texto repleto de lenguaje, un texto repleto de palabras, de discursos y de voces de *otras* con las que, durante los meses de escritura, he pensado y dialogado desde la soledad del texto. Al final, escribir *es defender la soledad en que se está* dice María Zambrano (2000):

Escribir es defender la soledad en que se está; es una acción que solo brota desde un aislamiento efectivo, pero desde un aislamiento comunicable, en que, precisamente, por la lejanía de toda cosa concreta se hace posible un descubrimiento de relaciones entre ellas. (p. 35)

Escribir es un acto íntimo, individual y solitario, pero pensar es siempre intensamente colectivo:

Son momentos de soledad y de introspección. Pero se trata de una soledad muy llena de gente: las voces de las que escribieron, leyeron, pensaron, antes o contemporáneamente. Un sinnúmero de voces que están ahí en la soledad del pensar. (Pagés, 2022, p. 16)

Así, en la *soledad del pensar* me he servido, especialmente, de los diálogos narrativos y la complejidad de las voces del trabajo de campo y he tratado, en la medida de lo posible, de dejar hablar a estas voces diversas en mi cabeza para que, de alguna forma, se diluyan en el texto. Estas voces, asimismo, se convierten ahora en un proyecto de diálogo con ellas mismas que se concretará cuando las colaboradoras terminen de leer estas páginas.

---

botánico que nos regalan Deleuze y Guattari en su obra *Capitalismo y esquizofrenia; El anti-edipo* (2018) y *Mil mesetas* (2010).

Sucede pues que, cuando se escribe, al igual que cuando se arma un Cubo de Rubik o se transita por un *mundo abierto virtual*, cada decisión<sup>125</sup> supone una omisión, o mejor, una multiplicidad de omisiones y de posibilidades que se desvanecen. Para que la etnografía se vuelva inteligible, en este acto de tener que plasmar las ideas ante la pantalla del ordenador, a modo de *palimpsesto digital* en el que se superponen relatos, estamos obligadas a ordenar, seleccionar, recortar, construir, excluir e interpretar; y cada elección supone una omisión, y lo que se omite —lo no-dicho, lo que se sacrifica— muchas veces tiene tanto o más valor que lo que se escribe, porque siempre se escribe desde el recorte y el recorte compone vacíos y genera ausencias.

Derrida (1971) exponía que en todo ejercicio de comprender el mundo hay una violencia, una forma que se impone por encima de otra. Pues en cada recorte de esta etnografía, en cada decisión, en la construcción de cada apartado, en cada idea y en cada descripción, hay inevitablemente una violencia, una coacción o un forzamiento en el que se impone la opinión sesgada y situada de la autora. Y, aunque una etnografía es siempre algo colectivo y el resultado de las palabras de *otras* y de conversaciones y diálogos múltiples, retomando el enunciado de Clifford y Marcus (1986), lo *político* y lo *poético* se interrelacionan, por ende, no se puede omitir a la *autora* y su *autoridad*, ergo, la responsabilidad final de este texto y sus vacíos es solo mía. Cada testimonio que se incorpora implica otro que se excluye, algo que no se cuenta o que podría haberse contado o descrito de otra manera. Además, parafraseando la lógica derridiana, cuando escribimos nunca expresamos lo que realmente estamos diciendo, pues no somos nosotras quien habla a través de la etnografía, sino es la etnografía quien habla a través de nosotras. Esto quiere decir que las realidades no son tan objetivas e independientes como se piensan, ya que cuando se nombran —a través del lenguaje y en el texto escrito— se están también interpretando; la emblemática «*il n'y a pas de hors-texte*» (Derrida, 1971). La inadecuación de las palabras a la experiencia y su tendencia a remitir únicamente a otras palabras es referida por Geertz (1989) como *la cárcel del lenguaje*. Esta cárcel nos muestra lo parcial y lo relativo de cada etnografía, pues en cada giro narrativo se yerra, y una se pierde en la insalvable distancia entre el lenguaje y el mundo, y en las diversas variaciones posibles que terminan permeando de ausencias este conjunto de *algoritmos polifónicos*. Se observa así lo fragmentario que resulta tratar de trasladar un *mundo abierto* e inconmensurable a un texto cerrado. De alguna manera, de los 43 trillones de combinaciones posibles, esta etnografía solo representa una de ellas.

GAME OVER

Ilustración 17. Game Over.

*Game over* o juego terminado<sup>126</sup>. *Continue?*...

<sup>125</sup> Según Joan Corominas (1987), en el *Breve diccionario etimológico de la lengua castellana*, la etimología de decidir es precisamente «cortar». 1569 tomado del latín *decidere* significa «cortar», y figuradamente «decidir, resolver», derivado de *caedere* «cortar». En este sentido, decidir significa cortar y omitir, cada decisión en la escritura significa un corte, una omisión.

<sup>126</sup> *Game over* o juego terminado es un mensaje habitual en los videojuegos que significa que el juego ha finalizado, normalmente con un resultado negativo para la jugadora. En este caso, pretende significar que, ante

### 3.2. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS

Un supuesto no problemático de esta investigación es que el discurso biomédico y su categorización entre lo normal y lo patológico, a pesar de pretender ser objetivo y exhaustivo, encubre errores de clasificación y procesos de desigualdad social y estructural, así como las diversas experiencias vitales, que causan sufrimiento y aflicción. Esto da lugar a una narrativa caracterizada por una lógica patologizadora, determinista y biologicista, que individualiza el origen de los distintos malestares encapsulando y objetivando realidades que son dinámicas, variables y subjetivas. Esta narrativa se transmite, se aprende y se suscribe implacablemente, lo que hace que, aunque constantemente se desafíen los límites de la categorización, no sea fácil sobreponerse a ellos.

Preguntas de investigación:

1. ¿Cómo se ha construido y perpetuado la percepción de la locura a lo largo de la historia, y qué roles sociales cumplen las normativas relacionadas a esta percepción? ¿Qué mecanismos sancionatorios se han erigido con relación a estas normas?
2. Considerando las representaciones de la psiquiatría hegemónica sobre la locura, ¿cómo afectan los procesos de patologización y medicalización en la vida de quienes han sido etiquetados desde esta perspectiva, especialmente desde su propia experiencia y punto de vista?
3. Frente al poder hegemónico de la psiquiatría, ¿Qué estrategias de evasión y resistencia emergen y cómo se manifiestan en procesos de cambio?
4. En el ámbito de la institucionalización psiquiátrica, ¿cuáles son las repercusiones directas e indirectas de la violencia institucional y las transgresiones a los derechos en el día a día y bienestar de las personas sometidas a estos sistemas?
5. En el contexto de resistencia al poder psiquiátrico, ¿cómo se despliegan las relaciones de resistencia y qué impacto tienen sobre la identidad y vida de las personas psiquiatrizadas?
6. ¿De qué forma se pueden recuperar y valorar las voces que han sido opacadas por sistemas sancionatorios, y qué perspectivas nos ofrecen acerca de sus reivindicaciones y experiencias?

\* \* \*

Objetivo principal: conocer y comprender el alcance de la clasificación, el impacto en la vida de las personas psiquiatrizadas y saber cómo sobreviven y se sobreponen a todo ello.

Objetivos específicos:

1. Conocer y comprender las repercusiones de las clasificaciones de la psiquiatría hegemónica y las consecuencias de la representación del modelo biomédico de la locura en las vidas de las personas psiquiatrizadas.

---

la imposibilidad de trasladar un *mundo abierto* a un texto cerrado, la jugadora ha agotado todas sus vidas en esta partida y no ha podido completar el juego. No obstante, después de un *game over* siempre sigue un *continue...*

2. Conocer y comprender las consecuencias de la violencia institucional psiquiátrica y las vulneraciones de derechos en las vidas de las personas que las sufren.
3. Conocer y comprender las trayectorias, vivencias de vida y aprendizajes de varias personas que han sido psiquiatrizadas y actualmente están vinculadas al activismo loco y a los GAM en salud mental en *primera persona*.
4. Conocer y comprender el activismo loco y los colectivos que se autodefinen en *primera persona*: sus marcos culturales, reivindicaciones, discursos y prácticas.
5. Comprender el funcionamiento de los GAM: sus valores y significados, explorar qué efectos tienen en la vida cotidiana.
6. Entender la influencia del activismo loco y las formas de transmisión cultural de los GAM en la emergencia de los saberes locos y su impacto en las trayectorias de vida de las personas psiquiatrizadas.

### 3.3. TÉCNICAS DE OBTENCIÓN Y DE ANÁLISIS DE LOS DATOS

El problema de la cientificidad no es solamente un problema teórico, es también un problema metodológico (...) mi metodología es más que una lista de técnicas de recolección de datos, precisa de una discusión teórica, contextualizada y práctica.

Suárez-Krabbe, 2011, p. 188<sup>127</sup>.

La intención de las siguientes líneas es compartir los derroteros<sup>128</sup> y explicitar la metodología de esta etnografía, con la representación de los entresijos y las herramientas técnicas, así como la reflexión sobre las trayectorias del proceso de investigación. Los episodios y las historias aquí narradas corresponden con un período de trabajo de campo realizado con personas vinculadas con el activismo loco y los Grupos de Apoyo Mutuo (GAM) en salud mental en *primera persona*, lo que se desarrolló, fundamentalmente y con mayor intensidad, entre noviembre de 2020 y diciembre de 2022, pero que ha continuado hasta la fecha.

#### 3.3.1. El Campo

El campo de esta etnografía ha sido pensado como un itinerario más que como un lugar concreto con fronteras (Clifford, 1999), por ello, se ha ido conformando con base en las relaciones que he ido construyendo con las colaboradoras<sup>129</sup> de la investigación, así, el campo se compone

---

<sup>127</sup> Citado en Rocio Medina (2019).

<sup>128</sup> Según el Diccionario de la Real Academia Española, el término «derrotero» se refiere, en su primera acepción, al «camino, rumbo, medio tomado para llegar al fin propuesto». En su tercera acepción, específica de terminología marítima, se refiere a la «dirección que se da por escrito para un viaje de mar», un manuscrito que contiene un derrotero, en este caso, se trata de un libro que contiene una dirección para hacer un viaje por mar. Permítaseme sostenerme de esta representación y presentar, los derroteros de la metodología, como la carta de las mareas, el conjunto de reglas y caminos que he seguido para llegar al fin propuesto.

<sup>129</sup> Tal como he señalado en la *introducción*, cuando menciono a «las colaboradoras», me refiero a la totalidad de las voces del trabajo de campo, no únicamente a las protagonistas de los relatos de vida que se presentan en el

de una multiplicidad de personas, diálogos e interacciones sociales en una multiplicidad de contextos heterogéneos y multisituados (Marcus, 2001).

### 3.3.1.1. Acceso al Campo

El acceso al campo puede ser un proceso complejo y, sin duda, es un momento trascendental en la investigación, debido a que posibilita desarrollar el trabajo de campo y define las condiciones en las que este trabajo se desenvolverá. Podría decirse que he vivido dos accesos al campo durante este proceso de investigación: una primera negociación e intento de acceso en el ámbito institucional de los servicios educativos especializados y un segundo acceso que, posteriormente, se materializó con los colectivos en *primera persona*. Respecto con el ámbito institucional, me atrevería a decir, en un ejercicio de sinceridad, que desde antes de la pandemia había ciertas reticencias a que hiciera observaciones y trabajo de campo en los servicios educativos. Por ello, considero que el estado de alarma producido por la pandemia se convirtió en la excusa adecuada para que pudieran declinar, cordialmente, mi propuesta de investigación. En la siguiente entrada del diario de campo recogía la sensación de falta de interés y de rechazo que había percibido tras el primer encuentro:

Contacté hace unos tres meses con la directora de Innovación Educativa y tras una larga espera y no contestarme varios mensajes, me convocaron a una reunión en la sede del Gobierno Vasco en Gasteiz. En esta reunión realicé una presentación en la que tuve que explicar de qué trataba la investigación, cuál era la finalidad del estudio, cómo se iría a trabajar (métodos, actividades, etc.). A lo largo de la reunión y según iba avanzando en mis explicaciones, me quedó claro que el abordaje antropológico en el contexto educativo generaba varias reticencias. Cuestionaban la finalidad del trabajo de campo exploratorio y sobre todo el interés en problematizar los diagnósticos desde la antropología. Luego de una serie de reflexiones, creo que se puede afirmar que esta presentación que realicé en el Gobierno Vasco no se debe considerar un preámbulo para el verdadero trabajo de campo. Al contrario, esta presentación ya me está dando pistas e informaciones de que, por de pronto, no les hace mucha gracia que «estemos allí». (DC, 18 de noviembre 2019)

Como he detallado en el epígrafe introductorio, el proyecto de investigación inicial que había presentado en la universidad fue mutando durante el estado de alarma, así, si bien había un conjunto de intuiciones, motivaciones e intereses teóricos que seguían siendo los mismos, la unidad de análisis cambió por completo. En lugar de problematizar los procesos de diagnóstico y la medicalización en el contexto escolar, cambié el planteamiento de la investigación para analizar los impactos que generan dichos procesos desde el punto de vista y las interpretaciones de las personas que participan en los GAM en salud mental o están vinculadas con algún colectivo de activismo loco. En este sentido, emprendí el segundo acceso al campo a partir del documento elaborado por Marta Plaza (2021), en el que realiza una recopilación de algunos colectivos de activismo loco y GAM en salud mental en el territorio

---

capítulo V de *Polifonías*. Sin embargo, durante el desarrollo del trabajo de campo establecí relaciones más profundas con ciertas «colaboradoras clave», con quienes he mantenido (y continúo manteniendo) un contacto frecuente. Estas colaboradoras clave suman un total de 20 personas. En general, contando todas las interacciones en el trabajo de campo, he estado en contacto con aproximadamente 300 personas.

estatal<sup>130</sup>. Asimismo, redacté un documento en el que explicaba la metodología, los objetivos y algunas claves del proyecto de investigación, y me puse en contacto con varias asociaciones en *primera persona*, con un llamamiento para que quienes tuvieran interés sobre la propuesta de investigación pudieran contactarme.

Debo puntualizar que he preferido no revelar los nombres de las asociaciones en *primera persona* con las que me comuniqué y a las que pertenecen las colaboradoras de la investigación, puesto que conocer el nombre de las asociaciones no es relevante para los objetivos de esta investigación y puede comprometer la confidencialidad de las colaboradoras que no desean que se les identifique. De hecho, la participación en las asociaciones y en los GAM no es estática, en vista de que algunas colaboradoras, por distintos motivos, han ido cambiando de asociaciones y grupos de GAM durante el tiempo que ha durado esta investigación. Por lo tanto, he optado por asignar a cada una de las asociaciones un nombre ficticio: *Colectivo A*, *Colectivo B*, *Colectivo C* y así sucesivamente.

El itinerario de acceso en cada asociación fue un proceso diferente, en tal marco, desde el *Colectivo A*, me invitaron a conectarme en asamblea para que pudiera explicar los intereses y los objetivos de la investigación; la asamblea era *online*, así, con mucho entusiasmo y un poco nerviosa me conecté en videollamada y expliqué varias cuestiones sobre la investigación. A continuación, las personas participantes en la asamblea me hicieron algunas preguntas sobre la confidencialidad y algunos aspectos más concretos de la metodología, de este modo, después de aclarar todas las dudas que surgieron, se realizó una votación en la que las participantes en la asamblea debían votar a favor o en contra de aceptar mi propuesta de investigación. Como venía de las dificultades y la negativa del ámbito institucional, la verdad es que el tiempo de la votación se me hizo especialmente extenso, pues la sensación de incertidumbre era inevitable, pese a ello, inmediatamente la resolución llegó y fue positiva. Las personas participantes votaron que estaban de acuerdo con que, desde el *Colectivo A*, se colaborara con mi investigación; en ese momento pude respirar un poco más tranquila. Una vez aceptada la propuesta, el siguiente paso fue realizar otra votación en la que las personas que estaban interesadas en participar con sus historias directamente levantaron la mano. Les agradecí la disponibilidad y nos despedimos, pues la asamblea del colectivo continuaba con otros temas del orden del día; al día siguiente, una de las participantes me hizo llegar los datos de contacto de las personas que se habían interesado en participar para que me pusiera en contacto con ellas.

En el *Colectivo B*, fueron las mismas personas que estaban interesadas en participar las que, después de leer el documento explicativo del proyecto, me contactaron por *e-mail* y por teléfono. Por otro lado, con el *Colectivo C* sucedió de forma contraria, es decir, primero realicé una videollamada con algunos miembros del colectivo a los que les expliqué los intereses que

---

<sup>130</sup> Marta Plaza (2021), activista loca y colaboradora de la revista Pikara Magazine. Véase <https://www.pikaramagazine.com/2021/01/algunos-colectivos-de-activismo-loco-y-gams-en-el-territorio-estatal/> [Consulta: 22 de abril de 2021]. He de mencionar que no todas las colaboradoras que participan en la investigación forman parte de los grupos referenciados por ella, pues una vez enviada la solicitud de colaboración me contactaron también participantes y activistas de otros colectivos.

guiaban mi proyecto y ellos se encargaron de comentar la información con el resto de los participantes, para ver quién estaba interesado en participar, después, me facilitaron los datos para que contactara con las personas que se habían mostrado interesadas. Debo decir que, al contrario de lo que sucedió con el ámbito institucional, no había pasado ni una semana desde el contacto inicial y ya había obtenido alguna respuesta de casi todos los colectivos a los que me había dirigido.

A partir de este primer contacto, la urdimbre de interacciones sociales resultó ser un proceso espontáneo y progresivo, donde comencé a construir —o mejor dicho comenzó a construirse— el campo siguiendo la técnica de la «bola de nieve» (Bertaux, 2005). A título ilustrativo de cómo fue este proceso, indicaré que me contactaron participantes de otros colectivos a los que no había escrito diciéndome que alguna compañera les había remitido el documento de participación y estaban interesadas en participar. Asimismo, me escribieron varias personas que querían explicarme y compartirme varias situaciones concretas que les habían sucedido y consideraban que podían estar relacionadas con el tema de mi investigación<sup>131</sup>.

Al final, la «bola de nieve» se trata de dejar que las colaboradoras nos presenten a personas cercanas a ellas, para que nuestros criterios subjetivos de selección de participantes se completen gracias a la combinación de criterios de selección subjetivos que son también los de las colaboradoras (Bertaux, 2005). Para ilustrar cómo se desarrolló este proceso presento un fragmento de una transcripción de una entrevista en la que la pareja de la entrevistada —también participante de la misma asociación— irrumpió para explicar que había muchas personas interesadas en participar en la investigación.

A: [irrumpe] ¡Buenos días!

E: Buenos días A.

A: ¡Tengo ya ocho!

E: ¿Ocho personas?

A: Sí, solo hoy.

E: ¡Qué bien! muchísimas gracias.

A: ¡Esto va a ser brutal! Toda la gente está muy interesada.

E: Muy bien, muy bien.

A: Luego hablamos, que ahora estoy moderando un GAM<sup>132</sup>.

### 3.3.1.2. Población

Para la selección de las colaboradoras de investigación seguí los criterios de *diferencialidad y variación* de Bertaux (2005). Respecto con la *diferencialidad*, la selección de personas que forman parte de un mismo grupo, principalmente fueron dos criterios los que utilicé: (1)

<sup>131</sup> Debo agradecer, especialmente, a todas estas personas que contactaron conmigo, que dedicaron su tiempo a leer mi propuesta y, por distintos motivos, al final no pudieron participar. Aunque sus testimonios no estén explícitamente recogidos en este texto, sin duda sus aportaciones y comentarios fueron de gran ayuda.

<sup>132</sup> 1. Marion: 21-29.

personas que en la actualidad participaran en GAM en salud mental en *primera persona* o en algún colectivo de activismo loco que, (2) bajo su punto de vista, implicaran alguna experiencia relevante —de cualquier tipo— vinculada con la institución escolar. A partir de estos dos criterios respecto a la *diferencialidad*, aparecieron una serie de experiencias de tipo muy diverso que han dotado a la muestra de un criterio de *variación* que no estaba previamente establecido y que me ha permitido explorar estas experiencias y testimonios en la multiplicidad de los sentidos y significaciones que les otorgaron.

La población de la muestra está compuesta por unas 300 personas que forman parte de colectivos en salud mental en *primera persona*, por lo tanto, han sido psiquiatrizadas, son sobrevivientes de la psiquiatría y conviven o han experimentado sufrimiento psíquico o experiencias inusuales; al ser activistas, significa que tienen una visión crítica sobre el sistema psiquiátrico o el *psistema*, pues han sufrido su violencia en *primera persona*; y, en sus múltiples y versátiles formas, se han politizado y han enfrentado la internalización del estigma de la locura generando una resistencia colectiva.

Sobre aspectos más concretos, la selección de participantes incluye a personas de diferentes identidades de género, la mayoría son mujeres, pero también hay hombres y disidencias de género y son de distintos rangos de edad. En relación con el lugar de residencia, las colaboradoras de la investigación, en su mayoría, viven en distintas comunidades autónomas del Estado español, Cataluña, Madrid, Asturias, Valencia, Murcia, Andalucía, Aragón, Cantabria, Galicia y País Vasco. No obstante, conforme con Hannerz (1998), las *conexiones transnacionales* son cada vez más variadas y penetrantes, y las conexiones de las colaboradoras me han hecho cruzar el Atlántico y conectar con activistas y participantes en colectivos de activismo loco de Chile, Italia y Brasil.

### 3.3.2. Técnicas de Obtención de Datos

#### 3.3.2.1. Observación Participante

El hecho mismo de percibir, de atender, es de orden selectivo: toda atención, toda fijación de nuestra conciencia, comporta una deliberada omisión de lo no interesante. Vemos y oímos a través de recuerdos, de temores, de previsiones.

Jorge Luis Borges, *Discusión*, 1932.

En palabras de Eduardo Restrepo (2016), «la etnografía se puede definir como la descripción de lo que una gente hace desde la perspectiva de la misma gente» (p. 16). Por tanto, para capturar un abanico diverso de perspectivas, acceder al conocimiento detallado y comprender lo que las personas hacen y piensan, es esencial observar, escuchar y dialogar con esas personas.

La interacción en el campo y la reflexión conjunta son fundamentales, ya que todo conocimiento emerge de una experiencia compartida. Ferrándiz (2011) destaca que, más allá de las entrevistas formales y las conversaciones informales, hay un abanico de situaciones

intermedias y variadas que merecen reconocimiento. En este sentido, debo valorar la importancia de otras interacciones que han ido aconteciendo a lo largo de este viaje etnográfico, pues han sido espacios de articulación y reflexión en los que he recopilado voces, discursos, relatos e ideas valiosas y pertinentes que, de alguna forma, resuenan en esta monografía.

Observar y escuchar lo que las personas tienen que decir de manera contextual, directa, sistemática y prolongada permite acceder al conocimiento y la comprensión detallada sobre las prácticas y los valores de estas personas, por ello, la técnica específicamente etnográfica es la observación participante (Pujadas, et al., 2004). Durante mi trabajo de campo, he interactuado con aproximadamente 300 colaboradoras, estableciendo conexiones en encuentros tanto presenciales como virtuales. Aunque algunas de estas interacciones fueron ocasionales, otras evolucionaron hacia relaciones más continuas y profundas a lo largo de diferentes etapas. Con las «colaboradoras clave», que suman cerca de 20 personas, he mantenido un contacto más estrecho y regular. La intensidad de estas interacciones ha variado dependiendo de los periodos y situaciones, pero en promedio, he compartido alrededor de tres horas semanales con ellas, aunque este tiempo ha fluctuado, siendo mayor en algunas semanas y menor en otras.

He tenido la oportunidad de involucrarme en diversas jornadas sobre activismo loco, conversatorios, formaciones y coloquios, hasta sesiones en vivo en plataformas como Instagram, Twitch.tv y YouTube. En la mayoría de las ocasiones, eran las colaboradoras quienes me informaban y me invitaban a participar en estos eventos, lo que reflejaba su confianza e interés hacia mi trabajo, por lo tanto, asistía encantada a todo lo que podía. Paralelamente, he estado siguiendo con dedicación cuentas de activistas, páginas de *memes* e informativas, dedicando en promedio tres horas semanales a este análisis detallado durante los meses de trabajo de campo más intensivo (Anexo IV).

La calidez y apertura con la que fui acogida ha sido muy significativa para mí y testimonio de la confianza mutua construida a lo largo del trabajo de campo. Una anécdota que resalta este vínculo es cuando el *Colectivo C* me invitó a participar en una sesión de grupo de GAM que era exclusiva para la *primera persona*. A pesar de sentirme agradecida, decliné la invitación para no invadir un espacio tan personal y respetar sus límites, pues no quería incomodar a ninguna de las personas participantes. Me respondieron: «*pero si tú ya eres una de las nuestras!*». Mentiría si dijera que esas palabras no me alegraron el día; como antropóloga, saberme reconocida, aceptada y querida en el campo fue una de las sensaciones más bonitas que me ha regalado esta investigación. Aunque no asistí a ese encuentro en particular, otras oportunidades surgieron poco después. Curiosamente, un par de semanas más tarde hubo una formación para moderar grupos de GAM, donde sí pude participar; y poco después se organizaron otras sesiones en las que también tuve la oportunidad de colaborar. Me parece interesante transmitir aquí, una anécdota de una de estas primeras sesiones en las que participé, pues ese día me sentí tan ingenua como la *antropóloga inocente* de Nigel Barley (1989):

Esta tarde he participado en una sesión grupal con varios miembros del *Colectivo C*. Hemos comenzado con una ronda de presentaciones y, aunque ya estaba familiarizada con algunas caras,

también había varias nuevas, de forma que estaba un poco nerviosa. Todas los participantes estaban al tanto de mi presencia y sabían por qué estaba allí. Mi turno de palabra ha sido el segundo y lo primero he agradecido que me permitieran estar en la sesión y después me he presentado dando mi nombre, explicando donde vivía, donde trabajaba y he contado cuál era el interés de mi investigación. Me parecía todo muy formal y no quería encuadrarme solo en el ámbito académico/trabajo, creo que el trabajo y los estudios no deberían de ser lo único que nos define, entonces me he aventurado a comentar algunos de mis gustos e intereses. He dicho: Bueno además de esto me gustan los video juegos... y no he podido terminar la frase, enseguida se han sumado algunas voces diciendo ¡a mí también me gusta jugar! ¡Yo soy más de PC! El caso es que después otro de los compañeros ha intervenido y ha comentado que él jugaba en Android en la Tablet al *Clash of Kings*<sup>133</sup>, y que había sido campeón de España. La verdad es que me he quedado sin palabras. No conozco bien los juegos de Android pero supongo que no debe ser fácil ser campeón de España. Le he felicitado, casi con una ovación. Estaba un poco nerviosa y realmente creo que he hecho una gran ovación y un aplauso bastante fuerte. Bueno el caso es que amablemente me lo ha agradecido y ha respondido, *«pero no es tan bueno esto, porque me gasté un pastizal en gemas» «Para ser campeón de España tienes que gastar mucho, mucho dinero. Yo estaba en un brote me gasté 20 mil euros»*. Mi ovación ha parado al momento y no sabía bien qué decir. Luego otro compañero ha hecho una broma y nos hemos reído. Me he quedado un buen rato pensando ¿qué haríamos sin el humor y sin reírnos de nuestras torpezas en el trabajo de campo? (DC, 16 de abril de 2021)

Asimismo, he tenido la oportunidad de participar en los grupos de chat del *Colectivo C*, donde interactúan alrededor de 80 personas, y en las sesiones que se llevaban a cabo dentro de este espacio virtual. No obstante, fue con el tiempo que comprendí la trascendencia que tuvo haber participado en estos rincones de la vida cotidiana. Estar presente y acompañar estos procesos resultó fundamental para comprender la vida diaria, las interconexiones y las relaciones que se establecen entorno a las personas vinculadas con el colectivo. Esta inmersión me brindó una perspectiva para analizar las demandas, las necesidades, las tensiones y debates internos, así como la diversidad de enfoques, ideas y estrategias. Esta experiencia me ofreció una plataforma para involucrarme más profundamente, compartir pensamientos, participar activamente, escuchar, observar y, crucialmente, aprender.

A través de la práctica, he aprendido que observar es también un acto de interpretación, ya que nuestra percepción está moldeada por nuestra cultura. En este vasto entramado de significados que es el campo etnográfico, han sido las colaboradoras, a través de interacciones y diálogos constantes, las que me han guiado en el arte de observar<sup>134</sup>. La mirada no es simplemente un acto pasivo; es interpretativa, y condiciona nuestra percepción. En la etnografía, el valor no reside tanto en el dato en sí, sino en el significado que le atribuimos (Fernández de Rota, 2012). Por ello, escuchar atentamente y de forma contextual a las colaboradoras, explorar sus

---

<sup>133</sup> *Clash of Kings* es un videojuego en línea de combate, estrategia y de construcción de aldeas de fantasía medieval. Cada acción se puede agilizar con las gemas y materia prima que se consigue durante el juego o con dinero real. El juego con el que el compañero fue campeón es uno similar, por confidencialidad he optado por nombrar un juego similar.

<sup>134</sup> Aunque ya había realizado trabajo de campo anteriormente, creo que cada contexto es único. En cada nueva situación, surge un aprendizaje distinto que nos enseña a observar ese entorno cultural en particular.

espacios, tiempos y discursos no es simplemente un acto de observación, sino una experiencia sensorial, en la que se trata de *sentir* el campo con todos los sentidos (Stoller, 1989) para obtener una comprensión desde el detalle.

La observación participante es un diálogo continuo con las personas, con las cosas, las acciones y las prácticas. Es una sinergia entre la mirada y la escucha, una confluencia entre la observación y las palabras que da lugar al desarrollo del conocimiento cultural. La observación participante ha sido, entonces, una danza interactiva con el mundo de vida de las colaboradoras, en la que me he sumergido de manera contextual y atendiendo a los repliegues de la vida cotidiana.

### 3.3.2.2. Entrevistas

En el desarrollo de este trabajo de investigación, se llevaron a cabo 22 entrevistas en profundidad<sup>135</sup>, diversificadas entre modalidades semi-estructuradas y abiertas, orientadas a la elaboración de relatos de vida (Anexo II). Además de un conjunto de otras interacciones informales que han surgido en el marco del campo con esta misma población de personas a las que previamente había entrevistado, añadiendo capas adicionales de entendimiento. Es crucial destacar que, en conformidad con las directivas sobre el tratamiento anónimo de datos y la confidencialidad establecidas por la Comisión de Ética en la Experimentación Animal y Humana (CEEAH) de la Universitat Autònoma de Barcelona, todas las entrevistas cuentan con el correspondiente consentimiento informado de cada una de las colaboradoras (Anexo I).

Las entrevistas en profundidad tienen un formato extenso, las intervenciones se han registrado en audio, sumando en total más de 60 horas de material, que ha sido transcrito por la investigadora. Adicionalmente, se llevaron a cabo entrevistas de seguimiento. Mientras algunas de estas se registraron y posteriormente se transcribieron, otras tuvieron un carácter más informal y espontáneo, quedando documentadas exclusivamente en el diario de campo.

En cuanto a la fecha, el horario y el formato de las entrevistas, siempre lo escogían las colaboradoras. Si la entrevista era *online*, eran ellas mismas las que seleccionaban la plataforma a utilizar, y en caso de ser presencial, decidían el lugar de encuentro. Al comenzar la entrevista, solíamos charlar un poco, compartiendo experiencias para crear un ambiente relajado; luego, les recordaba los aspectos esenciales sobre la investigación y las garantías de confidencialidad. Finalmente, solicitaba su autorización para grabar el audio con el propósito de transcribirlo posteriormente.

Para garantizar una auténtica narrativa y evitar dinámicas de poder entre la etnógrafa y la colaboradora, entre quien pregunta y quien responde, abordé las entrevistas como conversaciones

---

<sup>135</sup> Además de las colaboradoras de la investigación a las que se ha entrevistado para elaborar las historias de vida, se han realizado otras entrevistas exploratorias que, aunque no se hayan elaborado como historias de vida, también han sido transcritas y estas voces conforman una parte fundamental de los aportes que se presentan en el análisis de la investigación.

informales en lugar de estructuradas. Era esencial para mí que las colaboradoras tuvieran la libertad de construir y compartir su propio relato, marcando el ritmo y definiendo el contenido. Quería que narraran sus historias en el orden y la forma que les resultara más natural y genuina. Aunque contaba con un guion de entrevista (Anexo III) como referencia, éste solo esbozaba temas generales para asegurarme de que se abordaran ciertos aspectos clave en cada interacción (Pujadas, et al., 2004). Sin embargo, evité las preguntas rígidas y predeterminadas para evitar el efecto de imponer una *problemática* (Bourdieu, 2007) ni que mis propias suposiciones dictaran la dirección de la entrevista. Mi objetivo era que cada colaboradora construyera su propio discurso y emergiera como la auténtica autora de su relato.

En cuanto a la duración, al programar las entrevistas, pedía a las colaboradoras que reservaran, como mínimo, un lapso de entre hora y media y dos horas para llevar a cabo la conversación sin apuros. Sin embargo, la mayoría de nuestras charlas solían extenderse más allá del tiempo previsto. Las entrevistas variaban en duración, desde una hora y media la más breve, hasta cuatro horas la más extensa. Al alcanzar las dos horas de grabación, solía consultar si se sentían cansadas y sugería retomar en otra ocasión. A pesar de esto, a menudo, salvo que tuvieran otros compromisos, las colaboradoras optaban por continuar, mencionando estar acostumbradas a sesiones prolongadas y a la narración de sus experiencias. Así me respondió Dunia: «No te preocupes estoy acostumbrada a tener sesiones así largas, y contar estas cosas»<sup>136</sup>. Sin embargo, tras reflexionar sobre la experiencia, considero que no es recomendable realizar entrevistas tan prolongadas. Aunque en el momento no se perciba, estas sesiones resultan exhaustivas tanto para quien recuerda y narra, como para quien escucha activa y atentamente:

La entrevista de hoy ha durado cuatro horas. La verdad es que se me ha pasado el tiempo volando. Es increíble la capacidad, y la memoria que tiene Dunia, como ha narrado todo recordando los tiempos, los detalles y las sensaciones. Cuando he cerrado la pantalla del ordenador, me he tumbado en la cama y he estado un rato mirando al techo. Era como que necesitaba procesar toda la información y no hacer nada más. Estaba agotada mental y emocionalmente. Cada vez me doy más cuenta de que cuando termino las entrevistas estoy muy cansada. Es una especie de cansancio emocional que me agota. (DC, 23 de abril 2021)

Las entrevistas eran un diálogo en el que las colaboradoras narraban su historia en sus propios términos, por lo que procuraba, en todo momento, proceder con flexibilidad y dejar que ellas orientaran el devenir de la entrevista, así, ellas hablaban y yo escuchaba. Habitualmente, realizaban la narración de forma cronológica, pero no porque así se les indicara, sino porque nacía de ellas mismas narrarlo de esta manera, de este modo, a lo largo de las entrevistas pude comprobar que, en general, las colaboradoras estaban muy acostumbradas a contar su vida. Esto me llevó a pensar en cuántas instancias habrían tenido que contar su historia de vida y a preguntarme si en todas las instancias sería la misma historia, y, además, en consideración con el carácter heteroglósico de los distintos discursos, si en todas las instancias sería el mismo lenguaje. A continuación, lo que me comentaba Dunia justo al empezar la entrevista:

---

<sup>136</sup> 4. Dunia: 133.

Intentaré no explayarme demasiado, si ves que me enrollo mucho en alguna cosa tú avísame. Aunque no es la primera vez que lo hago, que cada vez que me encuentro con un psicólogo o un psiquiatra nuevo he tenido que hacer un resumen así de mi vida. Yo llevo contando mi vida a muchos grupos de terapia, muchos espacios de salud mental básicamente<sup>137</sup>.

Una cuestión recurrente a lo largo de las entrevistas fue que las colaboradoras me preguntaran acerca de mi formación académica de forma más específica. Si bien estaban al tanto de que mi investigación y tesis estaban enmarcadas en el campo de la antropología, pude comprobar que algunas se sintieron más tranquilas para expresar abiertamente sus opiniones y valoraciones críticas acerca de la psicología una vez que confirmaron que no era parte de mi formación adicional:

M: una pregunta: ¿tu carrera de bases cuál es?

E: la carrera de sociología, y luego me especialicé en antropología.

M: ah vale, es que iba a hacer una crítica a los psicólogos, entonces era por si acaso ja, ja

E: aunque fuera psicóloga pudieras criticarlo igual no te preocupes Mari.

M: Bueno, pero mejor así ja ja<sup>138</sup>.

Al tratarse de cuestiones tan complejas, quise dejar que las entrevistadas contaran y explicaran lo que para ellas era importante, sobre todo, hasta donde ellas quisieran compartir. Tratando de ser *vigilante* y ser *consciente* de mi propia práctica (Rabinow, 1992; Spivak, 1984-1985), presté mucha atención al impacto que pudiera tener la entrevista en las colaboradoras y tenía claro que era mejor quedarme sin la información antes de que la colaboradora se sintiera invadida por alguna pregunta inoportuna. En este sentido, al problematizar cuestiones como las violencias psiquiátricas en una investigación, considero que, como investigadoras, tenemos una responsabilidad y un compromiso ético y político; el compromiso político de denunciar los impactos y las consecuencias de estas violencias, pero también la responsabilidad del cuidado y de comprender que las violencias psiquiátricas no son solo los actos concretos, como el ingreso involuntario o la contención mecánica, sino que la violencia es un *continuum* que, en muchos casos, comienza en el diagnóstico<sup>139</sup>. Por lo tanto, en las entrevistas escuchaba con profundo respeto y evitaba preguntar cuál era el diagnóstico específico o los detalles de la historia de dolor, abusos o situaciones de *bullying* que habían sufrido. Aunque algunas de estas cuestiones podrían estar directamente vinculadas con la investigación, mi prioridad fue evitar cualquier comentario que pudiera causar malestar a las colaboradoras. Cabe considerar que el hecho de proceder con empatía y respeto permitió que se construyera un espacio seguro, lo que hizo que se sintieran tranquilas para compartir conmigo los detalles y las informaciones que pensaban que eran relevantes.

<sup>137</sup> 4. Dunia: 23-25.

<sup>138</sup> 3. Mari: 58-62.

<sup>139</sup> Este planteamiento de que las violencias en el ámbito psiquiátrico no son solo las más visibles se desarrollará en el capítulo VI en el epígrafe de la *Violencia del diagnóstico psiquiátrico*. No obstante, me gustaría agradecer a las colaboradoras por hacer hincapié en esta idea.

Dunia me ha contado uno de sus últimos intentos de suicidio en el cual se quedó un buen rato encaramada en el precipicio de una altura a punto de tirarse. Me ha dicho que salió en las noticias y que la imagen está aún en Internet. Me ha dado unas claves para que la buscara. He seguido sus indicaciones y he puesto las palabras que me ha dictado en el buscador de Internet. Enseguida se ha cargado la pantalla con varias imágenes de Dunia. Me he estremecido. Muchas cosas se hubieran podido gestionar de otra manera y, tal vez, Dunia no hubiera tenido la necesidad de subirse a aquel precipicio. Además, una vez ahí subida tampoco deberían de haberla grabado. (DC, 23 de abril 2022)

Después de que las colaboradoras compartieran los aspectos que consideraban más significativos, la segunda parte de la entrevista solía centrarse en detallar o explorar temas específicos que surgían durante la conversación. En algunos casos, introducía preguntas adicionales o, de manera espontánea, se abordaban cuestiones que ameritaban una mayor profundización. Es evidente que una entrevista es un proceso esencialmente relacional y colaborativo, a este respecto, compartir aficiones creaba situaciones de *proximidad social* (Bourdieu, 2007), así, esta misma relación de colaboración que habíamos establecido permeaba el desarrollo y las temáticas de las entrevistas.

Por ilustrar la naturaleza intersubjetiva de las entrevistas, ofrezco algunos ejemplos: dado que trabajo como docente de Trabajo Social en la Universidad del País Vasco (UPV-EHU) y Mari es trabajadora social, profundizamos en la prevención de la violencia de género que es un campo en el que ella se ha profesionalizado<sup>140</sup>; con Marta, nuestro interés común en *anime*, comics y artes marciales dirigió parte de nuestra conversación, y también abordamos temas de antropología, ya que estaba finalizando su grado<sup>141</sup>; con Sora hablamos un buen rato sobre rap y compartimos varios grupos que nos gustaban; con Dunia parte de la charla giró en torno a los dinosaurios, un tema que nos apasiona; con Irene hablamos acerca de lenguaje de programación, un tema del que no conozco demasiado, pero, sin duda, es un mundo sobre el que me gustaría aprender más; con Esperanza hablamos de arte; con Basi de literatura. Con estos ejemplos quiero ilustrar el valor de la intersubjetividad, pues la generación del conocimiento en las entrevistas se produce desde posiciones dialógicas y situadas (Esteban, 2004, 2019; Haraway, 1995, Harding, 1996). En tal marco, cada entrevista ha sido un proceso colaborativo entre la etnógrafa y las colaboradoras, por ello, el resultado ha dependido de la interacción, la proximidad y la disposición de ambas.

Todo proceso de investigación requiere una reflexión crítica sobre sus métodos y ejecución, por lo que me parece interesante compartir algunas observaciones sobre el transcurso de las entrevistas. Pensando ahora en perspectiva, considero que, a lo largo del proceso de hacer entrevistas, he aprendido y mejorado a través de la práctica. Transcribir las entrevistas en ese sentido resultó revelador, ya que me permitió identificar y corregir errores cometidos que trataba de evitar en las siguientes entrevistas. Por ejemplo, en los primeros encuentros notaba que cuando había un mínimo silencio por parte de la colaboradora enseguida yo tomaba la palabra,

---

<sup>140</sup> Precisamente, a partir de estas conversaciones sobre la violencia de género y el trabajo social, surgió una colaboración en la que Mari impartió una ponencia titulada «Violencia de género y aspectos prácticos para la intervención» el 3 de mayo de 2021 en el marco de la asignatura «Violencia contra las mujeres: prevención e intervención» que impartí en el grado de Trabajo Social en la Universidad del País Vasco (UPV-EHU).

<sup>141</sup> Marta ya es graduada en antropología.

preguntando o puntualizando alguna cuestión. Me di cuenta de la importancia de practicar aquello que Fromm (1993) denominó *el arte de escuchar*, el arte de la adaptación y la paciencia, así, aprendí con la experiencia que estos silencios eran también valiosos, es decir, era mejor esperar a que la entrevistada retomara la conversación a su propio ritmo.

En ciertas ocasiones, al concluir una entrevista, me invadía la impresión de que la conversación había sido caótica y dispersa. Sentía que nos habíamos desviado en tangentes y que no habíamos abordado temas que eran relevantes para la investigación. Estas sensaciones a veces derivaban en autocrítica, cuestionándome si mi enfoque de no querer influir o guiar la entrevista me estaba alejando del núcleo de la investigación:

Había contactado con Basi hace tiempo, pero no me había respondido. Ayer me escribió diciendo que acababa de salir de un ingreso que había sido muy largo y que tenía muchas ganas de hacer la entrevista. Hoy hemos hecho la primera entrevista. Hemos estado dos horas hablando y ha sido toda una aventura. Hemos mantenido varias conversaciones paralelas en las cuales conversábamos en distintas capas que se iban desdoblado en una infinidad de temas desordenados y significados inconexos. Siento que hemos hablado muchas cosas y de nada en concreto. Hemos quedado para hacer otra entrevista dentro de unos días. (DC, 24 de mayo 2021)

No obstante, cuando reproduje nuevamente la entrevista para realizar la transcripción, me di cuenta de que quizá las mejores conversaciones sean así, un destilado de palabras inventivas. Ninguno habíamos dirigido ni condicionado la entrevista, sino que las palabras se habían dirigido solas, desbordándose una detrás de otra. Y, en esas lúdicas y libres direcciones que habían tomado las palabras, distinguía que, ciertamente, habían surgido informaciones sugerentes que tal vez, durante la entrevista, y quizá, debido a una perspectiva demasiado instrumentalista, me habían parecido intrascendentes. Las entrevistas con Basi fueron una suerte de *conversación auténtica* en el sentido que sugiere Gadamer (1977), en la que «el lenguaje que discurre en ella lleva consigo su propia verdad, esto es, «desvela» y deja aparecer algo que desde ese momento es» (p. 461)<sup>142</sup>. Así, en las conversaciones con Basi, el arte de navegar en las palabras se convirtió en un fin en sí mismo. Al final, la antropología también se trata de aprender a percibir, y, en este caso, aprender a transportarse por los sentidos que emergían de las palabras. Justamente, en consideración con que el campo es un proceso intersubjetivo, dialógico y heterogéneo, es en la intensidad de la experiencia donde fueron surgiendo nuevas conexiones en las que profundizar:

En la entrevista de Basi se mezclaron citas, películas, clarividencias, idiomas y sinsentidos, pero por ambas partes, como si fuera un espejo roto o un cristal de caleidoscopio de percepciones y ensueños. Hoy he estado transcribiendo la entrevista y me he dado cuenta de lo hermoso que es caer en los sinsentidos. Después de la entrevista tenía la sensación y pensaba que nos habíamos ido por las ramas y que no habíamos hablado de nada al final. Todo lo contrario. Ha sido una entrevista llena de sueños, pensamientos e ideas delirantes, en la que cada palabra nos conducía a la siguiente y nos desconcentraba. Palabras duras y hermosas, en una conversación desordenada e

<sup>142</sup> Gadamer (1977) expresa que este tipo de conversación tiene su propio espíritu «los dialogantes son menos los directores que los dirigidos. Lo que «saldrá» de una conversación no lo puede saber nadie por anticipado» (p. 461). En ese sentido, la palabra se autorealiza en sí misma, genera un nuevo orden desbordando el símbolo y la acción comunicativa.

imaginativa que sin duda ha sido liberadora pues me abre puertas a lugares de fuga y pliegues que no había contemplado. (DC, 27 de mayo 2021)

Es importante mencionar que realicé algunas entrevistas de forma presencial, mientras que otras fueron *online*. Cada modalidad presenta sus propias características y merece una reflexión. Durante la entrevista con Sora, que fue presencial, me di cuenta de la importancia que tiene realizar las entrevistas en espacios familiares y cómodos para el entrevistado. La entrevista de Sora tuvo lugar una tarde del mes de mayo en un municipio en las afueras de Barcelona. Sora me vino a buscar a la estación de tren; al llegar, según salía del andén y cruzaba al otro lado vi que me esperaba sonriente. Inmediatamente lo reconocí porque lucía una camiseta con el logo de la asociación. Me contó que hacía poco que le había llegado la camiseta y estaba contento de haberla podido estrenar para la entrevista.

Nos montamos en su coche y nos dirigimos hacia el centro, aparcamos y, desde allí, fuimos a una placita con varias terrazas. Tomamos asiento en una mesita, solicitando dos cafés. Después un breve intercambio de palabras, iniciamos formalmente la entrevista. Con el consentimiento de Sora, activé la aplicación de notas de voz del móvil y empecé a grabar. La entrevista semiestructurada se asemeja a un diálogo abierto e informal en el que se van insertando las cuestiones a explorar en la investigación, por ello, en varios manuales de metodología de la investigación he podido leer que, para hacer una buena entrevista, es preciso manejar el arte de la conversación.

La conversación con Sora transcurrió de manera fluida. Sin embargo, el ambiente en la terraza no facilitó el desarrollo de un espacio íntimo y confiable para abordar ciertos temas sensibles. Siendo consciente de la naturaleza inherentemente asimétrica de la relación entre entrevistador y entrevistado, y con el deseo de no colocar a Sora en una situación incómoda, evité mencionar muchas de las cuestiones que consideraba delicadas para no reproducir cualquier forma de *violencia simbólica*, pues una entrevista es ya de por sí una especie de *intrusión un poco arbitraria* (Bourdieu, 2007). Tuvimos una conversación amena y fuimos hablando de muchos asuntos, pero notaba que ambos pasábamos de puntillas sobre varios aspectos fundamentales.

Después de un par de cafés más y sumergirnos en una amena charla, empezó a refrescar y Sora me propuso ir a su casa para seguir allí con la entrevista; su casa estaba cerca y no tardamos mucho en llegar. Al entrar, saludamos a su madre que estaba en la cocina y amablemente me invitó a quedarme a cenar. Tras una breve charla con ella, pasamos al salón y retomamos la entrevista sentados en el sofá. Al cambiar de un espacio público a uno más íntimo la entrevista adquirió mayor profundidad, Sora estaba claramente mucho más relajado. Probablemente, después de haber compartido varias horas juntos, habíamos adquirido mayor confianza, pero era evidente que el cambio del espacio contribuyó al cambio en la forma de narrar de Sora. El ambiente hogareño facilitaba que se expresara con mayor soltura.

Por consiguiente, es evidente que, en las entrevistas virtuales, la persona que es entrevistada se encuentra en su propio entorno personal, lo que facilita que se sienta cómoda y tranquila. Además, la virtualidad añade un grado de flexibilidad al proceso: sin la necesidad de

desplazamientos, se pueden diversificar horarios y prolongar las entrevistas si es necesario (Ardèvol, et al., 2003). La primera entrevista *online* que realicé fue la de Mariona. La siguiente entrada de mi diario de campo ilustra la versatilidad inherente a este método virtual:

Era una mañana un tanto gris, despertaba justo para la entrevista que tenía con Mariona. Por la noche me había costado mucho conciliar el sueño, era mi primera entrevista y estaba nerviosa. A las 4:00 creo que fue la última vez que miré el reloj antes de por fin quedarme dormida, por lo que me vi obligada a estirar las horas de sueño de la mañana. Habíamos quedado sobre las 10:30. Abrí los ojos y ya tenía un mensaje de Mariona diciéndome que cuando quisiera conectarme que ella ya estaba preparada, le escribí de vuelta diciendo que me hacía un café y estaba lista. En cinco minutos ya estaba sentada frente al ordenador, abrí la pantalla de Skype y Mariona me esperaba sonriente al otro lado, también con un café. La pantalla se había dividido en dos partes, su cara ocupaba casi toda la pantalla y la mía en un recuadro un poco más pequeño en el lateral abajo. Parecía que realmente estábamos una al lado de la otra. (DC, 9 de abril de 2021)

De esta manera, comencé a compartir cafés y charlas virtuales con Mariona, que con el tiempo se convirtieron en una bonita amistad que, me alegra decir, dura hasta el día de hoy. A este respecto, quiero enfatizar que, más allá de las entrevistas etnográficas, el resto de las interacciones casuales y espontáneas que han surgido a lo largo de este tiempo con Mariona y con el resto de las colaboradoras de la investigación, las *conversaciones desestructuradas* (Ferrándiz, 2011) que sin tener la puesta en escena y la *teatralidad* de las entrevistas en profundidad, son potencialmente valiosas y así las he estimado. A decir verdad, esta facilidad de conectarse y estar en constante comunicación ha sido posible gracias a la virtualidad.

Al terminar las entrevistas, además de agradecer su tiempo, preguntaba a las colaboradoras cómo se habían sentido durante el proceso. Todas me aseguraron que la experiencia había sido positiva. Recuerdo especialmente un mensaje de Sora que recibí por WhatsApp justo cuando llegué a casa: «Me lo he pasado genial, por cierto»<sup>143</sup>. Este mensaje me hizo mucha ilusión, me alegró mucho saber que él había disfrutado del encuentro tanto como yo. No pude evitar responderle emocionada: «y yoooooooo!».

### 3.3.2.3. Documentos Generados en Contexto

Durante el proceso de investigación he seguido, de manera sistemática y prolongada, páginas web y redes sociales de los colectivos en *primera persona* y de varias divulgadoras y activistas con perspectiva crítica en salud mental (Anexo V). Algunas de estas páginas las conocía y ya las seguía antes de iniciar la investigación, mientras que otras las descubrí durante el trabajo de campo. Algunas me fueron recomendadas por las colaboradoras, y otras surgieron durante mis exploraciones en línea.

La cultura digital está intrínsecamente tejida en nuestro cotidiano y en las realidades culturales actuales. Siguiendo esta línea de pensamiento, el seguimiento de publicaciones, lectura de artículos, noticias y materiales divulgados en redes sociales ha enriquecido mi comprensión

<sup>143</sup> Comunicación con Sora fecha 19 de mayo de 2021.

cultural y crítica. Estos recursos me han proporcionado un contexto adicional para las narrativas y experiencias compartidas por las colaboradoras. Además, me han permitido reflexionar sobre cuestiones discutidas durante las entrevistas, ofreciéndome claves interpretativas.

El seguimiento constante de este contenido creaba una dinámica interactiva de aprendizaje. Me permitía estar al día con eventos actuales y acciones relacionadas, y, al mismo tiempo, discutir y contrastar lo que encontraba en las redes durante mis encuentros con las colaboradoras. Aunque inicialmente me sumergí en estas páginas por interés personal, con el tiempo adopté un enfoque más estructurado, de recopilación y categorización de las publicaciones, siguiendo principios de *etnografía digital* (Ardèvol y Gómez-Cruz, 2012). Establecí una carpeta de *visualidades de lo digital* (Ardèvol y Lanzeni, 2014) organizada por temáticas, en la que acumulé más de 200 archivos digitales. Esto me permitió confrontar la información etnográfica de carácter micro que iba surgiendo de forma inductiva de la información derivada de las colaboradoras con las publicaciones más generales de diferentes colectivos en redes sociales (Pujadas, et al., 2004).

Las publicaciones de las distintas cuentas de activistas y divulgadoras en plataformas como Instagram me han llevado a realizar un seguimiento y profundizar en los discursos políticos visuales del activismo y la cultura de los *memes*<sup>144</sup>. Al seguir cuentas dedicadas a *memes*, he obtenido cierto conocimiento social sobre dinámicas sociales y he podido sumergirme en las interacciones que ocurren en los comentarios de estas publicaciones. Estos espacios digitales me han permitido observar aspectos cotidianos de la interacción digital: cómo se difunden y reinterpretan los *memes*, la relación entre imagen y texto, el contexto en el que se seleccionan ciertas imágenes, su reutilización y cómo las personas se identifican o conectan con ellas. Además, he podido entender las diversas interpretaciones y significados que los usuarios atribuyen a estos contenidos, así como la manera en que los evocan, comparten y critican<sup>145</sup>.

A través de un seguimiento prolongado de las cuentas de Instagram, se puede inferir una comprensión de las relaciones virtuales afectivas entre las diferentes cuentas. Esto se evidencia observando detalles como las cuentas que se suelen *repostear* con frecuencia, los *hashtag* empleados, las distintas posiciones políticas y tradiciones de referencia, la interseccionalidad de los discursos, la diversidad de las formas de actuar y posicionarse sobre distintos fenómenos, y las posibles jerarquías en las dinámicas colectivas, determinando qué perspectiva se valida y cuál se descarta. Considero que este conocimiento se infiere «estando ahí», es decir, no surge de una consulta esporádica, sino que requiere de un acompañamiento más pausado y en el tiempo. No es simplemente cuestión de acceder a una cuenta un día y revisar todas sus publicaciones hasta la fecha. Esta comprensión demanda un seguimiento más sostenido y una memoria que forma parte de *un conocimiento etnográfico* (Ardèvol et al., 2003) y del marco interpretativo de la propia investigadora (Gircom, 2000)<sup>146</sup>.

---

<sup>144</sup> Según la Real Academia española (RAE), la definición de meme, en su segunda acepción, es la siguiente: «Imagen, video o texto, por lo general distorsionado con fines caricaturescos, que se difunde principalmente a través de internet». En este caso podría decirse que los memes que comparten los activistas son discursos políticos visuales.

<sup>145</sup> A lo largo de la tesis, presento varios de estos *memes*.

<sup>146</sup> Citado en (Ardèvol et al., 2003).

Dentro de este contexto, los *memes*, combinaciones de imágenes y palabras, emergen desde la propia creatividad de los activistas y actúan como herramientas para difundir ideas, consolidar conceptos y elucidar posiciones y reflexiones. Los *memes* son una actividad que forma parte de las realidades contemporáneas y constituyen un proceso híbrido, que se despliega en referencias múltiples. Siguiendo a Appadurai (1990), estos emergen de *flujos culturales globales* y juegan un papel crucial en la construcción y divulgación de conceptos mediante imágenes digitales.

La relevancia de las redes sociales en la difusión de mensajes internos es innegable, sirviendo como herramientas de producción simbólica y poder contrahegemónico para el activismo. En esta dinámica, el *meme* emerge como una herramienta visual potente que propaga reivindicaciones políticas y sociales, rápidamente. Su brevedad textual lo hace accesible a un público amplio. Estos *memes*, imbuidos de activismo, representan una acción política visual autogestionada mediante las redes, con intenciones transformadoras. Además, el lenguaje del *meme* es irónico y humorístico, lo que resulta atractivo y ayuda a que estas imágenes se viralicen, se compartan y comuniquen hasta el infinito. Actualizando la máxima derridiana, podría decirse que en la actualidad nada hay fuera del *meme*.

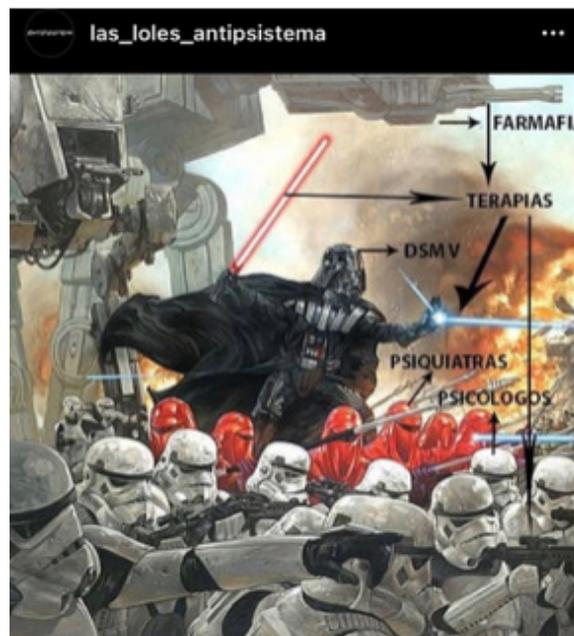


Ilustración 18. Psistema Wars.

Meme de Las LoLes AntiPsistema [@las\_loles\_antipsistema] (11 de abril de 2021).

El meme se presentó cuando desde Más Madrid se solicitaba reforzar el sistema de salud mental *psistema* con más psicólogos: «Los problemas causados por el Covid19 no se solucionan con mayor control social, policías de la mente, cárceles mentales, no es una medida progre, es una medida fascista».

Dentro del universo *Star Wars* (George Lucas, 1977) el Imperio [Farmafia] tiene una legión de soldados en suministro ilimitado. Los Soldados Imperiales conocidos como *Stormtroopers*, son

soldados de choque del Imperio Galáctico, [Psicólogos] que funcionan como recordatorio del poder del Emperador y como un método para mantener el Imperio bajo el yugo del miedo. La Guardia Roja, [Psiquiatras] un tipo de guardia especialmente entrenada para la protección del Canciller Supremo. El sable de luz Sith o espada láser, [Terapias], empleados por los miembros de los Sith, y relacionado con las emociones asociadas al lado oscuro. Darth Vader, Maestro del Lado Oscuro [DSM-V], la extensión de la mano del Lord Oscuro.

Vivir en una misma época nos lleva a compartir unas referencias comunes, —algunas como las del *meme* de *Psistema Wars* son generacionales o específicas de la cultura pop como la saga *Star Wars*— pero en mayor o menor medida son *referencias compartidas* (Augé, 2005) que se hacen tangibles en la sociedad de forma global, a través de Internet y en las prácticas del día a día, por medio de nuestros teléfonos. Hoy en día, nuestro ecosistema comunicativo está casi enteramente digitalizado (Ardèvol y Gómez-Cruz, 2012), por lo que se trata de un sistema de comunicación global en el que los activistas y los divulgadores están interconectados.

Las relaciones virtuales vinculadas a través del activismo y la divulgación en redes, características de interrelaciones cada vez más complejas y dinámicas, forman parte de un sentimiento compartido y encarnado que posibilita la comunicación de las diferentes partes de una misma *comunidad imaginada* (Anderson, 1993) conformada por relaciones virtuales de afectos que pueden ser más intensas o esporádicas.

En mi experiencia, al adentrarme y seguir diversas páginas y plataformas en redes sociales, pude establecer múltiples conexiones con activistas y divulgadoras en salud mental con perspectiva crítica. Estos encuentros virtuales no solo ampliaron mi red de contactos sino que, más allá de eso, ofrecieron espacios de diálogo e intercambio enriquecedor sobre los temas centrales de mi investigación. Estas interacciones reiteran la potencia y el alcance del mundo digital en la construcción y consolidación de *comunidades imaginadas* basadas en intereses y objetivos comunes.

Para concluir, me gustaría destacar el papel esencial que ha desempeñado la interacción con la literatura a lo largo de este periplo etnográfico. He leído fanzines, novelas y poemas creados por personas psiquiatrizadas. En particular, la literatura escrita por mujeres psiquiatrizadas me ha permitido comprender y contextualizar mejor las distintas violencias psiquiátricas y patriarcales. Por ello, me ha resultado inevitable conectar algunos de los aportes de estas autoras, impregnadas de experiencia y resistencia, para enriquecer y matizar el análisis de la investigación.

Además, gracias a las sugerencias de las colaboradoras, me he adentrado en libros, documentales y películas que posteriormente hemos tenido la ocasión de comentar. Esta inmersión literaria y mediática ha servido como un puente enriquecedor entre la teoría, la práctica y las experiencias vividas.

En la entrevista de hoy hemos hablado largo rato sobre la película *El gabinete del doctor Caligari*, del cine expresionista alemán, de la locura y los distintos manicomios y doctores Caligari que ha

conocido Basi en su vida. (...) Basi me dice que los libros le hablan. ¡Qué hermosa forma para describirlo! Creo que con algunos libros he tenido una sensación similar. Además no siempre el mismo libro te dice las mismas cosas. Un libro es un diálogo vivo. En fin, hemos hablado, entre otras muchas cosas, de literatura rusa, de Dostoievski, de Hesse, de Kafka, de Foucault, de la antipsiquiatría y de los suicidios que hubo con la privatización de Télécom en Francia. Me ha recomendado varios libros. Uno de ellos se trata de un cuento de Antón Chéjov titulado *El pabellón número 6*. Voy a leerlo para comentarlo con él en la próxima entrevista. (DC, 24 de mayo 2021)

#### 3.3.2.4. Diario de Campo

Como se habrá podido observar a través de los fragmentos que he compartido a lo largo del texto, los hechos, las palabras, las acciones y las reflexiones sobre las interacciones de este viaje etnográfico las he ido registrando en mi diario de campo. A este respecto, el diario ha resultado ser una compañía imprescindible, puesto que me ha permitido registrar los hechos, palabras, ideas y acciones de las colaboradoras y de su contexto. Además, las anotaciones del diario me han ayudado también a estructurar y ordenar las ideas, así como a reflexionar sobre diversos temas que han surgido en las entrevistas y los diálogos de campo.

Mis anotaciones han capturado las primeras intuiciones acerca de los significados de las prácticas, sobre el lenguaje y el diálogo con las colaboradoras. Por ello, me atrevería a afirmar que, en el *laberinto del conocimiento* que es el campo, el diario de campo ha sido el hilo conductor de la investigación, la argamasa que ha recubierto de significado todas las interacciones, construyendo un *contexto de inteligibilidad* (Velasco y Díaz de Rada, 2006).

Mi diario de campo ha adoptado diversas formas: desde cuadernos físicos hasta formatos digitales, ya sea por escrito o en grabaciones de audio. Después de las entrevistas, el agotamiento a menudo me impedía asentarme a escribir, no obstante, para no perder las primeras impresiones y reflexiones sobre la entrevista, guardaba notas de voz en el móvil. Estas anotaciones, posteriormente, eran traspasadas al formato escrito de mi diario.

Los cuadernos físicos contenían detalles de varias interacciones. En ellos, plasmaba aspectos específicos del lenguaje empleado en las entrevistas, como los conceptos y las metáforas empleadas, las aclaraciones dadas, así como las sugerencias. También registraba elementos no verbales como gestos y expresiones faciales. Además, tenía un cuaderno aparte, que funcionaba como diario de lecturas de índole más teórico en el que trasladaba algunas reflexiones acerca de los distintos materiales bibliográficos que consultaba. Este cuaderno me ha servido para vincular los aportes teóricos con los registros de los hechos y mis interpretaciones del campo, así como para plantear nuevas cuestiones y formar nuevos conceptos con los que dialogar.

Mi diario de campo se ha alineado con el concepto de *diario de campo analítico* propuesto por Sanjek (1990)<sup>147</sup>. Está estructurado en categorías que abarcan entrevistas, documentos teóricos, fotos, visualidades de lo digital (según Ardèvol y Lanzeni, 2014) y otros documentos que me han

<sup>147</sup> Roger Sanjek (1990) citado en Pujadas, et al., (2004).

ayudado a organizar estos registros, como tablas a modo de resumen con las distintas interacciones en el terreno (Pujadas, et al., 2004). Esto me ha posibilitado tener una conciencia mayor del proceso de investigación, permitiéndome reflexionar sobre los avances realizados y los obstáculos enfrentados.

El diario de campo, por tanto, no ha sido simplemente un registro pasivo; ha sido sometido a análisis y sistematización meticulosa. Al igual que con las entrevistas transcritas, es del diario de donde han emergido los temas etnográficos cruciales que guían el núcleo de esta investigación. He utilizado el diario para documentar de manera precisa los hechos, las palabras de las colaboradoras, mis observaciones y todos los datos relevantes recopilados en el campo. Al final, en una etnografía, los hechos y las observaciones directas son el fundamento sobre el cual se construye el análisis.

Durante la redacción de la tesis, he revisitado en múltiples ocasiones las entradas del diario. En ese sentido, me gustaría destacar la capacidad sugestiva que poseen estas anotaciones. La lectura de las libretas, detalladas y descriptivas, funciona como una suerte de magdalena de Proust, trasladándome directamente al momento, el detalle y la situación concreta en la que se originó cada registro. El diario también ha sido esencial para mantener la exactitud cronológica de la investigación. Sin duda, tener toda esta información sistematizada y detallada ha sido clave y me ha facilitado el proceso de escritura.

El diario de campo ha sido no solo un registro de observaciones, sino también un instrumento personal de reflexión que me ha servido para orientarme en el proceso de investigación. En lo esencial, el diario me ha ayudado problematizar las elecciones en el campo, los afectos, las dificultades, las obsesiones y las formas de ser y de hacer. A través de este proceso, he podido desarrollar *un saber en el campo y sobre el campo* (Pujadas, et al., 2004). En línea con la perspectiva de Foucault (1990), el diario de campo puede ser visto como *una tecnología del yo* en la cultura del *cuidado de sí*, en virtud de que la escritura posibilita «tomar notas sobre sí mismo que debían ser releídas, escribir tratados o cartas a los amigos para ayudarles, y llevar cuadernos con el fin de reactivar para sí mismo las verdades que uno necesitaba» (p. 62). Bajo esta óptica, el diario me ha servido para problematizar las afectaciones, *habitar las incomodidades* (Gandarias, 2014) y desahogarme, pues dedicar un tiempo para escribir notas sobre los pensamientos, los afectos y los efectos de la investigación me ha ayudado a exorcizar las preocupaciones surgidas a modo de diario tradicional. Por ello, considero que el registro de campo también posee una capacidad introspectiva y reflexiva inconmensurable.

### 3.3.2.5. Historias de Vida

Las cosas no deben haber sucedido para ser verdad. Los cuentos y los sueños son las verdades sombra que perdurarán cuando los meros hechos sean polvo y cenizas olvidadas.

Neil Gaiman, *Sandman: País de sueños*, 2022.

Al parecer, somos el único animal capaz de mentir. Podemos pensar y hablar de cosas que no son así y que nunca fueron así, o que nunca existieron, pero podrían. Podemos inventar, suponer e imaginar. Somos los únicos animales que contamos historias. Todos los seres humanos son mentirosos; es cierto, tienen que creerse.

Ursula K. Le Guin, *Contar es escuchar*, 2018.

La técnica de la historia de vida es una herramienta valiosa en la etnografía, ya que permite interpretar y comprender en profundidad los valores, prácticas, discursos y las formas de vivir y simbolizar de las colaboradoras de la investigación, abarcando un testimonio global y desde el detalle acerca de sus distintas vivencias de vida en diferentes contextos. A través de este enfoque, no se trata de comprender a la persona que está narrando su vida, sino más bien se trata de adquirir informaciones y descripciones que ayuden a comprender y problematizar las dinámicas internas y la atribución de sentidos que hacen las colaboradoras de las distintas temáticas vinculadas con la investigación (Bertaux, 2005).

Mediante las historias de vida, he profundizado en las narrativas discursivas de las colaboradoras, explorando cómo articulan e interpretan los significados que atribuyen a sus propias vivencias, y cómo describen y entienden sus procesos y *transiciones vitales* (DeVos, 1981). Estos relatos me han permitido sumergirme en el universo de las dinámicas de las relaciones que las colaboradoras establecen con diferentes personas en diversos contextos e instituciones: la familia, la escuela, el sistema psiquiátrico y el activismo y los grupos de GAM. Conforme con esto, más que las acciones concretas en estos contextos, lo que me interesa es el significado con el que las colaboradoras recubren dichas acciones, y cómo este significado está presente y es recordado y narrado por ellas. De esta manera, a través de sus testimonios, trato de comprender la multiplicidad de las dimensiones simbólicas y la heterogeneidad de las diferentes formas que las vivencias de vida, las (sobre)vivencias y las resistencias pueden adquirir.

Los relatos de vida de las colaboradoras permiten el acceso a los significados de sus experiencias y a su mundo de relaciones que se organiza y da sentido a sus conocimientos y prácticas según su punto de vista y en sus propios términos. Estos relatos no solo ofrecen un reflejo de sus realidades, sino que también les proporcionan un espacio para expresar algo que necesitan decir, dotando de una dimensión política a sus narrativas.

A través de sus relatos, las colaboradoras emprenden un viaje retrospectivo por sus vidas, navegando incesantemente entre el pasado, el presente e incluso especulando acerca del futuro. Cada historia de vida capta un instante específico y la visión de cada colaboradora en un momento preciso de su desarrollo vital, entrelazando recuerdos pasados y proyecciones futuras, ofreciendo

una amalgama de identidades en transformación y de la representación que quieren dar de sí y de su entorno social y cultural. Es probable que no todo lo narrado haya sucedido exactamente como lo relatan, o que omitan ciertos detalles, pero es su percepción, ellas lo vivieron así y es lo que quieren transmitir (Feixa, 2006). Lo realmente sugerente de estas historias no es la fidelidad absoluta a los eventos pasados, sino el significado y las interpretaciones que estos eventos adquieren en el presente (Beorlegui, 2019), las percepciones y la impronta que estos hechos han dejado en la memoria de sus protagonistas. En esta perspectiva, Gabriel García Márquez (2002) reflexiona en *Vivir para contarla* que la vida no es la que una vivió, sino la que una recuerda y cómo la recuerda para contarla. Paralelamente, Jorge Luis Borges (1977), en *El libro de arena*, enfatiza que su relato será fiel a la realidad o, en todo caso, a su recuerdo personal de la realidad, lo que es lo mismo.

El enfoque de la historia de vida permite que cada protagonista relate, en primera persona, su perspectiva y su versión personal de los acontecimientos (Arjona y Checa, 1998). Al tratar con mujeres que han sido psiquiatrizadas, subyugadas por la alianza entre el cuerdisimo y el patriarcado, una de las formas de violencia que han enfrentado es el silenciamiento y la apropiación de sus voces. Foucault (2018) indicó que, al catalogar la locura meramente como un síntoma psiquiátrico o una patología biomédica, se relegó a las personas etiquetadas como *locas* a un estatus de *enfermas*, se les decretó una incapacidad que hizo que las palabras de las locas y de los locos carecieran de valor, despojándolas de la capacidad de ser escuchadas, Es por ello por lo que sus voces han sido secuestradas, imposibilitadas e invisibilizadas, privándolas así de su propia posibilidad de relato. Mi elección de emplear la metodología de la historia de vida busca honrar y resaltar las voces de las colaboradoras, permitiéndoles ser las protagonistas y las narradoras centrales en la interpretación de su realidad. De este modo, las colaboradoras dejan de ser representantes arquetípicos de su realidad para ser sujetas complejas con derecho a su propia subjetividad, es decir, con derecho a mostrar sus propias subjetividades (Pujadas et al, 2004). Además, tienen la capacidad de construir conocimiento igual de válido y legítimo como cualquier perspectiva académica (Spandler y Poursanidou, 2019; McWade, 2020; LeFrançois et al., 2013).

Se dice que puede haber conflicto de intereses en la elaboración de una historia de vida, pues la etnógrafa y la colaboradora son dos sujetos diferentes en el marco de un contexto de autoría que es compartida (Pujadas et al., 2004). Por ello, una vez escrito el tratamiento de la historia de vida, he devuelto la transcripción original y el texto correspondiente a cada protagonista, con el fin de que las colaboradoras tengan agencia sobre el relato para agregar, eliminar, corregir o modificar lo que consideren adecuado. Me interesaba que las colaboradoras fueran partícipes en una elaboración conjunta y una construcción de sus relatos más colaborativa en la que sus voces realmente les pertenezcan y se sientan reflejadas en el texto.

En síntesis, el paso del relato original al texto final es el resultado del *pacto autobiográfico*<sup>148</sup>, un texto que respeta los criterios metodológicos como la autenticidad y la representatividad, así

---

<sup>148</sup> Philippe Lejeune (1975) citado en Pujadas et al. (2004).

como el derecho a la intimidad y la confidencialidad de las colaboradoras (Pujadas et al., 2004). Por esta razón, la mayoría de los nombres que aparecen en los relatos han sido modificados: algunos los han escogido las propias colaboradoras para sí mismas, otros los he asignado yo. Los nombres que se han mantenido ha sido porque así lo han solicitado ellas, pues han querido que se conozcan sus nombres y apellidos. En cualquier circunstancia, he respetado la decisión y las indicaciones de cada colaboradora. En este contexto, se han modificado algunos datos concretos a petición de las colaboradoras, y otros, por supuesto, se han quedado fuera de la grabadora, como secretos que se quedarán entre nosotras y nunca serán revelados, debido a que una nunca traiciona la confianza depositada por las colaboradoras.

### **3.3.3. Técnicas de Análisis de Datos**

#### **3.3.3.1. Análisis de Contenido**

El análisis de contenido se ha llevado a cabo en distintas etapas. Sin embargo, cabe considerar que estas fases no están cerradas en sí mismas, sino que el proceso de investigación en etnografía es un ciclo abierto que se comunica en distintos *momentos* del *espacio* de la investigación (Velasco y Díaz de Rada, 2006). En ese sentido, podría decirse que el proceso de análisis comenzó con las primeras entrevistas y se ha extendido hasta que la etnografía ha culminado en su escritura.

Emprendí el análisis de contenido a partir de una lectura abierta y atenta de los materiales recopilados, incluidas las transcripciones de las entrevistas y los aportes del diario de campo. El objetivo de esta lectura era obtener una comprensión global del texto antes de segmentarlo para el análisis. De esta revisión preliminar, emergieron una variedad de temas etnográficos relevantes, una multiplicidad de matices que surgen de los discursos y las voces de las colaboradoras. Estos temas apuntaban a cuestiones de fondo como los procesos de categorización, discutidos a lo largo del marco teórico y el fenómeno de investigación. Así, esta lectura inicial me proporcionó una intuición previa a la emergencia de los temas relevantes a explorar en la investigación.

Para categorizar de forma empírica del contenido, comencé por introducir el corpus de textos en el software F4a, una herramienta que me ha facilitado la interacción con el contenido y su clasificación. F4a permite fragmentar, organizar y categorizar el material etnográfico, permitiéndome además anotar y codificar el texto. A medida que hacía anotaciones, a las que F4a se refiere como «memos», inicié la creación de categorías de análisis de forma inductiva, seleccionando fragmentos y citas que consideraba relevantes. Esta selección de fragmentos se realiza subrayando el texto y el programa permite asociar un título y un color a cada categoría y subcategoría que se puede ir definiendo y modificando a medida que el análisis avanza.

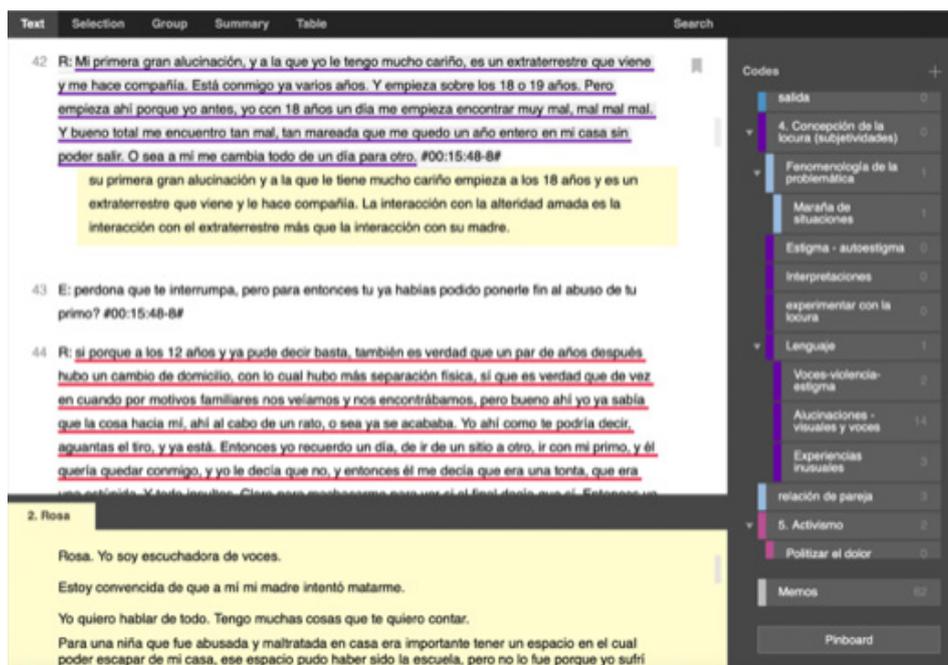


Ilustración 19. Memos y códigos en el programa F4a.

La imagen mostrada es una captura de pantalla que corresponde al análisis de un fragmento de la entrevista de Rosa. En ella, se puede observar un «memo» vinculado a este fragmento, en este caso, es una anotación reflexiva sobre cómo Rosa interpreta y se vincula con sus alucinaciones. En la parte inferior, se observan anotaciones descriptivas que actúan como resumen, destacando aspectos centrales y puntos esenciales del testimonio de Rosa.

Me gustaría destacar que los códigos etnográficos que empleo surgen de manera inductiva, es decir, brotan directamente de la información obtenida durante el trabajo de campo. Estos códigos, que pueden considerarse micro-etnográficos, reflejan la forma en que las colaboradoras conceptualizan, entienden y reivindican su realidad. Lo que categorizo proviene de sus perspectivas, interpretaciones y vivencias. Se trata de un proceso inductivo en el que las categorías son *emic*, o propias, lo que significa que se derivan directamente de las perspectivas internas de las colaboradoras.

En este punto del análisis, ya comenzaban a surgir mis primeras percepciones hermenéuticas, esbozando una incipiente estructura de categorías de análisis. Sin embargo, el esquema de códigos y categorías, situado al lado derecho de la pantalla, se ha ido completando y matizando a lo largo del proceso de análisis a medida que iban emergiendo otros temas a codificar. A este respecto, la flexibilidad para adaptar y modificar estos códigos ha sido fundamental, permitiéndome reevaluar, reformular y reflexionar constantemente sobre los datos, asegurando que las categorizaciones se mantengan fieles a las voces y percepciones de las colaboradoras.

El color morado se ha utilizado para señalar la categoría «concepción de la locura (subjetividades)». Las frases destacadas en ese tono hacen referencia a diversos subtemas dentro de esta categoría, como: «estigma — autoestigma», «interpretaciones», «experimentar con la locura», «lenguaje», voces-violencia-estigma», «alucinaciones-visuales y voces» y «experiencias

inusuales». Más abajo, un segmento resaltado en rojo está vinculado a la categoría «abuso sexual». Aunque no se muestra en la imagen, esta categoría también incluye subcategorías, entre las que se encuentran: «miedo a decírselo a su padre (figura patriarcal)», «secuelas».

A medida que avanzaba en el análisis de los datos, las categorías propuestas se refinaban y ampliaban. El sistema de codificación inicial era sumamente descriptivo y extenso. Sin embargo, durante el proceso analítico, adapté y reorganicé los códigos, agrupándolos en distintas categorías temáticas.

Organicé la primera propuesta vinculada a los distintos contextos de los tránsitos de la vida de las colaboradoras, intentando mantener una secuencia cronológica. Así se conformaron los siguientes bloques:

1. Familia: «ausencias y falta de reconocimiento» / «violencias» / «el silencio» / «botes salvavidas» / «rupturas».
2. Escuela: «procesos de normalización» / «violencias» / «respuesta del profesorado» / «repensar la escuela».
3. Manicomio: «infierno» / «violencias» / «diagnóstico» / «cárcel» / «atar», «sobremedicación» / «estrategias de salida».
4. Locura: «interpretaciones» / «experimentar» / «subjetividades» / «estigma y autoestigma» / «aprendizaje» / «arte y escritura».
5. Activismo: «politizar el dolor» / «GAM» / «identidad loca».

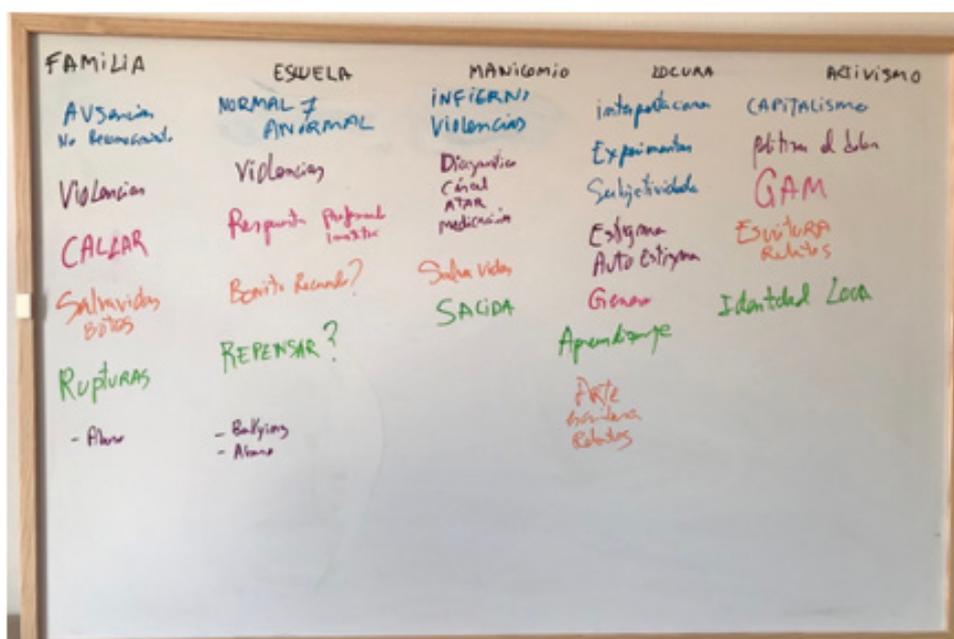


Ilustración 20. Pizarra con contextos y categorías (1era propuesta)

Enseguida me percaté que esta organización de ámbitos temáticos limitaba el alcance y profundidad de las reflexiones extraídas de los discursos de las colaboradoras y estaba

encorsetándome. Percibí que había cuestiones que tenían más peso en los discursos de las colaboradoras y que realizando este tratamiento de tránsitos y contextos iban a terminar siendo encapsuladas. Por ende, y siguiendo un enfoque inductivo basado en la información recogida, realicé un proceso de reflexión sobre los datos que, obviamente, está condicionado por mi propia mirada. Finalmente, las categorías y subcategorías se consolidaron en tres principales ámbitos temáticos que configuran la presentación de esta investigación:

1. Violencias y encierro psiquiátrico: «diagnóstico» / «encierro» / «contenciones» / «medicalización».
2. Subjetividades de la locura: «silencio enquistado» / «abuso» / «sentido de las voces» / «escritura».
3. Resignificaciones de la locura: «lenguaje» / «activismo» / «recomposición identitaria» / «ayuda mutua».

### **3.3.3.2. Triangulación de Fuentes**

Para asegurar un mayor contraste y procurar un contexto de inteligibilidad en la etnografía (Velasco y Díaz de Rada, 2006) que proporcione densidad a la tramas de interpretación que provienen de los relatos de las colaboradoras, he realizado un ejercicio de triangulación de datos. Esta triangulación se fundamenta en la confluencia de múltiples fuentes de información y métodos de recolección.

Estas fuentes abarcan las transcripciones de las entrevistas, las anotaciones de mi diario de campo, el seguimiento y análisis de contenido de las redes sociales —incluyendo, por ejemplo, *memes* y otras expresiones culturales relevantes—, documentos recolectados durante el trabajo de campo, y, por supuesto, la memoria y experiencia intrínseca del conocimiento etnográfico que fui adquiriendo.

La triangulación provee un complejo sistema de interpretación del que no es ajeno el mismo investigador y muestra la consistencia y lógica que se desprende de cada uno de los pasos y de cada uno de los sectores de donde provienen los datos, las conjeturas y los resultados. (Donolo, 2009, p. 3)

Este procedimiento de triangulación me ha permitido enriquecer y complementar las voces de las colaboradoras, incorporando además de las percepciones y puntos de vista de otros participantes y contextos observados durante el trabajo de campo. A través de este método, he identificado patrones y tendencias que otorgan solidez y una comprensión más amplia y profunda a las narrativas presentadas en la investigación.

He tratado de verificar y comparar los datos obtenidos en distintos momentos y a través de distintas técnicas de obtención de datos, para constatar y complementar las confluencias y oscilaciones de las categorías de análisis de manera contextualizada. De este modo, para la elaboración del análisis y los resultados de la investigación, he podido completar las voces de las colaboradoras, con las contribuciones de otras voces y relaciones dialógicas recogidas a lo

largo del trabajo de campo, así, se han podido constatar tendencias que han proporcionado consistencia y una comprensión más profunda a las líneas narrativas del texto.

### **3.3.4. Sesgos, Limitaciones y Dificultades**

Presentar una tesis sin cuestionar los sesgos que pueda tener y adoptando una postura supuestamente neutral, sin admitir que toda forma de conocimiento se origina en presupuestos ideológicos, siempre será problemático. Es necesario reconocer que el primer paso para mitigar el impacto de esos sesgos parte, precisamente, de aceptar su inevitabilidad. Como investigadoras, somos seres situados en un contexto histórico y social particular (Haraway, 1995), un contexto que influye, pero no dicta, el rumbo de nuestra investigación (Okely, 1992).

Tomando como base las particularidades de la etnografía, las narraciones de las colaboradoras resultan por sí mismas significativas, pues, desde el conocimiento local que aporta la etnografía (Velasco y Díaz de Rada, 2006), lo que importa es la singularidad de cada relato. Por lo tanto, resulta inmensamente interesante no extrapolar y tratar de comprender lo que le ocurre al ser humano en el fondo.

Como sujetos situados y productoras de conocimiento, hemos de aceptar que nunca se llega con una óptica completamente neutra al campo; nuestra cabeza es siempre un mundo de prejuicios. Es por eso por lo que debo considerar aquí que mis preferencias y mi posicionamiento político ha podido influir en mis elecciones y en el desarrollo de la investigación y, por ende, en el conocimiento que se ha producido en ella. Asimismo, la implicación subjetiva, la relación etnológica de afinidad y la interacción afectiva que se ha dado con las colaboradoras de la investigación se ha convertido, como ya he referido, en una herramienta que ha facilitado la comprensión de la realidad de las colaboradoras y ha facilitado el desarrollo del trabajo de campo. No obstante, esta misma dimensión relacional ha podido, por momentos, nublar mi equidistancia y mi capacidad de extrañamiento se ha podido ver resentida.

En la práctica reflexiva no solo se sitúa el lugar desde donde se produce el conocimiento, sino también se describe la forma en la que el proceso de investigación afecta a la investigadora. Si la etnografía fuera una tela de araña, se trataría, entonces, de reflexionar sobre sus propios hilos de seda; por eso, es desde esta reflexividad que se problematizan los efectos que tiene la investigación en la propia antropóloga, lo cual implica compartir un espacio de análisis subjetivo y dejar constancia de las incomodidades (Gandarias, 2014) y las dificultades que, como antropóloga, una vive en el proceso de la investigación. A pesar de que resulta incómodo exponer ciertas dificultades y dejar constancia de ellas por escrito, es precisamente desde esas contrariedades que emerge el conocimiento situado (Haraway, 1995).

Realizar una historia de vida supone una implicación y un esfuerzo emocional para ambas partes, tanto para quien narra como para quien practica la escucha metódica y activa (Bourdieu, 2007). En lo que a mí respecta, algunos relatos fueron muy duros de escuchar, pues en ocasiones llegué a sentir que me costaba mucho distanciarme de las historias y que,

de alguna manera, sus relatos me atravesaban. Alguna vez me llegué a cuestionar incluso si, tal vez, en ese *dejarse afectar* por el campo me estaba dejando afectar demasiado. Por ello, considero que una de las mayores dificultades que ha supuesto el desarrollo de esta investigación para mí ha sido la intensidad emocional vinculada a la afectación de las historias de las colaboradoras:

Ayer realicé la primera entrevista con Esperanza y estuvimos casi tres horas hablando. A Esperanza ya la conocía porque cuando hablamos por primera vez me invitó a participar en una formación con un miembro de la Granja Loca de Chile, y habíamos coincidido en esa charla. Esperanza es maravillosa, es súper culta e inteligente. Es profesora de historia del arte y estudió arte en Italia. (...) Después de la entrevista terminé muy cansada, es como que me quedara vacía. Cuando haces una entrevista en la que te pones delante de tanto sufrimiento, empatizas mucho con ese dolor y lo vives muy de cerca. Es imposible que ese dolor no te toque de alguna forma, es imposible que las historias no te atraviesen. Me costó mucho dormirme, después de dar muchas vueltas, he tenido una pesadilla, en el sueño estaba atada. (DC, 31 de mayo 2021)

Esas historias, sucede, pues, son historias de dolor que terminan atravesándote de una forma profunda y corporal, en las que se siente el dolor de la *otra* como si fuera propio. Se produce una forma de resentir transferencial, en la que se sufre con las historias, de forma que ciertamente supone un desgaste mental y un impacto emocional considerable. Así, son historias que de alguna manera se han encarnado en mi vida y cuyo dolor me ha llevado a un compromiso ético y político con la investigación.

Por otra parte, al tratar con distintas historias y sentir tan cerca el dolor ajeno, resulta ineludible conectar con el dolor propio. Si bien esto puede ser intenso, simultáneamente se convierte en una experiencia enriquecedora al tejer un mosaico colectivo que da cabida y entendimiento a diversas experiencias y sinsabores. Después de realizar una de las entrevistas con Lea me quedé varios días pensando sobre una de las sensaciones que ella me había descrito, su relato me llevó a un momento concreto, a un recuerdo vinculado con mis propias experiencias subjetivas. Días después lo comentaba con ella:

Es muy fuerte como tú dices.... Y me sabe fatal, porque te habrá removido, pero siento que lo vives preparada, y en este momento, es un bueno momento para haberlo desbloqueado. Sí, tía, muchas violencias que hemos normalizado, que encima nos hemos culpado... (...) Muy interesante, esto que dices, el hecho de que como otras historias nos atraviesan<sup>149</sup>.

Al final, las emociones no son un aspecto privado, sino un proceso relacional que se sintoniza en lo colectivo mediante la intensidad de los afectos (Ahmed, 2004) y siendo seres relacionales que se definen, precisamente, por esta capacidad de afectar y de ser afectadas es que el afecto y las emociones pueden conectarnos con nosotras mismas, así como nos conectan con las otras y nos conectan también con las cosas del mundo (Ahmed, 2004). Bajo estas expresiones entendemos que esto refiere también que el dolor de una persona puede tener efectos sobre el mundo de vida de otra (Ahmed, 2019).

---

<sup>149</sup> Comunicación con Lea fecha 21 de julio de 2022.

En otro orden de ideas, siguiendo con las dificultades que ha entrañado el proceso de la investigación, es imperativo mencionar las adaptaciones requeridas debido a las circunstancias impuestas por la pandemia. A este respecto, podría decirse que las mutaciones y ajustes efectuados en la tesis son una manifestación de resiliencia frente a los desafíos que el contexto del COVID-19 ha impuesto.

Por último, me gustaría destacar las dificultades vinculadas al proceso personal de realizar una tesis doctoral a tiempo completo mientras trabajaba también a tiempo completo, pues, para poder trabajar en la tesis me he visto obligada a dedicarle vigilias y prescindir del ocio más veces de las que creo que es saludable. Y esto, sin duda, ha repercutido también en los distintos estados de ansiedad y agotamiento emocional que he sufrido a lo largo de este proceso. De todas formas, creo que ha sido una dificultad que se ha convertido en un aprendizaje, enseñándome a interpretar señales y saber cuándo detenerme de vez en cuando. De ahí viene la importancia de reivindicar la distracción y hacer un alegato a la ociosidad.

Un sesgo de esta investigación es mi enfoque predominante en trabajar con mujeres. A pesar de haber entrevistado a varios hombres, cuando llegó el momento de profundizar en las historias de vida, me sentí más inclinada hacia las experiencias femeninas. Esta decisión no fue aleatoria, sino que se basó en una afinidad natural y en ciertos desafíos que surgieron al intentar construir una relación etnográfica con algunos participantes masculinos. Esta afinidad con las mujeres permitió un flujo más orgánico y profundo en la recopilación de datos.

Hay cosas que las colaboradoras me han contado que nunca escribiré, pues, como ya he señalado, tengo un compromiso personal y ético con ellas, por tanto, nunca podría traicionar la confianza que han depositado en mí. Por eso, en una etnografía siempre habrá secretos que nunca serán revelados. Soy consciente de que estas ausencias resguardadas en el silencio pueden ser percibidas como una limitación.

### **3.3.5. La Relación con las Colaboradoras y el Compromiso Ético**

La relación con cada una de las colaboradoras a lo largo de la investigación ha sido muy distinta. Cabe destacar que han sido muchas las colaboradoras con las que he mantenido y sigo manteniendo un contacto regular, y me alegra decir que hoy nos podemos llamar amigas. Son amigas y colaboradoras con quienes he establecido un vínculo que ha trascendido la tesis y con las que tengo y siempre tendré una profunda deuda emocional e intelectual. Considero que, a través de las reflexiones metodológicas y los fragmentos del diario de campo que he ido compartiendo a lo largo del texto, en más de una ocasión he hecho explícita la empatía, la confianza y el intenso diálogo mantenido con las colaboradoras de la investigación.

Al realizar una etnografía se adquiere un compromiso personal muy fuerte con las personas con las que se colabora en la investigación, por cuanto se requiere mucha información para elaborar una historia de vida, la relación es dilatada en el tiempo y en las entrevistas se comparten informaciones y datos de la vida íntima. De alguna forma, como antropóloga una irrumpe en la

intimidad de la persona, en sus alegrías, en sus vivencias y en sus experiencias; pero también en sus miedos y en sus heridas.

La voluntad de hacer una investigación respetuosa ha implicado un profundo proceso reflexivo sobre la epistemología y la responsabilidad ética y política en la propia investigación. Esta reflexión me condujo a adentrarme en los planteamientos de los estudios locos y a abogar por una antropología socialmente comprometida. Si bien, como ya he destacado antes, la problematización acerca de para qué y para quién se produce el conocimiento no es un debate reciente, esta discusión adquiere vital importancia en el marco del imperativo del rendimiento y la productividad mercantilista que rige la academia en la actualidad. A este respecto, cuestionarme sobre la finalidad de mi investigación y la aspiración de que mi tesis retribuya, de algún modo, el invaluable aporte de las colaboradoras, sumado a la necesidad de respetar sus voces y, más aún, de dar voz y agencia a las colaboradoras, se ha convertido en una obsesión a lo largo de este proceso investigativo.

Así, he tratado de poner sus voces en el centro y, a través de la devolución de los resultados, realizar una investigación más participativa en la que he ido recogiendo, en la medida de lo posible, los aportes y las devoluciones de las colaboradoras con la intención de que el texto fuera lo más permeable posible a ellas. Tratando de refutar los paradigmas que localizan la producción del conocimiento únicamente en la academia (Walsh, 2007), he incorporado sus voces y las voces de las distintas activistas locas como productoras de conocimiento teórico (Spandler y Poursanidou, 2019; McWade, 2020; LeFrançois et al., 2013). Por eso he elegido trabajar con historias de vida, porque ello me ha permitido trasladar el proceso reflexivo de las colaboradoras con cierta profundidad, respetando las polifonías de sus voces.

Lamentablemente, toda etnografía es fragmentaria porque una vida es siempre más compleja, viva y dinámica de lo que una pueda llegar a evocar en un texto. Por eso, aunque al escribir, inevitablemente, he tenido que escindir lo inconmensurable en una parcialidad, he tratado de dar cuenta de la capacidad de agencia, los saberes y los procesos de aprendizaje en los que las colaboradoras reelaboran sus propios sentidos sobre sus experiencias y sobre sí mismas, y en los que muestran una capacidad de resistencia y de transformación que propicia espacios de construcción colectiva de conocimientos que les permite construir existencias más habitables.

### **3.3.6. Devolución de Resultados a las Colaboradoras de la Investigación**

Cuando las colaboradoras aceptan participar en la investigación, también ellas tienen sus propios intereses y expectativas, pudiendo ser estos la realización de una denuncia o el tratar de arrojar luz y profundizar sobre algún aspecto de manera crítica. Así lo destaca Esperanza: «Todo lo que sea poder ayudar y traer luz a este tema, para mi es muy importante»<sup>150</sup>. Esos intereses normalmente suelen ser compatibles con los intereses de la investigadora, por eso, el primer compromiso de ésta siempre ha de ser devolver los conocimientos adquiridos. Así, se

---

<sup>150</sup> 7. Esperanza: 179.

debe entender el trabajo etnográfico en términos de reciprocidad, dar y recibir para volver a dar y a recibir (Pujadas et al., 2004). La etnografía pudiera ser, entonces, un continuo intercambio de saberes que se da en una producción conjunta de conocimiento entre la antropóloga y las colaboradoras.

Debo señalar también que a lo largo del proceso de la investigación he ido realizando las devoluciones de los resultados derivados de forma progresiva. Así pues, como ya he mencionado, he devuelto los registros de cada entrevista con las transcripciones completas y con el tratamiento de la historia de vida, con el objetivo de que las colaboradoras tengan agencia en el texto y puedan corregir o modificar lo que consideren apropiado.

Por otra parte, también he compartido las participaciones en congresos y los textos que he ido produciendo. A este respecto, resulta particularmente ilustrador referir que la participación en el I Congreso de Antropología Feminista AFIT, con una comunicación titulada *Medea revisitada y la escucha de voces: Conversaciones entre la Antropología y la Literatura desde una perspectiva feminista* y realizada en colaboración con una colega especialista en literatura, nace precisamente para dar respuesta a una petición de Rosa. Tras la participación en el congreso, para evitar que este texto se quedara encerrado en sí mismo, lo he retomado en el análisis de la tesis<sup>151</sup> y he incorporado las devoluciones de Rosa sobre éste, convirtiéndolo así en un diálogo narrativo o en un texto polifónico que, podría decirse, está escrito a tres manos.

En síntesis, además de devolver los resultados, he querido que este texto tenga un carácter poroso y abierto para que, en la medida de lo posible, pudiera ir enriqueciéndose con los comentarios y los aportes que las colaboradoras generaban sobre él. He tratado de escribir esta tesis desde el diálogo y la experiencia compartida pero he vivido con preocupación la devolución de las colaboradoras porque sus devoluciones tenían una repercusión significativa para mí. Al final, siempre he considerado que este texto era lo único que podía devolverles a las colaboradoras en agradecimiento por haber permitido que fragmentara sus vidas en estas mismas páginas. Recuerdo que cuando Esperanza leyó el artículo de *(Sobre)vivencias de la psiquiatría* (de Juan, 2021), después de hacerme una devolución, me dijo: «Puedes poner mi nombre cuando escribas, por favor, pon Esperanza Parra». En el artículo citado había empleado un pseudónimo para mantener su confidencialidad, pero el hecho de que Esperanza haya querido ser nombrada me parece un gesto maravilloso de valor y de confianza que también significa una gran responsabilidad para mí.

---

<sup>151</sup> Capítulo VII, *Subjetividades de la locura, en el epígrafe (7.3) titulado Medea revisitada: una respuesta para Rosa.*



## SEGUNDA PARTE

# *A TRAVÉS DEL ESPEJO...*



Ilustración 21. Alicia a través del Espejo.

Ilustración de Sir John Tenniel para *A través del espejo y lo que Alicia encontró allí*.

Lewis Carroll, 1987, p. 39.

¡Ay, gatito, qué bonito sería si pudiéramos penetrar en la casa del espejo! ¡Estoy segura de que ha de tener la mar de cosas bellas! Juguemos a que existe alguna manera de atravesar el espejo; juguemos a que el cristal se hace blando como si fuera una gasa de forma que pudiéramos pasar a través. (...) Y en efecto, el cristal del espejo se estaba disolviendo, deshaciéndose entre las manos de Alicia, como si fuera una bruma plateada y brillante. (Carroll, 1987, pp. 38-39)

### **... Y lo que Alicia Encontró Allí**

El cristal del espejo se disuelve en una bruma plateada y brillante, y atravesamos en un viaje onírico al otro lado de su reflejo, donde las rígidas categorías del *psistema* que encorsetan se desvanecen en una polifonía descotidianizadora. En las páginas que siguen, nos sumergiremos en los aportes que emergen de las *voces de la locura*. Al otro lado del espejo, encontraremos una sinfonía de voces que desafían las concepciones de la psiquiatría hegemónica y nos invitan a ponernos un sombrero loco con el que anhelar nuevos lugares de posibilidad y encontrar otras formas con las que nombrar el mundo. La locura, en su expresión más genuina, se revela como una manifestación compleja de la experiencia humana, que merece ser escuchada y pensada más allá del eje de opresión binaria entre locura y cordura, trascendiendo los abruptos precipicios impuestos por el *psistema*.

A continuación, se presenta el capítulo IV, el *contexto de investigación*<sup>152</sup>. En primer lugar, se realiza una aproximación al movimiento de expacientes y sobrevivientes de la psiquiatría que surgió en la década de 1970. Se exploran los valiosos aportes del movimiento de escuchadores de voces, que ofrecen una perspectiva despatologizadora de las experiencias inusuales. Este colectivo ha desempeñado un papel fundamental en la resignificación de la locura, al brindar a las personas psiquiatrizadas la oportunidad de definirse y nombrarse a sí mismas más allá de las categorías diagnósticas. A continuación, se esboza una breve genealogía del Orgullo Loco, subrayando el papel crucial de los Grupos de Apoyo Mutuo (GAM) en salud mental en *primera persona*, pues desempeñan un papel central en el activismo loco.

El capítulo V, titulado *Polifonías*, se centra en los relatos de vida de siete colaboradoras, esencia y núcleo de esta tesis. A partir de aquí, las voces de las colaboradoras y los aportes del trabajo de campo se entrelazan y convergen en los tres capítulos orientados a la discusión de resultados: el capítulo VI, *Violencias y encierro psiquiátrico*, el capítulo VII, *Subjetividades de la locura* y el capítulo VIII *Resignificaciones de la locura*. Estos tres capítulos evocan un viaje simbólico por los tres estratos de la Divina Comedia (2021): el Infierno, el Purgatorio y el Paraíso.

---

<sup>152</sup> He ubicado el *contexto de investigación* en la segunda parte de la tesis, porque he querido dar prioridad a las voces y los aportes del movimiento loco en este lado del espejo.

#### IV. CONTEXTO DE INVESTIGACIÓN. LA RESIGNIFICACIÓN DE LA LOCURA



Ilustración 22. Una Merienda de Locos.

Ilustración de Sir John Tenniel para *Alicia en el País de las Maravillas*.  
Lewis Carroll, 1985, p. 98.

—¿A que no sabes en qué se parece un cuervo a una mesa de trabajo?

«¡Perfecto! Vamos a divertirnos un poco», pensó Alicia. «Me alegro que hayan empezado a jugar a las adivinanzas» ... y añadió en voz alta:

—Creo que ya lo sé.

—¿Quieres decir que piensas haber encontrado la solución? —preguntó la Liebre de Marzo.

—Sí, eso es —dijo Alicia.

—En ese caso, deberías decir lo que piensas —prosiguió la Liebre de Marzo.

—¡Si es lo que estoy haciendo! —respondió Alicia rápidamente—. Por lo menos ... por lo menos... pienso lo que digo..., que después de todo viene a ser lo mismo, ¿no es así?

—¡En absoluto! —exclamó el Sombrero—. Es como si dijeras que «veo lo que como» es lo mismo que «como lo que veo». (Carroll, 1985, pp. 98-99).

#### 4.1. «POR NUESTRA CUENTA»: MOVIMIENTO DE LOS EXPACIENTES Y SOBREVIVIENTES DE LA PSIQUIATRÍA

A finales de 1960 e inicios de 1970<sup>153</sup>, en el marco de la lucha por los derechos civiles y humanos<sup>154</sup>, germinó el movimiento de los sobrevivientes de la psiquiatría<sup>155</sup>, protagonizado por personas psiquiatrizadas que habían sufrido experiencias de abuso y violencia (Pérez-Soto, 2009). En este contexto, surgieron diversos grupos para la defensa de los pacientes y supervivientes de la psiquiatría: en 1970 se fundó el *Insane Liberation Front* en Portland; en 1971 se creó el *Mental Patient Liberation Project* en Nueva York; en 1972, Judi Chamberlin fundó en Boston el *Mental Patient Liberation Front* [MPLF]; en 1973, por cuenta de Leonard Roy Frank<sup>156</sup> y Wade Hudson, se fundó el *Network Against Psychiatric Assault* [NAPA] en San Francisco.

A partir de dichos grupos, se articularon distintas movilizaciones y se puso en marcha la *Coalition Against Electroshock*, con lo que se consiguió limitar el uso del electrochoque como tratamiento involuntario en Berkeley, en el año 1982, pues el grupo acusaba públicamente a

---

<sup>153</sup> A pesar de que hay cierto consenso en situar el origen del activismo de las personas psiquiatrizadas en la década de los años 70 con el movimiento de expacientes o sobrevivientes de la psiquiatría, desde el activismo loco se rescatan algunas de las voces precedentes de personas psiquiatrizadas. Precisamente, Huertas (2020) realizó una aproximación a la historia del activismo loco y destacó algunos antecedentes que se reclaman y que influenciaron este movimiento; se trata de expacientes que tuvieron la oportunidad de narrar sus experiencias de los ingresos psiquiátricos como, por ejemplo, Elizabeht Packard (1816-1897), quien fue ingresada en el Manicomio de Jacksonville en 1860, por petición de su marido, y cuando consiguió salir dedicó su vida a defender los derechos de las personas locas —sobre todo las mujeres— y los derechos de las mujeres casadas, para que pudieran tener autonomía de sus maridos. También fundó la *Anti-Insane Asylum Society* (Himelhoch y Saffer, 1979 como se citaron en Huertas, 2020). Por otra parte, Javier Erro (2021), tal y como varios activistas ya habían indicado en la construcción genealógica del movimiento loco, mencionó la lucha del movimiento LGBTIQ+ —en ese contexto era denominado como «movimiento gay»— en el marco de la despatologización de la homosexualidad, como una experiencia pionera que marcaría el futuro del activismo en salud mental. Debido a las movilizaciones se consiguió que en el año 1974 la American Psychiatric Association [APA] retirara la homosexualidad del DSM y, más adelante, en 1991, se retiró también en el CIE, la *Clasificación Internacional de Enfermedades*. La despatologización de la homosexualidad es una de las narrativas que más se emplea para mostrar cómo la lucha puede traer la transformación y los derechos, y también para cuestionar la presunta objetividad de la psiquiatría y comprender su historicidad (Erro, 2021).

<sup>154</sup> Sobre el contexto político y cultural del movimiento de expacientes o sobrevivientes de la psiquiatría y su relación con el feminismo de la segunda ola en el campo de la locura, resultan interesantes los aportes de Tatiana Castillo-Parada (2019) que analiza la crítica por parte del movimiento de expacientes hacia la terapia feminista y contextualiza la emergencia del «feminismo loco» como acción política y teoría crítica que surge de la militancia de las mujeres locas.

<sup>155</sup> Me gustaría aclarar que las reivindicaciones del movimiento de los expacientes y supervivientes de la psiquiatría en este contexto comparten parte de los postulados del movimiento de la antipsiquiatría ya descritos en el capítulo I; no obstante, ambos movimientos tienen una relación compleja entre sí, y mientras que el movimiento de los expacientes se ubica en el activismo en *primera persona*, los psiquiatras críticos de la antipsiquiatría se limitan al ámbito académico o al activismo profesional (Cea-Madrid y Castillo-Parada, 2016; Erro, 2021; Huertas, 2020). Por esta razón, he situado el apartado de la antipsiquiatría en la primera parte de la tesis, mientras que las contribuciones de los expacientes se presentan al otro lado del espejo.

<sup>156</sup> Leonard Roy Frank (1932-2015), además de ser sobreviviente de la psiquiatría y activista por los derechos humanos, fue editor, escritor, aforista y conferenciante. Roy Frank fue ingresado en 1962 en un hospital psiquiátrico en San Francisco, con el diagnóstico de esquizofrenia paranoide, para lo cual recibió comas insulínicos y electrochoques que le produjeron pérdida de memoria. Cuando pudo salir del ingreso formó parte del movimiento de los supervivientes en psiquiatría. Además de fundar el NAPA de San Francisco junto a Wade Hudson, trabajó en *Madness Network News*. La obra de Leonard Roy Frank se puede encontrar en la web *psychiatrized.org*, véase: <https://psychiatrized.org/LeonardRoyFrank/FromTheFilesOfLeonardRoyFrank.htm> [consulta: 29 octubre de 2022].

los centros que aún aplicaban el electrochoque. Leonard Roy Frank (1990) narró su experiencia con el electrochoque en *Electroshock: Death, Brain Damage, Memory Loss, and Brainwashing*, y escribió una carta con su testimonio, que resulta bastante esclarecedora, en la que describe el electrochoque como una técnica destructora, de disminución de la inteligencia, dañina para el cerebro, de lavado de cerebro, que amenaza la vida<sup>157</sup>.

Cabe destacar la influencia de la revista *Madness Network News. A journal of the Psychiatric Survivor Movement*<sup>158</sup>, en la que las distintas agrupaciones y activistas colaboraron y compartieron reflexiones entre 1972 y 1986, y que resultó clave para la expansión del movimiento de sobrevivientes de la psiquiatría. Otro acto que consolidaría el movimiento fue el congreso anual *Conference on Human Rights and Psychiatric Oppression* que se celebró entre 1973 y 1985 (Cea-Madrid y Castillo-Parada, 2016; Erro, 2021; Huertas, 2020).

Judi Chamberlin<sup>159</sup> (1979), escribió *On Our Own: Patient Controlled Alternatives to the Mental Health System*, un texto que ha resultado fundamental dentro del movimiento loco. Judi Chamberlin invitó a que los supervivientes de la psiquiatría se organizaran «por su cuenta» —*on our own*—, sin la intervención de los profesionales ni las instituciones psiquiátricas<sup>160</sup>. En este texto, la autora describió su experiencia durante un ingreso involuntario en un hospital psiquiátrico. Judi Chamberlin sufrió un aborto y se deprimió por ello, después de ser ingresada le diagnosticaron esquizofrenia y tuvo que estar interna durante cinco meses en un hospital psiquiátrico de Nueva York. A este respecto, se reconocía a sí misma como «prisionera del sistema» y denunciaba que durante su encierro vivió en unas condiciones aterradoras y sufrió la suspensión de sus derechos civiles.

Al organizarse «por su cuenta», como postulaba Chamberlin (1979, 1994) y bajo los principios de la ayuda mutua y el autocuidado, se quería eliminar la relación jerárquica «profesional» y «paciente» y se invitaba a colectivizar las experiencias y los saberes de la *primera persona*. Por ello, los y las supervivientes de la psiquiatría se convertían en expertos por experiencia propia (Lewis, 2006; Morrison, 2013) y, de esta forma, se colocaba el lugar de enunciación en *el otro* o en *las*

<sup>157</sup> Para leer la carta completa véase: [https://www.iaapa.de/frank\\_letter\\_fda.htm](https://www.iaapa.de/frank_letter_fda.htm) [consulta: 29 octubre de 2022].

<sup>158</sup> *Madness Network News. A communication network for the interchange of energy and support of psychiatric survivors, mad, disabled, and neurodivergent people*. Véase: <https://madnessnetworknews.com> [consulta: 29 octubre de 2022].

<sup>159</sup> Judi Chamberlin (1944-2010) comenzó su activismo como sobreviviente de la psiquiatría después de salir de un ingreso involuntario en un hospital psiquiátrico. Además de ser activista en el movimiento de supervivientes de la psiquiatría, fue autora de *On Our Own*, un texto que ha resultado fundamental dentro del movimiento loco. Judi Chamberlin tuvo una vida muy prolífica, participó y presidió varios colectivos del movimiento de sobrevivientes de la psiquiatría, escribió varios artículos en los que defendía los derechos humanos en salud mental y formó parte del equipo que asesoró a las Naciones Unidas sobre discapacidad en nombre de *World Network of Users and Survivors of Psychiatry* (WNUSP) como representante de sobrevivientes psiquiátricos. Aparece también en el documental *Lives Worth Living* (2011), dirigido por Eric Neudel, sobre la historia del movimiento por los derechos de las personas con discapacidad. Véase: <https://www.youtube.com/watch?v=zS6qsGRqdhs> [consulta: 29 octubre de 2022].

<sup>160</sup> Es también relevante el artículo del historiador británico Roy Porter (1985) *The Patient's View: Doing Medical History from below*, pues resultó fundamental como paradigma de la historia de la medicina desde el punto de vista de los pacientes. A este artículo le siguieron otras obras que seguían en esta línea (Porter y Porter, 1988, 1989) y las obras de este autor que me han resultado especialmente interesantes para este trabajo versan sobre historia de la psiquiatría, *Historia social de la locura* (Porter, 1989) y *Breve historia de la locura* (Porter, 2003).

*otras*. En ese sentido, se reivindicaba el saber de la *primera persona*, el saber de los expacientes y los supervivientes de la psiquiatría y se reclamaba la capacidad de autoorganización, la necesidad de autoenunciarse y de renombrarse a sí mismas por fuera de los saberes y las disciplinas *psi*. Así, surgieron alternativas para gestionar colectivamente los malestares de forma no coercitiva y se plantearon procesos de desmedicalización, lo que, en última instancia, subvirtió también el orden simbólico del discurso experto resignificando la locura. Cabe destacar que el texto y la propuesta de Judi Chamberlin (1979, 1994) resultó, por lo tanto, esencial para la posterior eclosión del movimiento del Orgullo Loco —*Mad Pride*— y planteó varias de las ideas que resultarían fundamentales dentro del activismo loco (Cea-Madrid y Castillo-Parada, 2016, 2021; Castillo-Parada, 2019; Erro, 2021; Huertas, 2020).

## 4.2. ESCUCHANDO VOCES (HEARING VOICES)

El Movimiento Escuchando Voces de la Red Internacional Hearing Voices<sup>161</sup>, para las personas que escuchan voces, ven visiones o tienen otras percepciones inusuales, se desarrolla en varios países y se coordina a través de la Red Intervoice<sup>162</sup>, que es una organización creada en el Reino Unido en 2007. El germen del movimiento se remonta al año 1987 en Maastrich, Holanda, gracias a la iniciativa de Patsy Hague, una paciente del psiquiatra Marius Romme, quien consideraba que la escucha de voces, si bien era una experiencia inusual, no debía ser patologizada, sino que debía explorarse el sentido de las voces. Patsy Hague persuadió a su psiquiatra para que ahondara en esta perspectiva (Romme y Escher, 2012; Woods, 2013); de tal modo, junto con la psiquiatra y periodista científica Sandra Escher, pusieron en marcha un estudio y realizaron una convocatoria a través de un programa de la televisión holandesa. El objetivo de ello era mostrar esta perspectiva sobre la aceptación de la escucha de voces y buscar respuestas a través del público; a este respecto, buscaban personas que escucharan voces para indagar en las formas de afrontamiento que tenían. Se solicitó que las personas que escuchaban voces se pusieran en contacto con ellos y cientos de personas respondieron a la petición del programa, de las cuales 450 afirmaron escuchar voces (Romme et al., 1992).

Así, se dieron cuenta de que las experiencias inusuales se producían en mayor número del que pensaban y de que para al menos un tercio de las personas que contactaron con el programa, convivir con las voces estaba integrado en su día a día y no les suponía ningún problema. A partir de ahí, comenzaron a profundizar en las estrategias de afrontamiento que desarrollaban las personas que escuchaban voces y que no habían sido psiquiatrizadas y pudieron comprender que las personas que aceptaban las voces como una experiencia normal tenían más probabilidades de convivir adecuadamente con ellas. De este modo, parecía que el problema no eran las voces,

---

<sup>161</sup> *Hearing Voices Network: for people who hear voices, see visions or have other unusual perceptions* Véase: <https://www.hearing-voices.org> [consulta: 29 octubre de 2022].

<sup>162</sup> Intervoice es la Organización del Movimiento Internacional de Oyentes de Voces, una iniciativa que comprende la escucha de voces como una estrategia de supervivencia, una reacción sana a ciertas circunstancias. A este respecto, las voces son una experiencia compleja y significativa a ser explorada y no un síntoma a evitar. Véase: <https://www.intervoiceonline.org> [consulta: 4 noviembre de 2022].

como tal, sino la forma de afrontarlas y el significado que se les otorgaba (Romme y Escher, 2012).

Este estudio resultó fundamental para avivar la propuesta de la despatologización de la escucha de voces y, frente a ello, se planteaba que si las voces surgían después de una experiencia traumática, resultaba más significativo indagar en el significado que poseían esas voces en la vida de las personas que considerar a las voces, exclusivamente, como síntoma de una enfermedad a tratar<sup>163</sup>. A partir de ahí, el movimiento de escuchadores de voces empezó a crecer; ese mismo año, se celebró el primer congreso sobre la escucha de voces en Holanda; en el año 1988 se formó un grupo de escuchadores de voces en Manchester; y, más adelante, diversos grupos comenzaron a extenderse internacionalmente. En este contexto, la historia de Patsy Hague, que desafió a su psiquiatra, ha sido contada reiteradamente y opera como mito fundacional del movimiento de escuchadores de voces<sup>164</sup> (Woods, 2013).

En septiembre de 2009, Maastricht se erigió como la ciudad anfitriona del primer Congreso Internacional de Escuchadores de Voces, un evento que, desde entonces, se ha celebrado anualmente en distintos países<sup>165</sup>. Balius (2018), en su obra *Desmesura*, relata su viaje a Nottingham en 2010 para asistir a la segunda edición de este congreso, y comparte sus impresiones y experiencias al respecto:

Aquellas ideas que había leído, y según las cuales las voces son reales, constituyen una vivencia a la que hay que dar validez, dejaban de ser mera teoría para convertirse en algo palpable. Lo podías oír, oler, saborear... Casi estrechar entre las manos. El sentido del mundo que conocía había sido interrumpido. Más allá de lo que se dijera o no en charlas y talleres... No había que ocultarse, ni tampoco había que dar explicaciones. Tartamudear en las intervenciones. Abrazar un árbol al salir de una ponencia. Mover frenéticamente una pierna mientras se escucha. O quedarse dormido por el peso de la medicación. Todo estaba bien, todo estaba roto a la perfección. Aprendí que se pueden construir espacios donde hablar de lo que nunca se habla. (pp. 80-81)

Cabe destacar que Alcalá de Henares, Madrid, fue la sede del Séptimo Congreso Mundial de Escuchadores de Voces, celebrado los días 6 y el 7 de noviembre de 2015<sup>166</sup>. Para la organización

<sup>163</sup> Desde la psiquiatría hegemónica la escucha de voces se conceptualiza como alucinaciones auditivas verbales (AAV) y se comprende como síntoma del trastorno bipolar, la esquizofrenia o la psicosis. El tratamiento psiquiátrico se basa en reducir las alucinaciones o los episodios de manía en los trastornos bipolares y, para ello, se emplean fármacos antipsicóticos o neurolépticos.

<sup>164</sup> En la página de Intervoice se realiza una cronología del movimiento que precisamente comienza así: 1987 *Patsy challenged her psychiatrist*. Véase: <https://www.intervoiceonline.org/about-us/our-history#content> [consulta: 30 de octubre de 2022].

<sup>165</sup> En la página de Intervoice se puede consultar la cronología de los congresos que se han realizado. En el año 2010 se celebró en Nottingham, Inglaterra; en el 2011 en Savona, Italia; 2012 en Cardiff, Gales; 2013 Melbourne, Australia; 2014 en Thessaloniki, Grecia; 2015 en Madrid, España; 2016 en París, Francia; 2017 en Boston, USA; 2018 en La Haya, Países Bajos, 2019 en Montreal, Canadá; 2021 en Cork, Irlanda (se celebró online); 2022 en Porto Alegre, Brasil (se celebró de forma híbrida). Véase: <https://www.intervoiceonline.org/congress> [consulta: 30 de octubre de 2022].

<sup>166</sup> Más adelante ahondaré en ello, pero cabe destacar la importancia que tuvo el congreso de escuchadores de voces y el grupo Entrevoces para la consolidación del activismo loco en el Estado español. Véase: [https://entrevoces.org/es\\_ES/congreso/](https://entrevoces.org/es_ES/congreso/) [consulta: 30 de octubre de 2022].

de esta conferencia, se constituyó el grupo Entrevoces. Bajo el lema «Construyendo en común, construyendo lo común», el evento buscó tejer redes y sentido de comunidad entre las personas con vivencias de sufrimiento psíquico. Se trató de un encuentro entre pares, que se celebró con «la certeza de que se puede mirar y escuchar de otras maneras distintas a las que ahora mismo son dominantes y ensanchan el horizonte. Un horizonte que lleva demasiado tiempo clausurado» (Entrevoces, 2015, párr. 1).

Según la Red Intervoices, las percepciones inusuales son experiencias más comunes de lo que se piensa; de hecho, entre el 3 % y el 10 % de la población tiene experiencias inusuales y estas se elevarían al 75 % si se consideraran las experiencias puntuales como escuchar pronunciar tu nombre. Tres de cada cuatro personas tienen al menos una experiencia de escucha de voces a lo largo de su vida; asimismo, muchas de las personas que escuchan voces las consideran una parte positiva de sus vidas.

El movimiento de escuchadores de voces desafió las concepciones de la psiquiatría hegemónica, al presentar una perspectiva alternativa sobre las experiencias inusuales. En lugar de patologizar estas vivencias, promovió su aceptación y les asignó una nueva denominación creada desde fuera de las disciplinas *psi*. Este enfoque introdujo un cambio de paradigma notable, que resulta especialmente sugerente, pues invirtió la relación de autoridad entre los roles tradicionales de «psiquiatra» y «paciente». En esta nueva perspectiva, es la persona escuchadora de voces la que se convierte en experta por experiencia propia.

Así, se crearon grupos de expertos, con experiencia en *primera persona*, para hablar sobre las voces desde una perspectiva comprensiva, empática y despatologizadora. De hecho, para la mayoría de escuchadores de voces resultaba más beneficioso hablar con otra persona escuchadora de voces que con un psiquiatra (Woods, 2013). La experiencia de la escucha de voces es una experiencia significativa. El movimiento de escuchadores de voces no solo construye una identidad individual y colectiva a través del intercambio de historias y narrativas de vida, sino que también mejora la calidad de vida de las personas escuchadoras de voces (Woods, 2013)<sup>167</sup>.

No pueden humillar a la persona que se siente orgullosa. No pueden oprimir a la gente que ya no tiene miedo. Para mí, los logros del Movimiento de Oyentes de Voces son un recordatorio de que empatía, compañerismo, justicia y respeto son algo más que palabras, son convicciones y creencias, y las creencias pueden cambiar el mundo. (Longden, 2014, p. 7)<sup>168</sup>

---

<sup>167</sup> Para profundizar en la emergencia del concepto *escuchador de voces* como categoría identitaria y en el movimiento de Escuchadores de Voces (*Hearing Voices*), *The Voice-Hearer* de Angela Woods (2013), resulta un texto fundamental. Véase: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3836250/> [consulta: 29 octubre de 2022].

<sup>168</sup> Eleanor Longden forma parte del Movimiento *Hearing Voices*, es doctora en psicología y ha publicado varios trabajos sobre la recuperación, los grupos de escuchadores de voces y la relación de la escucha de voces con el trauma y la disociación (Dillon et al., 2012; Longden et al., 2012; Longden et al., 2012). Ha compartido su historia de vida en distintos espacios y expone que se debe distinguir la experiencia de la escucha de voces del diagnóstico de esquizofrenia. Sobre su experiencia con la psiquiatría y la escucha de voces, Eleanor Longden (2014) escribe *Las voces en mi cabeza*. Véase: <https://matriz.net/mys36/img/MYS36.pdf> Y la charla Ted (2012) *Learning from the voices in my head*, véase: [https://www.ted.com/talks/eleanor\\_longden\\_the\\_voices\\_in\\_my\\_head](https://www.ted.com/talks/eleanor_longden_the_voices_in_my_head) [consulta: 30 de octubre de 2022].

En conclusión, la visión despatologizadora adoptada por el movimiento de escuchadores de voces ha posibilitado la cohesión y la autogestión de las personas con experiencias inusuales. Esta perspectiva ha ofrecido una comprensión profunda y una interpretación significativa y legítima sobre la experiencia de la locura, fortaleciendo a su vez la consolidación del activismo loco.

### 4.3. EL ORGULLO LOCO (*MAD PRIDE*)

El 18 de septiembre del año 1993 un importante acto reivindicativo tuvo lugar en las calles de Parkdale de la ciudad de Toronto, provincia de Ontario (Canadá), cuando colectivos conformados por personas psiquiatrizadas, supervivientes de la psiquiatría y activistas marcharon en señal de protesta para que la ciudad conociera la voz de todas ellas y todos ellos. Ese día la ciudad de Toronto escuchó las voces de aquellos que estaban siendo estigmatizados por una sociedad que tenía una percepción negativa sobre las personas que tenían un historial psiquiátrico, y que era indiferente a los problemas que les afectaban como colectivo.

Uno de los motivos que detonó aquella movilización de septiembre de 1993 fue el prejuicio y el rechazo de algunos miembros de la comunidad vecinal a que antiguos pacientes del psiquiátrico de la zona pudieran vivir en sus barrios una vez recibida el alta. Pues, con la desinstitucionalización psiquiátrica y las nacientes propuestas de asistencia comunitaria comenzaron a surgir voces en la comunidad que cuestionaban estas medidas porque consideraban que las personas psiquiatrizadas que residían en sus comunidades podían representar algún tipo de peligro si no eran sometidas al control y a la vigilancia adecuadas (Porter, 2003). Así, uno de los objetivos de la movilización fue tratar de articular las luchas de las personas psiquiatrizadas y sobrevivientes de la psiquiatría con las luchas emprendidas por otros colectivos vulnerabilizados, y conectar con asociaciones vecinales de la zona para garantizar la integración de las personas psiquiatrizadas (Plaza, 2020).

Fue así como aquellas voces que se convocaron en las calles de Toronto bajo la consigna del Día del Orgullo de los Supervivientes de la Psiquiatría (*Psychiatric Survivor Pride Day*), que después adoptaría el nombre Orgullo Loco (*Mad Pride*)<sup>169</sup>, que atravesó las fronteras dando origen al Orgullo Loco. Este movimiento forma parte del activismo loco y está compuesto por varios colectivos que trabajan en la lucha contra el estigma de las personas psiquiatrizadas, la lucha por promocionar los derechos humanos, hacer cesar las violencias que se cometen en las plantas de psiquiatría, y reivindicar y visibilizar la identidad loca y las experiencias de vida de las personas psiquiatrizadas.

<sup>169</sup> El Orgullo Loco, en inglés *Mad Pride*, empezó a celebrarse en la ciudad canadiense de Toronto desde aquel 18 de septiembre de 1993, aunque la denominación *Mad Pride* se empleó por primera vez en 1999 en Inglaterra. Cabe destacar que, en Inglaterra, el *Mad Pride* surgió vinculado al movimiento libertario, incluso la letra «a» de la palabra «mad» inicialmente se representaba circulada, igual que el símbolo de la anarquía que representa la unidad y el equilibrio natural sin jerarquías. A partir de estas primeras experiencias vividas por personas psiquiatrizadas, sobrevivientes de la psiquiatría y activistas en las ciudades de Londres y Toronto, a finales de la década de los noventa el movimiento del Orgullo Loco se amplió a otros países en distintas regiones del mundo como Australia, Portugal, Brasil, Sudáfrica, Chile, Kenia, Ghana, Estados Unidos e Irlanda (CS Info Centre, 2008). Véase [http://www.csinfo.ca/bulletin/Bulletin\\_374.pdf](http://www.csinfo.ca/bulletin/Bulletin_374.pdf) [consulta: 9 noviembre de 2021].

Orgullo Loco es, por lo tanto, una agrupación de individualidades y colectivos que está conformada por las propias personas psiquiatrizadas, personas que conviven con sufrimiento psíquico en distinta intensidad o con experiencias psíquicas inusuales como la escucha de voces u otras (Plaza, 2020). Desde esa polifonía, el movimiento loco se ha dedicado a denunciar las violencias a las que son sometidas las personas psiquiatrizadas en el sistema de atención en salud mental<sup>170</sup>.

Es por eso por lo que el movimiento organiza un día de reivindicación, visibilización y lucha cada 20 de mayo, que los colectivos constituyentes llamaron Día del Orgullo Loco (Vaquero, 2021). Dicha denominación responde al propio carácter del colectivo, que alberga una diversidad de opiniones y posicionamientos políticos, a la vez que ostenta una disposición de orgullo y, en términos generales, considera que el modelo psiquiátrico biologicista obvia las biografías, la construcción diversa de subjetividades, las condiciones sociales y las opresiones sistémicas. Lo que se busca entonces con esta reivindicación es pensar en el sufrimiento psíquico desde fuera de su dimensión individual y reconocer su carácter estructural, emplazando una dimensión colectiva y politizada de la locura.

La politización de la locura lo que persigue, en última instancia, es la resignificación de un concepto, una identidad: el ser loco y el ser loca<sup>171</sup>. A lo largo de la historia, la categoría *loco* ha estado cargada de connotaciones culturales adversas. Es importante destacar, además, que la locura femenina enfrenta una doble condición subalterna, que establece diferencias entre las vivencias y la opresión entre ser loca y ser loco<sup>172</sup>.

Es precisamente siendo conscientes de esta realidad que los colectivos se organizaron, al reparar en la necesidad de resignificar el concepto de *locura*, dejar atrás el lenguaje que se ha empleado para oprimir y convertirlo en la afirmación de una identidad social positiva. Se trata, entonces, de

---

<sup>170</sup> En el blog *Orgullo Loco Denuncia* se recogen testimonios de las violencias de la psiquiatrización, relatos escritos en primera persona que describen distintas experiencias en que las personas psiquiatrizadas han sufrido violencias estructurales estando en las plantas de psiquiatría. La última entrada elaborada es la número 61, fechada a noviembre de 2021. Véase: <https://orgullolocodenuncia.wordpress.com> [consulta: 29 enero de 2023].

<sup>171</sup> Más adelante profundizaré empíricamente en este aspecto, por el momento basta con destacar que estas categorías no son categorías identitarias unívocas y esenciales, sino categorías plásticas que se construyen en la mirada crítica, en las prácticas y en los discursos de los colectivos y las individualidades.

<sup>172</sup> Los colectivos de mujeres psiquiatrizadas son plenamente conscientes de esta realidad. El grupo chileno *No es lo Mismo ser Loca que Loco*, integrante del Colectivo *Autogestión Libre-Mente*, subraya cómo la psiquiatría patriarcal refuerza la doble condición subalterna de la locura femenina. Véase: <https://locurafeminista.wordpress.com> [consulta: 11 de noviembre de 2021]. Aún así, el género no es el único determinante. Es esencial considerar las intersecciones de otras categorías que actúan como ejes de opresión: ser una persona trans, precarizada, racializada, discapacitada, no heterosexual, no joven, entre otras. La adscripción a una o varias de estas categorías aumenta el riesgo de sufrir violencia institucional en el sistema de salud mental.

En relación al impacto del racismo en la salud mental, resulta esclarecedor el artículo de Fátima Masoud (2019) donde la activista en salud mental, antirracista y feminista, destaca que el racismo es un determinante clave en los procesos de sufrimiento psíquico. Véase: <https://www.elsaltodiario.com/opinion/racismo-salud-mental> [consulta: 4 de noviembre de 2021].

Desde una perspectiva historia y conceptual, resulta reseñable el artículo de Grecia Guzmán (2021) en el que revisa la bibliografía sobre el movimiento loco y los movimientos antirracistas, tratando de buscar puntos de convergencia y de divergencia entre estas perspectivas, para buscar así una  *fusión*  de reivindicaciones (Guzmán, 2021).

reapropiarse del término *loca* y *loco* para convertirlo en un concepto de resubjetivación política, con el cual los colectivos de personas psiquiatrizadas y los supervivientes de la psiquiatría se reivindicaban orgullosamente locas y locos<sup>173</sup>.

Dentro del activismo loco otro punto que resulta fundamental es que las personas psiquiatrizadas sean el sujeto político de su propia lucha. Y es que se considera que la voz de las personas psiquiatrizadas ha estado cooptada por los profesionales *psi* y las asociaciones de familiares que, articuladas en la Confederación de Salud Mental España, han sido financiadas por la industria farmacéutica y han defendido la aplicación de medidas coercitivas en materia de salud mental, como el tratamiento involuntario ambulatorio (TAI) (Masoud, 2022).

Cito a continuación el siguiente fragmento extraído de una charla ofrecida por Fátima Masoud (2022) en las jornadas «Capitalismo y sufrimiento psíquico. Activismo en salud mental: diálogos cómplices», titulada *La Voz en Primera Persona*, la cual fue publicada en el blog de *Orgullo Loco Madrid* (Masoud, 2022). Me parece muy interesante citar el siguiente fragmento para comprender la pluralidad de las voces en *primera persona* y la importancia de la voz politizada que reivindica la activista, cuando enfatiza lo siguiente:

La voz en primera persona es muy diversa. Son retales que encontramos en Twitter, son personas famosas que aseguran que el psiquiatra les salvó la vida<sup>174</sup>, son también las voces que dicen que las tuvieron que encerrar porque estaba muy malita. La voz en primera persona es ante todo la voz avergonzada que te cuenta en un mensaje privado: a mí también me han atado.

Me interesa esa voz politizada, me interesa la rabia convertida en herramienta política. La voz en primera persona que se politiza, que se une en un grupo de apoyo mutuo, la voz que denuncia. (Masoud, 2022, párrs. 4-5)

En su artículo «*Por si las voces vuelven*»: *De bruces contra el fenómeno editorial del año*, Fernando Balius (2022) destaca la importancia de una voz colectiva y politizada en *primera persona*, en contraposición a las narrativas individualistas. Balius (2022) ofrece una crítica al libro de Ángel Martín (2021), *Por si las voces vuelven*, donde el reconocido cómico y presentador relata un episodio de crisis, su ingreso en psiquiatría y su posterior recuperación. Balius (2022) centra su crítica en la manera en que la locura suele ser representada, y a menudo aceptada, predominando un enfoque individualista. Según su análisis, Martín presenta, bajo el prisma de la mercantilización y la cultura del rendimiento, el sufrimiento psíquico como una oportunidad individual hacia el autodescubrimiento y una realización plena. Frente a esta perspectiva, el

<sup>173</sup> Como he indicado *reflexiones sobre el método*, en el subapartado titulado *los estudios locos (mad studies)*, este planteamiento de subvertir una categoría considerada negativa y estigmatizante como espacio de lucha y de resubjetivación política también se encuentra en los planteamientos de la teoría *queer* (Warner, 2000) y la teoría *crip* (McRuer, 2006); al igual que sucede con lo *queer* y con lo *crip*, dentro del movimiento loco la identificación como loca(o) es diversa y adquiere una multiplicidad de sentidos y significaciones.

<sup>174</sup> En relación con las personas famosas que han expresado públicamente que la psiquiatría les salvó la vida, conviene destacar aquí un hecho protagonizado recientemente por el músico James Rhodes, quien publicaba en sus redes una foto de él en posición de meditación, vistiendo una camiseta con el lema «*ir al psiquiatra es sexy*». Frente a esto, la cuenta activista antipsistema @las\_loles\_antipsistema replicó con firmeza: «Pringao!! La psiquiatría no es sexy, la psiquiatría es fascista, reaccionaria, es una pseudociencia, es asesina, es moralista, son camellos y curas». Véase: <https://www.instagram.com/p/Cm7NurpDZXn/> [consulta: 4 de enero de 2023].

activista reivindica la importancia de reconocer lo colectivo y elevar una voz politizada de la locura que denuncie y cuestione problemas estructurales y colectivos<sup>175</sup>.

### 4.3.1. La Eclósión del Activismo en *Primera persona* en el Estado Español

Al hacer una genealogía del movimiento loco en el contexto del Estado español, se identifica que las raíces del activismo loco se encuentran en el colectivo *Psiquiatrizadxs en Lucha*, surgido en la década de los setenta. A pesar de que este colectivo no tuvo un desarrollo muy amplio en el tiempo, opera como mito fundacional dentro de la narrativa del activismo loco, y es considerado un grupo iniciador del activismo en *primera persona*.

Adicionalmente, en la evolución del activismo es fundamental mencionar dos *fanzines* encabezados como *El rayo que no cesa* y *Enajenadxs*, este último vinculado estrechamente al movimiento anarquista<sup>176</sup>. Aunque *Enajenadxs* se publicó por primera vez en el año 2000 y culminó en el 2005, varios activistas con visiones similares sobre la locura continuaron coincidiendo en distintos espacios de orientación libertaria. Fue este cúmulo de encuentros el que, en 2006, dio lugar a la creación de la asamblea *Psiquiatrizadxs en Lucha y Compañerxs (PEL)* en Barcelona, que posteriormente también tuvo representación en Granada.

La asamblea PEL se estableció con el propósito de dar visibilidad al movimiento loco. Para ello, el grupo se involucraba en charlas, debates y publicaciones diversas. Se convirtió, además, en una red de apoyo mutuo y de cuidados para sus activistas, llegando a publicar una guía con recomendaciones y protocolos a seguir para quienes, al acudir al psiquiatra, querían eludir un ingreso involuntario (Erro, 2021). La creación de esta asamblea trascendió la mera difusión y organización de conocimientos derivados de vivencias personales y consejos para evitar la violencia institucional. Fomentó, más profundamente, un cambio de paradigma, poniendo en cuestionamiento la idea preestablecida de que solo los profesionales del ámbito *psi* detentaban el saber legítimo. En contraposición, se reconocía y colectivizaba un nuevo saber: el saber que brota de las *voces de la locura*, el saber de la experiencia en *primera persona*.

En el año 2010, el movimiento de la *primera persona* comenzó a ganar impulso, en gran parte debido a la influencia del movimiento *Hearing Voices* y, en particular, al impacto que generó el segundo congreso celebrado en Nottingham (Inglaterra). Varios activistas vinculados al proyecto

---

<sup>175</sup> Recientemente, supe que Ángel Martín está preparando el lanzamiento de un segundo libro sobre su experiencia de crisis, *Detrás del ruido*, que estará disponible a partir del 29 de noviembre de 2023. Esperaré pacientemente a leer los comentarios de Fernando Balius al respecto.

<sup>176</sup> Es importante aclarar que mi intención no es trazar una genealogía completa del activismo en primera persona en el Estado español, sino simplemente ofrecer algunas claves que permitan contextualizar el movimiento. En su libro *Pájaros en la cabeza: Activismo en salud mental desde España y Chile*, Javier Erro (2021) aborda con detalle la génesis y evolución del *fanzine* *Enajenadxs* (2000-2005). En su obra, Erro sitúa el contexto del anarquismo e insurreccionalismo de la época y entrevista al creador del *fanzine*, quién delinea las intersecciones entre el movimiento libertario, el apoyo mutuo y la salud mental en aquel periodo. Según relata el activista, el anarquismo ofrecía herramientas para confrontar la autoridad psiquiátrica, el insurreccionalismo conectaba con cuestiones emocionales, y fue de esta combinación la que inspiró a diversos grupos a desafiar las estructuras psiquiátricas (Erro, 2021).

PEL se sintieron inspirados a indagar sobre los Grupos de Apoyo Mutuo (GAM) (Erro, 2021). En este escenario, nació la web *Primera Vocal*. Esta plataforma se dedicó a traducir y divulgar diversos materiales relacionados con el malestar psíquico, adoptando una postura antiautoritaria y crítica frente al capitalismo. El objetivo era colectivizar los conocimientos de la *primera persona*, continuando con el legado de los *fanzines* y las charlas anteriores, acciones que se emprendieron en el marco de una «lucha por la autonomía y la dignidad de las personas psiquiatrizadas» (Primera Vocal, 2022).

En el año 2015, la ciudad española de Alcalá de Henares (Comunidad de Madrid) fue sede del séptimo Congreso Mundial de Escuchadores de Voces, congregando a más de 400 participantes provenientes de 27 países. Este congreso, como ya he indicado en el epígrafe anterior, pero convengo resaltar aquí, resultó ser fundamental en la eclosión del activismo en *primera persona*. Este evento marcó un punto de inflexión al consolidar una comunidad que no solo buscaba alternativas a la psiquiatrización, sino que también redefinía las experiencias inusuales como facetas inherentes a la condición humana. Dichas experiencias, se comprendieron vinculadas a contextos y significados específicos, así como interconectadas con factores sociales estructurales, como la clase y las desigualdades sociales, raciales, de género y contextos de abuso y sufrimiento. Bajo el lema «construyendo en común, construyendo lo común», el congreso enfatizó la necesidad de crear redes y espacios de apoyo mutuo. Se promovió una visión colectiva del sufrimiento psíquico, abogando por la autonomía y los derechos humanos. De este modo, se abrió un nuevo espacio de autogestión y aprendizaje colectivo sobre voces y experiencias inusuales, alejado de los tradicionales circuitos de salud mental y centrado en las verdaderas necesidades y derechos de las personas (Mad in (S)pain, 2017)<sup>177</sup>.

Tras la realización de este congreso, surgieron diversos grupos Grupos de Apoyo Mutuo (GAM), entre los que destaca el colectivo *Flipas GAM* (2017)<sup>178</sup>. También surgieron distintas agrupaciones que, motivadas por esta potencia política de lo colectivo, buscaban construir estrategias alternativas para afrontar y aliviar el sufrimiento psíquico.

En este contexto de politizar el malestar psíquico, surge el colectivo *Locomún*. Su objetivo radicaba en generar alternativas para el cambio, colectivizando los conocimientos, y proporcionando herramientas para afrontar el sufrimiento psíquico y denunciar la vulneración de derechos humanos que sufren las personas psiquiatrizadas en el sistema de salud. Dentro de sus iniciativas, *Locomún* impulsó la campaña #0contenciones<sup>179</sup>, dirigida a erradicar la cultura de la coerción en psiquiatría. Esta campaña en particular se enfocó en denunciar la práctica de las contenciones mecánicas<sup>180</sup>, que son:

<sup>177</sup> En este artículo se comparten, además, varios videos del congreso. Véase: <https://madinspain.org/congresohearingvoices/> [consulta: 30 de octubre de 2022].

<sup>178</sup> El manifiesto de Flipas Gam, véase: <https://flipartegam.wordpress.com/2017/02/08/manifiesto-flipas/> [Consulta: 6 de noviembre de 2021].

<sup>179</sup> Véase la página <https://www.0contenciones.org> del colectivo activista en salud mental Locomún [Consulta: 9 de noviembre de 2021].

<sup>180</sup> En el capítulo VI, concretamente en el apartado (6.3.4) denominado *Contenciones*, analizo empíricamente en las contenciones a partir de los relatos de las colaboradoras.

una práctica común en las unidades de psiquiatría del Estado español y otros países que consiste en atar a una persona a la cama con correas, sujetándola de la cintura, muñecas y tobillos para impedir que se mueva libremente. La persona puede permanecer atada durante horas o incluso días, dependiendo de la decisión del personal sanitario. La contención en el Estado español se suele practicar de forma opaca y no controlada (no es posible acceder a registros donde se explique quién es atado, por quién, por qué, durante cuánto tiempo ni cómo) y en caso de secuelas graves o mortales, queda impune. (0contenciones, 2021, párr. 1)

#### 4.3.2. Del «Escandalazo» al Orgullo Loco

El 10 de octubre de 2010, la Asociación Hierbabuena de Asturias marcó el inicio de las primeras movilizaciones del activismo loco en la calle con «El Escandalazo», un evento que combinó un pasacalle y una *performance* para defender los derechos de las personas psiquiatrizadas. Durante la manifestación, los participantes portaban máscaras y mostraban carteles con mensajes como «me duele tu ignorancia» o «me sobra tu miedo» (Dolader, 2021). A medida que avanzaba el acto, varios de ellos se despojaron de sus caretas, revelando sus rostros. Marta Plaza (2020) señaló que, en ese momento, las activistas asturianas que lideraron la iniciativa no eran conscientes de que acciones similares estaban teniendo lugar en ámbitos internacionales.

Cerca de cumplirse una década de esta significativa movilización, el 20 de mayo de 2018 se llevó a cabo la primera celebración del Orgullo Loco en el Estado español<sup>181</sup>, articulada entre varias ciudades y colectivos. Esta fecha, el 20 de mayo de 2018, marcó un hito importante en la historia del movimiento activista<sup>182</sup>, al unir en una marcha no solo a personas psiquiatrizadas, sino también a otros colectivos afines como los defensores de los derechos LGBTIQ+, los movimientos por la diversidad funcional y las activistas *disca*<sup>183</sup>, colectivos de lucha por el derecho a la vivienda, entre otros. Todos ellos marcharon bajo el lema «la locura lo cura» (Plaza, 2020).

Un año después, en la celebración de 2019, los colectivos se unieron bajo el lema «derecho a ser libre, derecho a ser yo». En el año 2020, debido a la pandemia ocasionada por el COVID-19, los actos conmemorativos se realizaron de manera virtual, a través de internet y las redes sociales, donde distintos colectivos del activismo loco se reunieron para reivindicar

---

<sup>181</sup> El Orgullo Loco se ha celebrado en las ciudades de Barcelona, Madrid, Gijón, Sevilla, Granada, Tenerife, Palma de Mallorca, Gran Canaria, Valencia, Santiago de Compostela, Pamplona, Valladolid, Albacete, Cáceres y Almería, habiéndose celebrado solo en algunas de ellas anualmente, mientras que en otras ciudades no se ha celebrado cada año. Cabe destacar que la celebración del Día del Orgullo Loco es independiente y se centra en las representaciones y las reivindicaciones de las personas psiquiatrizadas con sufrimiento psíquico o que han vivido experiencias inusuales en *primera persona*; mientras que en el evento del Día Mundial de la Salud Mental, el cual se celebra el 10 de octubre, participan las instituciones de salud mental y las federaciones de familiares, es decir, tiene un carácter más institucional.

<sup>182</sup> Correa-Urquiza, et al. (2020) realizaron un estudio muy interesante en el que analizaron las metáforas empleadas en Twitter por los activistas en esta primera edición del Día del Orgullo Loco en el Estado español donde profundizaron en las formas de expresión, búsqueda de alternativas y re-semantización que se han venido produciendo en el activismo loco.

<sup>183</sup> Vinculado a los planteamientos de la teoría *crip* y la crítica al sistema capacitista (McRuer, 2006), el activismo *disca* ha tomado fuerza en la última década en el Estado español y visibiliza la lucha anticapacitista y el paso del estigma de la discapacidad a la multiplicidad de identidades políticas *disca* y el Orgullo *Disca* y el Orgullo Tullido.

y compartir la lucha virtual mediante la cercanía que permitían las pantallas en medio de la coyuntura.

En el marco de estas celebraciones desde el colectivo Orgullo Loco Madrid se preguntó «¿qué significa para ti el Orgullo Loco?». En un artículo titulado *Orgullo loco: incordiando hasta la victoria* su autora, Marta Plaza (2020), destacó algunas de las respuestas recibidas a esta cuestión. A fin de destacar estas voces, a continuación, presento una selección de las respuestas:

Orgullo Loco es no volver a sentir vergüenza por lo que eres y por lo que te ha hecho el sistema. Es poder decir en alto: «Estoy orgullosamente loca».

Orgullo Loco es reconocerte con tus compañeras locas; practicar el compañerismo, el apoyo y la amistad.

Orgullo Loco es haberme dado cuenta de que el sistema funciona al revés, de que me han maltratado y he intentado meterme en una palabra y convertirme en un desagüe por donde cabían todos los psicofármacos que iban saliendo al mercado.

[...]

Orgullo Loco es empoderarte, es darte cuenta de que han vulnerado tus derechos humanos en el psiquiátrico, es comprometerte a luchar para que no le suceda a nadie nunca más en ningún sitio del mundo.

Orgullo Loco es celebrarnos y reivindicarnos locas, orgullosas, libres, desatadas, juntas y en red. (Plaza, 2020, párrs. 2-4, 10, 19)<sup>184</sup>

En el año 2021, el colectivo Orgullo Loco Madrid elaboró un manifiesto compuesto por 14 reivindicaciones clave que daban voz a las distintas preocupaciones del colectivo (Orgullo Loco Madrid, 2021). Dicho manifiesto fue la base para la manifestación que tuvo lugar el 29 de mayo, a la que asistieron más de 1000 personas (Masoud, 2022). Bajo el lema «contra las violencias psiquiátricas»<sup>185</sup>, se puso foco en el carácter estructural de las violencias institucionales que se producen en las plantas de psiquiatría. Esta movilización surgió de la necesidad de abordar y visibilizar las violencias psiquiátricas cotidianas, pues es necesario que «en un contexto en el que todo el mundo habla de salud mental, [*también haya alguien que*] hable de las violencias psiquiátricas que se producen todos los días en el sistema de salud mental» (Orgullo Loco Madrid, 2019, párr. 12)<sup>186</sup>.

<sup>184</sup> Marta Plaza (2020), escribió *Orgullo loco: incordiando hasta la victoria* días después de celebrar el Orgullo Loco en el 2020. Allí, además de profundizar en los actos del Orgullo Loco de ese año, presentó una genealogía sobre el Orgullo Loco desde su origen en las calles de Toronto hasta los diferentes actos realizados en el contexto estatal. Véase: <https://www.pikaramagazine.com/2020/05/orgullo-loco-incordiando-hasta-la-victoria/> [consulta: 9 noviembre de 2021].

<sup>185</sup> Algunos de los lemas del año 2021 fueron los siguientes: «Necesitamos cambiar el sistema y no que nos mediquen para soportarlo», «vente al Orgullo Loco porque no te libras de la psiquiatría ni aunque seas Britney Spears», «vente al Orgullo Loco porque hay que colectivizar toda esta ansiedad», «vente al Orgullo Loco porque estamos contra toda psiquiatrización del colectivo LGBTQ+», «locos son los que atan», «no son solo desequilibrios químicos; son sobre todo desequilibrios de poder», «vente al Orgullo Loco porque enloquece una vida cada vez más alejada de la naturaleza», «vente al Orgullo Loco porque las políticas neoliberales nos enloquecen», «vente al Orgullo Loco porque no necesitamos hospitales donde violen nuestros derechos humanos» (de Juan, 2021).

<sup>186</sup> En de Juan (2021), se destacan algunas de las reivindicaciones del *Manifiesto del Día del Orgullo Loco 2021*

Durante la celebración del Día del Orgullo Loco en 2022<sup>187</sup>, observé que una amplia variedad de medios de comunicación se hicieron eco de las manifestaciones, especialmente de la marcha celebrada en Madrid. En contraste con los años previos, la cobertura mediática en 2022 destacó por su incremento significativo<sup>188</sup>.

En los últimos años, el activismo protagonizado por la primera persona se ha ido fortaleciendo, y los actos reivindicativos del movimiento loco han ganado una creciente relevancia en distintos países. Específicamente, con relación al contexto español, si bien es cierto que los discursos se están problematizando y construyendo en colectivo, a partir de las múltiples, inconsistentes y, en ocasiones, contradictorias voces<sup>189</sup>, se puede hablar de un movimiento social. Esto se debe a que la existencia misma de estas voces y esta perspectiva ya son transformadoras en sí mismas (Erro, 2021).

#### 4.4. GRUPOS DE APOYO MUTUO (GAM) EN *PRIMERA PERSONA*

En el ámbito del activismo loco, las raíces de la ayuda mutua pueden rastrearse en varios movimientos y perspectivas comunitarias. Uno de los pilares en este aspecto es el anarcocomunista ruso, Piotr Kropotkin (1842-1921), con su destacada obra *El apoyo mutuo: un factor en la evolución*, publicada en 1902 durante su exilio en Inglaterra. Inspirándose en los viajes que realizó en su juventud por Siberia Oriental y el norte de Manchuria, Kropotkin observó diversos patrones de cooperación y sociabilidad tanto en el reino animal como entre las comunidades humanas. En contraposición a la idea darwiniana que enfatiza la supervivencia del más fuerte y la competencia como principal agente de evolución, Kropotkin subrayó el papel crucial de la interdependencia, la cooperación, la solidaridad y la ayuda mutua como elementos esenciales en la evolución (Kropotkin, 2016).

Las reflexiones de Kropotkin encuentran eco en el activismo loco, ya que desafían los paradigmas individualistas y competitivos hegemónicos en la sociedad y en la psiquiatría. En el

---

y se articulan estos destacados con los relatos de algunas de las colaboradoras de la investigación.

<sup>187</sup> El orgullo loco del 2023 se celebró el 3 de junio con el lema: «las psiquiatrizadas desatamos nuestra voz contra las violencias de todo el sistema de salud mental. Véase el cartel de Orgullo Loco Madrid: <https://www.instagram.com/p/CsTWq1yqAsv/?hl=es> [Consulta: 23 de mayo de 2023].

<sup>188</sup> Me gustaría recoger aquí algunos de los artículos y los medios de comunicación que hicieron eco del Día del Orgullo Loco del año 2022: El País publicaba el 30 de mayo de 2022 el siguiente titular «Orgullo Loco: los activistas de la salud mental se rebelan por un trato digno» (Flamarique, 2022). *La Vanguardia* publicaba el 28 de mayo de 2022 el titular «Orgullo Loco protesta contra «las violencias del sistema de salud mental» (*La Vanguardia*, 2022). *El Confidencial* publicaba el 28 de mayo de 2022 «El Orgullo Loco de Madrid: la reivindicación de un modelo psiquiátrico diferente» (Martínez, 2022). La revista *20 minutos* publicó el 7 de junio de 2022 un artículo titulado, «Orgullo Loco»: «Si la gente fuese consciente de la violencia que sufrimos, no lo aprobaría» (Rodero, 2022). El medio digital *Tercera Información.es* publicó el 8 de mayo de 2022 «El Orgullo Loco de Madrid celebra su quinto aniversario contra la violencia psiquiátrica, la sobremedicación y el silencio» (*Tercera Información*, 2022). [Tabla en Anexo IV, Tabla nº3.]

<sup>189</sup> Precisamente las redes sociales del colectivo Orgullo Loco Madrid permanecieron inactivas desde el 29 de septiembre del 2022 hasta el 9 de enero de 2023, debido a un proceso interno de reestructuración. Los miembros del colectivo pausaron su actividad pública para abordar y preferir dinámicas machistas, transfobas y racistas dentro de su grupo, según indicaron en sus comunicados (Orgullo Loco Madrid, 2022).

contexto del activismo loco, la noción de ayuda mutua implica la creación de espacios y redes de apoyo basadas en la solidaridad, el respeto mutuo y la no jerarquía, donde las personas con experiencias inusuales o malestar psíquico diverso se brindan apoyo emocional, compartiendo vivencias, estrategias de cuidado y herramientas de empoderamiento. En ese sentido, los principios del apoyo mutuo propuestos por Kropotkin (2016) se pueden ver reflejados en la concepción de los Grupos de Ayuda Mutua (GAM) en salud mental. Estos grupos se convierten en espacios de encuentro, aprendizaje y resistencia colectiva, donde se fomenta la autonomía y la autogestión de las personas psiquiatrizadas.

En un contexto en el que prevalece el individualismo, la solidaridad y el sentido de comunidad que se genera en los GAM se vuelven especialmente relevantes para combatir el aislamiento y la fragmentación. Como sostenía Marx, es a través de la interacción y las relaciones con los demás que se alcanza la verdadera libertad. «Solamente dentro de la comunidad con otros todo individuo tiene los medios necesarios para desarrollar sus dotes en todos los sentidos; solamente dentro de la comunidad es posible, por tanto, libertad personal» (Marx y Engels, 1958)<sup>190</sup>.

El surgimiento de los GAM en salud mental responde a la necesidad que sienten las personas escuchadoras de voces, las sobrevivientes de la psiquiatría, las personas con sufrimiento psíquico y experiencias inusuales, de crear espacios seguros donde puedan compartir sus experiencias fuera de los confines de la psiquiatría (Guzmán et al., 2021). Los GAM se presentan entonces como espacios de cuidado, reflexión y construcción de alternativas a la psiquiatrización. Frente a las prácticas coercitivas y los ingresos involuntarios prevalentes en el sistema de salud mental, los GAM se configuran como una alternativa que se basa en el acompañamiento y los cuidados, donde el saber y la experiencia de las personas que lo conforman se sitúa en el centro. Sin la presencia de profesionales los GAM actúan como refugios y se caracterizan por su estructura horizontal. Los GAM son un espacio en el que, *frente a la fuerza* del dispositivo psiquiátrico, se *reivindican los cuidados* (Vaquero, 2021).

#### 4.4.1. El Funcionamiento de los GAM

Los GAM en salud mental<sup>191</sup> surgieron a mediados del siglo pasado y principios del actual, en contextos anglosajones y europeos. Estos grupos, arraigados en un enfoque que prioriza los derechos humanos y conectados con el movimiento asociativo, han jugado un papel fundamental en el panorama del activismo loco (Primera Vocal, 2022).

Un GAM se configura como un espacio de escucha y comprensión entre iguales, fundamentándose en una política de cuidado y en un modelo autogestionado, horizontal y comunitario. Es un espacio en el que un conjunto de personas se reúne regularmente, ya sea de forma presencial o virtual, con el fin de compartir experiencias y reflexiones relacionadas con la

<sup>190</sup> Citado en Han, 2014, p. 14.

<sup>191</sup> Estos grupos no son exclusivos del contexto de la salud mental. En realidad, existen en diversas áreas de la salud, así como en diferentes situaciones de la vida cotidiana, abordando temáticas como las adicciones o los procesos de duelo entre otras.

salud mental. La esencia de los GAM reside en el apoyo mutuo y en la reciprocidad. En estos encuentros, los participantes comparten sus vivencias, saberes, fragilidades y emociones, siempre enmarcados por el respeto y la confidencialidad. La finalidad principal de los GAM es aprender colectivamente, fomentando el bienestar emocional y la calidad de vida de los participantes (Colectivo C, 2021)<sup>192</sup>.

Un GAM es una herramienta de apoyo colectivo que tiene como objetivo que los participantes abandonen el rol de «enfermo». Por este motivo, estos espacios prescinden de profesionales de la salud mental, reflejando el principio que defienden las colaboradoras cuando dicen es un: «por y para nosotrxs». En estos encuentros, es habitual discutir sobre estrategias de recuperación, enfrentamiento al estigma, relación con los profesionales, manejo de crisis, discriminación y cómo abordar el sufrimiento psíquico, entre otros temas. Más allá de temas directamente ligados a la salud mental, los GAM a menudo se adentran en cuestiones transversales que tienen impacto en el malestar psíquico, como las condiciones sociales y estructurales y otros aspectos más cotidianos, como los hábitos diarios, las actividades recreativas o la alimentación.

El objetivo principal de los GAM es construir un espacio seguro y de confidencialidad donde las participantes se sientan cómodas y pueden hablar abiertamente sobre experiencias difíciles, como puede ser el abuso sexual, o temas sensibles que serían tabú en otros contextos, como las autolesiones o los pensamientos de querer morir. En ese sentido, Mariona, una de las colaboradoras, me explicaba algunas líneas rojas en los GAM:

Los GAM tienen unas líneas rojas. Hay temas que, por ejemplo, se puede hablar del suicidio, pero no se puede hablar del cómo. Para no sugerir, para no dar ideas a otras personas. Yo creo que esto es muy interesante, porque puedes compartir lo mal que lo has pasado<sup>193</sup>.

Este aspecto es otra de las razones por las cuales en un GAM de salud mental no puede haber profesionales. Ante situaciones como la ideación suicida o las autolesiones, la presencia de un profesional podría conllevar directamente un ingreso involuntario. Al contrario, en los GAM el enfoque principal es el acompañamiento, incluso en situaciones difíciles como la ideación suicida no se cuestiona ni se impone qué se debería hacer.

---

<sup>192</sup> Como he detallado en el capítulo III, en la sección dedicada a la *observación participante* (3.3.2.1), tuve la oportunidad, gracias al *Colectivo C*, de formar parte de varias formaciones sobre la moderación de los GAM en salud mental. La información que comparto en esta sección no solo se sustenta en los valiosos materiales proporcionados por el colectivo, sino también de las vivencias durante estas formaciones y de la conexión y familiaridad que he desarrollado con el grupo. Además, he realizado varias entrevistas en profundidad a Rosa, que es moderadora de GAM y cuenta con casi una década de experiencia participando en estos grupos.

En el siguiente documento elaborado por Marta Plaza (2021) se enumeran distintos colectivos de activismo loco y GAMs en el territorio estatal. *ActivaMent, En el Límite Región de Murcia, En Primera Persona Andalucía, Flipas GAM, GAMMA, Grupo de Apoyo Mutuo y Movilización de Albacete, GAM Compostela, GAM de Escuchadores de Voces de Granada, GAM Valencia, Hierbabuena Asociación por la Salud Mental, Insania, InsPIRADAS, Mejorana, Oito Marias GAM, Orgullo Loco Madrid, Trebolmente y Zoroa*. En cada colectivo se forman distintos grupos de GAM, por zonas y por temáticas según las necesidades. Véase <https://www.pikaramagazine.com/2021/01/algunos-colectivos-de-activismo-loco-y-gams-en-el-territorio-estatal/> [Consulta: 22 de abril de 2021].

<sup>193</sup> 1. Mariona: 108.

En cuanto a aspectos más concretos del funcionamiento los GAM, la capacidad del grupo que consideran adecuada suele ser de entre 6 y 10 personas para asegurar una interacción activa de todos los miembros. La duración de las sesiones oscila entre 90 y 120 minutos, con encuentros que pueden ser semanales o quincenales, adaptándose siempre a las necesidades y disponibilidad del colectivo. Los GAM se caracterizan por ser grupos abiertos, lo que significa que pueden acoger a nuevas personas en cualquier momento.

En los GAM, se establecen normas básicas de funcionamiento que son consensuadas por los participantes. Estas normas incluyen el *respeto mutuo*, que implica tener un trato cordial, no discriminar, respetar turno de palabra, y abstenerse de dar consejos o juzgar a los demás. Además, se acuerda no mencionar los nombres de los medicamentos, y se promueve la *confidencialidad*, manteniendo la privacidad de lo que se comparte en el grupo, ni comentar los temas fuera del contexto de los GAM. La *inclusión* es prioritaria, aunque hablar no es obligatorio se asegura que todas las personas tengan la oportunidad de expresarse, evitando acaparar el tiempo de habla y contextualizando los temas y garantizando la comprensión de las normas. También se fomenta el *compromiso de asistencia* regular y sistemática, solicitando a los participantes que se comprometan a permanecer en el grupo durante un tiempo mínimo (*Colectivo C*, 2021).

En cada grupo, además de las normas básicas de funcionamiento, se pueden establecer acuerdos complementarios que se adapten a las necesidades específicas del colectivo. Antes de comenzar las actividades del grupo, se toma el tiempo necesario para decidir y consensuar qué acuerdos complementarios se implementarán.

El papel del moderador en un GAM es facilitar la comunicación: «Hay un moderador que hace que el GAM funcione. Hay una o dos personas que están atentas y están interesadas en que esto fluya, en que funcione, en que haya un respeto entre las personas»<sup>194</sup>.

La moderación de un GAM requiere cumplir con ciertos requisitos indispensables para garantizar un ambiente propicio para el apoyo mutuo. En primer lugar, es fundamental tener experiencia de procesos de sufrimiento psíquico o experiencias inusuales en *primera persona*, tanto para moderar como para participar en un GAM, ya que esto permite tener una comprensión profunda de las vivencias y necesidades de los participantes. Asimismo, se recomienda tener experiencia previa en la participación en uno o varios GAMs, ya que proporciona conocimientos prácticos sobre el funcionamiento de estos grupos. Además, es aconsejable contar con formación en moderación de GAMs, lo cual brinda herramientas y habilidades para facilitar los encuentros de manera efectiva.

La persona encargada de la moderación debe promover dinámicas que fomenten un ambiente seguro y respetuoso dentro del GAM, como hablar desde la experiencia personal, concretar y contextualizar los temas de conversación, respetar los silencios como parte del intercambio emocional, evitar hacer preguntas directas o intrusivas, y abordar los temas de conflicto o malestar del grupo de manera constructiva. Estos aspectos contribuyen a crear un espacio de confianza y respeto donde los participantes se sienten cómodos para compartir y recibir apoyo.

<sup>194</sup> 2. Rosa: 230.

Según Rosa, para que una persona sea una buena moderadora de GAM es fundamental que tenga respeto hacia las personas y que sea humilde: «Tiene que haber un punto de humildad, de no lo sé todo. Porque cuando uno no lo sabe todo, también da ese espacio al *otro* para aprender de él»<sup>195</sup>.

En un GAM, los temas a abordar suelen surgir de manera natural. Con frecuencia, al inicio de la sesión, el moderador consulta si los participantes tienen alguna cuestión específica que deseen discutir o algún comentario particular que quieran hacer. Si alguien decide contar algo, en ese momento ese tema se convierte en el tema central de la conversación. Además, si en una sesión anterior quedó algún tema sin concluir, puede ser el punto de partida para la siguiente sesión. Así lo describe Rosa:

Tú como moderadora puedes sacar algún tema que sea transversal. Pero las personas que forman parte del GAM tienen que sentirse dueñas y señoras de su GAM. Entonces pueden decidir en un momento dado cómo quieren que salgan los temas, si hay algún tema que quieran tocar más que otro<sup>196</sup>.

La persona que modera es quien gestiona los tiempos y determina los turnos de intervención. Los participantes pueden solicitar hablar levantando la mano o haciendo uso de la notificación del chat cuando es un GAM virtual. De esta forma, la moderadora procura que las intervenciones sean concisas, estableciendo, por ejemplo, un límite de dos o tres minutos por persona<sup>197</sup>.

Se intenta que nadie acapare la palabra todo el rato, se intentan evitar los monólogos. A ver, cuando hay una persona que está mal, que ves que necesita hablar se le da tiempo, se le da espacio, para escucharla. Pero cuando el grupo está más o menos, se intenta que se reparta el tiempo entre todos. Entonces la gente levanta la mano, hace una señal al moderador, entonces este intenta guardar los turnos. Por ejemplo, cuando es virtual está la manita amarilla esa que se levanta. Si por ejemplo, una persona ya ha hablado dos veces tiene la mano levantada pero otra no ha hablado y también tiene la mano levantada, el moderador siempre le da la prioridad a la persona que no ha hablado antes. Aunque el que haya hablado dos veces haya levantado antes la mano<sup>198</sup>.

Según explican las colaboradoras, cuando un grupo de GAM lleva un tiempo junto, y se han realizado varias sesiones, los participantes conocen las normas y no hace falta dar turnos de palabra, ni gestionar los tiempos, porque estas dinámicas ya están instauradas y el grupo lo hace naturalmente.

Recordar y respetar las normas del GAM es importante, pero también es importante que la comunicación fluya. De acuerdo con las colaboradoras, en ocasiones se dicen cosas, juicios de valor, o afirmaciones que en principio no deberían estar en un GAM. Pero, a veces, es más importante la fluidez de la conversación en la comunicación que respetar las normas al cien por cien. Así lo explica Rosa:

---

<sup>195</sup> 2. Rosa: 239.

<sup>196</sup> 2. Rosa: 242.

<sup>197</sup> Anotación DC, 25 de abril de 2021.

<sup>198</sup> 2. Rosa: 250.

Con lo que cuesta a veces que una persona hable, no es bueno decirle que esto no lo puedes decir, esto tampoco. Entonces, muchas veces, cuando llega alguien nuevo se le comentan las normas del GAM. La confidencialidad, no juzgar, el hablar siempre desde la experiencia propia, no dar consejos como el «has de...» o «debes de...». Nunca dar el nombre de los medicamentos, se habla de medicación pero sin dar los nombres. O por ejemplo, cuando hablas de suicidio, hablas del suicidio, de lo que te llevó a ello, de tus emociones y sentimientos pero nunca hablas de los métodos que usaste<sup>199</sup>.

La confidencialidad es un uno de los puntos más importantes en los GAM: «Si no hay confidencialidad, si las personas desconfían de los otros, no se sienten seguras para contar. Lo ves como un espacio hostil, para mí la confidencialidad es lo más importante de todo»<sup>200</sup>. Según explican las colaboradoras, más que juzgar lo que cuesta es no dar consejos.

En un GAM no se juzga porque no somos quien para juzgar. O sea, muchos de nosotros hemos hecho cosas, y hemos vivido cosas de las cuales no nos sentimos orgullosos. Entonces, es importante quitar el juzgar, yo no soy nadie para juzgar a otro, si en un momento de su vida, las decisiones que tomó fueron acertadas o no. Yo no soy juez. Juzgar implica muchas cosas que para nosotros son negativas y nos quitan de algo que es muy importante. A ver, lo que da legitimidad a nuestro discurso, al discurso de la *primera persona*, lo que da legitimidad al moderador dentro de un GAM, es la experiencia vivida, eso es lo que nos da legitimidad y hablamos desde ahí. Entonces, yo no voy a juzgar a los otros. Tú imagínate, si empezamos a juzgar, que si esto está bien, que si esto está mal, que si tuvieras que haber hecho esto, que si estás loco, porque ya puestos a juzgar...<sup>201</sup>.

El apoyo mutuo se extiende más allá de los GAM y suele involucrar una variedad de actividades dentro de los colectivos en *primera persona*. Además de los encuentros regulares en los GAM, se fomentan otras formas de apoyo mutuo. Las colaboradoras señalan la importancia del ocio y las actividades paralelas a los GAM. Así lo explica Rosa:

Cuando una persona llega con muchísimo malestar el GAM es super importante. Pero luego hay otra dimensión que es la dimensión social, la de salir, la de ir a tomar algo y conversar del tiempo sin más. Por ejemplo, es muy triste que llegue el sábado y no tengas a nadie con quien quedar, a nadie a quien llamar, ni con quien hablar, ni nada<sup>202</sup>.

Este ocio del que habla Rosa se plantea de diversas maneras. Según he visto a lo largo del trabajo de campo, este ocio puede ser ir al cine, a la playa, hacer un viaje, quedar para salir a tomar algo. Como dice Mari: «siempre desde ese sentimiento de estar en un espacio y con unas personas que sabes que pase lo que te pase te van a saber comprender en tus reacciones»<sup>203</sup>. Estas actividades adicionales fortalecen los lazos comunitarios, fomentan la solidaridad y contribuyen a la mejora del bienestar emocional y social de quienes participan en ellas. «La idea es relacionarse

<sup>199</sup> 2. Rosa: 250.

<sup>200</sup> 2. Rosa: 253.

<sup>201</sup> 2. Rosa: 247.

<sup>202</sup> 2. Rosa: 254.

<sup>203</sup> 3. Mari: 120.

sin más, y sin ningún objetivo terapéutico. Se trata más bien de recuperar las habilidades sociales y ésta es una forma de recuperarlas»<sup>204</sup>.

Nosotros todos los sábados hay una quedada y quedamos a las 5 de la tarde, para tomar algo, charlar, y sin más. Pues simplemente para socializar. Se empezó que éramos 4 o 5, y ha habido ocasiones que al principio éramos 2 o 3 personas. Ahora somos un promedio de 15 personas. Se va a buscar una vida social y una interacción con otros que uno muchas veces no tiene. Si que está establecida la quedada así cada sábado, pero luego allí unos quedan igual un día para ir a caminar, para hacer alguna otra actividad. Mira, por ejemplo, también quedamos para ir a ver los Reyes Magos, las carrozas de los reyes y nos fuimos a comer un roscón, quedamos en un bar. También hay quien queda para ir al cine o irse a una discoteca. Lo fijo es la quedada del sábado a la tarde, pero lo otro va surgiendo en el grupo. Pero ya te digo, que somos un promedio de 15 personas todos los sábados. En el grupo ahora mismo igual somos unas 40 y pico personas. Y estas personas van fluctuando. Estamos en un grupo de WhatsApp de la quedada de los sábados desde el 2016. Para estar en el grupo solo tienes que haber ido al menos una vez a la quedada de los sábados. Y luego por ese grupo también hablamos de otros temas y nos acompañamos<sup>205</sup>.

---

<sup>204</sup> 2. Rosa: 276.

<sup>205</sup> 2. Rosa: 259.

## V. POLIFONÍAS: EL SONIDO DE LAS MÚLTIPLES VOCES



Ilustración 23. Galimatrazo —*Jabberwocky*—.

Ilustración de Sir John Tenniel para *A través del espejo y lo que Alicia encontró allí*.  
Lewis Carroll, 1987, p. 47.

Es como si me llenara la cabeza de ideas, ¡Sólo que no sabría decir cuáles son!  
Lewis Carroll, *A través del espejo y lo que Alicia encontró allí*, 1987.

## 5.1. VOCES Y VIVENCIAS DE LA LOCURA

Es mi miseria la que hace que yo sea yo.

Simone Weil.

El conjunto de descripciones, percepciones y visiones que sigue compone una polifonía, un espejo roto de impresiones que emerge de la memoria de las colaboradoras y del saber de las experiencias compartidas. Narradas en el fragor de la emoción y la rabia, las historias de las colaboradoras permiten dibujar sus itinerarios de vida y acceder, en una revisión retrospectiva y desde el detalle, a la complejidad del entramado de relaciones y significaciones que se teje en los diversos contextos de su tránsito vital. Son siete los relatos de vida que debido a su significatividad se alzan en esta narrativa multifónica. Cada historia de vida de esta tesis es un relato contextualizado que aporta una perspectiva singular y enlaza de manera fluida con las acciones, contextos y tránsitos que se abordarán posteriormente en los capítulos orientados a la discusión de resultados.

En los subsiguientes capítulos VI, VII y VIII, las voces de las colaboradoras se transversalizan en la confluencia y oscilaciones de los diálogos narrativos de los aportes del trabajo de campo. Es posible que algunos fragmentos de las historias ya narradas en este epígrafe se repitan; una elección que he tomado conscientemente a pesar de su posible redundancia. Al mismo tiempo, hay narraciones que no se incluyen en este capítulo de *polifonías*, pero que se presentarán como viñetas etnográficas, en los capítulos de discusión de resultados permitiéndome significar aspectos clave, y aportar mayor profundidad y contexto a la investigación.

La secuencia narrativa que se despliega a lo largo de este capítulo sigue el orden cronológico que adopté durante el análisis de la investigación. Comencé adentrándome en la historia de Mariona, siendo esta la primera entrevista que había realizado. Su historia, teñida por una traumática experiencia de abuso sexual en la escuela, había dejado una profunda huella en su vida. Seguí con el relato de Rosa, quien también describe episodios de abuso y violencia en la infancia y las repercusiones que ha tenido en ella. Posteriormente, me sumergí en la historia de Mari, que destaca situaciones de violencia tanto en el entorno escolar como en el familiar. Proseguí con Esperanza, cuya narrativa se enfoca en las experiencias de violencia y el encierro psiquiátrico. Le siguieron los relatos de Lea y Marta, exponiendo primero las cicatrices de la psiquiatrización y luego, la luz del activismo en sus trayectorias. Y, siguiendo la secuencia de las entrevistas, concluí con los relatos de Dunia e Irene, cerrando así, temporalmente, este mosaico de voces y vivencias. Y, siguiendo la secuencia de las entrevistas, concluí con el relato de Dunia, cerrando así, temporalmente, este mosaico de voces y vivencias.

Como he indicado en el epígrafe del *Cubo de Rubik*, cada selección en los relatos y cada decisión en la escritura de esta tesis implica recortar, excluir e interpretar, porque por más que me pese, escribir es siempre un acto fragmentario. En cada voz y vivencia seleccionada, hay una forma de violencia en la que una palabra se impone por encima de la otra (Derrida, 1971). Debo

admitir que, la diversa longitud de los relatos refleja precisamente esta dificultad y angustia que he enfrentado al intentar condensar las experiencias de las colaboradoras y tener que recortar sus vidas entre estas páginas. Quisiera reiterar que he escrito esta tesis desde el profundo respeto que siento por las historias de las colaboradoras, reconociendo que ninguna palabra que yo escriba podrá capturar la complejidad y el sufrimiento que han experimentado al enfrentarse a diversas formas de violencia en sus vidas.

Con el propósito de respetar las voces de las colaboradoras y permitiendo que resuenen con toda su sonoridad, he optado por presentar los relatos sin filtrarlos a través de mi propia escritura e interpretaciones, para no perder la literalidad y la subjetividad de los testimonios recopilados, pues lo sugerente es escuchar la diversidad y la complejidad que emana de sus múltiples voces y vivencias narradas. Las voces de las colaboradoras son voces de conocimiento desde donde se deslizan los saberes encarnados, voces que muchas veces quedan invisibilizadas pero que, contra todo destino clínico, se nombran a sí mismas.

Anna Pagés (2022), reflexiona sobre la voz en una filosofía sonora y afirma que, ante el peligro del enmudecimiento señalado por Canetti<sup>206</sup>, para que la filosofía se revele debemos preguntar sobre «el sonido de su voz»<sup>207</sup> (p. 14). El siguiente capítulo no es otra cosa que un viaje a través de la pluralidad y los sonidos que emanan las distintas voces y vivencias de las colaboradoras, en un intento de dialogar y una voluntad sincera de aprender con ellas.

A partir de este momento y hasta el próximo capítulo me despido. Las palabras que tecleo no me pertenecen. Lo que van a leer en las siguientes páginas, es el sonido de las múltiples voces de las colaboradoras.

---

<sup>206</sup> Se refiere a *La lengua salvada* de Elias Canetti (2005).

<sup>207</sup> Anna Pagés (2022) en *Queda una voz* se pregunta qué somos al tomar la palabra y cómo localizamos la voz en el texto, en el cuerpo, en la melodía, en el cielo y en la locura. De esta forma explora las dimensiones de la voz, encarnada, letrada, cantada, dactilar, celestial e imparable, sugiriendo que todas ellas son formas de entrar en una filosofía sonora.

### **5.1.1. MARIONA**

#### **Los Vómitos eran una Forma de Decir lo que me estaba Pasando**

Son tantas cosas tan unidas, muchas veces son una maraña de situaciones en la que una situación está ligada con otra. Y tantos factores que realmente creo que es verdad que lo que vivimos en las primeras etapas de nuestra vida nos condiciona en nuestra vida adulta. Yo, por ejemplo, ya la situación de mi nacimiento. Mi madre ya tenía cuatro hijos de un matrimonio anterior. Tenía un restaurante y resulta que conoció a un constructor que al principio era su cliente, que venía al restaurante a menudo a comer. Fueron llevándose bien y de ahí acabé naciendo yo. Pero lo que pasa es que él estaba casado, y sigue estando casado con la misma mujer. Y a mí nunca me lo han dicho directamente, pero sé que él no quería reconocermé. Yo adquirí mi apellido a los tres años, con demanda de paternidad por medio. Me imagino, porque mi madre hace escasos meses me contó que para reconocermé como hija había necesitado el testigo de mi abuela y de una amiga, es que en esta época hace 29 años las pruebas de ADN no eran tan usuales como ahora, no se hacían tan fácilmente entonces con el testimonio bastaba.

Y bueno, yo había crecido con esta imagen de familia normal. Pero ya en las primeras etapas del colegio empiezas a ver que eso no es normal. Por ejemplo, una vez haciendo una actividad en clase cuando yo tenía cuatro años, me encontré con que nos hacían hacer unas casitas en papel, pegadas con velcro en un mueble y que pusiéramos redonditas en estas casas, como señalando los habitantes que representaban nuestra familia. Yo sí o sí quería hacer dos casas. Una la de mi madre y otra con mi padre y mis hermanos, porque tengo dos hermanos por parte de padre, de los cuales conozco al pequeño, pero al mayor no, el mayor nunca se ha interesado. Y resulta que mi profesora me regañó, mi profesora me regañaba diciéndome que no podría hacerlo así, que a mí solo me tocaba poner una casa. Que mi familia era esa y ya está. O sea, sensibilidad cero. Ahora me gustaría ver cómo lo llevan actualmente los profesores los temas de divorcio y estas cosas.

Después más mayor también me encontré con otras actividades, como, por ejemplo, hacer una redacción sobre tu padre. Y no podía ser otra persona. Ostras, a mí me chocaba porque yo pensaba, tan válido es mi padre como mi madre. ¿Qué iba a explicar yo de mi padre? ¿Qué bueno puedo explicar? Hice una redacción sobre un accidente que tuvieron mis hermanos en el cual casi se quedan ahí. Y esto lo hice con 10 años. Explicando su experiencia de vida y muerte, y cómo estaban superándolo todo. Ah, entonces un montón de compañeros me empezaron a decir, que si tenía que ser sobre nuestro padre y entonces yo recuerdo que me puse a llorar. Ahí, en medio de clase, y yo recuerdo que el profesor como que no decía nada.

Y bueno ahora voy a volver un poco para atrás porque a raíz de los abusos que yo sufrí a los 6 años, en el colegio me fue pasando lo que me fue pasando, en estas interacciones en las que yo terminaba con tierra en mis partes íntimas. La agresión que sufrí en grupo, a los 6 años, fue bastante caótica. Estábamos tan tranquilamente en el comedor jugando

al Rey León cuando me dicen... ¿quieres que juguemos a algo nuevo? Me dijeron, pero es peligroso y no se lo puedes contar a nadie. Sobre todo, me recalcaron que no se lo podía contar a nadie. Pero eran tres, tres niños, pero bueno vinieron más después porque había como una verja. Pues tocaron todos en la verja a mirar, vinieron las señoritas del comedor, y bueno se metieron entre medias y dijeron a los niños que no miraran.

Después me acuerdo de que cada vez, cuando empezábamos las clases por la tarde, nos hacían poner en corro y explicar cada uno cosas que nos preocuparan. Cosas que nos inquietarán o cosas que queríamos preguntar pues que lo preguntáramos. Y yo, por ejemplo, una vez pregunté quién era Pinochet, pues por sacar un tema ja, ja. Pues no sé cosas que yo iba oyendo y lo decía. Y yo ese día me acuerdo de que quería preguntar lo que me había pasado, quería explicar lo que me había ocurrido. Yo qué sé, explicarlo porque a mí esto nunca me había pasado, entonces pedí turno de palabra y en la que pedí turno de palabra los tres niños, me miraron con una mirada fulminante que ahora lo recuerdo y pienso cómo con seis años puedes tener esa clase de mirada...

Esa tarde llegué a casa y al bajar del del bus me encontré con mi madre. Yo traía dentro como una fase de euforia que no acabo de comprender. Empecé a decirle «¡me han follado! ¡mamá me han follado!». Porque esta frase, esta palabra la aprendí justo cuando me estaban haciendo aquello. Y yo decía «¡mamá, me han follado!» pero en un grito. Y claro mi madre «calla, calla, calla, baja la voz, calla estas cosas no se dicen». Y claro bueno mi madre fue a hablar con la directora del colegio y la directora le dijo que esto eran cosas de críos. O bueno, esto es lo que a mí me han dicho.

Recuerdo que en el colegio había un psicólogo y nos mandó llamar a dos niñas, nos hizo hacer una especie de test o algo así. Años más tarde hablando con mi hermana, salió el tema. Y me dijo que desde el colegio insistían en que yo tenía hiperactividad, pero yo me imagino que mi madre no hubiera querido medicarme y rechazaría el diagnóstico. Yo me imagino que mi madre ahí no quiso saber ni de psicólogos ni de nada, mi madre es anti-vacunas y anti todo ja, ja...

Más adelante sí, tal vez porque bajaba mi rendimiento, estuve dos años yendo al psicólogo. Pero mi madre casi que no quería ir al psicólogo. Iba siempre mi hermana. Siempre que la psicóloga me veía a mí, después hablaba con mi hermana. Típico me hacían hacer dibujitos, e intentaron que participara en un campus de estos de verano, para que estuviera con otros niños. Me inscribieron en el campus de verano del pueblo de al lado, para que me relacionara con otros niños que no eran los habituales. Y bueno la experiencia fue que yo me aislé. Yo me aislaba. Yo me aislaba al hacer las actividades, no quería ir delante de otros niños, no quería hacer nada. Es que yo era ya tan desconfiada, era tan desconfiada, que no quería saber nada de otros niños, no quería relacionarme, y cuando me relacionaba era casi a hostias.

Bueno es que me generaba total rechazo el hecho de interaccionar con otras personas. Y me llevaba mejor con las personas mayores, lo cual es contradictorio, porque después

de los abusos que sufrí a los 6 años, corrió la voz, y sobre todo niños más grandes se acercaban a mí, para... bueno como para jugar un poco conmigo así «de esta manera». Pero bueno, yo al haber tenido mis hermanos que eran más mayores siempre me llevaba mejor con gente mayor que no con la gente de mi edad. Y bueno, pues eso que yo pasé los años, casi siempre con el mismo grupito de amigos, no me gustaba conocer gente nueva. No me gustaba interaccionar demasiado, necesitaba entornos seguros, controlar mi espacio personal, que nada se saliera, porque en cuanto algo se salía, yo me convertía en otra... bueno a mí es que me salía, yo le llamo mi *Chucky*<sup>208</sup>. Me salía otro carácter que no era, no era como te estoy hablando ahora ja, ja, ja.

Cuando era pequeña, cuando tenía entre 8 y 10 años, la psicóloga me catalogaba como «entornos desestructurados». Claro la psicóloga de la escuela decía que la culpa de todo estaba en mi familia desestructurada. Sí claro, como que en el colegio no ocurría nada. En el colegio nos llevábamos todos tan bien. Y jugábamos todos súper bien. Si, si con las palas y los cubitos, si yo te contara yo donde terminaba la pala, joder. O sea, es que no sé si eran conductas, pero está claro que a mí me sexualizaron muy pronto. Claro, después lo vi, que mis relaciones, mi modo de ver el amor y el sexo, acabó de una forma, que quizás si hubiera sido de otra manera no hubiera estado todo tan distorsionado.

No sé, la psicóloga decía como que mi madre era demasiado sobreprotectora y que todos mis problemas venían de ahí. Parece que en la escuela no estaba pasando nada. Mentira. Todo mentiras. Y ellos lo sabían. Incluso es que yo una vez traté de hablar de ello. A los 11 años creo que yo lo dije. Se lo dije además a una amiga y la muy puñetera se fue de la lengua, y lo acabó sabiendo toda la clase, las clases de al lado, todos los puñeteros cursos. Incluso una vez me hicieron una encerrona en el baño, como para burlarse de mí. Y claro, ningún profesor se pronunció.

Incluso una vez en la clase de religión me dejaron en evidencia. Bueno, yo en realidad iba a ética, que era la alternativa a la religión, pero hubo un día que la profesora no estaba disponible. Y tuvimos que ir a clase de religión básicamente para tenernos controlados. Y ese día al profesor de religión se le ocurrió poner un vídeo sobre el milagro, la paloma y la Virgen María. Y, de repente, surgieron voces diciendo mira Mariona ya no es virgen. Y ¿tú crees que el profesor de religión dijo algo?

Incluso hubo una vez cuando a mí me vino la regla, que por la noche estábamos con mi madre en el sofá y ella estaba dormida y, de repente, la desperté, porque se me ocurrió la fantástica idea de preguntarle si me iba a quedar embarazada por haberme venido la regla y haber sido abusada a los 6 años.

Creo que el abuso me marcó mucho y las consecuencias que ha tenido para mí han sido nefastas. Bueno, el caso es que yo luego a los 16-17 empecé con problemas de tricotilomanía. Yo misma pedí atención médica. Fui al centro de salud mental de la comarca, y me encontré

---

<sup>208</sup> Chucky es un muñeco de la saga de películas de terror de Tom Holland (1988) *Child's Play*, conocida como el Muñeco diabólico.

con una psicóloga muy estúpida que yo le dije creo que tengo tricotilomanía, y entonces ella me dijo: ¿y eso qué es? Entonces claro yo pensé, pero... ¿te tengo que explicar yo a ti que es que tú eres la profesional?

Mira, la tricotilomanía es la manía de tirarse del pelo, está con los obsesivos, es una manía que no puedes controlar, que es compulsiva. Y esto curiosamente empezó a los 16, pero yo tengo vómitos psicógenos desde los 6 años, desde el abuso. Los vómitos eran como una forma de yo decir lo que me estaba pasando. Ya que no podía decirlo de viva voz, porque me insistían de que no lo dijera. Pues yo de pequeña vomitaba en cualquier sitio. Vomitaba en cualquier árbol. Pues yo lo decía así, a mí me está pasando algo. Y luego, lo que pasa es que al tenerlo desde tan pequeña lo terminé normalizando. Tragándomelo. Mi pareja, Abel, cuando nos conocimos me insistía en que vomitara, como que era una forma de que lo sacara. Yo le decía es que es imposible que yo saque todo el tiempo si es que estoy en mitad de la calle no voy a estar vomitando. O sea, yo he estado trabajando en trabajos, que me estaba preguntando ¿cómo es posible que esté trabajando y teniendo vómitos? Por ejemplo, yo he trabajado mucho en el sector alimentario. En fábricas donde ponía que no se puede comer. A ver, si estoy teniendo vómitos y me lo estoy tragando es como si estuviera comiendo ja, ja.

Bueno el caso es que yo a partir de ahí, cuando empiezo con la tricotilomanía, como que empecé a asumir los problemas, y empecé a asumir lo que me pasaba. En esta época yo estaba ya en tratamiento psicológico, psiquiátrico todavía no. Pero el caso es que cuando fui a casa le pregunté a mi mamá, mira mamá ¿por qué tú no hiciste nada cuando pasó aquello en la escuela? Y su respuesta fue que tenía miedo de mi padre, de que mi padre la denunciara por mala madre o algo así. Bueno yo la verdad no lo acabé de entender, porque pensé ¿qué pinta mi padre en esta historia?

Porque, a ver, mi madre intentó tener una relación con mi padre, mi padre la engañaba diciéndole que iba a dejar a su mujer, incluso le llegó a decir que su mujer tenía cáncer, que su mujer se iba a morir, y que después de que su mujer muriera iba a estar con ella. Después mi madre conoció a otra persona y se empezó a distanciar de mi padre.

Ya en el instituto, me encontré con que mis amigas se estaban haciendo como más mayores que yo. Yo quería salir y mi madre no me lo permitía. Por eso lo notaba como que se hacían más mayores que yo, porque les dejaban salir de fiesta a la discoteca, y a mi madre le daban ataques de ansiedad si a esa edad yo salía, por el miedo de que me pasara algo. Y bueno yo cambié de grupo de amigas porque, esto lo supe más tarde, pero una de ellas incluso llegó a extorsionarme de forma online, haciéndose pasar por un chico. Era mi mejor amiga, y esto fue lo que más me dolió. Y bueno yo en esta época empecé a ver cosas raras, como que me dejaban de lado, que no me decían para quedar. Había una chica que también lo estaba pasando un poco mal porque su hermana había sido operada recientemente de colon y había faltado mucho a clase, a esta chica también le hacían el vacío. Esta chica vino a hablar conmigo, a pedirme consejo, y yo sentía que iba por el mismo camino. Y claro, yo empecé a ver cosas rarísimas, que no me cuadraban y pensé tengo que alejarme. Y les dije

a la cara ¿qué os ha pasado conmigo? ¿qué os pasa conmigo? Y no tenía respuesta, tenía el vacío. Y nada por esta época también se empezó a meter una chica conmigo. Y bueno pues yo empecé a ver cómo eran ellas, y con esta chica a la que le habían hecho el vacío simplemente por tener una situación delicada pues yo me empecé a juntar con ella. A salir de fiesta con ella, a convencer a mi madre, mamá no va a pasar nada. Y nada empecé a hacer nuevas amigas. Después empezó a aparecer más gente, y bueno cuando empezó a aparecer más gente yo como que empecé a perder el control de todo y dije yo ya hasta aquí.

Entre medias empecé a fijarme que me interesaban las chicas. Y conocí *online* a una chica, que se convirtió en mi primera novia. Y todo bien, muy bonito, un fin de semana ella venía a mi casa otro fin de semana y yo iba a la de ella. Yo me llevaba muy bien con sus padres y con sus hermanas. Mi madre lo aceptó a regañadientes. Bueno de hecho cuando ella ya veía que yo hablaba *online* con chicas, incluso me llegó a pegar. A pegarme un bofetón en la cara porque le daban miedo esas cosas. Y ella insistía en que no quería que yo fuera así. Y bueno al final como que a regañadientes lo fue aceptando porque ella veía que yo así era feliz.

Lo malo es que en esa época empecé a sufrir los celos de mi hermana. Después de mi hermana mayor viene mi hermana mediana que bueno, con ella tengo una diferencia de edad considerable, me lleva 16 años. Ella justo se acaba de separar del novio y los habían desahuciado del piso. El novio la dejó a las tres semanas de parir, total que se vino a vivir a casa y celosa perdida porque yo tenía contacto social. Y ella claro a cargo de su hija, entonces sentía celos de mí. Mi pareja cree que ella también es TLP<sup>209</sup>, bueno TLP y más cosas, incluso con un trastorno paranoide, o algo así. Y bueno yo me intentaba defender y claro a mí me salía mi TLP a ella no sé lo que era, pero acabábamos tirándonos de los pelos, cuando ella era una persona adulta. Y claro, luego yo llorando, diciéndole a mi madre mamá mira lo que me ha hecho. O sea, yo con 17 años llorando, que no es plan. Además, yo es que hace años que había dejado ya de llorar, porque lo veía como algo inútil. Después de todo lo que yo ya había pasado, como que ya yo no tenía nada por lo que llorar.

Al final con mi novia acabó todo mal, porque yo empecé a sentir celos de sus amigas, bueno total... yo creo que aquí, en esta época, empezó a salir el TLP. Porque yo tenía un humor muy cambiante. Estaba justo también la época de la selectividad cuando yo lo dejé con ella, entonces eso también me afectaba en el humor. Y bueno al final acabamos rompiendo. Yo estaba con mi idea esa loca en la cabeza, de irme a estudiar a Barcelona y después irme a Irlanda. Y nada, bueno al final se quedó en nada, porque mi padre se negó a ayudarme con la universidad. Llegó a decir que le tenían que operar del corazón, cuando era mentira. Y nada pues al final nada de nada.

Empecé a trabajar, en plena crisis económica, pues a buscar curro. Fui trabajando en cositas, pero no encontraba nunca nada estable. Eso a mí me carcomía por dentro. Empecé

---

<sup>209</sup> Trastorno límite de la personalidad (TLP).

con depresión, también por haberlo dejado con mi ex. La doctora de cabecera me recetó Citalopram y nada, iba haciendo. Iba haciendo. Pero yo todo el rato estaba preocupada, porque no tenía trabajo y me sentía como una carga. Que en realidad es como me había sentido durante toda mi vida. Porque yo incluso cuando era más joven yo he llegado a preguntarle a mi mamá: Mamá ¿por qué me hiciste? Mamá ¿por qué me has tenido? Se lo preguntaba llorando y llena de rabia. Y mi madre me decía: ¡cállate!, ¡estas cosas no las tienes que decir! ¡yo te tuve porque yo quise! En realidad, luego mi padre me contó que ella le vino un día y le dijo mira que me he quedado embarazada, y mi madre quería abortar y que mi padre le dijo que no lo hiciese. Es decir, el quedó como el salvador de la película. Pero no me creo nada de nadie.

Mira hace como unos dos años estaba trabajando en un supermercado de cajera. Resulta que me iba a ir a desayunar y cerré la puertecilla de la caja. Me viene un hombre por detrás, me giré y vi que era mi padre. Mi padre con el cual llevaba tres años sin hablar. Le di mi número de teléfono, y bueno ya empecé a querer conocer su historia, porque yo conocía la de mi madre, pero no sabía cuál era la versión de mi padre. Solo sé lo que me ha contado mi madre, pero claro mi madre también puede exagerar ciertos detalles, y yo quería tener también mi propia versión.

Entonces empecé a quedar con él, para ir a comer, ir al cine. Él era y sigue siendo una persona que tiene dificultades para caminar, ya va a hacer ahora 73 años. Y bueno resulta que empezamos a conocernos más, conocí a mi hermano a mis sobrinos. Y bueno básicamente él me explicaba cosas, como que mi madre se había quedado embarazada de esta otra pareja con la que había estado... y también muchísimas otras cosas inconexas que no tenían sentido. Y bueno que yo me las creía a pies juntillas pero que después mi padre se ha destapado como un mentiroso. Decía que íbamos a ir a vivir juntos a un piso, que íbamos a restaurar nuestra relación como padre e hija. Y bueno acabó siendo todo mentira. Es una persona que es mitómana. Se cree sus propias mentiras y te las hace pasar como verdades. Y te da tantos detalles que son creíbles que es muy fuerte, porque yo durante estos dos años, que había retomado la relación con él, me lo creía todo.

Después, en septiembre del año pasado, me vine a vivir a Galicia con Abel, mi pareja y cuando vine aquí, cogí una depresión de la hostia. Cogí una depresión por el cambio, porque yo antes tenía un trabajo estable, claro estaba en un súper, en medio de la pandemia, claro era un trabajo estable. Y bueno pues sí... llegó el momento en el que me quería quitar de en medio. Abel me encontró que me había tomado una caja de *Diazepam* entera con una botella de cava. Y bueno, pues me llevaron al hospital en ambulancia. Yo estaba medio grogui, y a la hora me dieron el alta. Yo en el camino de vuelta, cuando íbamos hacia casa le dije a Abel, mira si yo no he podido con las pastillas lo voy a probar de forma violenta. Y ya Abel me llevaba viendo días que yo estaba mal, y él me decía tú no sabes lo que es una unidad de agudos. Pues mira, Abel me devolvió al hospital, no le dejaron estar conmigo por el tema del protocolo COVID. Y bueno vino un médico, me dijo que no había plazas

en A Coruña, en el hospital en el área psiquiátrica. Entonces me dijeron que me llevaban a Olinda, y a mí se me cayó el mundo encima porque apenas conocía Galicia, nunca había estado en Olinda, y pensaba qué voy a hacer estando sola en un lugar que no conozco, con gente extraña.

Dije me quiero ir a casa, yo no conozco este sitio, me siento mal. No quiero, yo quiero irme con mi pareja. Y nada intenté salir porque veía que no me hacían ni caso. Y a la que hice el amago de irme hacia la puerta, me cogieron y me inmovilizaron encima de una camilla, entre cinco, y me durmieron. Contención mecánica entre 5 personas y sentí un pinchazo en la pierna<sup>210</sup> y... sentí que me ahogaba mientras me contenían. De hecho, después desperté con un moratón en el pecho. Incluso se lo dije a la psiquiatra, y lo vio Abel también. Y bueno, desperté al día siguiente a las 6 de la tarde, con las lentillas puestas del día anterior, y sin haber comido nada desde, mmm... mira me contuvieron un viernes por la noche y desperté a las 6 de la tarde del sábado, no había comido nada desde la noche del jueves. Desperté en cetosis y con las lentillas puestas.

Y lo fuerte es que yo me acuerdo de todo es que lo tengo grabado. Se me echaron encima, pues es que no voy a decir nada porque es que... bueno... se acercó un chico de seguridad, y me intentó contener las muñecas. Lo que pasa es que yo tengo unas muñequitas muy finas. Pues como que las muñequeras eran muy grandes y que había riesgo como que yo me escapara. Y él decía ¿qué hago? tiene las muñecas muy finas ¿cómo la ato? ¿Tú te crees que es normal que una persona a la que estás conteniendo tenga que pasar por eso? Con una persona que está más preocupada en cómo va a atarte las muñecas que por tu salud o por tu bienestar... otras es que a mí me parece muy fuerte. Y hubiera sido tan fácil como que hubieran dejado pasar a Abel... No sé, hay excepciones ¿no? por mucho que sea protocolo COVID, él es un conviviente. Es mi pareja que no me la dejéis pasar sabiendo que él me puede calmar.

Yo nunca me hubiera imaginado que ahí dentro había tanta impunidad total contra la gente. Otras si es duro porque allí la gente te trata como si fueras gilipollas. Simplemente por tener una recaída o estar mal en un momento ya se creen los enfermeros y en general el personal, que son los mejores del mundo, no sé no hay un trato de igual a igual. En general la mayoría se lo tenían todo ya como muy subidito y pensaban que podían hacer contigo lo que quisieran. En fin, todo un horror.

Y bueno, pues nada, que nunca hubiera pensado que hubiera acabado ahí. Nunca. Durante los días que estuve ingresada, hice ver como que no había ocurrido nada. Pero porque yo quería salir de ahí. Yo no quería estar ahí dentro, ver lo que veía. Y yo incluso, animaba a otras personas. Yo cogí el número de todas las personas que salían, para intentar contactar con ellas y ver cómo estarían después. Pero al final no he sido capaz. Porque cuando salí de ahí estaba mucho peor que cuando entré.

---

<sup>210</sup> El «pinchazo» se refiere a la contención química, que implica la administración de fármacos, generalmente se administran antipsicóticos y benzodiazepinas, con el propósito de limitar las capacidades funcionales de la persona. Esta contención se suele aplicar sin el consentimiento de la persona afectada y sin proporcionar ninguna explicación sobre el tratamiento que va a recibir.

Salí porque Abel intercedió y dijo que iba a seguir un tratamiento psiquiátrico. Yo decía que estaba súper bien, le decía a la psiquiatra que tenía ganas de recuperarme, y salí. Pero fue al salir cuando yo me encontré que estaba peor que cuando me ingresaron. No podía dormir, tenía mucho insomnio. Sobre todo, por el tema de la contención. Porque claro yo tenía el trauma de la contención. El trauma de la contención, el trauma de la contención, y ahí estaba yo constantemente con el trauma de la contención. Porque, podría parecer una absurdidad, pero yo tenía miedo de dormirme y despertarme allí. De dormirme y despertar otra vez en el psiquiátrico. Yo tenía miedo de dormir. Es que es muy violento el hecho de ingresar en un psiquiátrico de esta manera. Por qué no sabes lo que han hecho con tu cuerpo mientras duermes. Una persona que ha sufrido abusos vas a pensar lo peor. Y pueden pensar estás loca, que no siempre van a pasar estas cosas. Pero es algo que tú obviamente piensas, al no tener el control sobre ti misma.

Cuando salí el psiquiatra me recetó Fluoxetina y Orfidal, me hacía tomar una cápsula de Fluoxetina al día y después me subió la dosis a dos, porque empecé a tener conductas no solamente autolíticas, sino también de amenaza hacia otras personas, principalmente hacia mi pareja. Y bueno, pues al final pues nada, eso fueron solamente dos episodios concretos, pero igualmente me subió la dosis de Fluoxetina y bueno me añadió Nontril también. Y nada, ahora estoy con una de Fluoxetina, una de Nontril, y por la noche, medio Detrax para dormir. Y ya está. Bueno hubo un momento que estaba bastante medicada. Pero después he conocido gente, que se toma 1000 pastillas al día. Pero bueno...

Mira el *Colectivo C* surge justo en la época que yo empecé a trabajar, en marzo del año pasado, justo también con la pandemia. Y bueno yo al principio no estaba muy encima, además porque Abel y yo vivíamos a distancia él estaba en Galicia y yo estaba en Valencia. Pues no lo vivía tan directamente, pero al cabo de unos meses sobre todo porque Abel pudo venir para julio en mi cumpleaños. Conocí a Eva, conocí a Sonia que son la presidenta y la secretaria. Y vi como firmaban las actas fundacionales. Porque Abel también vino a firmarlas. Y bueno, básicamente eso, a partir de conocerlas personalmente sí que me empecé a involucrar más. El espacio inicial fue «*Café para todos*»<sup>211</sup>, pero yo no me introduje ahí porque a mí muchos mensajes me llegan agobiar. Aunque estén silenciados ja, ja. Y Abel nunca me insistió en meterme, porque ya sabe cómo soy, sabe que yo lo iba a dejar de lado, y no iba a echar cuenta de nada.

Lo bueno del *Colectivo C* es que ha dado un campanazo porque surgió justo en la pandemia. En una situación nueva de cambios, donde a veces a determinadas personas los cambios nos hacen reaccionar de maneras inexplicables. Pero mira, la gente que quizás antes era la más estable, ahora también se está mostrando que esta situación les está desmontando, porque desmonta su *modus vivendi*.

<sup>211</sup> Nombre del grupo de Whatsapp que se construye como espacio virtual de apoyo mutuo para los participantes del colectivo. Si alguien no se encuentra bien o necesita conversar siempre hay alguien en el grupo que le responderá y desde el chat se pueden derivar y conectarse por videollamada para compartir un café virtual.

Por eso es muy importante el apoyo que se genera en los GAM. También es verdad que los GAM tienen unas líneas rojas, por ejemplo, se puede hablar del suicidio, pero no se puede hablar del cómo. Para no sugerir, para no dar ideas a otras personas. Yo creo que esto es muy interesante, porque puedes compartir lo mal que lo has pasado, pero con una cierta distancia de decir, no vamos a afectar a la otra persona. Y muy bien, yo me he sentido siempre muy entendida cuando he hablado en estos grupos.

Aunque también es cierto que se crea un vínculo muy fuerte, por ejemplo, yo tuve una amistad que, pobrecita, cuando yo estuve ingresada ella tuvo una recaída. Qué bueno luego lo pensé tal vez hubiera sido mejor que no lo hubiera sabido. Ella tenía trastorno bipolar, el caso es que los TLP y los bipolar tenemos tendencia al aislamiento. Entonces ella se sentía muy identificada conmigo, también había sufrido abusos. El caso es que cuando cuentas las cosas a otras personas, ya vas creando un vínculo. Es algo delicado que tienes que saber cómo lidiar con ello. Pero yo estoy muy contenta de poder compartir mi historia en estos grupos y de haber llegado a la aceptación. Porque claro, encontramos de todo, gente que ha sufrido abusos y tiene una especie de Síndrome de Estocolmo en el que niegan, en el que incluso adoran a sus figuras paternas que han abusado de ellas. Que ellos defienden a sus abusadores. No culpan y defienden, cosa que es muy extraña. Y bueno, historias surrealistas, pero desgraciadamente muchas veces la realidad supera a la ficción.

Yo ahora yo estoy en una fase de aceptación quizá. Aceptando un poco las cosas que me han pasado, aceptando la situación de mi familia, intentando hacer mi vida, que considero que nunca la he hecho, siempre he vivido más pensando en los demás. Por el qué dirán, porque mi madre no se preocupe de mí, para no ser una carga.

El año pasado, en verano creo que fue, empecé a escribir. Y bueno escribir para mí ha sido muy importante y liberador. Abel me había puesto como misión del día, más o menos como reto, escribir 30 relatos<sup>212</sup> en un mes. Es decir, uno cada día prácticamente. Y me decía que esos relatos los colgaría en la web del *Colectivo C*. Él me había regalado una Montblanc chulísima y unas cuantas libretas y me puse a escribir. Escribía a mano. Cada noche, ponía incienso, música relajante, creaba como todo un ritual, y me ponía a escribir tranquilamente. Me quedaba hasta las tantas y, a veces, terminaba llorando. Porque realmente sacaba cosas muy duras.

La psicóloga que tenía entonces me insistía que mientras me hacía la terapia de EMDR<sup>213</sup> era bueno que yo hablara en tercera persona para que no me afectara tanto, por eso me llamé Mariona en mis relatos. Mira hace poco sí que escribí un relato en primera persona, porque tenemos un libro pendiente de publicar, con relatos de cada una de la gente del colectivo que se ha presentado voluntaria a escribir. A mí me pidieron que escribiera más de un relato para que pasara el filtro de edición por descarte, es decir, que si no pasa uno

---

<sup>212</sup> El relato de Mariona titulado «Vamos a contar mentiras» se presenta en el capítulo VII, en la última cornisa del Purgatorio, en el apartado *Cantos de poesía* (7.6.1.1).

<sup>213</sup> El EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) una técnica de tratamiento psicológico que se usa para superar acontecimientos traumáticos.

que pase otro relato. Pero yo escribí solo uno porque dije si pasa quiero que vaya este. Este relato no está en los de la página web claro, pero en este relato explico el abuso que sufrí. Bueno a ti ya te lo he explicado. Pero es la primera vez que lo explico por escrito. Pero una vez que ya lo puedes compartir así yo creo que ya sanas.

### **5.1.2. ROSA**

#### **Yo Soy Escuchadora de Voces**

Yo te hablo desde el punto de vista de una niña que fue abusada, una niña que fue maltratada, sobre todo psicológicamente, y para mí era importante poder tener un espacio donde escapar de mi casa. Ese lugar podría haber sido la escuela, pero no lo fue, porque yo en la escuela sufrí *bullying*. Además, con mucha gente con la que he hablado nos ha ocurrido lo mismo, el que viene machacado de casa, también acaba siendo machacado en la escuela y es porque tú no sabes poner límites. Por ejemplo, te pegan y te quedas parado, te insultan y lo aceptas, porque piensas que eso forma parte de la relación. No sabes poner límites.

Yo recuerdo que a mí me insultaban, me habían llegado a pegar, a escupir, pero yo pensaba o yo sentía que esa era una forma normal de relacionarme con mis iguales. Con los otros niños y niñas de la clase. Porque yo no sabía relacionarme de una forma normal o como ellos se relacionaban. Entonces bueno, la relación, luego se vuelve una asignatura pendiente, porque yo me doy cuenta de que aprendes a relacionarte, a base de relacionarte. Entonces si tú cuando eres pequeña no te puedes relacionar de forma normal, luego lo tienes que aprender y te das de hostias. A veces hostias más fuertes porque los niños no le dan tanta importancia a según qué cosas, pero, en cambio, los adultos, sí. Si no entiendes cómo son las relaciones, la relación cuando ya eres más mayor se acaba. Y tú no tienes ese recorrido, que podrías tener de niño para aprender cómo funciona, que si ahora me discuto contigo, que si tengo una rabieta, esas cosas.

En la escuela, el profesorado ante las situaciones de *bullying* pasaba mucho, la verdad. A ver éramos 30 y pico en la clase, entonces los profesores tenían unos cuantos que atendían en la clase, que eran los que se sentaban delante, los guays. Y luego los otros que eran los que estaban siempre dando por culo, y los de por culo se sentaban atrás. Entonces mientras los que daban siempre por culo se estuvieran callados, pues ya estaba bien, entonces pues bueno, tú te ibas allí y pasabas desapercibida.

Para mí, más que en clase, una forma en la que te das cuenta del que sufre *bullying* y del que no, es en los patios. El patio es un calvario. Porque no tienes nada que hacer, o sea, no sabes con quien ir, no sabes dónde meterte. O sea, te lo pasas apartado o apartada del resto, y yo recuerdo de haber pasado los patios en un rincón. Pero yo no era la única que se pasaba los patios en rincones. O sea, yo me acuerdo de haberme dado cuenta de este detalle, de que yo no era la única que se pasaban los patios en un rincón.

Luego encontré para paliar esto el tema de los cromos de picar. Entonces bueno había unas escaleritas y nos reuníamos ahí, yo todos los días llevaba un puñadito pequeño de cromos, que igual los perdía o ganaba alguno, pero ya tenía un sitio donde estar. Tampoco fui una niña que hiciera amistades, me sentía muy, muy apartada.

Esto es muy difícil de gestionar, porque así no puedes estudiar. Para mí ir a la escuela era un desastre, entonces yo me pasé casi todo 5º diciendo que me dolía la barriga, que me

encontraba mal para no ir. Luego en sexto estuve yendo y en séptimo de EGB me dediqué con otra persona a hacer campanas, campanas y campanas<sup>214</sup>.

Yo con la chica con la que me quedaba para hacer campanas, lo que nos unía era la campana. Teníamos en aquel entonces 12 años y una cosa curiosa de esta chica es que ella cuando hacíamos campana, 2 o 3 veces por semana, casi siempre aparecía con un billete de 100 pesetas. Yo en aquel momento no entendí aquello, yo pensé su familia tendrá dinero o algo, pero eran seis hermanos, y yo sé que su madre vendía tápers y cosas de estas, o sea, que no eran personas de dinero. Pero ella como te digo casi siempre aparecía con un billete de 100 pesetas, y con eso nos comprábamos un paquete de tabaco, y un par de donuts. Y con eso nos íbamos por ahí. Yo sé que después su madre estaba muy preocupada porque ella hacía cosas muy raras y fue al colegio a hablar. Y claro cuando su madre fue al colegio a preguntar qué hacía su hija, se enteró que su hija, llevaba casi todo el curso sin ir a clase. Lo que pasa claro, el detalle del billete de las 100 pesetas, supongo que nunca se enteraría, pero estaba claro que le estaban pagando por sexo.

Mira, yo que he sufrido abusos, cuando eres pequeña no te das cuenta. Yo me acuerdo de ciertas compañeras, por ejemplo, había una, la Luisa, que en 1ero o 2ndo de EGB, estaba siempre con la palabra chochete y a rascar chochetes. Y no sé qué y no sé cuántos, pero siempre con la palabra chochete. Una criatura de esta edad no es normal, pero claro esto te das cuenta años después.

En mi caso, cuando era pequeña, yo no sabía nada, no lo entiendes. Mi abusador es un primo mío, que además vivía en la misma calle, éramos vecinos. Es hijo de la hermana de mi padre. Entonces fijate tú que en su casa vivían mis abuelos paternos. Y vivíamos nada, en la misma acera. Claro, entonces para mí yo no entendía qué pasaba.

Mira, todo esto empieza con un abrazo. Con 5 años un abrazo. Él era 15 años más mayor que yo. No es aquello que seamos dos críos que a ver qué tienes, que a ver qué tengo. Porque una cosa es a ver qué tienes, y otra cosa es que haya sexo. O sea, eran tocamientos, y él sabía lo que hacía. Claro, yo tengo 5 años, él tiene 20, él sabe lo que hace.

He escrito un relato sobre uno de los primeros recuerdos que tengo entorno a este tema<sup>215</sup>. Y es que yo soy pequeña, no recuerdo bien qué edad tengo, pero pienso que debo de tener unos 4 o 5 años por ahí, y me pasó varias veces, dos o tres veces me pasó. O sea, cuando yo me voy a despertar, yo siento el peso de un hombre encima mío. Está encima mío, me está chafando. Yo no puedo respirar, y él está encima mío y además me está mirando. Y no consigo sacármelo de encima hasta que no grito el nombre de mi hermano. Le pido ayuda. Entonces cuando ya le grito es cuando ya se desvanece. Entonces recordando esta figura, esta cara, me recuerda a la de mi primo. Esto es una cosa que yo nunca sabré si ocurrió o no, o si es una alucinación, que me está contando una verdad. Es que yo no recuerdo que

<sup>214</sup> Hacer campanas significa hacer novillos, hacer pellas, no asistir a clase.

<sup>215</sup> El relato de Rosa titulado «Aplastada por una sombra» se presenta en el capítulo VII, en la última cornisa del Purgatorio, en el apartado *Cantos de poesía* (7.6.1.2)..

él me hiciera algo antes de los 5, pero sí que es cierto que está esta alucinación. Entonces si él lo hizo, lo tuvo que hacer muchísimo antes.

Cuando tenía 12 años ya pude decir basta. También es verdad que un par de años después hubo un cambio de domicilio, con lo cual hubo más separación física. De vez en cuando, por motivos familiares, nos veíamos y nos encontrábamos, pero bueno ahí yo ya sabía que al cabo de un rato la cosa se acababa. ¿Cómo te podría decir? ... aguantas el tiro, y ya está. Entonces yo recuerdo un día, de ir de un sitio a otro con mi primo, y él quería quedar conmigo, y yo le decía que no. Entonces él me decía que era una tonta, que era una estúpida, y todo tipo de insultos. Claro para machacarme para ver si al final decía que sí. Entonces yo iba por el camino e iba sonriendo porque yo ya sabía que al final de este camino, yo ya estaba libre. Y bueno yo ahí tenía ya 15 años, pero como te digo, yo conseguí pararlo a los 12.

La verdad, es muy difícil pararlo por todas las humillaciones y todas las cosas, pero además hay amor, en el fondo es mi primo, forma parte de mi familia. Además, mi padre siempre estaba hablando bien de su sobrino, porque le adoraba. Lo apreciaba mucho, que si tenía estudios, que si estaba trabajando, que si tal, que si cual. Claro lo tenía muy bien mirado. Claro, no sabía lo que él me hacía....

El problema es que yo sé que en algún momento de mi infancia mi madre se dio cuenta, de lo que él me estaba haciendo, lo que pasa es que mi madre no lo paró. Y también tuvo miedo de decírselo a mi padre. Ahora mis padres ya están muertos, llevan un tiempo ya muertos. A mi madre al final se lo dije, pero mi madre me pidió que no se lo dijera a mi padre.

Yo a mi primo lo denuncié hará un año o poco más. Pero lo denuncié porque cuando yo participo en charlas dentro del activismo, siempre hablo de abusos dentro de la familia, entonces claro, parecía que estaba implícito que habían sido mi padre o mi hermano, y ellos no fueron, y no es justo que la mirada se pueda dirigir hacia ellos, entonces, para poder decir que fue mi primo, puse la denuncia. Pero la puse sobre todo para protegerme. Que si venía y se enteraba que lo estaba diciendo, decir perdona, esto está denunciado.

Mira, mi primer ingreso fue hace treinta años, tenía 23 años y fue en el hospital psiquiátrico de Santa Coloma de Gramanet, el que hay allí en la montaña. Y yo la verdad es que allí estuve muy bien. No me puedo quejar. En aquella época tuve unos cuantos ingresos, siempre venía del hospital de un lavado de estómago, porque me intentaba suicidar y después de un intento de suicidio normalmente ya te ingresan unos días. Siempre iba a la unidad que en aquella época le llamaban la de afectivos, básicamente le llamaban así porque la mayoría de las personas que había allí era porque en algún momento dado habían tenido algún intento de suicidio, o tenían intención de suicidio. Y muy bien, la verdad es que estuve muy bien allí. Es que yo estaba mejor en el psiquiátrico que en mi casa. Esto yo siempre lo cuento, que yo por mí, en aquella época de mi vida, yo me hubiera quedado allí.

La unidad en la que estaba era cerrada, no podías entrar y salir, tenías que entrar y salir siempre con alguien. Pero si a mí me hubieran pasado a otro pabellón, y hubiera tenido la libertad para entrar y salir, me hubiera quedado a vivir allí. Yo sí, yo sí, sí, sí. Además, tenían allí un bar social y tal, y al final ya te conocías un poquito así la gente que andaba allí, porque claro, yo a lo largo de cuatro años, tuve unos siete u ocho ingresos. Todos mis ingresos fueron por intento de suicidio. Bueno el caso es que ya llega un punto que empiezas a coincidir con la gente ja, ja. Entonces te empiezas a conocer y tal. Al final es que yo estaba tan mal en mi casa que me hubiera quedado allí.

Yo soy escuchadora de voces. Yo tengo muchísimas alucinaciones visuales y también algunas auditivas. Mi primera gran alucinación, y a la que yo le tengo mucho cariño, es un extraterrestre que viene y me hace compañía. Está conmigo ya varios años. Empieza sobre los 18 o 19 años. Pero empieza ahí porque yo con 18 años un día me empiezo encontrar muy mal, y bueno total me encuentro tan mal, tan mareada que me tengo que quedar un año entero en mi casa sin poder salir. O sea, a mí me cambia todo de un día para otro.

El extraterrestre empieza a estar conmigo, es positivo y una de las cosas que hace, es engañarme para que no me suicide. Porque cuando empiezo a pensar en suicidarme, es cuando el extraterrestre empieza a aparecer. Yo creo que empieza a aparecer por el tema del suicidio, pero también por tener que quedarme encerrada un año, además con quien más odio, que es mi madre. Porque mi madre desde el momento que descubrió los abusos por parte de mi primo, yo diría que fue cuando yo tenía unos 7 años, lo que hace es venir contra mí. Desde entonces empieza el odio y los insultos constantes, mi madre se tiraba todo el santo día insultándome. O sea, la palabra subnormal con odio y con rabia hacia mí le salía cada día tres o cuatro veces. Más o menos todos los días, había días que más, había días que menos, pero estábamos siempre así. Entonces claro te dejan con ella, yo enferma, que no puedo conmigo, la otra pa pa pa pa pa pa pa, un circo.

Un año entero encerrada en casa con mi madre, entonces claro ¿cómo te aíslas de esto? Pues es cuando el extraterrestre empieza a aparecer. Me acompaña y me engaña para seguir con vida. Porque una de las cosas que me dice es que hay un futuro para mí. Que yo no entiendo lo que está pasando ahora pero que más adelante lo entenderé. Y me va engañando. Yo siempre lo vi como el burro que tira de una carreta y el carretero con la zanahoria. Pues igual, yo creo que mi cerebro hizo eso mismo. Sacó una zanahoria y me la puso delante para que yo tirara. Para que yo siguiera con vida. Por eso, yo definiendo las voces, como un sistema de supervivencia. Porque en mi caso ha sido así.

En aquel momento yo no lo entendía como un sistema de supervivencia, para mí en aquel momento el extraterrestre era real. A veces a mí me preguntan, por mis alucinaciones, que si me engañan. Es cierto, me engañan sí, pero a mí me han engañado para que no me suicide. Yo me doy cuenta de que la alucinación busca el engaño, entonces es como que ellas te van contando su historia, es como que ellas vieran que, si por aquí no te puedo convencer, me

voy a otra historia, que sea más acorde contigo, y que sea creíble para ti, es como si lo fueran buscando.

La alucinación está conmigo mientras que yo lo necesito. Cuando yo consigo tranquilizar mi vida, es cuando desaparece. Pero pasa también a ser un bonito recuerdo, o sea, hay afecto hacia esta alucinación. Solamente el que lo ha vivido entiende este tipo de experiencias como algo como muy emocional, sientes cariño hacia tus alucinaciones.

Yo me siento acompañada, además yo me doy cuenta de que cuando estoy sola, como estos últimos años que yo he estado sola, tenía muchas alucinaciones de acompañamiento. O sea, sentía que me acompañaban, que estaban allí y demás. Ahora desde que tengo pareja pues me han bajado ja, ja. Ahora estoy acompañada ja, ja.

A mí, el tema de las voces me apasiona, sobre todo porque me encuentro con mucha gente que las tiene, y hay quien las lleva bien, pero sobre todo hay gente que las lleva muy mal. Entonces me gusta poder acompañar a la persona en esa búsqueda, en su vida, en su historia, y en lo que siente, para ver por qué están allí las voces, para ver qué te están diciendo. O sea, las voces son tuyas, por lo tanto, tú las has creado. Y si las has creado, vamos a buscar de dónde las has sacado, las similitudes y todo eso. Cuando tú puedes hacer esa similitud y entender las voces, es entonces cuando realmente las puedes digerir, bajar, convivir o cambiar.

Sobre todo, con las personas que escuchan voces que les insultan, son insultos en bucle, que les están diciendo siempre lo mismo. Entonces vamos a ver de quién es esa voz, quién te trataba así, quién te hablaba así, entonces cuando la persona llega y te dice mira a mi fulanito, a mi menganito, esto me pasó, esto tal, esto cual, es cuando realmente le bajan, porque ha llegado a lo que le está diciendo la voz. O sea, ha logrado entender que esa voz, no solamente si es real o no, sino que viene de aquella vez que le empezaron a insultar, el padre, madre, amigos, niños del colegio, y una y otra vez le empezaban a insultar. Se le han metido esas palabras, y las tiene dentro del cerebro en bucle, dando vueltas, son ecos. Entonces cuando esa persona entiende eso, es cuando le bajan. Y dices hostias, es esto. Claro, es un proceso muy difícil porque te tienes que enfrentar a ti mismo. A tu dolor. A lo que te duele.

Hay experiencias que se entienden como usuales, que se entiende que están bien, que forman parte de algo que se considera normal, lo que se suele hacer, o lo políticamente correcto de cada sociedad. Creo que el problema de las voces es el contexto que se le da. Porque a ver si yo ahora lo disfrazo de un contexto diferente, y te digo que soy vidente, que te voy a echar las cartas, que te leo el futuro, o que soy bruja, entonces todo el mundo lo vería normal, y vendrían a echarse las cartas conmigo. Fíjate además ¡me ganaría la vida de puta madre! Entonces aquí vemos, por ejemplo, la importancia del contexto, y porque socialmente se le ha dado algo de naturalidad a eso, y es espiritual de alguna forma.

Claro y ya no hablemos de las religiones. Es la hostia, hace poco alguien me preguntó en una charla: «oye y si las voces te dicen que mates a alguien?» Entonces yo dije a ver espérate. Estos de esta charla eran jovencitos, pero a mí me gusta que salga el tema de la violencia, porque esto es muy jodido. Vivimos en una sociedad que tú te impregnas de estos discursos, entonces cuando se equipara locura y violencia, cuando sale esto en una charla para mí es positivo, porque me lo están preguntando y yo lo puedo romper. Entonces yo les dije, bueno vosotros habéis leído alguna vez uno de esos libros, antiguos, religiosos, y... ¿sabéis de alguno que le dijera a alguien una voz que matara a su hijo? Y ¡hostias! una me dijo el versículo y todo ¡ja, ja, ja! y yo ¡hostias!, ¿dónde me he metido? ja, ja. ¡Eran del Opus o algo así! ¡Ja, ja, ja, ja!

Cuando sale el tema de las voces lo más importante para mí es el contexto que se les da. Claro, yo digo que veo un extraterrestre, pero también puedo decir que he visto un ángel. ¿Por qué no? y según en qué religión pues sería una santa. ¡Santa Rosa de Gavà! ¡ja, ja, ja!

Entonces en esta charla que me preguntaron sobre la violencia empecé hablar de que, nosotros, estadísticamente no solemos ejercer violencia, sino que es más bien al contrario. Y luego sí que les dije que yo solamente he conocido una persona, a la cual las voces le dijeron que matara a su madre. Entonces esta chica lo primero que hizo fue ir donde su madre y le dijo «mamá vámonos de urgencias al hospital, cojo la mochila y nos vamos de urgencias al hospital». Porque iba a ingresarse, o sea, en cuanto las voces le dijeron «mata tu madre», la otra le dijo a su madre nos vamos y me ingresas. Punto. Claro, no es que la fuera a matar ni mucho menos, al contrario, dijo me voy y que me ingresen, y ya está. Pero solamente he conocido a una persona. No he conocido a nadie más. La mayoría de las personas que conozco las voces les insultan y le dicen que se maten y se hagan daño a sí mismo. Eso sí que te lo dicen la mayoría de las voces.

Yo no tomo antipsicóticos, salvo que sea algo muy muy puntual y que se me vaya. Lo único que tomo, a veces, es una pastilla que te ayuda a dormir, pero ojo tomo lo mínimo, a lo mejor una caja me dura dos años. O sea, yo la tengo como rescate. Mira yo lo que hago es cojo la pastilla y la meto en uno o dos dedos de agua, dejo que se disuelva bien, me tomo la mitad y el resto lo tiro. Porque como tomo muy poco, entonces sé que con poco, me sirve. Claro si yo tomara cada día pues luego iba a necesitar más. Entonces en realidad es en momentos muy puntuales cuando hay algo que me tiene preocupada o lo que sea y dices mira, ya está.

Una cosa que mucha gente no sabe es que con el antipsicótico las voces no desaparecen. El antipsicótico es como un modulador de volumen, tú lo puedes subir o bajar. Entonces el antipsicótico te puede venir bien para bajar el volumen, o sea, baja las voces y tal. Pero hay mucha gente que se sigue quedando con ellas. Entonces eso sí que es jodido, y ahí está cuando nosotros empezamos a pedir herramientas para gestionar las voces. Yo conozco personas que tienen unas voces horribles, que les insultan, que les dicen de todo, y entonces ellos lo dicen muchas veces, que tienen que poner en una balanza una serie de

cosas. Y el antipsicótico hasta cierto punto te puede venir bien, y te puede estar bien, pero pasado cierto punto te destroza por dentro, duermes 14 o 15 horas, engordas, te duele el cuerpo, estás somnoliento, no tienes ganas de nada, tu vida se acaba en un sofá, cama y sofá. Entonces claro, tú tienes que hacer ahí ese equilibrio, entre las voces y poder salir a la calle. Yo tengo algún compañero, que ellos prefieren estar, tomando poca cosa, para bajar, para que les ayude un poco, pero quieren estar con la familia en la playa, salir y poder ir por ahí. Y ellos te dicen, yo estoy en la playa, y me están insultando, pero estoy en la playa con mi familia. Que para esta persona es lo importante, poder vivir y poder estar con la familia.

Entonces es cierto que hay gente que se las quita y le va bien, pero hay otra mucha gente que no, que simplemente se las baja. Pero claro lo que te genera después también es brutal. Es que no son solo los kilos demás, no son solo los efectos secundarios, sino que te deja encerrado en tu casa, o sea, te deja sin ganas de salir, y empiezas a dormir más de 12 horas... Y qué pasa cuando tú le dices al psiquiatra, mira me has mandado esto y sigo escuchando voces, pues que te aumenta la dosis. Te manda más pastillas. Entonces es un círculo vicioso, y, sobre todo, a los que son escuchadores natos, los hinchan a pastillas, entonces se hinchan a kilos, entonces ya no pueden salir, y claro esto a la larga tiene unos efectos secundarios brutales. Por eso nosotros también lo que pedimos como colectivo es sobre todo terapia. Porque por mi experiencia, y en la experiencia de mucha gente que conozco, la gran parte de las personas que tienen voces éstas han sido causadas por traumas. O sea, por ejemplo, el abuso sexual en la infancia, el acoso en la escuela, el acoso a lo mejor laboral... O sea, las diferentes violencias que tú puedes haber llegado a vivir. Por eso es importante que en lugar de hincharte a antipsicóticos hubiera terapia centrada en eso, en el trauma. Porque lo que realmente baja, y te ayuda, es poner en común las voces, y sobre todo hablar no solo de las voces, sino poder hablar de aquello que te generó las voces.

Me gustaría pedirte una cosa: Hay algo de lo que me gustaría que hables en tu trabajo. Es algo que yo he vivido y es un tema que muchas veces no sale o sale poco reflejado y parece como que no existe: Yo siento y estoy convencida de que a mí mi madre intentó matarme.

Mira es un tema que cuando yo escucho en la televisión y demás que una madre ha matado a su hijo, es como decir, hostias. Entonces bueno, aparecen algunas en televisión que dicen que lo han hecho, bueno muy pocas en realidad, pero estoy segura de que hay muchas más que lo intentan. Y posiblemente haya muerto alguno más y no esté considerado como filicidio, por parte de la madre. Y creo que es un tema que tiene que afrontarse, es un tema que de alguna forma se tiene que debatir y hacer visible. Porque yo creo que si se hablara de forma sensata, clara y directa de los motivos, también se podría hacer prevención.

En el caso de mi madre, mi madre viene contra mí, hay muchos malos rollos. Yo tengo entre siete y nueve años. Claro, aquí hay quien me dice que si estoy segura de que me intentó matar, que si cómo que lo siento así. Claro, yo lo siento así. Yo un día me despierto por la mañana, me levanto y me encuentro mis trenzas llenas de agujas, yo llevo dos

trenzas y están llenas de alfileres... Y, ese es el momento en el que yo me disocio. Ese día y en ese preciso momento yo me disocio. Porque si no a mí esa verdad me destroza la vida.

Aparte de este episodio, por aquella época, yo dormía muy cerca de la cocina y yo recuerdo un día que mi madre viene, en medio de la noche, y me despierta. Y más o menos me dice algo así como que, estaba en la cama, y estaba pensando que se había dejado el gas de la cocina abierto, y no sabía si venir a cerrarlo o no. Me está diciendo: yo sé que el gas estaba abierto, y no sabía si venir a cerrarlo o no. Cuando me dice esto y pasa esto otro, en aquel momento, yo sé que esto había pasado ya en otras dos ocasiones. Si ahora me preguntas en qué otras dos ocasiones no lo sé, pero en aquel momento yo sé que había pasado en dos ocasiones más.

Entonces claro, lo que hace mi bloqueo, es que yo no puedo entender esto. O sea, yo recuerdo toda mi niñez, toda, o prácticamente toda, no siento que tenga lagunas, pero yo no puedo entender ni razonar lo que ocurrió. Y mi cerebro para protegerme de esa verdad, del día que yo descubro mis trenzas cubiertas con alfileres, se disocia. Es que tengo como siete alfileres en cada trenza, no es aquello que tenga una, tengo unas cuantas en cada trenza, pero además están metidas, como si las hubieran metido, o sea, que aquello era algo rarísimo, que no tiene ningún sentido. Entonces yo me bloqueo hasta el día que con 40 y pico de años, haciendo terapia sobre los abusos, me doy cuenta de que ese día mi madre intentó matarme. Porque para mí no hay otra explicación. Que ella durante la noche entró y me las puso. Y ese día, cuando yo le doy esa razón, me dejo de disociar. O sea, para mí, la disociación lo que hizo durante muchos años, era impedirme razonar.

Yo en todo ese tiempo era como muy automática, iba con el piloto automático. Recuerdo que me costaba mucho percibir las cosas. No percibía las pequeñas cosas que la gente se da cuenta de ellas. También, en esta época la gente no me transmitía nada. Por ejemplo, si sales a la calle cuando hay mucha gente tu percibes la gente que está más cerca, la más lejana igual no, pero sabes que están ahí, aunque no te dice nada. Era algo así. Pero ahora cuando salgo a la calle, puedo mirar al final del todo, incluso si allí hay alguien a lo lejos que me transmite algo. Yo tampoco podía utilizar el razonamiento en esa época. O sea, que yo me la pegaba una y otra vez, porque era como si yo no pudiera aprender. Siempre que lo recuerdo es como si yo no pudiera aprender por la experiencia. O sea, yo no podía, ahí había un corte.

Entonces cuando yo hago este paso, es cuando yo empiezo a dejar de disociar. Y es cuando yo empiezo a estar más dentro de mí. Y a sentirme yo. Porque antes era una extraña. Me sentía una extraña dentro de mi cuerpo, es como que yo estoy dentro de mi cuerpo, pero mi cuerpo es otra cosa. Mira disociar para mí es como el *Mazinger Z*<sup>216</sup>, que son esos robots tan grandes, y que meten a uno dentro, que es el piloto del robot y que lo hace servir. Entonces para mí disociar es eso, que tú te sientes el piloto de ese robot, el robot es tu

<sup>216</sup> *Mazinger Z* es una destacada serie de manga y anime de género ficción que trata sobre un robot gigante controlado por un piloto.

cuerpo y tú eres ese piloto. Y no puedes razonar, no puedes decir llueve por lo tanto voy a recoger la ropa porque se va a mojar; o llueve por lo tanto tengo que salir ojo cuidado que me puedo resbalar; o llueve por lo tanto tengo que coger un paraguas y tal. Esa serie de asociaciones lógicas, están muy limitadas.

Y así he estado hasta los 40 y pico, porque a mí esto me servía para protegerme. Y sí que he tenido las alucinaciones y todo eso, pero yo estaba muy disociada. He estado muy disociada, y hasta hace muy poco, no he empezado a ser yo.

Yo así me protegí de una verdad. Imagínate tú estás en casa, conviviendo con esa persona, tú te tienes que proteger de eso. O sea, es mi madre, mi mayor enemigo, la persona que yo más odio, y es la persona de la cual yo más dependo. De hecho, yo durante muchos años tuve un delirio, no sé si llamarle delirio, pero cuando estaba en la cama tenía que dormir con la luz encendida. Pero, además, porque yo sentía que venía un soldado romano a matarme. Había detrás de la puerta un soldado romano que venía a matarme. Yo le tenía pánico, pavor y tenía unos terrores nocturnos muy fuertes. Hasta el año 90, que en el año 90 era cuando pasó aquello en Argelia, que iban por las casas apuñalando gente, entonces yo recuerdo que fui con mi marido, bueno yo soy viuda. Entonces, con mi marido fuimos al pueblo, un pueblo de Andalucía que estaba en medio de las montañas. Y yo aquella noche ¡veía argelinos! ja, ja, ja por todas partes ja, ja, ja. ¡Y yo decía madre mía, que vienen a apuñalarme! Yo sentía que venían a matarme. Y viví con eso, hasta el momento ese que entendí aquello, y entonces ya desaparecieron mis terrores nocturnos.

Mira, yo creo que el infanticidio es un tema del que hay que hablar, es un tema que hay que poner sobre la mesa. Porque hasta que no se ponga, no se aborda y seguirá ocurriendo. Claro, yo ahora me pongo en la cabeza de mi madre, de cómo ella se sintió atrapada con algo que no sabía qué hacer. En su tiempo, encajonada, con miedo, que posiblemente ella también fuera víctima de abusos, y tampoco nadie hiciera nada, y claro, es tu hija. Y es el miedo también que te produce la sociedad, una sociedad que a ti te señala como la guarra, como la mala, como la todo... Es que claro, igual ella no sabía qué hacer. Claro, yo me pongo en su cabeza de desesperación, y que se volvería loca con esto, realmente. O sea, un familiar estaba abusando de mí, si alguien se entera, lo pierdo todo. Porque ella era de esa sociedad que pensaba, que una mujer es su virtud, es lo que la gente diga de ella, entonces claro, si esto se sabe, mi vida estaba destrozada. Entonces era algo como te mato para protegerte de la sociedad, de la gente, de todo...

Claro, yo ahora con ella ya no puedo hablar. A ver yo con mi madre, piensa que ella cuando se muere, ya antes de morir, cuando ya estaba en la residencia y tal, yo hablo con mi hermano y le digo prepáralo todo para cuando ésta se muera, pero a mí no me llames. O sea, cuando ésta se vaya a morir yo no quiero saber nada de ella. Y de hecho cuando ella se muere yo no sé ni qué día ni nada. De hecho, mi hermano me envía su documento de defunción, me dice oye que te lo he enviado por correo, vale gracias ya está. Yo no lo he abierto, porque no quiero saber en qué día murió, yo lo sé más o menos. Sé en qué mes

se supone que ella muere, pero yo no sé más. Entonces para mí esto era así, era como una forma de decirle no quiero saber nada de ti.

Pero en estos últimos años, por el hecho de ir hablando de los abusos y demás en charlas y en espacios de activismo, bueno coincidí con las madres víctimas del síndrome de alienación parental, a las que les hacen todo esto y tal. Entonces al estar con ellas, al participar en charlas con ellas, eso me ha permitido ver la figura de mi madre de otra manera. Y eso también me ha dado a mí mucha paz.

### **5.1.3. MARI**

#### **Yo le Dije que eran Manchas de Chorizo**

Lo primero que te puedo decir es que tengo una lesión en la médula, y esa lesión en la médula me generó secuelas físicas. Además, yo padecí *bullying* y padecí también maltrato en mi casa, en casa de mis padres. Entonces todo eso me llevó con el tiempo a un trastorno de estrés posttraumático (TEPT).

Lógicamente, en la escuela parece que nunca se llegó a saber, al menos fingían que no se enteraban de nada. Después de terminar la escuela me he encontrado con algún profesor y la verdad, nunca les he llegado a preguntar, pero pienso que ellos sí que sabían lo que me estaba pasando y que yo estaba aislada en clase. Pienso que quizás ellos iban y daban clase y ya está. Porque yo no recuerdo ningún momento, porque si no te aseguro que lo recordaría, yo no recuerdo ningún momento en el que un profesor me preguntará ¿te pasa algo? o lo que sea.

Bueno sí que hubo un educador, bueno no era exactamente un educador era una de estas personas que hacen objeción de conciencia, esto fue hace muchos años, allí yo era súper pequeñita, pero yo sí recuerdo esa figura. Y el tiempo que estuvo fue una figura que a mí me cuidó. Yo eso lo recuerdo, esa diferencia de sentimientos. Ahora pienso que, si yo no hubiera tenido esa figura, si durante esos años yo no hubiera tenido la experiencia de tener ese contacto con esa persona, yo nunca hubiera sabido cuál es la diferencia entre sentirme cuidada, a no sentirme cuidada. Y por eso sí puedo establecer esa diferencia.

Recuerdo que tendría unos 10 o 12 años, era en 5º de primaria creo, hubo una vez en clase de conocimiento del medio, que estábamos dando no sé qué lección y el profesor iba pasando entre los pupitres. Y en la página derecha de mi libro había unas manchas rojas y el profesor me preguntó que qué era, yo le dije que eran manchas de chorizo. Pero en verdad yo le mentí, eran manchas de sangre, porque mi madre me había pegado y me había partido el labio. Entonces, no sé si se lo creyó o no, pero como si se lo hubiera creído, porque no pasó nada relevante, pues bueno todo era así.

El problema, o al menos uno de los problemas fue que mis padres de profesión son sanitarios. Entonces se presupone que los sanitarios, y todas las personas que se dedican al cuidado, son personas maravillosas, entonces era la tapadera perfecta. Ellos daban la imagen de estar súper implicadísimos que te mueres, porque además yo tengo una discapacidad. Pero en realidad lo que hacían era sobreprotegerme, pero detrás de la sobreprotección se escondía negligencia y maltrato.

Yo estudié trabajo social, y siempre he dicho que cuando me encuentro con unos padres que veo que hay una sobreprotección a saco paco, por detrás, en el otro polo, lo que se está dando es maltrato, aunque no se vea aparentemente. Entonces lo que yo tengo que buscar es el otro polo. El problema es que hace veintitantos o treinta años, este tipo de formación no estaba y junto a la tapadera de mis padres siendo sanitarios que se presupone cuidado,

y que, en general, además si un menor de repente suelta algo o cuenta según qué, los profesores son más de ojos que no ven corazón que no siente, eso es así.

Mira, yo creo que tener perspectiva de género es muy importante para el profesorado porque cuando tú tienes perspectiva de género puedes ver cualquier tipo de violencia, eso para empezar, entonces sirve muy bien por esto. Y luego también creo que es importante ayudarles a que sepan detectar señales. Y una vez que las han detectado, que no se caguen por las patas abajo, con perdón, y que muevan los recursos que hagan falta para ponerle cauce a esa situación, porque además muchos casos donde, por ejemplo, en la escuela se activa el protocolo de bullying, luego entra en juego la policía y se destapa que en la familia está viviendo también malos tratos, entonces hostia.

Y no solo en la escuela, también en el ámbito sanitario, mira a mí cuando era pequeña del estrés que sufría me salió una rosada, creo que se llama, por todo el cuerpo. Y yo me acuerdo de ir al médico, y el dermatólogo le preguntó a mi padre si yo estaba viviendo estrés. Mi padre le contestó en mi jeta que no. Claro, es que ahí también hay un problema médico, es decir, vale que yo era una menor, pero si tú estás deduciendo que esto es por algo psicológico o psicosomático, que es porque me está pasando algo, por qué le preguntas a mi padre, ¿por qué no me preguntas a mí? Y luego, en el área sanitaria está el dilema de es que tengo muchos pacientes, y muchos casos que atender. O sea, si tú estás detectando algo, si estás viendo que algo no te cuadra, ese día se para la consulta, o sea, a tomar por culo. Y se reparten los pacientes con el resto de los médicos que hay, como si hay una hilera muy grande en todo el centro de salud, da igual. Tú te estás con esa persona toda la puta mañana si hace falta. Tienen que entender que la gente que está sufriendo violencia, no funciona a nuestra velocidad. No funciona así. Porque el daño psicológico, ya no te digo el daño físico porque ha habido una agresión física, es que el daño psicológico, hace que tú no funcionas normal. Y cuando tienes un diagnóstico en salud mental, tu funcionamiento, en general y en la vida, no es el normal, el habitual por así decirlo.

Está claro que, si mi situación se hubiera detectado, yo no hubiera desarrollado las secuelas que desarrollé después. Y yo no tendría que haber terminado medicada. A mí me parece grave medicalizar problemas que son claramente de origen social. Yo pienso que las secuelas psicológicas, se va andando en el tiempo y por acumulación, al menos en mi caso ha sido así. Yo sé que tuve estrés postraumático porque llegó un momento, cuando ya yo me había ido de casa de mis padres, que busqué ayuda porque estaba súper fatal, entonces yo entré en contacto con un profesional que me diagnosticó que tenía estrés postraumático.

Pero claro, sí que recuerdo hechos de mi vida que a mí me marcaron mucho. Recuerdo, por ejemplo, una paliza de mi madre que mi padre no hizo nada, que para mí ese momento fue como muy clave. Y, por ejemplo, en la escuela me hacían *bullying* pero dado lo que yo vivía en casa, yo en casa no decía nada sobre lo que me pasaba en la escuela. Al final, llega un momento que entras en un estado de indefensión, te dejas hacer lo que sea. Entonces

en qué momento surgen las secuelas, yo no lo sé. Yo esto lo sé en el momento que a mí me diagnostican, pero claro.

Por ejemplo, los primeros meses cuando me fui de casa de mis padres, yo muchas veces iba por la calle y estaba llegando cerca del piso donde vivía, y me giraba porque pensaba que mis padres venían por detrás para pegarme. Esa alarma constante. De hecho, eso a muchas víctimas de violencia les pasa, pero cuando tú sales del ambiente que te está generando unas condiciones de vida muy adversas, en el hecho de salir ya muchas cosas empiezan a pasarse, de manera natural. Luego hay otras secuelas como son las de estrés postraumático, que después de tanto tiempo, que en mi caso fueron 22 años con lo mismo, están mucho más metidas.

Yo no tenía ningún espacio seguro. En ningún sitio. La locura era que no lo tengo en la escuela, y que no lo tengo en casa. A ver la situación de *bullying* se acabó cuando yo pasé al instituto. Mira me acuerdo de que la primera vez que volví del instituto mi padre me preguntó que cómo estaba, que cómo me había ido. Porque de cara al último año del colegio, yo le llegué a expresar a mi padre que yo quería cambiarme de clase. Lo que pasa es que al final no lo hice porque tuve miedo a represalias, entonces al final dije que no quería cambiarme. Y cuando pasé al instituto yo llegué con un sentimiento de mucha liberación, porque de repente era gente nueva, que no conocía, que no sabían nada de mi historia. Entonces no tenían todavía motivos para hacerme *bullying*, en caso de que fueran hacérmelo, que nunca pasó. Entonces para mí el cambio al instituto fue súper liberador en ese sentido porque ya se cortó con la situación que estaba viviendo. Seguía teniendo la de mi casa, pero bueno.

El problema en el instituto es que había un profesor cuya mujer trabajaba en el hospital de mis padres, y se conocían, entonces esas cosas también tienen peso, porque supongo que, a lo mejor, en algún rincón de tu mente tienes esa cosa de decir, si tengo la posibilidad igual un día lo cuento. Se lo cuento al profesor, o se lo cuento a alguien de la escuela, pero claro de repente te enteras de que el profesor de tecnología, en este caso, su mujer trabaja en el hospital. Ya no podía ser, ni a él, ni a ningún otro profesor.

Entonces nada, acabé el instituto, y ya pasé a la universidad. Bueno pasé a la universidad dos años después, es qué bueno esto no tiene mucha relevancia, pero entremedias, en el bachiller, un tío borracho me atropelló, entonces bueno se sumaron las secuelas psicológicas del accidente también. Bueno fue un suma y sigue. Y el caso es que cuando yo entré en la universidad, en la primera carrera que empecé, yo después del verano psicológicamente no me sentía bien. Yo lo achaco más al tema de las secuelas psicológicas del accidente. Yo no me concentraba, no sé, el caso es que dejé esa carrera. Y le pedí a mi padre que me llevara a un psicólogo, porque no me encontraba bien. Y me llevó a una terapeuta que él conocía, porque esa terapeuta había trabajado en el hospital. Entonces claro, tampoco es que te ibas a abrir a lo máximo. Además, coincidió que un día quedaron después o antes de la sesión que tenía conmigo, y me enteré, y la terapeuta no me lo había dicho, entonces fue

como otro golpe, cómo que me reafirmaba que no podía confiar en nadie. Eso se me fue marcando con el tiempo, de una manera muy brutal.

El caso es que cuando tenía 21 años, empecé ese verano a buscar curro, y por tener una discapacidad no me cogían en ningún sitio, hasta que tuve la suerte que me cogieron en un sitio. Entonces decidí que iba a trabajar todo ese año entero, yo este año iba a empezar segundo de carrera, de trabajo social. El caso es que me puse a trabajar, y yo en mi casa no dije nada. Mi padre estuvo renegón en plan como que lo engrandeció, es que ella no puede dedicarse a eso, no sé qué, porque mis padres era en plan tienes que hacer carrera.

Pero al final era una excusa para oponerse a que yo tuviera algo de libertad. Es que luego hay otro juego, dentro de la sobreprotección, la sobreprotección es una forma de control, y eso en mi caso se dio de manera flagrante tanto por parte de mi padre, como por parte de mi madre. Mira, por ejemplo, yo estudié en el conservatorio, tocaba el chelo y se ve que era buena tocando, que hubo un momento que la profesora me propuso presentarme a un concurso en Usera, que está por Sevilla o Granada. Entonces mi padre y yo se lo comentamos a mi madre, y mi madre dijo que no. Sin ningún motivo, dijo que no por qué no. O sea, cualquier forma de yo despegar alas era siempre que no.

El caso es que me puse a trabajar ese verano, y en casa no dije nada, mi deseo era poder trabajar durante todo el curso para ahorrar dinero y poderme ir de casa al año siguiente, al curso escolar siguiente, es decir, cuando fuera a empezar tercero de carrera. Entonces bueno empecé a currar.

A pesar de que yo ya iba a la universidad los malos tratos físicos y psicológicos seguían en casa. Y ya en primero de carrera yo empecé a ser astuta. Bueno ya con 18 años creo que ya me tocaba ja, ja. Lo que hice fue que, mis padres ya hacía años que trabajaban en turno fijo de mañana, entonces yo me matriculé a la facultad por la tarde. Así, solo me veía con ellos por las noches, a la hora de la cena. Ellos no se dieron cuenta hasta que pasó un mes o un mes y medio. Y mi madre en la cena un día me dijo es que no te vemos nunca, y yo haciéndome un poco la longuis, era en plan claro como trabajáis por la mañana y a mí me ha tocado por la tarde... ¡me ha tocado! ¡que fui yo la que lo pedí! Ja, ja, ja. Entonces claro yo tuve que decir que por la nota me había tocado así. Pues así va a ser el primer año, y luego el segundo año pues ya ni hora de cenar porque me puse a currar en hostelería. Entonces ya llegaba hasta más tarde, y fue ya la suma y sigue. La verdad es que fue un alivio bastante grande.

En segundo de carrera, en febrero, cuando pasé de cuatrimestre, yo les dije a mis padres que yo en agosto ya me iba de casa. Que yo me independizaba, que me iba a vivir a Valencia capital. Creo que ellos ni se imaginaban que esto podría suceder, entonces su primera reacción fue como de *shock*. O sea, nunca había visto a mis padres tan en *shock*. Al cabo de los días, se opusieron frontalmente a que me fuera de casa, pero ya yo tenía unos 22 años. Pues el caso es que se opusieron frontalmente, mi padre me dijo no estoy de acuerdo en que te vayas, y yo no sé de dónde saqué la tranquilidad, o sea, no sé de dónde

me saqué el autocontrol, para decirle de una manera súper llana, entiendo que no estás de acuerdo, pero es lo que he decidido hacer. No había otra forma de salir de la situación, no podía entrar en bronca con él. Me llegaron a decir que la independencia no me la iban a pagar, mi contestación fue también en tono súper plano, es que no se lo he pedido. Y fue como ya demolidor. Entonces a partir de ese momento, los siguientes seis meses en casa, había que cortar el aire con cuchillo.

Es que mi idea fue hostias, les voy a avisar un poco antes, cuando ya yo lo tenía claro y el trabajo ese año lo tenía más o menos asegurado. Yo lo pensé en plan un poco por ellos, para no decirles luego de un día para otro que me piro, en realidad, eso no me parecía bien. Tampoco como lo hice fue bien porque luego pasé seis meses en casa que no se podía ni respirar, entonces tampoco sé cuál hubiera sido la opción más correcta, pero en ese momento lo decidí así y ya está.

El día que me fui mi madre volvía de trabajar sobre las 8:00 de la mañana, porque la noche anterior había tenido que trabajar, y yo me fui a coger el autobús con una maleta antes de que ella llegara casa. Imagínate el nivel de miedo que yo llevaba encima. Entonces si recuerdo que días antes me preguntaron, entonces qué día en concreto te vas, como que los últimos días ya hacían preguntas más en esa línea. Yo les dije el día 16 de agosto. El caso es que cuando yo llegué a Valencia en autobús, llegué al piso al que iba a entrar, y a los 15 minutos mi madre me empezó a llamar. Yo no le iba a coger el teléfono, pero le cogí y estuvo gritándome que volviera, súper descontrolada. Bueno muy mal, muy mal, muy mal. Que ahí dije he hecho bien en irme antes de que llegara. Yo todo esto lo planifiqué desde el miedo, no es como cuando planificas un viaje, yo estaba pensando tengo que coger este autobús, porque así mi madre aún no ha llegado.

Yo lo que viví hasta los 22 años, era una sensación que yo la mente la tenía como arrasada. Nunca he encontrado otra expresión, o sea, mi mente estaba muy arrasada. Y luego pues muy complicado el no poder hablar, tener el control de no hablar. Durante mucho tiempo tener que seguir el juego de mis padres, que eran súper encantadores fuera de casa, y entonces yo tener que seguirles el juego. O sea, todas las estrategias posibles, habidas y por haber. Fue muy duro, muy duro la verdad.

Yo desde cuando era pequeña tenía mi mundo interior, y luego el mundo exterior en el que pasaban cosas, pasaba la vida. Y desde pequeña en mi mundo interior, muy poca gente me ha llegado a conocer, en ese punto que dices del centro del corazón. Y bueno a mí en la adolescencia me gustaba escuchar música, tuve mi época del pavo, o sea Alejandro Sanz, Antonio Orozco, luego ya me fui radicalizando, me fui que si Marea, ese tipo de cosas. Para mí la música fue un canalizador emocional brutal, no puedo decir que fuera un gusto, porque en realidad fue algo que quisieron mis padres, realmente no fue un gusto, pero se convirtió durante mucho tiempo en un catalizador emocional muy potente para mí. Muy muy brutal, o sea es muy difícil de explicar. Creo que la sensibilidad que pude desarrollar a través de la música me salvó, porque si no

quizás yo me hubiera vuelto, hubiera sido como esa dureza que yo estaba recibiendo. A mí me encantaba por ejemplo la música de cámara, la música de cámara son grupos de instrumentos solo de cuerda. Y era una pasada, me gustaba la música barroca, me encantaba.

También tengo un recuerdo muy bueno de las risas que me echaba con mi hermano el pequeño cuando íbamos juntos al conservatorio. Eso y mi perro, nosotros tuvimos un perro durante 15 años, se llamaba Nelo. Y para mí, a lo mejor es raro, pero fue como el punto, el ser vivo con el que yo sentí lo que era el cuidado y la presencia. Quizás con Nelo aprendí lo que es el amor sin pedir nada a cambio. Y fue muy especial en ese sentido, y lo pasé muy mal cuando se murió. Pero bueno la música, mi perro y esos momentos de risas con mi hermano, fueron esos puntos de salvación, como botes salvavidas. Recuerdo que en la carrera tuve una asignatura que se llamaba «psicología de la inadaptación social», hubo una explicación que a mí me llegó muchísimo, no la voy a reproducir porque hace muchos años y no la recuerdo con literalidad, pero contaba un poco cómo las situaciones adversas pueden hacer que una persona pueda entrar en psicosis. Y ahora me doy cuenta de que yo me había quedado en el límite. Y muy probablemente pude estar en el límite por esos tres botes salvavidas que yo tuve en mi vida.

La movida es que yo aprendí algo equivocado, yo aprendí que la sobreprotección era cuidado. Pero en la sobreprotección en verdad estaba habiendo control y maltrato. Y el cambio es hiper brutal. Esto a todas las víctimas de maltrato nos pasa. Y es muy peligroso porque luego entras en relaciones de pareja donde vuelves a interpretar control y el maltrato con cuidado cuando no lo es. Entonces esto, en concreto, desencajar esto de la mente, es lo más difícil. Es super difícil.

Además, en mi caso, hay que tener en cuenta una cosa, es que yo, desde que yo nazco yo vivo eso. Yo no tengo un marco para comparar lo que es bueno de lo que no, hasta que no sé, quizá fue poco a poco, pues las amigas de la adolescencia, las parejas, con todo lo que pudiera haber habido, la terapia, yo me comí mucha terapia y mucho desarrollo personal. Y pasan años, y pasan años y claro yo una cosa que me he dado cuenta con el tiempo, es que cuando tú no tienes un marco de referencia para hacer una comparación de que esto es bueno y esto es malo, tú vives con eso.

Por el tema de parejas, pues bueno, a la par que yo empecé a terapia, desarrollo personal, y todo esto, y empiezas a automodelarte y a autoconstruirte, porque además yo tenía todas las áreas de mi vida todas rotas, entonces lógicamente la elección de pareja que tú vas haciendo es distinta, y es un proceso de aprendizaje. Con la primera pareja que tuve al principio no lo detectaba, y mira ocurrió un hecho muy característico, o no sé cómo llamarlo. En una ocasión mi madre me pegó una paliza, yo tenía ahí unos 20 años, y me pegó con el palo de la escoba, entonces me metí en el cuarto de baño y me encerré. Y desde allí bajito-bajito para que no se escuchara yo le llamé a él y le dije, mi madre me ha pegado. El caso es que, días antes yo le contaba los problemas que había tenido y le

dejaba entrever la hostilidad que yo vivía en mi casa. Y él yo me acuerdo de que, en ese momento, me dijo algo así como no te preocupes, rollo yo te voy a ayudar en todo, no te voy a dejar sola, bueno, me doró la oreja que no veas. Y días después, cuando mi madre me pegó, yo me escondí en el cuarto de baño y lo llamé. Yo hice lo que pude, le llamé y le dije que mi madre me acaba de pegar con el palo de la escoba, yo estoy en el cuarto de baño encerrada, él tenía yo creo que unos 25 o 27 años, no me acuerdo muy bien. El caso es que yo le comento esto y él no reaccionó en el sentido de llamar a la policía, o avisar a alguien, no hizo nada. No hizo nada, y lo digo porque volvió a hacer como mi padre. Que mi madre me pegó una paliza cuando yo era muy pequeñita y mi padre no hizo nada. Estuvo presente y no hizo nada.

Y bueno pues luego con el tiempo sigues conociendo hombres y tal y cual. Y poco a poco yo también tuve más conciencia y ya me veía venir cosas, no solo de maltrato, sino de actitudes que en general dices, mira yo paso tío, o sea esto no. Y entonces pues vas filtrando, yo creo que vas aprendiendo a filtrar. Pero bueno, si no hubiera hecho yo todo ese trabajo de desarrollo personal, probablemente me hubiera complicado mucho la vida.

Yo desde que salgo de casa de mis padres ya automáticamente busco terapia. Vale que en terapia también me he tenido que comer que me responsabilizaran a mí, que me dijeran que volviera a casa de mis padres, bueno yo en terapia me he comido de cada mierda absoluta que no te lo puedes ni imaginar. En ese sentido, en el tema de las terapias, primero pagas el pato y luego aprendes. Pero yo aprendí con mi propia experiencia, que para temas de malos tratos tienes que hablar con gente que sepa del tema. Que sepa del tema de verdad, y que haya hecho un *click* en su mente de verdad. Porque hay también mucha gente de boquilla. Entonces yo me comí el pato de «vuelve a casa de tus padres», «los tienes que comprender», etc. Yo me he comido mucha mierda en ese sentido, culpabilizarme a mí o responsabilizarme a mí, preguntarme, por ejemplo, «¿qué habías hecho para que te pegaran?» Bueno de ese tipo de preguntas, un montón. Esto es no saber lo primero qué es la violencia y también no crearme, lógicamente, si me estás diciendo que vuelva a casa de mis padres es que no me estás creyendo, ya está.

Entonces bueno, los psicólogos como se centran en su área no entienden que están frente a un delito, y que esos delitos prescriben. Entonces a ninguno, y pasé por varios, a ninguno se le ocurrió decirme que buscara asesoramiento jurídico porque lo que tú has vivido es un delito, porque la justicia es universal gratuita aquí en España. Y el reconocimiento del delito, y el reconocimiento como víctima, además a nivel psicológico sirve muchísimo. O sea, ese reconocimiento real, sirve muchísimo para la recuperación. Entonces yo no busqué asesoramiento jurídico, probablemente los primeros años por cómo yo estaba psicológicamente no hubiera podido denunciar, pero cuando ya me sentí un poco más fuerte, ya había prescrito. Y claro, ahora yo hago una crítica, porque la ley que ha salido de que los abusos sexuales prescriban a partir de la que la persona cumpla 35 años, me parece completamente injusto que solo incluya el abuso sexual, porque debería de ser el abuso

sexual, el maltrato psicológico y el maltrato físico. Es doloroso sentir que se avanza en esa ley, y dices hostias me alegro, pero vuelves a tu caso y dices ¿mi caso donde encaja? porque yo tengo 36 años, que voy a hacer el mes que viene, y ¿yo no lo puedo denunciar igual que una persona que ha sufrido abuso sexual? En fin, estamos como estamos.

Cuando yo me fui de casa de mis padres, yo tengo una imagen grabada en la mente, de estar sola sentada encima de un puente, y de sentir la necesidad de estar con un grupo de personas que hubieran pasado por lo mismo que yo y no haber ni un solo recurso. Ahora ya si lo hay, están los grupos de GAM. Pero claro desde el 2007 ya han pasado unos 14 años, y ya hay otra conciencia y todo eso. Pero claro yo me he comido un pato muy jodido, qué fue lo que yo pasé desde cría, es que te estoy hablando que de esto hace ya 30 años, más o menos, por poner un tiempo largo. Y en esta época había una justificación, una normalización y un desconocimiento absoluto. Por eso cuando yo me independizo con 22 años, que hace ya unos 14 años de eso, no hay ni un solo recurso a donde yo pueda ir, y voy por lo privado y me pasa todo lo que ya te he contado. Creo que con el tema de la violencia de género se ha abierto más conciencia también sobre el resto de los tipos de violencias. Pero a mí me pilló todos estos años todo el marrón, he pagado el pato por todos lados. Pero bueno, ahora lo utilizo para evitar, en lo posible, que otras personas paguen el pato, por esto participo en charlas y estoy en los grupos de GAM. Y, por lo menos eso, como que sana a mi propio corazón.

Yo después de terminar la carrera de trabajo social, he ido haciendo mucha formación, porque tuve mucha conciencia de formarme bien. Y aparte de trabajar me he trabajado a mí misma para poder ayudar a los demás. Entendía que no podía desvincular una cosa de la otra, y lo tuve claro desde el principio. Pero está claro que por la propia experiencia de vida que he tenido te das cuenta de cosas, por ejemplo, yo he estado con profesionales que, trabajando en equipo, y yo veía cosas que los que tenía al lado no las veían. Y luego se confirmaba que era lo que yo pensaba que estaba sucediendo. La parte un poco más difícil, es saber que va a pasar una cosa, o que una situación va a empeorar, y lo sabes, y pasa así mismo y no puedes hacer nada. Por que no es solo que uno detecte, sepa o intuya en primera persona desde su propia experiencia particular lo que va a pasar, falta que la otra persona lo quiera ver, y quiera hacer algo. Entonces ahí aprendes que no tienes que salvar a nadie. No, yo no puedo salvar a nadie.

Muchas veces me ha pasado, por ejemplo, estar teniendo una víctima de malos tratos, y hacerle una devolución, y cuando se va esa persona, y está al lado mi compañera, y me dice hostia ¿cómo le has dicho eso? como que le había llegado un montón, y yo tener que disimular, y decirle bueno es un poco lo que me ha venido en ese momento. Pero que va, ¡qué coño! si me está contando mi historia ¿sabes?

Al mismo tiempo, yo soy una persona súper reservada, no suelo, prácticamente nunca hablar de mi pasado y de mi vida, ahora mismo no lo necesito, porque ya lo tengo muy asimilado, y, en fin, ya no tengo necesidad. Porque aprendí también que, a veces, para mí

no es bueno hablarlo, porque, después de mucho trabajo que yo he hecho para recuperarme en lo posible, y estar lo mejor posible, yo también tengo derecho, y merezco, que cada día sea un mirar adelante. Porque evidentemente, yo pienso en mi historia de vida y duele. Me duele, porque lógicamente es una historia de dolor. Aquí no, por ejemplo, aquí contigo participo y te cuento mi historia porque quiero, y lo cuento todo. Y lo cuento con todo lujo de detalles, y está bien y estoy encantada de poder participar.

Pero, a nivel de trabajo, yo utilizo mi propia historia como estrategia, pero nunca la explico. Porque yo no soy mi historia y no necesito hacer un alarde de eso. Entonces lo que importa es ayudar a la gente y ya está, no tiene más. Y está bien mi historia mantenerla en secreto. Es algo que he ido aprendiendo con el tiempo, y hay momentos que, trabajando, o con ciertas personas, o lo que sea, es algo que tú te tienes que guardar. Porque mi historia de maltrato se ha convertido en una herramienta, y entonces tú muchas veces no puedes desvelar tus herramientas. Yo, por ejemplo, para poner un símil, yo hice artes marciales, y el profesor siempre nos decía, tú no le tienes que decir a nadie que tú haces artes marciales. Porque ante una situación de riesgo, lo mejor es el efecto sorpresa. Tienes que pillar al otro que no sepa que tú tienes una herramienta.

Desde cuando yo me fui de casa de mis padres, cada vez que tenía que ir a alguna cosa a su casa era siempre cargar contra mí. Y así pasaron muchos años hasta que llegó un punto que pasó algo que desconozco, pero que les hizo cambiar el chip. Y empecé a poder ir a casa de mis padres, hablar sobre cualquier tema banal con mi madre, y que me pusiera una cerveza y unas papas. Para mí los primeros momentos fue como ¿qué coño está pasando aquí? O sea, me costó un año empezar a relajarme porque yo al principio estaba súper alerta. Era como hostia, hostia ¿qué está pasando? Y bueno a esos mínimos digamos que hemos llegado a tenerlos, y parece que se han mantenido. Pero también me doy cuenta de que aunque yo he intentado acercamientos con mi madre, yo me daba cuenta de que no me sentía libre con ella, me sentía como atrapada. Sé que no lo hacía aposta, pero yo lo sentía así. Por ejemplo, ahora que han subido las restricciones por el COVID, y no podemos quedar, yo me sentía liberada. Hostia que bien, sinceramente te lo digo.

En la actualidad, mi padre me sigue ejerciendo maltrato psicológico. El físico una vez que me fui de casa terminó, y no ha vuelto, claro, pero el psicológico por parte de mi padre sigue. Mi madre, por otra parte, es una persona que tiene muy poco autocontrol. Entonces es muy hostil y cuando se le cruza el cable, si ella te dice algo y tú no estás de acuerdo y se lo explicas, entonces explota y despotrica, y suelta por su boca lo que no está escrito.

Este verano pasado nació mi sobrina, entonces esto a reconfigurado un poco las cosas. Mi padre sigue ejerciendo maltrato psicológico, o sea eso no se ha reconfigurado, y mi madre tiene una enfermedad autoinmune, y por el tema del COVID hicieron lo posible para que cogiera la baja, entonces mi madre lleva desde marzo del año pasado creo de baja. Al mismo tiempo se ha conseguido que la vea una psiquiatra, porque durante mucho tiempo nosotros nos dábamos cuenta de que psicológicamente no estaba bien, pero ella nunca

consintió ayuda. Y mi padre nunca se movió para ayudarla. De hecho, hace poco mi padre me dijo, que yo no lo sabía, que mis hermanos le decían a mi padre que no se ocupaba de mi madre. Que yo eso jamás se lo he dicho a mi padre, me daba cuenta, pero no soy quién para decirle eso a mi padre. Y dada la relación de conflicto que han tenido entre ellos, cómo vas a cuidar, si estás en conflicto. No sé, es incongruente ¿no? Ahora mi madre está diagnosticada en un diagnóstico de salud mental, y bueno estamos aprendiendo todos también a verla con ese diagnóstico. Pero yo no justifico el maltrato, ojo. Que mi madre ha hecho las cosas con muchísima conciencia. Yo no voy a justificar el maltrato con un diagnóstico en salud mental, sé perfectamente lo que es, tengo formación, y lo he vivido, además. Entonces no lo voy a justificar, pero bueno. Entonces a ver la relación con mi madre ¿cómo te diría? Es un poco en plan, nos vemos si hacemos comida familiar en casa de mis padres, ahora también por el COVID tampoco es que se puede mucho, pero, en fin. Pero en el día a día ese poquito de cuidado no está, nunca se ha construido.

Con mi padre en este momento, a ver yo pasé un tiempo, largo en años, que yo idealicé a mi padre, y para mí mi madre era el problema. Pero porque claro mi madre era la que había sido más violenta conmigo físicamente. Mi padre había sido violento psicológicamente, y es más difícil de detectar. Entonces hubo un momento en el tiempo en el que yo dejé de idealizar a mi padre. Y cuando yo hice ese movimiento empecé a ver, por ejemplo, como ellos competían entre ellos en la relación conmigo, y empecé a ver su maltrato psicológico. Mira, a raíz de la docuserie de Rocío<sup>217</sup> que están echando en la tele, pues yo he identificado mucho maltrato psicológico de mi padre, muchísimo. Además, he hablado con alguna profesional para confirmarlo yo misma y me lo han confirmado. Entonces en este momento estoy en un momento con mi padre, yo por dentro me refiero, internamente, estoy en un momento delicado.

Es que no sé cómo explicarlo porque sé que nos está maltratando psicológicamente, además acabo de detectar uno de los puntos importantes de la forma en la que él ha ejercido el maltrato. Mira, ha sido como utilizar el ser muy 'mete mierda' de los unos a los otros, para aislarnos entre nosotros. Muy concretamente a las mujeres de su vida, que somos sus hermanas, mi madre, y yo. Eso es muy marcado porque he notado que con mis hermanos no lo hace. Entonces él ha jugado mucho a eso, criticar a sus hermanas y separarnos de ellas, y ha metido también mucha mierda conmigo y con mi madre, para crear esa confusión que se crea y así nos aísla a mi madre y a mí del resto. Y, al mismo tiempo, mi madre eso también lo ha hecho conmigo, para que el resto me aisle a mí. Entonces eso ha sido un poco la dinámica que se ha llevado. Y ahora es como que estoy digiriendo un poco esto, estoy digiriendo lo del tema del maltrato psicológico, ahora mismo no tengo claro cómo reaccionaría con él.

Por ejemplo, las Navidades pasadas, antes del COVID, nos juntamos un día para comer con parte de la familia de mi hermano, con sus suegros y tal, y fue sentarnos en la mesa,

---

<sup>217</sup> *Rocío, contar la verdad para seguir viva* (2021) es una serie biográfica documental protagonizada por Rocío Carrasco, un personaje mediático que relata su historia y relación de maltrato con su pareja.

y, de repente, mi padre empezar a hablarme mal, a insultarme y contestarme mal. Yo le dije papá cállate. Pero así, no le levante más la voz de lo que estoy hablándote ahora. O sea, yo a mis padres jamás les voy a levantar la voz, ni lo he hecho. Porque entre otras cosas a mí me han chillado mucho y eso me ha generado muchos problemas psicológicos. Entonces yo poco a poco y con el tiempo, le he ido poniendo límites, porque detectaba que me hablaba mal en mi núcleo. Y ahora nos vamos a comer con la familia por parte de mi hermano y entonces ¿lo haces también?, con un grupo más grande, además. Y ahí fue como cállate papá. Y entonces él pasa al modo víctima, hostia lo que me ha dicho mi hija aquí delante de todo el mundo. Pero bueno eso ya es cosa de él. Es lo que te digo ahora con todo el tema este, que he podido detectar esa dinámica, pues ahora mismo no sé cómo voy a reaccionar con él. La verdad, lo tengo un poquito así a flor de piel. En resumen, nos vemos en cumpleaños y tal. Y bueno, pero en el día a día no estamos nunca, si hablamos por WhatsApp a veces, pero bueno.

#### 5.1.4. ESPERANZA

##### **Yo no tengo Miedo a la Muerte, Yo tengo Miedo a que me Aten**

Cuando era niña mi hermano mayor padecía esquizofrenia, y recuerdo que cuando yo tenía ocho años, mi hermano tenía sus brotes en casa y lo pasé muy mal durante dos o tres años porque él estaba agresivo. A lo mejor llegabas a casa y tenías que esconderte porque estaba con un ataque y estaba violento, rompiendo puertas, rompiendo muebles, rompiendo cosas. Entonces yo eso, creo que me afectó, siendo tan niña, sufrir esa violencia tan de cerca. La verdad es que él no tenía la culpa, porque él estaba enfermo. Lo que pasa es que esto fue hace muchos años, y la salud mental entonces no estaba como está ahora. A ver, que hay que mejorar mucho ahora, pero es que antes era muchísimo peor. Mis padres hicieron lo mejor que supieron, yo de eso me he ido dando cuenta y lo he ido analizando con el tiempo. Porque mis padres en primer lugar lo llevaron a un sacerdote, fíjate, la mentalidad de la época. Y entonces luego ya fue al psiquiatra, pero lo que mi hermano necesitaba en ese momento era un ingreso, un ingreso pero que lo tratarán bien. Pero no estaba para estar con una familia, y más con una niña, es que estaba muy enfermo e iracundo. Bueno, son cosas que pasan, y no se puede hacer nada. Pero yo sufrí una violencia brutal durante dos o tres años. Entonces esto es muy fuerte, y de alguna forma creo que te marca.

Luego cuando estaba en el instituto en primero de BUP sufrí bullying de una chica que le decía su novio que me pegara. Y ahí tampoco los profesores, los psicólogos, no supieron reaccionar. Porque lo que hicieron fíjate, fue cambiarme a mí de clase, en vez de cambiar a la chica de clase. A mí, que yo había sufrido una agresión, me cambiaron a mí de clase; esto también claro que me afectó. Pero no sé, yo he tenido varias depresiones antes de tener el primer brote psicótico. Y bueno en el 2008 también lo que me pasó fue que tuve un desengaño amoroso muy doloroso y mi familia no me apoyó. Mis padres no supieron hacerlo mejor tampoco y no me ampararon. Entonces creo que sobre todo el desengaño amoroso junto con el no ser comprendida por mi familia, pues me desencadenó el brote psicótico.

Yo realmente estoy metida en este mundo del activismo en salud mental, porque he tenido dos intentos de suicidio. He tenido dos brotes psicóticos y me intenté suicidar y las dos veces me ataron. Yo le tengo pánico a las contenciones mecánicas porque en una de ellas, en la primera, la del 2008, estuve más de 24 horas atada de pies y manos. Y esto es indignante las cosas como son, me tenían que poner una cuña para hacer mis necesidades. Porque como estaba atada no podía ni ir al baño... y me pusieron suero para estar alimentada. Me tuvieron más de 24 horas aislada y atada de pies y manos. Entonces te lo digo, y lo digo bien fuerte y claro: yo que he visto la muerte muy de cerca, porque he tenido dos intentos de suicidio, yo ya no le tengo miedo a la muerte, a lo que le tengo miedo es a que me aten. Creo que la muerte es algo que tiene que venir en la vida y que va a llegar. Y llegará cuando tenga que llegar, por eso yo no le tengo miedo a la muerte, a lo que yo le tengo miedo es

a que me aten. Me ha traumatizado tanto de por vida esa experiencia, que yo más que a la muerte le tengo miedo a las contenciones mecánicas. Porque además soy claustrofóbica, entonces a una persona claustrofóbica que le aten es mortal. Es doblemente traumático. A mí una cosa que me ayudó a sobrevivir a la contención fue que yo había hecho yoga y meditación varios años y entonces traté de relajarme a mí misma mediante la respiración. Pero si yo no hubiera tenido esa experiencia de la meditación pues no sé lo que habría pasado, la verdad.

Lo peor de todo es que aparte de sufrirlas yo, las contenciones mecánicas también las vi en mi padre. Mi padre era una persona mayor con Alzheimer que estaba ingresado por cáncer, y el hombre, claro, se quería ir a su casa, y en el hospital lo único que se les ocurrió fue atarle los pies. Atarle los pies y las manos, luego le soltaron las manos, pero le tenían atados los tobillos. Mi padre se murió después por el cáncer, pero hasta el día de su muerte hubo que estar curándole los tobillos por las heridas que se hizo intentando soltarse de las contenciones mecánicas. Mi padre se murió con las heridas de las contenciones en los tobillos. Una persona de 80 y tantos años enfermo de Alzheimer. Y que es tu propio padre que lo estás viendo atado y que no puedes hacer nada. Muy fuerte, muy fuerte. Además, cuando tú ya has sufrido eso, sabes lo que es. Y que lo estés viendo en otra persona delante de ti, y que además sea tu propio padre, eso es tremendamente durísimo.

Por eso mi lucha principal siempre ha sido eliminar las contenciones mecánicas porque lo he vivido en primera persona. Eso es lo primero que hay que hacer. O sea, lo primero que hay que hacer es hacer un registro obligatorio de contenciones mecánicas. Que queden reflejadas todas las contenciones que se hacen, eso desde ya, es el primer paso, pero un paso inmediato. Y luego eliminar las contenciones mecánicas, pero no sólo en salud mental, también con personas mayores en residencias, con niños, en los distintos centros. Que no haya contenciones mecánicas, que se prohíban las contenciones mecánicas para siempre. Si esto se hace a nivel estatal, que es lo que se debería de hacer, llevaría unos años adoptar esta medida en todos los centros, yo lo comprendo, pero lo que sí se puede hacer desde ya, a nivel de gobierno nacional es obligar a llevar un registro obligatorio de las contenciones mecánicas. Que no quede impune ninguna contención mecánica, si pasa algo se pueda reclamar, se pueda llevar a un juzgado, que quede registrado. Porque en algunos sitios se registran, pero en otros sitios no se registra. Entonces no se sabe si se ha hecho una contención mecánica o no se ha hecho, ni lo que ha durado, ni cómo ha sido, ni el porqué, ni quién la ha mandado, ni nada, no queda reflejado en ningún lugar.

Ahora con la pandemia parece que se está hablando más de salud mental porque la pandemia ha hecho estragos, el estar tanto tiempo en casa, la falta de comunicación que hemos tenido y todo eso, ha afectado a muchas personas. Pero si bien es cierto que se está hablando más, la solución no es dar más dinero como están diciendo, creo que es importante trabajar desde la raíz, yo creo que hay que empezar a cambiar conceptos, cambiar el paradigma, cambiar la metodología y cambiarlo todo. La solución no es dar

más dinero ni mucho menos, hay que ver para qué van a utilizar ese dinero. Podrían, por ejemplo, mirar otros países de Europa, o del mundo, y ver qué están haciendo en el tema de la salud mental. Y utilizar la imaginación, ahora que tanto se está poniendo en valor, el tema de la imaginación y la creatividad, aplicarla a la salud mental. Para cambiar el paradigma de la salud mental, cambiar la metodología, para cambiarlo todo. Avanzar hacia un 'Nuevo Paradigma de la Salud Mental' en el que ponga en valor la utilización de la creatividad. Que haya más psicoterapia y menos sobremedicación. Lo que pasa es que esto no le gustará mucho a la industria farmacéutica, pero hay que hacerlo.

A mí la primera vez que me ataron, que fue en el 2008, yo tenía el brote psicótico y me había intentado suicidar. Esto es otra cosa que hay que ver, la actuación de la policía, que creo que ya se está empezando a hacer formación a policías en el tema de la salud mental, pero bueno, cuando vino el policía a salvarme, me llamó loca y me gritó: «¡Loca, no te tires!»

Yo me intenté tirar de un balcón, para suicidarme, y abajo me estaba esperando la ambulancia y estaba también el coche de policía que había venido. Y pasó otra cosa que es muy curiosa, porque lo normal se supone que, a una persona con malestar psíquico, es meterla en la ambulancia y llevarla al hospital; pues a mí me metieron en el coche de la policía. Además, detrás de las rejas que tiene el coche de la policía, como a los criminales y a los ladrones. Yo nunca había entrado en un coche de policía antes, pero me llevaron ahí metida al hospital como si hubiera robado, matado, o hubiera cometido algún delito. Fue muy fuerte. La ambulancia se fue sin mí y a mí me llevaron en el coche de policía como si fuera una delincuente.

Mira en los dos brotes psicóticos que yo he tenido con intento de suicidio, yo nunca he estado violenta. Aparte yo no soy violenta, yo soy una persona muy tranquila. Y en mis brotes psicóticos lo que me pasaba es que yo creía que había unas personas que me perseguían para hacerme daño y matarme. Entonces yo huía, yo oía voces y todo eso pero yo no estaba violenta, yo lo que tenía era un miedo atroz. Yo lo que sentía era muchísimo miedo. Entonces creía que esas personas me perseguían por toda la ciudad, me insultaban, para hacerme daño, cogerme y causarme algún mal.

Total, que cuando llegué al hospital, la psiquiatra de urgencias era una chica joven, yo estaba sentada y estaba tranquila, ya te digo yo solo tenía miedo, pero que yo no he estado violenta nunca. Y me dijo ¿qué te pasa? entonces se lo expliqué, le dije pues mira lo que pasa es que hay unas personas que me están persiguiendo, que me quieren hacer daño y que me van insultando por la calle. Y me dijo ¿ah, sí? y tal... Entonces claro yo le dije ¿a usted le gustaría que le llamaran puta? Simplemente yo le pregunte eso a la psiquiatra, porque a mí me están llamando eso entre otras cosas. ¿A usted le gustaría que le llamaran puta? Y no me dijo nada, se levantó, y me dijo espera en la habitación un momento.

Yo me metí a la habitación, estaba sentada, tranquila, y esperé. Y al rato abrieron la cortina cuatro hombres fortotes, vinieron con la camilla, y me violentaron de tal forma,

me violentaron muchísimo, con agresividad. Ellos sí que mostraron agresividad y fueron violentos conmigo, yo no. Uno me cogió una mano, otro me cogió la otra, otro me cogió un pie, y el otro me cogió el otro pie, y me ataron. Así fue como me ataron. Me violentaron. Yo cuando lo recuerdo es tremendamente doloroso. Nunca me habían atado en mi vida, y así fue. Así fue... la peor experiencia de mi vida.

Luego, una vez estás ingresada, a mí me querían dar muchas pastillas, y al principio no quería tomármelas, porque intuía que eso me iba a hacer daño. No sé, porque yo nunca había tomado medicación psiquiátrica, pero no sé por qué algo dentro de mí me decía que eso no me iba a hacer bien. Entonces me dijeron que si no me tomaba las pastillas me iban a volver atar. Pues, imagínate me tuve que tomar las pastillas.

Pero es que me dieron tanta sobremedicación, que por la noche no podía dormir porque me temblaban las piernas de la *Zyprexa*; me metieron tanta *Zyprexa* en el cuerpo, que entonces, entre otras cosas, me daban los efectos secundarios de los temblores en las piernas. Se movían tantísimo las piernas por la noche que no me podía dormir, por ello, me metieron otra pastilla para dormir, *Dormodor*. Además, yo no sabía, si esos temblores de piernas iban a ser para toda la vida o no. Yo el miedo que tenía era que me iba a quedar allí para toda la vida. No sé por qué, pero cuando estás ingresada no te informan de nada, no te dicen nada. No te informan: mira, vas a estar aquí simplemente un tiempo para curarte, para mejorarte, o para lo que sea, y luego te vas a tu casa y ya está. ¡Qué va! No te dicen nada. Estás allí y no te dicen nada. Creo humildemente que, en muchos casos no te tienen respeto ninguno; si te tuvieran respeto te informarían, te dirían mira vas a estar aquí un tiempo para ponerte mejor, vas a volver a casa, no te preocupes, te vamos a ayudar. A mí, en ningún momento, en los dos ingresos que he tenido, me han dicho que me van a ayudar.

En este primer ingreso, en el del 2008, en el primer brote psicótico que tuve con intento de suicidio, estuve casi dos meses ingresada. Y bueno, cuando salí del ingreso, eso es otra cosa. Cuando me dieron el alta médica, estaba atontada: yo era un zombi. De hecho, les dijeron a mis padres, que puede ser que en los primeros días necesite salir a la calle agarrada de alguien. De toda la medicación que me habían dado, salí como medio inútil, hablando claramente. Además, me acuerdo perfectamente de que la primera vez que salí yo sola a la calle, que pasaron días ya de estar en casa, tenía pánico a cruzar la carretera, la calle de mi casa. O sea, algo que conocía de toda la vida, me daba un miedo atroz, tenía miedo a todo. Cuando pienso cómo salí del hospital, que me anularon completamente como ser humano, con la medicación, con el trato, con todo... Y cómo me he ido empoderando yo con el tiempo, la verdad es que, con todos mis defectos, me siento orgullosa. Porque yo estaba zombi, inútil, no era ni persona, es que no sé lo que era, estaba totalmente anulada. Horrible.

El segundo brote psicótico, en el 2015 fue porque falleció mi padre. En ese momento me habían quitado la medicación y yo estaba con depresión, que eso es peligrosísimo. Porque

lo que yo tengo no llega a ser una esquizofrenia, es una esquizofrenia leve, entonces es muy peligroso estar depresiva. Porque de una depresión puedes ir a un brote psicótico. Entonces en ese momento yo estaba depresiva y estaba sin medicación para la depresión. Me había ido a Madrid a vivir, a trabajar y estuve mucho tiempo buscando trabajo. El caso es que no encontraba trabajo y estaba depresiva, porque llevaba nueve meses buscando trabajo en Madrid y no encontraba nada. Entonces tenía esa depresión, más la noticia de que mi padre se iba a morir por cáncer, fue cuando se me juntó todo y cuando mi padre falleció a mí me dio el brote. A lo mejor si la depresión hubiera estado tratada no hubiera tenido el brote psicótico. Pero eso, en realidad, es imposible de saber.

Entonces, al fallecer mi padre fue una impresión muy fuerte, y me provocó el brote psicótico. Un brote psicótico es un estallido, es un no puedo más. Una crisis de salud mental es un explotar. Es un explotar, es una explosión, es un ya no puedo más, mi cerebro ya no aguanta más, mi alma no aguanta más, mi corazón no aguanta más, yo no aguanto más... yo creo que es eso. Yo creo en el alma y para mí un brote es así, es que mi alma no aguanta más. Mi alma no aguantaba más, debido a los problemas sociales y familiares.

Yo creo que ese explotar siempre tiene una raíz y tiene una explicación, siempre hay un porqué, siempre lo hay. Yo estoy segura de que cuando tienes una enfermedad mental, viene por vivencias que has tenido, o por las que tienes en ese momento, a nivel social, a nivel familiar. Siempre hay una explicación. Pueden ser experiencias malas que te da la vida, que te van desencadenando una enfermedad mental. Y ya está. Entonces por eso también yo pienso muchas veces hasta qué punto es necesaria la medicación, porque a lo mejor con una terapia profunda se puede tratar la enfermedad perfectamente. Y no hace falta la medicación. Hay muchas personas que van sobremedicadas, compañeros y compañeras de enfermedad mental les recetan demasiada medicación; como a mí me ocurrió en su momento.

Esta segunda vez, en cierta forma, tuve un poco más de suerte, porque con los profesionales de salud mental yo creo que es todo cuestión de suerte. Mira, lo que hice fue subirme a la cima de la montaña donde está el cementerio donde estaba mi padre, y quería tirarme por la cima para caer en el cementerio con mi padre. Quería suicidarme así.

Entonces vino la Guardia Civil, y vino una persona que yo la tengo guardada en mi corazón profundamente... vino vestido de paisano. Yo no sabía quién era esa persona en ese momento, solo me dijo que se llamaba Ángel. Él se puso a hablar conmigo allí en la cima de la montaña, y es la primera vez que yo recibí un trato como tiene que ser en el tema de salud mental. Porque ese hombre, me dijo: ¿cómo estás? ¿cómo te encuentras? ¿tienes miedo verdad? ¿qué te pasa? cuéntame, yo lo voy a comprender, no te preocupes, quiero escucharte. Y no se acercaba a mí porque cuando una persona está con un brote psicótico lo que no puedes hacer es invadir su espacio. Porque entonces tiene más miedo esa persona. Bueno en mi caso no porque yo no soy de estar violenta, pero en ese caso si se puede poner una persona violenta, porque le entra el miedo y se pone violenta para

defenderse. Entonces él me hablaba en aquella cima de la montaña, y yo le decía todo lo que yo pensaba, le comentaba todas mis ideas paranoicas. Él me escuchaba, me comprendía y me respetaba. Y entonces... yo le dije estás perdiendo el tiempo conmigo, yo me voy a tirar por la cima de la montaña, estás perdiendo el tiempo conmigo. Y él me dijo, no estoy perdiendo el tiempo contigo, porque «ahora mi tiempo eres tú. Mi tiempo ahora eres tú». Y ahí se ve que yo empecé a cambiar el chip. Y entonces ya acepté que me diera agua y cuando estuvimos hablando más rato, dejé que me diera la mano para salvarme.

Resulta que ese hombre, parece ser que era un psicólogo de la Guardia Civil, y cuando pasó todo, intenté contactar con él, pero no me dieron sus datos ni nada. Y fíjate qué curioso, que hace un mes, o casi ya dos meses, di una conferencia en un curso de los residentes de psiquiatría, psicología y enfermería en salud mental, y entre otras cosas, conté este caso, el caso de Ángel. Resulta que la coordinadora de las charlas me dijo mira, hay una chica cuyo padre es guardia civil del servicio médico, que conoce a esta persona de la que has hablado, y sí se llama Ángel. Porque yo creía que a lo mejor no se llamaba Ángel ni nada, que me lo dijo por decírmelo, por ayudarme. Me dijo que sí, que se llama Ángel y que es psicólogo de la Guardia Civil, es comandante. Y me dijo mira llama a este teléfono a esta sección de la Guardia Civil y pregunta por él. Si quieres hablas con él, y si tú querías darle las gracias pues se las das y ya está.

Y después de seis años hablé con Ángel. Después de seis años pude hablar con él y darle las gracias por estar viva y por ser mi salvador. Y bueno, es que me emociona mucho, me emocionó porque fue una conversación preciosa. Pude decirle muchísimas gracias, me has salvado la vida, eres mi salvador, estoy viva gracias a ti. Y el super humilde, me dijo: «no te preocupes, hacemos las cosas lo mejor que podemos». Entonces él fue el que me recordó esa frase la de «mi tiempo ahora eres tú». Porque él se acordaba perfectamente de mí y de mi caso. Es un psicólogo que se dedica a casos extremos, a casos de suicidio y todo eso. Entonces él me dijo ¿tú te acuerdas de que empezaste a cambiar el chip cuando yo te dije eso? Yo no me acordaba, claro, porque con los brotes psicóticos olvidas muchas cosas. En esa conversación él me recordó que cuando me dijo eso yo empecé a quitarme la idea de matarme y a querer vivir. Y fue preciosísima la conversación. Ángel posee una humildad bellísima. Yo estoy convencida que la gente más humilde es siempre la más sabia.

Bueno cuando Ángel me salvó, me llevaron en ambulancia al hospital, y de allí me mandaron luego para casa, no me ingresaron. Entonces como al siguiente día todavía seguía yo con mi brote psicótico y tal, ya empecé a hacer cosas raras, vamos comportamiento extraño, pero ya te digo que nada de violencia. Entonces una vecina avisó a los servicios médicos, vino una ambulancia y la policía; ahí fue otra vez fuerza brutal. Porque nada, mira me dijo la médico: ¿te vienes con nosotros? Yo como tenía miedo de que me ataran, (que ese ha sido siempre mi principal miedo) que me hicieran lo que me hicieron en 2008; tenía pánico, y dije que no, que no me quiero ir. Entonces los policías se pusieron los guantes y me sujetó uno por un lado y el otro por el otro lado, me

pusieron bocabajo en la cama y me pincharon en el culete un calmante. La médico dijo bueno vamos a esperar a que le haga efecto el calmante. Al rato me dijo: «bueno entonces ¿te quieres venir con nosotros? ya sabes que si no te vienes con nosotros por las buenas te vas a venir por las malas». Como yo sabía lo que significaba eso, entonces me fui por las buenas.

Esa es la ayuda que te dan, decirte o por las buenas o por las malas te vienes con nosotros. Entonces me pusieron en la camilla para meterme en la ambulancia, la camilla estaba fuera de la ambulancia, y yo les dije: «por favor os lo suplico no me atéis, no me atéis. Que yo me voy a portar bien, por favor». Fíjate, como los niños pequeños. «Que yo me voy a portar bien, que no voy a hacer nada, de verdad, lo que queráis, pero por favor no me atéis». «Sí, sí, no te preocupes, que no te atamos, no te preocupes» —me dijeron—. Pues me metieron en la ambulancia, cerraron las puertas, y nada más cerrar las puertas de la ambulancia me ataron. No te puedes fiar. Porque te crees que van a cumplir su palabra, y luego no la cumplen.

En los dos ingresos me tocó el mismo psiquiatra, pero no me voy a quejar de él porque, dentro que cabe, hacía lo mejor que sabía. Más que nada cuando me preguntaba ¿sigues teniendo la paranoia de que te ponían en la mascarilla del pelo productos venenosos? Claro porque eso era una de mis paranoias que tenía, que tenía muchas paranoias entonces, con el brote psicótico. Entonces yo aprendí a responderle que no tengo la paranoia, aunque la siguiera teniendo. Pero era más que nada para que me dejara salir de allí.

Porque eso es otra cosa, las plantas de internamiento de salud mental son cárceles. Son cárceles. Allí, por ejemplo, el patio tenía rejas, de forma vertical y en el techo. Era una jaula totalmente. Todas las puertas cerradas, con las rejas para no escaparte por ningún sitio, era todo gris, de cemento, con rejas arriba en el techo, no podías ni ver los árboles de la calle. Era una cárcel, es que son cárceles. Entonces claro, como estás en una cárcel, estás deseando salir de ella. Eso es otro tema también, porque los centros de internamiento para salud mental deberían de ser sitios agradables, sitios bonitos, lugares con decoración, con cosas que ayuden a sanar la mente. No un sitio así aséptico como una cárcel. Porque así es que no te sanas, no te curas. Yo recuerdo de que tenía un deseo: ver un árbol, fíjate. Son experiencias tan duras que, si la sabes administrar, luego valoras mucho más la vida. Yo he aprendido a valorar muchísimo la vida, y las pequeñas cosas de la vida, porque, fíjate, tenía ganas de ver un árbol, solo uno, con uno me conformaba. Sólo quería ver un árbol, por favor. Estaba en un ambiente tan frío, tan aséptico, tan carcelario que mi mayor deseo era sólo eso, ver un árbol.

Luego otra cosa muy importante, yo estoy con la medicación psiquiátrica desde el 2008, estuve con la *Zyprexa* varios años y a mí me ha engordado 20 kilos. A mí la medicación psiquiátrica me ha deformado el cuerpo, hasta que me pasaron al *Abilify*, que es un antipsicótico como la *Zyprexa* pero que no tiene esos efectos secundarios de engordar.

Ahora estoy viendo a ver si adelgazo, porque yo siempre he sido una persona muy delgada y fue la medicación lo que me engordó. Ésto todavía es peor para tu autoestima. A mí la autoestima me la destrozó el tema de la medicación psiquiátrica y el *Zyprexa*. Tú vas viendo con los meses, que tu ropita bonita, ya no te va viniendo, que ya no te cabe. Y se lo iba diciendo a la psiquiatra en las revisiones del centro de salud mental: «mire que estoy engordando, mire que estoy engordando, por favor cámbiame la medicación» —y la psiquiatra me decía— «no, no te pasó al *Abilify*, porque me da miedo». Yo diciéndole: «mire que, por favor, que no quiero engordar más». Entonces cuando ya engordé 25 kilos fue cuando me pasaron a la *Abilify*. Que ya te digo es como la *Zyprexa* es también un antipsicótico, pero no engorda. Pero para entonces, yo ya estaba con mi cuerpo que ya no era mi cuerpo. 25 kilos es muchísimo, y todavía no me los he podido quitar.

Aparte sobre los medicamentos psiquiátricos también, yo tengo mis dudas respecto a ellos. Porque: ¿hasta qué punto está demostrado que ayudan, o que no ayudan? Muchas veces no está muy claro y los efectos secundarios son muy graves. Lo que pasa es que tenemos también el tema de la industria farmacéutica que ahí ya nos metemos en un berenjenal. Porque la industria farmacéutica es la primera que le interesa que no te cures nunca. Porque la droga antipsicótica es muy cara. Y a ellos les va muy bien suministrarte la medicación de por vida, y que ellos puedan vivir tan a gusto: ellos engordándose los bolsillos y tú engordando con tu medicación.

El *Abilify* me lo suministran en pinchazo, es un pinchazo mensual, en el brazo, en el deltoides. Yo ahora afortunadamente llevo muy poca medicación, y sigo teniendo terapia psicológica. He ido siempre acompañando la terapia psicológica con los medicamentos psiquiátricos. Entonces yo solamente tengo el pinchazo mensual y una pastilla de antidepresivo que me tomo por las mañanas. Y no tomo nada más de medicación. Llevo poquísimo, aun así, me gustaría dejarme la medicación que tengo. Conozco un grupo de personas que a través de la ayuda mutua han conseguido dejarlo y llevan años sin medicación. Y si ellos lo han podido conseguir, pues mira yo también puedo conseguirlo. Más adelante sí que me gustaría dejar la medicación, porque el *Abilify* no te engorda, pero te da por las compras compulsivas y también produce muchas pérdidas de equilibrio.

Mira yo estoy en un grupo con gente de Chile que hicieron un taller de desmedicalización y tenemos un grupo de WhatsApp y además cada cierto tiempo nos reunimos *online*. Y la gente tanto en WhatsApp como cuando tenemos una reunión van contando como van dejando la medicación, esto lo compartimos y lo hacemos en grupo. Bueno, yo de momento no lo estoy dejando, pero ya lo saben ellos; sí la quiero dejar en un futuro. Entonces compartimos las experiencias: ¿cómo estás? ¿cómo te encuentras? «Pues mira estoy mejor, estoy peor». Todo eso. Y es muy interesante poder hacerlo en colectivo.

De hecho, yo me he empoderado en colectivo, porque a raíz del segundo brote psicótico en el 2015 fue cuando conocí la asociación en primera persona en la que estoy, el

*Colectivo B*. Por esto yo le tengo especial cariño a mi psicóloga porque fue ella quien me habló del *Colectivo B*. Porque, muchas veces, pierdes amigos cuando tienes una enfermedad mental, o un brote psicótico y tal, o por culpa de uno mismo o por los demás pierdes amigos o los vas dejando. Uno de los problemas que tiene una persona que posee un diagnóstico psiquiátrico, o que ha sufrido un brote psicótico, sobre todo, es que no tiene contacto social, que no tiene amigos, eso es un factor común en muchos casos. Entonces a partir de ahí empecé a hacer amigos, comencé el activismo y en el tema de la salud mental, hasta que acabé siendo secretaria del *Colectivo B*, luego ya pasé a ser vicepresidenta, después pasé a ser presidenta. Y he estado como presidenta más de tres años y medio. O sea, que me reeligieron. Y, la verdad, que ha sido la asociación en primera persona y el contacto con otros iguales, lo que a mí me ha ayudado a empoderarme.

El *Colectivo B*, al principio no era una asociación en primera persona, era un grupo mixto. Pero hará casi tres años ya, más o menos, que hicimos una asamblea general extraordinaria, para decidir si queríamos ser asociación en *primera persona*. Lo hicimos entre todos, como hacemos todas las cosas, realizamos la votación y decidimos que sí, y nada y ya hicimos la gestión.

En el 2019 vino la Federación Andaluza de Asociaciones en *primera persona*, a darnos un curso para formar GAM a las asociaciones en *primera persona* de la región de Murcia. Y fue súper interesante, la verdad, estuvo genial. Pero nosotros por circunstancias no hemos podido formar un GAM todavía. Sé que en otras asociaciones que estuvieron en la formación ya tienen el GAM, pero lo vamos a poner en marcha nosotros también, porque tenemos toda la formación ya hecha.

Nosotros no tenemos una sede física para estar, nosotros nos reunimos de toda la vida en una cafetería, en el café Rayuela de Murcia. Y nuestras reuniones y nuestras cosas son siempre en la cafetería. Esa cafetería tiene una sala en el fondo, con unas cortinas que te aísla un poco de la gente que está en el bar tomándose algo, entonces cuando tenemos una asamblea o algo así lo hacemos ahí en esa sala. Allí ya nos conocen y todo.

En la asociación somos unas sesenta personas. Todos de la región de Murcia, ciudad de Murcia y alrededores. Hace tiempo empezó a venir un chico que era de Macondo, pero Macondo es un pueblo muy grande que está muy lejos de la ciudad, y este compañero tardaba dos horas en ir, dos horas en volver, Y al final nuestro compañero tuvo que dejar de venir. Entonces nada, a ver si en otras zonas de la región, se forman asociaciones en *primera persona*, porque la gente que vive así tan lejos, pues la verdad es que no puede.

Nosotros vamos por los centros de salud mental dejando posters, folletos y todo. En los centros donde nos conocen, por ejemplo, en mi centro, la recepción es muy buena. La trabajadora social quiere folletos siempre y la psicóloga también. Y en otros centros también nos dejan poner los posters en la pared y dejar los folletos.

A mí lo que me gusta del *Colectivo B* es que, desde el principio, tenemos nuestro grupo de WhatsApp para ayudarnos entre todos y por ahí estamos siempre en contacto. Ahora mismo no tenemos un GAM, pero es que funcionamos como un GAM. Tenemos la ayuda mutua, nos ayudamos los unos a los otros, que si uno está mal pues lo dice en el grupo y los demás le ayudan. Lo compartimos todo, lo bueno y lo malo, y lo hacemos de forma totalmente desinteresada. Aquí, por ejemplo, en la junta directiva de la asociación nosotros no cobramos nada, ni tenemos un sueldo, ni nada de nada. Nosotros tenemos una cuota de socio, que fijate, es de cinco euros al año. Que más que nada es para los gastos de folletos que hacemos, para dar publicidad a la asociación y que otras personas que tengan problemas de salud mental la conozcan; poder ayudar a otras personas como la asociación nos ha ayudado a nosotros.

Mira yo ahora estoy un poco en la reserva respecto al activismo porque me mudé a un pueblo que es muy bonito, con un verde precioso y una naturaleza maravillosa, pero que está lejos de la ciudad y el problema es que yo no tengo coche. Entonces tuve que dejar la presidencia del *Colectivo B*, porque no podía seguir haciéndome cargo de la presidencia sin un coche para desplazarme. Pero sigo siendo activista, aunque ahora no pueda ejercer como tal. También cuido de mi madre que tiene Alzheimer que es algo muy empeñativo y que necesita de muchísimo tiempo. Bueno, hay una serie de situaciones que no me posibilitan estar ahora al cien por cien.

Al final, el activismo es un trabajo a tiempo completo, no remunerado y la verdad es que te ocupa casi todo el tiempo. Y yo, ahora mismo, por circunstancias personales no podía seguir el ritmo que llevaba anteriormente. Pero bueno me gustaría volver a la primera línea otra vez. Y la verdad es que en cuanto pueda lo haré.

Me encantaría trabajar de paciente experto o, también llamado *peer and peer*. Es mi sueño poder ayudar a otras personas que están padeciendo una enfermedad mental o malestar psíquico; poder ofrecerles toda la ayuda y comprensión que yo no tuve.

### 5.1.5. LEA

#### **Tía, pero si tú has sido una Niña Maltratada**

A ver yo creo que mi historia yo la tengo clarísima. Somos dos hermanos, yo soy la hermana, venimos de clase media, del ensanche de Pentesilea, lo digo porque esto también creo que tiene mucho que ver; padre, madre, hermano mayor y yo, que soy niña. Y luego siempre hemos vivido con perros y eso tiene mucho que ver o al menos para mí lo tiene. O sea, yo adoro los animales, desde que nací tengo perros, ahora ya no, ahora tengo gatos.

Yo nací en el 79, es otra época, no es la actual, entonces mi madre trabajaba todo el día, ella era secretaria de un arquitecto y trabajaba todo el día. El arquitecto era un cabrón, pero esto supongo que es lo de menos, el caso es que trabajaba todo el día, eso quiere decir que yo cuando volvía del colegio, que me traía un señor en coche, junto con otras niñas que vivíamos por el barrio, ya me quedaba en casa con una mujer que estaba en casa que era quien limpiaba; mis padres tenían siempre una mujer en casa limpiando y cocinando y yo me quedaba con ella, pero muy pronto ya llegaba mi padre.

Mi padre tenía una pequeña empresa, muy pequeñita, pero mi padre estaba mal, yo creo que mi padre ya estaba muy traumatizado de su infancia porque tenía un padre sumamente exigente, era un médico bastante importante, mi abuelo. Mi padre pues era el niño rebelde, era hijo único y él estudió en la Escuela de Arte de la Sofronia, pero vaya la dejó y bueno, mi abuelo siempre lo machacaba mucho. Esta es la historia que yo sé, pero da para entender un poco el funcionamiento de mi padre.

Entonces mi madre era una madre atenta cuando estaba, porque se pasaba el día trabajando, no llegaba a casa hasta las nueve, pero cuando estaba era una mujer muy atenta, me cuidaba y me protegía mucho, o sea, todo eso lo tenía. Cuando yo era pequeñita sí que tengo buenos recuerdos de mi padre porque el amor a la lectura, a la historia, y a los animales me viene de mi padre. Era un hombre muy inteligente pero no tenía ni un amigo, o sea, no se relacionaba con nadie. Cuando yo era pequeña pues por la tarde leíamos juntos y tal y nos lo pasábamos muy bien, estos son los buenos recuerdos que tengo. Pero ¿qué pasaba? que mi padre me maltrató mucho a nivel emocional, maltrato emocional muy bestia, o sea, era colérico, y solo era colérico conmigo y con los perros. Por eso digo que los perros para mí tienen un tema importante en casa porque el maltrato era dirigido hacia mí y hacia los perros, nunca se había puesto colérico con mi hermano, por ejemplo, nunca. Digo más maltrato emocional, porque claro que me pegaba y también alguna paliza, pero yo destaco sobre todo el maltrato emocional.

Cuando él estaba, por ejemplo, mirando la tele con un volumen potente y yo estaba en la habitación encerrada haciendo deberes, yo era muy responsable ya desde pequeña, y le decía papa baja la tele un poco y él no la bajaba, y yo papa que estoy estudiando, no la bajaba, y de repente me decía «Lea veme a comprar tabaco» y yo sí que era contestona, bueno yo siempre he dicho lo que he pensado y yo le decía papa no puedo estoy

estudiando ve tú que no estás haciendo nada, y eso ya era levantarse del sofá, venir hacia la habitación, abrirla fuerte con los puños, todo rojo, era un hombre muy grande «¡que te he dicho que tal y que cual!», pero ya con aquello ya sabías que si no lo hacías te venía la hostia, y no una *hostieta*, era una hostia ¿vale?

O sea, yo crecí con mucho miedo. O, por ejemplo, ya hasta mayor pasaban cosas que, por ejemplo, íbamos al restaurante con la *family*, y yo me reía de algo porque yo siempre he sido muy así, muy basta, vengo de una familia fina, pero yo siempre he sido muy poco delicada, y yo hacía algo y me reía y tal, pues mi padre me daba una patada por debajo de la mesa ¿sabes? en plan y me miraba bueno, y es que estaba rojo en sangre viva.

Yo pasaba mucho miedo por las noches, mi habitación estaba cerca de la de mis padres, pero yo dormía con la puerta cerrada y ellos también, pues mi cama hacía ruido, pero claro esto es problema de ellos si no me la cambiaban. Yo me acuerdo de tener tos por ejemplo o de moverme de la cama «¡que te calles!» se oía, «¡que te calles!» y yo papá es que no puedo es que tengo tos o es que uff «¡que te calles, que te calles!», o, por ejemplo, si tenía sed por la noche pues en vez de salir de la habitación yo salía por la ventana que daba a un patio de luces que conectaba con la cocina, pues yo salía por ahí, para que él no oyera nada, porque si no me podía venir una hostia, ¿vale?

De hostias yo me llevé muchas, muchas, muchísimas, y de palizas un par o tres. Pero siempre amenazada, siempre yo estaba amenazada y siempre yo era la *esnob*, la intelectual, bueno la... pero todo con desprecio. En cambio, mi hermano no sé... era el perfecto. Mi padre se murió ya hace diez años que bueno una situación muy chungu y tal, y... ¿qué te quiero decir? que en aquella época mi madre no estaba para protegerme y yo se lo decía, pero ella no lo veía, y yo sentía que ella no me ayudaba, que yo no estaba segura. Yo no me sentía segura en mi casa. Yo desde siempre he estado encerrada en mi habitación. Desde bien pequeña porque recuerdo leer cuentos o mirar cuentos encerrada en mi habitación para no salir. No porque me obligaran, sino porque yo no quería salir de mi habitación con mi padre allí, yo tenía mucho miedo.

Después también mis padres eran como muy liberales a nivel sexual, eso me ha afectado mucho en el sentido de que yo empecé a ver pelis, pelis normales, o sea pelis de historia, de la segunda guerra mundial o de tal pero ya desde bien pequeña y yo tengo grabadas imágenes sexuales, de violaciones, de.... tengo muchas imágenes grabadas en la cabeza ya desde bien pequeña porque me dejaban ver de todo. O incluso fuimos al Museo Erótico con mis padres, que yo era muy pequeña. Es que me acuerdo perfectamente yo no sé cómo es ahora, te estoy hablando de hace muchos años, me acuerdo, por ejemplo, que esto es lo que marcó mi vida, era una mujer rodeada de ovejas o de corderos, de animales de lana, o sea, como de ovejas y que ella se iba limpiando las heridas de la piel, era como una estatua, como una escultura y yo me la quedé mirando y no dije nada, y me acuerdo perfectamente que cuando llegamos a casa me encerré en el baño con mi madre y le pregunté: ¿mamá qué

hacia esta mujer? ¿qué... qué le pasaba? Y mi madre me dijo pues porque ella practicaba la zoofilia, o sea, que se acostaba con los animales y yo me quedé en *shock*.

Luego también, por ejemplo, a mí desde que me empecé a desarrollar físicamente desde los once años o diez, una vez al año me hacían fotos desnuda con la Polaroid para que cuando fuera mayor las pudiera tener y ver mi desarrollo. Claro yo ahora las veo, que no las miro, pero vaya, yo ahora las veo y digo hostia que gracia tío yo era así a los once, así a los doce y así a los trece. Claro, pero esto es muy bonito de adulta, pero no de niña, yo me acuerdo, por ejemplo, a los trece, veo la foto que salgo ya tapándome con la toalla en plan no quiero, no quiero, y me la hacían igual. O sea, no había ningún respeto a la intimidad y hacia mí. A mi hermano nunca le hicieron ninguna foto. Pero ten claro, esto te lo aseguro, que estas fotos eran para recuerdo no eran para hacer nada malo, esto te lo aseguro, pero bueno que yo estaba expuesta a cualquier cosa, o sea, es que yo creo que todo me viene de todo eso.

Abusos sexuales diría que no he tenido de infancia, diría que no, no te lo aseguro porque no sé, pero creo que también nos pasa a muchas mujeres porque lo he hablado con amigas que decimos yo creo que no, pero ¿verdad que a veces pensamos que quizás sí? o sea, no sé, lo he hablado con amigas eso, que nos pasa lo mismo, pero diría que no he recibido.

Por lo demás, yo recuerdo con ocho años empezar a hacerme daño. Cuando mi padre me pegaba o me castigaba al cuarto me acuerdo de empezar a rascarme y tener una costra enorme de estarme rascando. Además, es que yo no era una niña mala, sí que mi hermano era don perfecto, es verdad, pero yo no era una niña mala, pero sí que era curiosa, expeditiva ¿no? y eso quizás daba más por culo, no lo sé. Cuando me castigaba claro yo sentía tanta rabia, tanta, tanta, pero yo no le podía decir nada a él, porque yo era muy pequeña, pues entonces claro me quedaba en mi cuarto, empezaba a ponerme el puño dentro de la boca y a chillar y a provocarme arcadas, pero no para llamar la atención, sino para sacar lo que llevaba dentro.

Yo crecí con mucho miedo y con mucha rabia, de hecho mi madre siempre me decía, es que tú fuiste muy complicada y esto me da mucha rabia. «Es que tú fuiste muy complicada», «es que, ni de pequeña, sales con una sonrisa en ninguna foto». Pero bueno, es que ella no lo relaciona, aunque ahora ya está cambiando un poco. Y claro, después me entero, porque yo no me acuerdo, yo era bebé, pero que estaba en la tronita y yo me puse a llorar, de estos llantos de que no paras de llorar, y se ve que mi padre ni corto y perezoso vino y me hizo «raca»<sup>218</sup>. Claro, esto yo no me acuerdo, pero mi memoria emocional se debe acordar. Aparte también había momentos que me quería mucho pero bueno yo qué sé.

Luego yo en la escuela, claro yo lo que vivía para mí era normal, creía que era normal. Pero yo me di cuenta de esto hace cinco años más o menos, que hablé con una amiga mía que es educadora social y trabaja con chicas sin papeles, y ella está muy metida con todo esto de

<sup>218</sup> Onomatopeya de golpe.

la psicología del trauma. Bueno el caso es que yo hace cinco años estaba con una depresión muy *heavy* ¿vale? y hablando con esta amiga, pues le conté un poco mi historia, y me dijo: pero Lea tía, si tú has sido una niña maltratada. Y yo le dije ¿ah sí? imagínate hace cinco años, y yo ¿ah sí? me dice claro tía, pero yo le decía que a mí no me han dado palizas fuertes, bueno si dos o tres veces, pero no más, nunca he ido al cole con un ojo azul ni nada... Y después he estado leyendo, ahora ya en la actualidad, porque me interesa mucho el tema y esto es lo que te decía de las diferencias entre clase media y clase más baja, que se ve que estos son estilos muy diferentes y que acostumbran a ser estilos muy diferentes también de maltrato. En plan pues yo qué sé, pues que vigilaría más el no dejarme marcas yo qué sé, es que no lo sé, no lo sé porque esto es muy raro para mí.

Bueno entonces ya te digo mucha rabia, mucho miedo, entonces en la adolescencia, yo siempre estaba encerrada en la habitación desde pequeña leyendo, toda la vida leyendo. Y ya hacia los doce o trece años yo era *heavy*, pues ya con la música *heavy*, que también es curioso que me diera por el *heavy*. También ahora piensas hostia, como mucha potencia necesitaba, esto es otra cosa que he notado en mi vida, bueno que necesito mucha intensidad. Y esto se ve que está muy relacionado con las niñas y niños maltratados, pero bueno da igual, da igual, no soy yo ahora quien tiene que hacer la teoría ja, ja, ja.

Mi primer diagnóstico fue cuando iba a 1º de BUP, lo que es ahora tercero de la ESO, que me llevaron porque en aquella época empecé tener ataques de ansiedad, o sea, fue cuando ya se me empezó a notar, que algo pasaba. Y siempre seguía encerrada en la habitación, pero yo siempre he tenido muchos amigos, o sea, a nivel social siempre muchos amigos, y a nivel de estudio siempre muy buenas notas. O sea, yo siempre he dicho que yo de caras a fuera, todo era perfecto. O sea, nadie diría que a Lea la pasaba nada, todo ha ido por dentro. Entonces me llevaron porque sí que supongo que veían que los ataques de ansiedad o que sufría demasiado por los exámenes, aunque siempre me iban muy bien, o yo qué sé. Según ellos era súper contestona y rebelde, lo normal, tal y cual, y me llevaron al psiquiatra, y me hicieron la exploración y les dijeron a mis padres que tenía depresión. Pero este diagnóstico en principio no tuvo impacto, en principio creo yo porque mis padres se enfadaron con el psiquiatra, es que yo qué sé tía, se enfadaron con el psiquiatra, rompieron el informe y nos olvidamos para siempre de eso.

Pues yo estaba bien con mis cosillas, siempre era muy oscura, siempre con lecturas también muy oscuras, todo muy oscuro. Eso si salía de marcha con mis amigos, o sea, me lo pasaba muy bien fuera de casa. También empecé a fumar porros muy temprano, y yo empecé a salir pronto de noche, iba por el gótico, en la zona de los *heavy*s y tal. Yo empecé muy jovencita a salir por allí, y pues también empecé ya a beber en aquella época.

Yo lo que siento es que siempre he vivido disociada, esto es lo que siento, o sea, como que la Lea funciona muy bien y no conecta con ella. Y cuando estaba en la habitación pues me dedicaba a eso, o a leer, o a escuchar música o a ir a otro mundo, porque yo iba a otro

mundo, iba a otro mundo quiero decir, pues me acuerdo estar con... *Starway to heaven*<sup>219</sup>, esta canción tan mítica que yo ya desde muy pequeña ya la escuchaba pues ya flipando en colores. Yo siempre estaba pensando en que, esto se había quedado en otro mundo mejor, pero sin identificarme yo en que estaba en un mundo, yo no conectaba, ahora sí.

Total, me llevan al psiquiatra, pero esto en teoría no tiene impacto porque evidentemente siguen las cóleras de mi padre, sigue todo, las hostias de mi padre, y tal y entro en la universidad a estudiar psicología. Yo quería estudiar historia del arte, pero mis padres me convencieron para que estudiara psicología, porque como yo sabía escuchar tan bien a la gente, como yo era tan atenta con los demás y tal pues ¿por qué no haces eso? que psicología tendrá salida tal y cual, y yo dije ah pues vale y lo puse como primera opción y claro entré.

Me acuerdo de que estaba en primero de carrera que estábamos en clase de psicopatología<sup>220</sup> y nos estaban explicando el trastorno obsesivo compulsivo y yo digo coño si esto es lo que tengo yo, porque claro no te lo he dicho, ¿sabes que me pasó?...

¡Ay! esto es algo muy secreto, que cada vez es menos secreto, porque ya cada vez lo digo más, pero me ha costado mucho, hasta que no he entrado en el activismo, no he empezado a decirlo. Claro, yo me refugiaba con mis perros, nos encerrábamos en la habitación, ellos cuando yo lloraba, ellos me lamían la cara. O sea, el amor que yo he sentido por los animales siempre ha sido muy bestia. Pero recuerda que de muy pequeñita recibí una imagen de deseo erótico que estaba relacionada con animales y personas; que se me olvidó, o sea, que me impactó en aquel momento pero que mi mente se olvidó de ella, pero estaba por ahí en algún lado. Total, que cuando yo hacía primero de carrera que mi hermano estaba acabando su carrera, era la época en que la gente ya empezaba a tener internet en casa, y nosotros teníamos. Yo me acuerdo de que estaba descansando de estudiar exámenes y estaba en el sofá jugando con el Tetris y estaba con los perros, porque siempre estaban conmigo, y mi hermano estaba encerrado en su habitación con el internet. Mi hermano a mí nunca me ha hecho caso, nunca, ni nunca me ha defendido de nada, al contrario, entonces mi hermano aquel día que estábamos en esta situación «¡Lea, Lea ven, ven!» Y yo claro mi hermano mayor me llama, yo en plan si, si, si y me fui corriendo a la habitación de mi hermano a ver que quería, y dice: «¡mira eso, mira eso!» y me enseña la pantalla del ordenador y sale en la puta pantalla del ordenador, un perro un dálmata follándose a una mujer. Un video porno así muy asqueroso, nada lo vi un segundo ¿vale? o sea, porque fue verlo taparme los ojos e irme corriendo, irme corriendo.

Y ¿qué me pasó? pues que entonces yo me puse en el sofá y empecé ostras, ostras..., o sea, yo sentí mucho terror, mucho terror, pero empecé ostras, pero tú... tú quieres mucho a tus perros, tú siempre los has cuidado mucho y los quieres mucho, y siempre os habéis

<sup>219</sup> «*Starway to Heaven*» es una canción del grupo británico Led Zeppelin (1971) Véase: [https://www.youtube.com/watch?v=Ly6ZhQVnVow&list=RDLy6ZhQVnVow&start\\_radio=1](https://www.youtube.com/watch?v=Ly6ZhQVnVow&list=RDLy6ZhQVnVow&start_radio=1) [Consulta: 20 de noviembre de 2022].

<sup>220</sup> La psicopatología es una disciplina que trata de describir y explicar las conductas desadaptativas.

dado mucho amor, y eso ¿por qué te escandaliza tanto? quizás ¿porque tienes miedo de que eso a ti te gustaría? Sabes, empecé a entrar en este bucle, y de ahí no salí, de ahí fue una tortura. Y ya te digo, en primero de carrera fue en la clase de psicópato, cuando supe lo que me ocurría. Yo no sabía que eso era un trastorno obsesivo ni nada, y cuando lo explicaron digo, uy, eso es lo que me pasa, es exactamente lo que me están contando: imágenes que no me puedo quitar de la cabeza, que me destrozan, que me hacen mucho daño, que yo no las quiero, que me asustan mucho.

Y nada, un día me atreví a decírselo a mi madre, mamá me pasa eso, yo sé que nada de nada, pero me pasa eso que yo no me lo puedo quitar y es que no puedo vivir, y entonces mi madre me llevó a una psiquiatra privada de Pentesilea. Pero la psiquiatra le dijo que... bueno nos dijo eso que tenía un TOC<sup>221</sup> bastante importante y que me tenía que medicar sí o sí. Que eso duraría para toda la vida, la cronificación ¿verdad?, y que me tenía que medicar toda la vida. Y bueno me derivó a una psicóloga cognitivo conductual ¡una puta mierda!, ¡una puta mierda! porque la psicóloga no hacía nada más que decirme: «deja pasar el pensamiento». O sea, cuando venga tal lo dejas pasar, y yo ¡que no puedo! ¡que estoy enganchada o sea que no puedo! pero en ningún momento exploró mi historia familiar, nada, alucinante.

En aquella época yo salía con un chico, que habíamos tenido hasta entonces buenas relaciones sexuales y tal, yo siempre había tenido un sexo muy bueno con mis anteriores parejas y con este chico también, hasta que me aparecieron estas imágenes intrusivas, entonces abandoné el sexo por completo. No podía mantener relaciones porque entonces se me aparecían todas las imágenes, y ya me generaba todo como mucho terror. Entonces, una noche que salí con una amiga a un bar en el barrio, que aún se podían fumar porros, conocimos a unos chavales, total que yo me enrollé con uno de ellos y se me desapareció todo. O sea, fue liarme con este chaval y empezar también una relación con este chaval, dejar al otro, y el TOC desapareció durante muchos años y pude incluso dejar la medicación. Dejé la medicación durante diez años de mi vida, o sea, más o menos desde los veinte hasta los treinta.

Entonces yo ya pues eso hice vida sin medicación y bien a ver siempre he sido aprensiva, siempre, bueno sí que es verdad que evitaba los animales, que si iba por la calle siempre evitaba mirar animales. O sea, cogí como un miedo muy fuerte pero bueno vivía muy bien. Además, ya era una época en que yo al cabo de poco me iba al Erasmus y yo ya no volvería a mi casa, porque ya después del Erasmus ya me fui a vivir con mi siguiente pareja que es la actual. Y nada, luego cuando yo ya vivía con mi pareja, todo fue muy bien, súper bien. Y decidimos tener hijos, o sea, quedarme embarazada, y a los treinta años me quedo embarazada de la niña que tengo ahora. Pero, al tercer mes de embarazo, yo estaba estudiando un posgrado de terapia de pareja, y era una época de mucho estrés, también te lo digo, y estaba leyendo un libro del posgrado ¿no? y tía, es que no tenía nada que ver, pero salía la palabra tigre que me acuerdo de esto, tigre, y me volvió a pasar lo mismo. O sea, tigre y yo ya, tigre ay y

---

<sup>221</sup> Trastorno obsesivo-compulsivo.

si me gustara el tigre, ¿y si me gustaran los tigres? ¿y si no sé qué? Una cosa, tía tremenda, tremenda, pues ya eso ya fue el infierno, eso ya fue el infierno, eso ya fue estar embarazada de mi hija, y tener un embarazo tan deseado y tan terrible a la vez. O sea, yo pidiendo, yo me acuerdo de tocarme la barriga, todos los días diciendo perdóname hija, perdóname, porque yo no me podía quitar de la mente mis pensamientos, mis ansiedades, pero tampoco me podía matar, porque tenía una hija dentro, no podía estar como encarcelada, estaba encarcelada, no podía hacer nada. Porque yo tenía claro que no iba a tomar medicación estando embarazada, que yo a mi niña medicación cero, eso yo lo tenía claro y nada bueno entonces pasó el tiempo y ya parí.

Bueno la crianza fue terrible, o sea, fue terrible no a nivel de amor, sino a nivel que yo estaba en otro mundo, o sea, ya te digo, no lo parecía ¿vale? yo cuidaba mucho a mi hija, le daba mucho amor, supongo también como causa del sentimiento de culpa por no haberle dado un embarazo tranquilo, porque estoy convencida de que no le di un embarazo tranquilo, porque los niveles de ansiedad eran brutales. Y nada tuve evidentemente un posparto malísimo y luego se lo conté a mi madre y mi madre, vamos al médico que quizás sí que puedes tomar medicación o quizás te ayuda o yo qué sé, bueno fue un periplo. Me negué a tomar medicación el primer año de vida de mi hija porque yo le daba el pecho. Pero claro, yo cada vez estaba peor, piensa que esto era algo secreto, esto solo lo sabía mi marido y mi madre. O sea, el estigma que había y el autoestigma que teníamos era muy bestia. O sea, yo llego a conocer el *Colectivo A* en aquella época, puff mi evolución hubiera sido muy diferente entonces....

Entonces a los once meses me acuerdo de que ya no podíamos más, que la pareja ya estaba fatal, estábamos fatal porque mi marido no me aguantaba, porque claro yo estaba todo el día, eso no es verdad, ¿verdad? Me decía tía que tenemos una hija, ¿quieres hacer el favor de centrarte en lo que hay? porque claro ya llevaba mucho tiempo, once meses anteriores más el embarazo, que yo cada día a mi marido ¿pero esto es seguro...? Él estaba desquiciado con su tesis doctoral y tal y yo más desquiciada aún claro. Vale, total a los once meses decido dejar de dar el pecho y empezar a tomar medicación porque para mí era la única opción que había.

Bueno ahí empezó el periplo de las medicaciones ¿vale? que fueron cuatro o cinco años. Imagínate que hasta que mi niña tenía cuatro o cinco años, que no encontramos la medicación que me fue bien. Por fin la encontramos y empecé a mejorar mucho, o sea, quiero decir a estar completamente asintomática, a nivel de estos pensamientos. Esta medicación la he llevado imagínate desde los once meses de la niña, pero con la correcta con la que me fue bien, pues desde los cinco años de la niña, mi niña ahora tiene once años, pues hasta los diez años de la niña. O sea, vaya que desde los 31 hasta la 42 que tengo ahora, bueno aún sigo con la medicación, lo que ya no llevo antipsicóticos, porque me daban antipsicóticos a dosis baja y antidepresivos a dosis altísimas y bueno y tranquilizantes y pollas de estas. Ahora ya solo estoy con antidepresivos a dosis muy altas, pero en septiembre ya me la van a bajar.

Mira yo conocí el *Colectivo A*, a raíz de que yo soy psicóloga en un gabinete privado de Pentesilea. Soy psicóloga y hace muchos años con una persona que yo acompañaba, una persona muy cronificada, pues yo le decía vamos a buscar espacios, cosas para que puedas conocer a más gente, para que salgas de casa colega, ¿sabes? y busqué y encontré a el *Colectivo A*, y digo ¡hostia! ¡esto mola! y esta persona entró en el colectivo. Y yo en aquel momento conocí a Ovidio es uno del núcleo duro del *Colectivo A* y me cayó muy bien, pero esto hace muchos años ¿vale?

El caso es que ahora cuando entré en la última depresión que será hace cinco años me puse en contacto con Ovidio, le dije tío yo no puedo más, yo no puedo más con la vida, yo no puedo más. Y Ovidio como que me cogió de la mano, me dijo tía vente a un GAM. Ovidio se acordaba de mí y tal, y bueno vente a un GAM y empecé a ir a un GAM. Lo que pasa que yo aún estaba muy mal de la depre, pero tuve que ponerme a trabajar de psicóloga, imagínate, tuve que ponerme a trabajar porque soy autónoma, y ya no teníamos dinero en casa, la situación económica era límite y yo tenía la baja, pero no me cubría los gastos y me tuve que poner a trabajar. Y claro empecé a trabajar, pero estando mal y lo disimulaba, es que es muy fuerte la capacidad que tengo de disimular, pero claro yo estaba agotada, yo estaba agotada realmente, y duré poco tiempo en el GAM.

Luego lo que pasó es que en esta misma depresión, pero más tarde, pues al cabo de un año y medio o así, bueno, pues estaba en Pentesilea para ir a trabajar, pero estaba muy mal, y tuve que cancelar las visitas aquel día y me fui a casa de mi madre, que ella estaba fuera y yo tenía las llaves, así que ese día podía cancelar todas las visitas e irme a casa de mi madre. Y ya en casa de mi madre, empecé a decir yo ya no puedo más, yo ya no puedo más, empecé a vaciar todos los cajones de mi madre a ver si encontraba medicaciones, a ver si encontraba cosas para... no para morirme, no lo sé, pero para desaparecer un rato, aunque fuera, o sea, para desaparecer para no sentir.

Pero no encontré nada, esto fue en plan ¡ar! No encontré nada y llamé a Ovidio, y bueno se me pasó un poco. Pero después, al cabo de unos días yo ya estaba en mi pueblo, bajando a Pentesilea en tren a trabajar, y pensé uff... pensé tía si eso te dura un mes, o sea, si en un mes sigues igual, te tiras a la vía del tren, o sea, te tiras. Yo eso nunca lo había pensado porque tenía una hija, es que para mí mi hija era mi prioridad, yo he sufrido tanto en la infancia que para mí mi hija es mi prioridad. Pero el hecho de yo pensar claramente sabes en plan, si eso dura un mes más ya sabes lo que vas a hacer, pero luego yo siempre tengo este punto de consciencia, de que me asusté, dije ¡weee! te estás yendo, te estás yendo, te estás yendo, te estás yendo, y me fui.

Llamé a una amiga por teléfono, diciéndole Fabia tía estoy bajando a Pentesilea, pero tienes que estar conmigo, o sea, no voy a trabajar, o sea, tienes que estar conmigo porque... te tengo que contar hasta qué punto estoy mal. Y Fabia vino y luego ella llamó a mi psiquiatra, un hijo de puta, y nada el psiquiatra le dijo que se vaya a urgencias de San Cosme ¿vale? y me fui a urgencias de San Cosme. Esto debe de ser hace tres años, y luego

aquello fue un escándalo, porque aquello que viví allí me resultó tan sumamente chungo. Yo iba allí en busca de ayuda, de alguien que me cuidara, de alguien que me dijera tía te vas a poner bien, yo necesitaba eso. Y que va, solo el primer enfermero que fue genial, el que te hace esto la primera entrevista, pero todo lo otro fue un escándalo. Bueno las urgencias psiquiátricas son diferentes a las urgencias, la de San Cosme es una puerta blanca cerrada en llaves, solo con un ojo de buey para que puedan ver quién hay fuera, tienes que picar un timbre, bueno es algo terrible y ya cuando entras es que ya te da miedo, ya te entra el miedo... Luego me abrieron, la psiquiatra era como si hablara con yo qué sé, en plan ni mirándome, todo muy mal... luego me obligó, bueno no es que me obligara, pero me dijo ahora te vas a tomar eso y yo le dije ¿qué me das? y me dice eso te va a ir muy bien, te vas a tranquilizar. Le dije ¿qué me das y cuantas gotas me pones? no me dijo nada, pero ya sabía que era el *Rivotril* porque ya tenía experiencia yo en tomarme *Rivotril*. Lo que me debió poner un montón, porque me pasé durmiendo un montón de horas y estuve todo el día encerrada en una habitación, en un box. Allí en urgencias era la única habitación que tenía un cristal, todo era un cristal transparente. Yo me pasé todo el día allí y tenía que estar sentada en una silla o estirada, tenía que estar allí porque cuando en un momento que ya me desperté busqué mi intimidad me puse debajo del cristal, entraron y me dijeron tienes que sentarte en la silla, y yo es que no puedo, quiero estar tranquila, estar a gusto... O si ibas a mear pues te acompañaba un guarda de seguridad con la puerta medio abierta. Claro vulneración de la intimidad, o sea, de todo, o sea bueno muy feo todo.

Luego me empecé a poner nerviosa y eran muchas horas, y no venía nadie a decirme nada. Claro te quitan el móvil, te lo quitan todo, entonces pues eso me empecé a poner nerviosa, y eso que miro en la cama y me levanté no sé qué y dije hostia hay correas. Y aquí empecé vale te estás poniendo nerviosa, no te pongas más nerviosa, que la vas a liar al final, pero claro yo estaba uff.. al final me cogieron a las tantas de la noche otro médico diferente, porque había habido el cambio, y el médico, también un gilipollas, y nada una de las cosas que me dijo al final fue ¿te quieres quedar, quieres que te ingresemos? ¿o te quieres ir? porque ellos habían llamado a Fabia y a su pareja. Yo dije que no llamaran a mi marido, porque se pondría muy nervioso y tenía creo que aquel día tenía algo muy importante de trabajo. Y Fabia y su pareja estaban fuera esperándome, y yo dije no, o sea, yo aquí no me quedo me voy con mis amigos. Les hicieron entrar a mis amigos y les hicieron decir que yo tenía que estar acompañada etc. y ya está.

Mira que yo nunca he estado ingresada, yo solo he estado de urgencias en psiquiatría ¿vale? Pero ya esa experiencia fue para mí tan chungu que dije aquí tienes que hacer algo colega, esto no puede seguir así. Y no sé tía a partir de aquí fue cuando empecé a vincularme de forma activa, aun estando mal, pero vinculándome ya de forma activa al *Colectivo A*. Y ya pues no sé, claro, haces los GAM, ves el movimiento loco, y dices ¿qué coño de autoestigma yo! si yo no he hecho nada malo, si yo soy una víctima de todo lo que me ha pasado. O sea, y aquí fue cuando empecé pues todo el proceso de empoderamiento ¿no? O sea, es a raíz de esta situación y hace unos tres años cuando ya me pongo en serio con

el activismo y el *Colectivo A*.

Mira, igual esto queda muy chungo, pero yo me he salvado gracias al activismo. El activismo es encontrar una comunidad con la que te identificas, que dices no nos pasa nada o bueno si nos pasan muchas cosas, claro que sí nos pasan cosas, pero sales de ese rol del enfermo, además, nos tenemos los unos a los otros, sabemos muy bien cómo estar en aquel momento de crisis, lo que queremos y lo que no.

Por eso te lo digo, yo creo que la ayuda que tenemos entre nosotros, nuestra ayuda mutua, te ayuda el triple. Estamos, nos acompañamos, nos apoyamos, y hablamos hasta que la persona se calma, y ya está. Porque yo, por ejemplo, llevo toda la vida en terapia, bueno toda mi vida, desde los 17 más o menos, hasta el día de hoy. Y, a ver, me han ayudado, sí, claro que me han ayudado y mucho, porque si no yo qué sé. ¿Pero el autoestigma? Eso para nada. El autoestigma solo te lo sacas compartiendo con gente que es como tú, que no te juzga, porque ahí entiendes que no pasa nada. Esto es así.

Y mira que yo soy psicóloga y sigo ejerciendo mi profesión, pero, evidentemente mi forma de ejercer la psicología es muy particular, yo creo que ahora ya hay más personas que la ejercen así, pero yo trabajo desde el 2005 desde el respeto absoluto. Aunque esto también lo he vivido mal en el activismo, el hecho de que como psicóloga eres opresora y tal. Yo decía ¿opresora de qué coño? A ver que la psicología haya sido un arma para la opresión, de acuerdo y entiendo y comparto esa tesis, pero para mí es muy ortodoxo pensar así, yo lo que hago es tender la mano a la peña. Vale sí, cobro dinero para ello, si es de lo que me gano la vida, pero yo tiendo la mano a la persona y la acompaño en todo su proceso, desde el respeto, y como si quiere ir en bolas por la calle, si eso le hace feliz, pues adelante ¿sabes que te quiero decir? O sea, yo lo que quiero es que la gente se sienta bien, o que esté mejor.

Yo ahora estoy bien, pero tengo muchas ansiedades, también es verdad que la situación actual es complicada, he estado trabajando muchísimo este año como psicóloga en mi gabinete y aparte en el *Colectivo A* como asalariada. Y es mucha energía, mucha lucha, mucha impotencia, muchos conflictos, es mucha lucha tía. Y dentro de los mismos activistas, claro uno piensa A y el otro piensa B y estamos todos en plan...uff. Por eso, yo ya lo dije que a nivel de asalariada dejaba el *Colectivo A*, pero estoy viendo que ahora estoy de vacaciones y sigo con ansiedades super *heavy*s, y me estoy planteando hacer un pequeño parón también en el activismo, para centrarme en mi salud y en mi bienestar, y para ofrecerle a mi hija la atención que merece, porque este año he estado trabajando de nueve a nueve y yo no puedo con este ritmo. Entonces ya el tiempo que tenga libre pues las plantitas que son mi locura y el resto también al activismo, pero poco a poco.

### 5.1.6. MARTA

#### **Me hubiera Gustado que No me hubieran Puesto un Diagnóstico**

Desde cuando era pequeña se me daban muy bien las cosas manuales y tenía la idea romantizada de que quería ser artista, quería pintar o hacer esculturas. Cuando llegué al bachillerato, como en mi colegio no había bachillerato artístico porque era algo nuevo, fui a una escuela de arte, que era una escuela de oficios con gente adulta. Era un sitio nuevo y fue un cambio muy brutal porque había salido de mi colegio de toda la vida y no conocía a la gente. En esta época fumaba bastantes porros, y como era una escuela de arte podías fumar porros incluso en el taller de arte, me decían: tú inspírate... O sea, era un poco surrealista. Entonces, no sé si por el cambio o por haberme separado de mis amigas, que empecé a sentirme mal, un bajón fatal, no tenía ganas de hacer nada, no me concentraba en nada. Tuve lo que llaman depresión, pero yo no fui a ningún médico a que me diagnosticara, pero es como que no le encontraba sentido a la vida, no me podía imaginar el futuro.

La manera de salir de esta depresión fue simplemente acabar el bachillerato. Empecé en la universidad la carrera de Bellas Artes y ya estaba más animada. Estaba viviendo con una amiga en un piso y trabajaba en un bar para poder pagar el piso. Entonces pensé: a ver, es que de artista no me voy a ganar la vida ¿cómo voy a pagarme mis cosas y ser artista a la vez? la verdad es que como no encuentre un mecenas que me pague todo... ja, ja. Entonces estaba en el primer semestre de Bellas Artes, pero bajé de las nubes y decidí estudiar un ciclo formativo y me puse a estudiar Diseño de Moda, por buscar algo que fuera un poco artístico y que además me ayudara a encontrar trabajo. Mientras estaba estudiando el curso de moda empecé a trabajar con mis padres que tienen una empresa de fruta y verdura. Aparte yo tenía una pareja y nos fuimos a vivir juntos. Su padre nos convenció de que era mejor comprarnos un piso, y como ya llevamos un tiempo juntos decidimos compramos este piso donde estoy viviendo.

Fue una situación super estresante, estaba trabajando y en el curso de moda, que, aunque fuera de formación profesional, tenía que hacer un montón de entregas. Aparte al comprar el piso y trasladarnos aquí fue un estrés, fue una bomba. Y entre los porros que fumaba, el estrés de tener una hipoteca, de venirme aquí y estar estudiando y trabajando a la vez, me explotaba la cabeza. Aparte la militancia política porque estaba militando en un grupo feminista, en uno independentista, en uno por los presos políticos, total que eran muchas cosas. Y a la semana de mudarnos a la casa no conseguía dormir, mi cabeza empezó a ir súper rápido, era como que me estaba dando cuenta de que algo no funcionaba bien.

La hermana de mi pareja era psiquiatra y entonces le dije ostras pues llama a tu hermana porque me está pasando algo. Y me llevaron de urgencias al sitio donde trabajaba su hermana. Estuve una semana ingresada y la experiencia no fue tan mala en esta primera vez. Llegué y me inyectaron algo para que me calmara y dormí un par de días. Cuanto te

pinchan algo así, pierdes la noción del tiempo, te despiertas super zombi, la cabeza no te funciona para razonar muy bien y todo va muy lento a partir de ahí. Al despertarme estaba en una habitación yo sola, me desperté en realidad, eso sí que es *heavy*, con los gritos de alguien que le estaban conteniendo. Te despiertas que no sabes ni dónde estás y ves que están atando a uno y es un mal rollo. Pero mi cuñada trabajaba allí y entonces era como que estaba protegida o al menos me conocían.

Hablé con una psicóloga de allí o no sé si era enfermera y me explicó que como yo tengo una tía que tiene trastorno bipolar, pues que seguramente yo también tengo trastorno bipolar, porque además como cuando era adolescente me había deprimido pues que seguramente sería eso. Y me preguntaron ¿sabes lo que es? Claro, te lo explican todo muy biologicista, me explicaron que es como quien tiene diabetes y que tienes que tomar pastillas. Entonces, de ahí sales zombi y ya con la medicación pautada para que no se te vaya la pelota. Me acuerdo de que llevaba una semana fuera, tomando unas pastillas que me habían dado y estaba muy muy pajarita. No conseguía hacer nada, iba como medio zombi.

Me empecé a visitar con la doctora que era especialista en trastorno bipolar y me empecé a llevar ella. Me dijo que de momento vamos a hacer un tratamiento de dos años, pero después pararemos porque, aunque tengas trastorno bipolar, puede ser que solo haya sido una crisis momentánea. En realidad, me hubiera gustado que no me hubieran puesto un diagnóstico, que me hubieran ahorrado lo del diagnóstico porque al decirme trastorno bipolar yo empecé a buscar un montón de información sobre esto y claro leí un montón, pero lo que había era todo biologicista.

A partir de ahí pues recomendaciones, que no tengas mucho estrés, ten una vida tranquila, no bebas, no salgas, no te drogues... entonces hice un cambio en mi vida. Pensé solo voy a estudiar y voy a dejar la militancia política, porque cuando se me empezó a ir la pelota yo empezaba a imaginarme como en un brote psicótico, que una de las compañeras era policía y que había cámaras por todas partes, y bueno cosas así. Yo había hecho taekwondo de los 10 hasta los 14 años y como tenía las tardes libres volví a hacer artes marciales y claro pues mi vida era más tranquila.

Estaba tomando un medicamento que me habían recetado que era un anticonvulsivo, es un antiepiléptico, se llama *Depakine*, es ácido valproico. Cuando me dieron esto la médica nos hizo como una reunión a mí novio y a mí diciendo que sobre todo tienes que ir con mucho cuidado, este es un medicamento que provoca muchas malformaciones fetales. Entonces claro siempre vigilando, ostras sin condón no porque claro es que si me quedo embarazada... pues otra preocupación más. Total, que... lo asumí, tengo que tomar esto pues lo tomo y ya está y no me lo cuestioné ni nada.

Claro tu cuerpo cambia porque te meten un químico que está pensado para las personas que tienen epilepsia, y lo que te hace es algo en los circuitos neuronales para que te estabilices, pero en ese momento yo estaba estable realmente. Básicamente lo que hace esto es que las neuronas se te duermen, a mí lo que me pasó cuando empecé a tomar eso es que todo

me parecía bien, había dejado la militancia, pero es que realmente todo me daba igual en esa época. Me volví menos reivindicativa, como ¿para qué me voy a poner a discutir en la asamblea? si ya ni voy a ir a la asamblea... todo me daba igual.

Otra cosa que fue super jodida es que yo estaba estudiando cosas artísticas y necesitaba mi creatividad para diseñar y eso se me fue a la mierda. Me quedé sin ideas, mi mente estaba toda en blanco, sabía dibujar, pero es que no tenía ideas. En ese momento no pensé que fuera por la medicación, pero ahora lo veo en perspectiva y joder es que era por eso. Yo seguía tomando la misma dosis de *Depakine*, había vuelto donde la médica especialista pero siempre me decía que no podía dejar la medicación por algún motivo u otro.

Ahora, he estado dos años haciendo la desmedicalización y no tomando nada y ha sido como un descubrimiento, ha sido como descubrir mi cerebro de nuevo porque ha vuelto. Y eso es una cosa que realmente me afectó mucho, porque al acabar el ciclo formativo pensé en lugar de buscar trabajo de diseñadora me busco trabajo de patronista que no tienes que tener tantas ideas, tienes que hacer los moldes de la ropa que es matemático y ya está.

Empecé a trabajar de patronista en horario de oficina de 9 a 6, mi pareja era delineante, pero quería cambiar de ámbito y se montó un bar, entonces él tenía el horario de bar. Al principio bien, pero al año o así, las cosas empezaron a ir medio mal porque era como muy incompatible, yo me tenía que levantar pronto para irme a trabajar, y no coincidíamos nunca, no teníamos un tiempo de convivencia y el día que él tenía fiesta tenía grupo de música y se pasaba el día ensayando con los del grupo. Empecé a sospechar que tal vez me estaba engañando y bueno fueron varias cosas, el estrés del trabajo y que en la pareja no iban las cosas bien. Estaba desencantada porque llevaba dos años de patronista que es poner números en chaquetas, el trabajo no estaba mal pero no era un trabajo que me llenara mucho. En ese momento, si las cosas con la pareja no van bien y el trabajo no me acaba de llenar, yo hubiera necesitado hacer un crecimiento personal, estudiar un máster de diseño, o hacer algún cambio en mi vida.

Yo no estaba deprimida, estaba frustrada con la vida, pero como a mí me habían dicho que tenía trastorno bipolar y que estaría arriba y que a veces estaría abajo, pensé si estoy de bajón, voy a ir mejor a la médica a decírselo porque a lo mejor estoy empezando a ir para abajo y mejor informar de esto para prevenir. Pues ese fue el mayor error de mi vida, el mayor error de mi vida fue haber ido ese día a esa consulta a decirle que a lo mejor me estaba deprimiendo. Fue un súper error, porque me dijo bueno pues entonces vamos a probar con un antidepresivo, y me recetó una cosa que se llama *Citalopram*. Claro eso no cambia mi vida, eso no cambia que no tenga horarios para compartir con mi pareja, ni cambia que mi trabajo no me llene. Que me tome esa pastilla no cambia nada.

Pero esa pastilla cambió mucho, porque al haber tenido un histórico de la primera crisis que tuve, que los que diagnostican le llaman manía, pues una vez has tenido una manía en teoría no te tienen que dar un fármaco de estos por qué te pones a mil. Y la psiquiatra me dijo no tu

tómalo durante un mes, pues me lo tomé dos semanas y me provocó una crisis súper *heavy*. Empecé a alucinar mogollón y bueno ya como estaba mal con mi pareja le dije que lo quería dejar y dejamos la relación, pero todo en medio de una súper crisis que fue un paréntesis en mi vida que lo rompió todo. Al tomarme eso, fue una crisis provocada por un fármaco, o sea, súper *heavy*. Entonces al estar mal mis padres me llevaron otra vez al psiquiátrico, donde trabajaba mi cuñada. Fui supernerviosa, súper mal, y al llegar me preguntaron si me había tomado alguna droga, y yo ¿perdona? llevo muchos años sin tomar nada. En el psiquiátrico me decían que seguiría tomando el fármaco que me habían recetado, que eso no lo hacía un fármaco. Y yo super fuera de mí, super así como excitada, me obligaron a hacer un análisis de sangre para ver qué drogas me había metido y fue como una tortura, porque me tenían sentada, atada, cogida y sacándome sangre a la fuerza.

A partir de ahí, fatal porque estuve una semana en ese hospital, me pincharían algo para dormirme porque yo no quería estar allí. Mis padres estaban súper enfadados con ellos porque esto me lo había provocado la medicina que me había dado la señora tan experta del hospital. Yo ni estaba, porque no tenía la cabeza para estar. Claro, en ese momento se tendría que haber puesto una denuncia por iatrogenia, porque la crisis me la habían provocado ellos, pero yo tampoco estaba para decidir nada...

Del hospital les dijeron a mis padres que como ese no era mi hospital y como no estábamos contentos con lo que estaba pasando, que me fuera al hospital que me tocaba por zona que era el *Centre Salut Mental Adults* (CSMA). Entonces fuimos al CSMA, que es un sitio que es solo el ambulatorio y lo llevan unas monjitas. Entonces al llegar allí... me vieron y ostras esta chica está para ingresar. Claro, estaba que no me podía estar quieta, estaba tocando todo, imaginándome cosas, mi cabeza daba como muchas vueltas estaba como fuera de mí.

Entonces llamaron a una ambulancia y me llevaron de urgencias, me metieron a la fuerza en la ambulancia, atada, súper mal rollo, y me llevaron al psiquiátrico de Martorell. Pues allí eso es fatal. Allí las vulneraciones de derechos todas las que te puedas imaginar.

En el psiquiátrico de Martorell, fatal. Yo no quería ingresar entonces te obligan a que hagas el ingreso voluntario y están ahí forzándote, al final firmas coaccionadamente. Yo lo firmé supongo, entonces me ingresaron y ahí tienen un protocolo, que cuando hay un ingreso involuntario, directamente te pinchan algo para que te duermas y te atan a la cama. Dormiría dos días y me desperté atada en una habitación. Me desperté atada de pies y manos. Me estaban doliendo los pendientes que llevaba, que siempre me los quito para dormir y no me los habían quitado, y yo estaba atada. Venían las enfermeras a desatarme para darme la medicación o para que comiera, pero yo allí atada. Claro si yo decía me estoy haciendo pis, pues me desataban para que fuera al baño y me volvían a atar. Otra gente se hace pis y caca en la cama, yo por suerte me ponía pesada y no me daba la gana de mearme en la cama, y me desataban para que fuera al baño, y me desataban una mano para comer. Joder, no sé cuánto tiempo me pasé allí atada, pero es muy *heavy* que te despiertes atada, no sé, muy mal allí, fatal.

Estuve allí mogollón de tiempo, como un mes en un sitio que no hay nada. En los primeros días estuve sola en una habitación y después me pasaron a una habitación compartida con más mujeres. Todas las camas tenían para atar, siempre había alguien atado y los baños están super sucios todos, insalubridad total. No había ninguna actividad, nada de nada, había una sala con una tele que ni se veía bien y una sala para comer. Tampoco puedes leer porque estás con la cabeza tonta con las medicaciones, no puedes hacer nada que tengas que concentrarte, entonces no podía hacer nada y yo solo quería salir de allí.

Pues muy mala la experiencia, super mal y aparte que no te ayuda en nada, estar encerrada no te aporta nada, porque es un sitio que no hacen nada, nada de psicoterapia, nada de talleres, pudieran hacer un curso para gestionar el estrés, un taller de yoga, técnicas de respiraciones para aprender a calmarse, no sé. Es como un negocio que tienen las monjas ahí montado en el que para ellos el ingreso mínimo es de un mes, pero no necesitas un mes para calmarte. A ver, si estás en una crisis, al menos por mi experiencia yo en una semana me he calmado y no necesito estar un mes encerrada.

Pero claro mi problema también era que llevaba un pelotazo de drogas y que ese *Citalopram* me había provocado algo super *heavy* y no conseguía bajar de ahí. Mis padres veían que estaba sufriendo, que estaba muy mal, que siempre me quería ir, entonces al final decidieron sacarme. Te tienen que dar un permiso para irte a casa y después tienes que volver, pero yo no quería estar allí y al final mis padres llegaron a un acuerdo con los médicos, en el informe pone que la paciente se va a casa, bajo la supervisión de los padres. O sea, que ellos se comprometían a estar conmigo en casa y tenerme controladita. Estaba en casa de mis padres, pero es que mis padres trabajan, entonces mi madre se tenía que quedar en casa para estar conmigo. Después mi madre tampoco quería que saliera de casa porque qué dirá la gente ¿no?, ya cuando empecé a no estar por las nubes, por meterme tantas drogas estaba como un zombi babeante. De vez en cuando íbamos al cine o a pasear, en esa época fue chungo porque claro, al estar así en esta situación tampoco puedes mantener relaciones sociales y mis amigas desaparecieron, pero claro yo tampoco podía socializar con ellas porque no podía hablar casi... Entonces bueno fue muy chungo.

Al final consiguieron que me admitieran en un centro de día, pero cuando me llevaron al centro de día... los del centro de día dijeron: jo, es que esta chica no está para estar aquí, está para estar ingresada. Yo estaba con la cabeza demasiado loca como para estar en el centro de día que tienes que hacer actividades y hay un horario. No podía hacer las actividades porque me dormía, yo estaba que se me iba la pelota, estaba como un zombi dormida y babeante. En el centro de día si había dos psicólogas, había unas monjas que estaban por ahí y había una psiquiatra que me veía cada semana. Esto me sirvió por lo menos para salir de casa cada día, porque ya me habían jodido. Iba allí super dormida y al principio era una mierda porque me quedaba dormida en medio de los talleres de arte, cuando se hacían manualidades y esas cosas. El centro de día es para que te quedes un

mes o dos, pero la médica de allí como que le sabía súper mal, que me hubiera pasado todo esto y que estuviera tan mal y estuve un año entero en el centro de día, porque para la médica era como un reto, quería que pudiera salir de ahí y estar bien.

El año que estuve en el centro de día era como una niña, como volver al colegio. No podía conducir entonces me tenía que llevar mi madre a las 9 y buscarme a las 5. Te comes lo que hay, pero claro no puedes comer los espaguetis con tomate porque estás muy gorda y tienes que hacer dieta. Claro, yo cuando empecé todo esto pesaba 58 kilos, de la primera vez que me dieron el *Depakine* para tomar durante dos años ya me hizo engordar bastante, engordé como dos tallas, pero después ya con esto me llegué a poner en 80 kg. De 58 que pesaba al principio de todo a 84 que llegué a pesar.

Cuando me dieron el alta del centro de día, seguía con un montón de medicamentos porque ahora además de ponerme el *Depakine* llevaba todo un año haciendo pruebas, ahora toma esto y ahora toma el otro, imposible saber lo que tomaba. Hubo un momento que me dieron un medicamento que se llamaba *Plenur* que es el litio, decían si tiene trastorno bipolar le vamos a dar litio porque es lo que dan a los del bipolar. Pues me sentó fatal, se me hinchó la lengua, una cosa fatal. El *Plenur* es un veneno, el litio es veneno, entonces me provocó que el sistema inmune se pusiera mal, y la tiroides se me alteró. Al ver que tenía la tiroides super alterada me tenían que hacer análisis de sangre cada dos meses para ver cómo estaba, y me quitaron el litio, pero ya mi tiroides está mal desde ese momento.

Al final, salí de allí con el *Depakine* y otro antiepiléptico diferente que se llama *Trileptal*, y más otra cosa para dormir que se llamaba *Seroquel*. Tenía un combo de mogollón de pastillas que, poco a poco, pues el *Seroquel* se fue retirando a medida que podía dormir normal y ya me quedé con dos antiepilépticos.

Claro, yo no podía ir a trabajar y al estar de baja tantos meses al final te hacen la invalidez. Tenía el piso vacío, había cortado con mi pareja y él también había desaparecido. Entonces al salir de ese centro de día hice un viaje con mi madre y a la vuelta le dije yo ya me voy a mi casa, y me fui, pero claro, mi vida había cambiado un montón. Tenía una pensión por invalidez, que por suerte me había quedado bien, porque al estar trabajando, me quedó una buena pensión, realmente no me puedo quejar.

Me encontré que me había distanciado un montón de mis amigas, que tenía el piso para mi sola todo el día y que no tenía que ir a trabajar ni nada. Lo único que tenía que hacer era ir al gimnasio a hacer Taekwondo, porque era la única actividad que hacía, tres días a la semana hacía Taekwondo, y los otros dos días que me quedaban libres me apunté a Aikido. Aparte pues... me había engordado tanto y yo nunca había sido gorda, entonces me sentía súper mal, me sentía fea y me sentía mal, tenía una autoestima super baja. Poco a poco fui volviendo a retomar el contacto con la gente, fui saliendo y tal, pero... tampoco compartes nada con la gente, porque saben que has estado mal, pero entonces ¿cómo te preguntan? ¿qué tal? ¿qué haces? Una te dice que la han contratado en no sé qué trabajo,

el otro que lo han ascendido, el otro que está estudiando no sé qué y tú dices, pues yo bien pues mira ahora hago Taekwondo.

Realmente en esa época era como joder es que no estoy haciendo nada con mi vida. El gimnasio era por la tarde, después volvía, me hacía la cena y me ponía a ver anime hasta las cuatro de la noche, y luego me despertaba a las tantas. Total, no tenía que hacer nada, ni dar explicaciones a nadie, pues así estuve muchos años. Pero como estaba estable, como no se me iba la pelota pues está bien, pero claro, era una vida como muy monótona y aburrida la verdad.

Un verano, sería 2008 o así, me busqué un gimnasio para hacer Jujitsu por las mañanas, y entonces fue muy sorprendente porque el profesor de Jujitsu quería ligar conmigo y realmente eso me subió mogollón la autoestima. Entonces cuando empecé a salir con las amigas, salía con la intención de ligar, no sé a ver si me ligo a alguien... y empecé a salir con un chico cubano y bueno mi vida fue mejorando. Claro el chico trabajaba mogollón de horas y me decía, pero ¿tú a qué te dedicas? Le dije lo de la pensión, pero entonces ¿qué haces todo el día? Pues me hizo replantearme hostia, estoy perdiendo el tiempo, no estoy haciendo nada con mi vida. Dije ya que nunca acabé Bellas Artes y no tengo título universitario voy a hacer una carrera y me apunté a Antropología. Me gustaba, pero tomaba muchas medicaciones y me costaba mucho concentrarme en las lecturas. Pero claro, yo no les daba la culpa a los medicamentos, es que no me lo cuestionaba... es super *heavy*.

Tuve algún bajón mientras estudiaba, de pensar ostras estoy estudiando, pero ¿para qué si no voy a trabajar de esto? La carrera, a veces, estaba enfocada en hacer las prácticas y a investigar, y pensaba estoy estudiando esto, pero no voy a investigar nunca, ni sacar teorías ni nada. Pero dije bueno aprovecha que están los intercambios para viajar, ya que tenía la pensión pues me puedo permitir viajar y hacer cosas.

Pues me fui de intercambio a Brasil y ahí estuve bien. El primer semestre súper bien, claro al principio muchos cambios, y lo que pasa es que fui a parar a un piso muy ruidoso y con malos rollos. Al cabo de un par de meses de estar allí conocí a Danilo que es mi pareja de ahora, y empezamos a salir. Cuando ya estaba al final del primer semestre pasé una noche de insomnio, no sé por qué, los nervios y no podía dormir. Yo pensaba hostia vaya mierda porque si no puedo dormir, lo más seguro es que mañana me entre un chungo. Porque yo es si no duermo crisis, lo tenía como súper asumido, es que siempre ha sido así. Entonces claro no conseguí dormir en toda la noche y super nerviosa bajé a la farmacia y le dije al señor necesito que me des algo para dormir, pero claro el señor ese no me conocía de nada y yo diciéndole es que tengo trastorno bipolar, es que si no duermo me va a venir una crisis, toma valeriana y yo con la valeriana no voy a hacer nada chaval necesito algo que me duerma. Y fatal porque no dormí, en la farmacia no me dieron nada.

Llamé a Danilo le expliqué y me dijo ven a casa de mi madre, ahí estarás más tranquila, y yo, pero lo que necesito es que me acompañes al médico porque necesito algo para dormir.

Me dijo si no puedes dormir hoy mañana vamos, entonces fueron dos noches sin dormir, la noche que no dormí en mi casa y después la noche que no dormí en su casa. Porque a mí cuando la mente me empieza a ir rápido es imposible frenarla y aún no he aprendido a frenarla yo misma. Al final le dije mira acompáñame a una clínica psiquiátrica porque necesito que me receten algo. Realmente solo necesitaba una pastilla para dormir y ya está. Porque no había llegado a tener ningún brote psicótico ni nada, solo me había empezado a ir el pensamiento súper rápido y ya no podía dormir. Pero en todo momento mi mente estaba presente como si dijéramos, no me llegue a salir de mí misma...

Entonces al final pues hice un ingreso voluntario en una clínica, en un barrio de allí en São Paulo. Claro yo estaba acostumbrada a que en los ingresos que he tenido cuando te ingresan te pinchan algo y te duermes, yo quería dormirme, pero me empezaron a dar las medicinas una a una y en cápsulas. El enfermero me dice tu estírate en la camilla y vas tomando y me empezó a dar un montón de cápsulas, y claro le dije ¿pero tantas? no hace falta tantas, yo solo quiero una para dormir. Y me dice no tienen que ser todas estas y claro si lo ves en pastillas son muchas. Bueno pues me tomé toda esa cantidad de pastillas que no sé ni lo que era y ya me dormí. En esta clínica estuve creo que dos o tres días, y me dieron el alta súper rápido porque me decían que no estaba adaptada al lugar. En realidad, es que solo necesitaba estar un poco más calmada y ya está. Salí de allí y ya seguí tomando lo que estaba tomando normalmente y ya está.

Se acabó el tiempo del intercambio y me volví para casa, hice un semestre en la en la universidad y dije ostras si yo quiero vivir con Danilo y decidí cambiarme a una universidad a distancia y me fui a vivir a Brasil. Claro con Danilo hacíamos planes, vamos a estar juntos mucho tiempo y tendremos hijos ¿no? porque ¿tú quieres tener hijos? y yo le dije ostras sí yo quiero tener hijos, pero yo había pensado adoptarlos, porque claro yo tomo un medicamento que no puedo quedarme embarazada tomando este medicamento, porque puede provocar malformaciones y lo tomo desde hace 15 años. Fíjate la doctora me dijo que dos años de medicación, pero me lo fue alargando todo este tiempo.

Bueno pues al hablar con el de esto empecé a buscar información, digo bueno a ver los procesos de adopción y vi que tienes que tener informe psicológico y pensé, a mí no me van a dar un niño nunca, solo que digas que tienes un diagnóstico psiquiátrico. Y empecé a buscar información sobre alternativas a la medicación, imagínate, tío no empecé a buscar esto hasta que mi pareja me dijo que quería tener hijos, ¿sabes? Hasta ese momento no me puse a buscar información, y buscando por internet alternativas digo ostras, tengo que aprender a relajarme sin tener que tomar una medicación para dormir, pues empecé a aprender técnicas de respiración y bueno ahora estoy haciendo un curso de formación de maestros de Chi Kung.

De ahí, pues fui buscando información y me leí un libro que se llama *Discontinuación del uso de drogas psiquiátricas: una guía basada en la reducción del daño* que es de Icarus

Project<sup>222</sup>. Ostras super guay, esta gente ha hecho el proceso de desmedicalización, y dan recomendaciones de cosas que podían ir bien, por ejemplo, tener un GAM. Entonces Danilo me propuso, pues yo voy a hacer el doctorado en Macondo y así tú también estarás mejor, estarás más tranquila cerca de la familia. Realmente aquí estoy más tranquila, es mejor así. Entonces empezó un proceso súper guay porque ya vine, y desde Brasil busqué y contacté GAMs por aquí cerca. Entonces empecé a participar en un GAM del *Colectivo A*, y me fui, a la vez, bajando medicación. Claro el proceso de bajar la medicación fue un proceso muy difícil. Duró un año y medio o así. Con el *Depakine* me dolía un montón la cabeza cuando bajaba la medicación y mira que yo nunca había tenido dolores de cabeza, me empezó a doler un montón la cabeza y bueno muy despacio, porque vas bajando y, de repente, ya no podía dormir y es joder ahora tengo que volver a tomarme algo para dormir. Era muy despacio, pero iba haciendo la desmedicalización.

Danilo es historiador antiguo, al final en lugar de hacer el doctorado, hizo un máster para tener más conocimiento del idioma. Hizo el máster y después se fue a Brasil a cuidar no sé qué, y yo estaba sola, haciendo la desmedicalización. Al quitar la medicalización me hizo un proceso de volver a conectar conmigo misma, de volver a tener ganas de pintar, de volver a ser reivindicativa como era antes, claro entonces al empezar en el *Colectivo A*, ostras pues ya está, pues activismo loco a saco y también estoy en un grupo feminista. Empecé como a tener más claro lo que quería.

Entonces empecé a decir ostras voy a volver a dibujar y voy a dibujar cómics<sup>223</sup>, es que me venían muchas más ideas. Tenía la mente más clara, ahora me puedo poner a leer durante horas y me concentro y ya con eso súper feliz. Hice un curso de autodefensa feminista y me encantó. Lo hice para aprender yo, pero como muchas veces me piden en la Asamblea Feminista que les haga un taller, y yo sé artes marciales, pero no como es la autodefensa feminista, pues con la profesora y con varias del curso empezamos a organizar para hacer un Corpus de conocimiento de Autodefensa pensado para mujeres, donde las profesoras somos mujeres. Empezamos el proyecto, pero vino la pandemia, y se paró todo.

Mira, con el *Colectivo A* con las formaciones que hacemos a profesionales, se hace la formación y muchas veces un par de personas empiezan a explicar la historia de vida, entonces me pidieron que lo hiciera y la primera vez que lo hice fue como fua... Después de hacerlo, al hablarlo con mis compañeros dije ostras es que yo no era consciente de todas estas vulneraciones de derechos. Sí era consciente de mi vida, pero no era consciente de que todo esto es una vulneración de derechos. Nunca lo había explicado así porque yo a mis amigos, no les voy a explicar que mientras estaba en el psiquiátrico me tenían atada, o a mi padre o a mi madre, porque les hace sentir mal. Entonces claro es algo que no lo

<sup>222</sup> *Discontinuación del Uso de Drogas Psiquiátricas: Una Guía Basada en la Reducción del Daño*, publicada por The Icarus Project y Freedom Center. Véase: <https://willhall.net/files/GuiaReducciondelDanoDiscontinuaciondeDrogasPsiquiatricas2EdOnline.pdf> [Consulta: 20 de noviembre de 2022].

<sup>223</sup> En el capítulo VI, en la portada del apartado sobre las contenciones, se presenta el cómic de Marta titulado *Ingrés involuntari* [ilustración 34].

había explicado y al explicarlo en las historias de vida la primera vez que lo hice fue súper liberador. Y de tomar consciencia de joder vaya mierda que siga pasando esto, yo quiero que esto deje de pasar y voy a luchar para que esto se sepa, para que deje de pasar, para que el trato a las personas que están ingresadas sea mejor y también para buscar alternativas. Porque ahora que tengo alternativa a los fármacos y no los estoy tomando tengo una vida mucho mejor que antes, ostras quiero que mucha más gente se atreva a cuestionárselo.

Como me estaba cuestionando toda mi vida, otra reflexión que hice, estaba relacionada con mi pareja Danilo, porque lo había conocido mientras tomaba los fármacos y entonces todo me parecía bien y maravilloso. Y pensé, ostras, ¿realmente me gusta? Me empecé a plantear si quería estar con él o no. Él entonces estaba en Brasil, yo no tenía nada claro, empecé a ir a una psicóloga porque quería tomar la decisión de si seguir con él o no, y también para que me acompañara en el proceso porque había dejado la medicación. Pero al empezar la pandemia dejé de ir a la psicóloga, y a media pandemia Danilo ya iba a regresar. Yo estaba en ese momento con la cabeza toda confundida, fatal y además como superempoderada. Claro, otra cosa que pensaba es, me he empoderado gracias a que me propuso tener hijos, y si no hubiera sido por Danilo tampoco hubiera llegado hasta aquí, además me ha acompañado super bien, y, al final, dije voy a ver, pero creo que sí quiero estar con él.

Al final del proceso de desmedicalización, al ya no estar tomando nada, me estaba costando tener el equilibrio de poder dormir y tuve un estrés muy grande porque Danilo iba a venir dentro de pocas semanas, pero le retrasaron el vuelo y estaba la cosa muy inestable, entonces empecé a estresarme mogollón. A la vez, quise experimentar un poco con la locura. Me dije siempre he puesto freno a no poder dormir, cuando veo que no puedo dormir siempre me tomo algo y pensé voy a experimentar. Porque es como que hay un miedo a la locura y también por parte de las personas que la experimentamos, hay como un miedo a tener una crisis y enloquecer, pues dije va, venga, voy a ver qué pasa. Fue el verano pasado, dije no puedo dormir, no pasa nada pues voy a ver qué pasa si no duermo. Y experimenté con eso de no dormir y me dejé llevar por mí misma y bueno entonces empecé como a imaginarme cosas, como una crisis psicótica ¿no? empecé a imaginar cosas que en realidad no estaban pasando, pero que podían pasar, hay momentos que sientes que hablas con gente y entonces llegó un momento que mi mente estaba viajando bastante, pero para mí estaba bien. Es guay, es como si te tomas una droga y alucinas. Claro yo pensé no todo el mundo puede experimentar la locura a ver yo puedo, pues voy a ver qué pasa<sup>224</sup>.

A principio de verano Danilo llegó y estaba un poco mal porque no sabía a qué se iba a dedicar, si iba a hacer el doctorado, de qué iba a vivir, no sabía en qué trabajar, estaba como medio agobiado y me estaba comenzando a agobiar a mí, porque hostias vale que te comes la cabeza... pero no me la comas a mí porque yo estoy ahora con mi cabeza muy llena y no puedo escucharte. Aparte justo cuando llegó, estaba sintiendo una cosa que no

---

<sup>224</sup> En el Capítulo VIII, en el apartado (8.3.3) titulado *Derecho al delirio: un alegato a la fuga del orden cuerdo*, profundizo en el relato de Marta sobre experimentar con la locura.

me había pasado nunca que era como hipersensibilidad sensorial, bueno no sé si se llama así, pero es lo que yo notaba. Notaba que solo podía fijar mi sentido en un sentido y, por ejemplo, si estaba viendo el ordenador y de repente había un ruido, como que no. O si Danilo me estaba hablando y de repente me acariciaba, era o me hablas o me acaricias porque dos cosas a la vez no puedo, es algo que no había sentido nunca. Como que me costaba mucho focalizarme, si había mucho ruido no me podía centrar en nada y era difícil de llevar conviviendo con alguien pues mientras estaba sola guay, pero con él pues super difícil. Claro se lo expliqué, le dije mira necesito silencio, necesito que me hables a poco a poco, porque estoy con la cabeza como muy activa.

Entonces justo empezaba agosto y le propuse oye mira ahora que no sabes lo que hacer y todo el rollo, te propongo que en agosto nos lo tomemos de vacaciones, tú tranquilo no te preocupes por el dinero, nos vamos al pueblo a la casa de mi madre, que es un pueblo súper pequeño y desconectamos y nos estamos un mes para conectar los dos otra vez, que llevamos meses separados. Y tú piensas lo que quieres hacer y en septiembre volvemos y entonces ya decides si quieres trabajar, si quieres estudiar lo que sea. Entonces bueno pues nos fuimos los dos al pueblo, pero claro yo todavía estaba con mi mente un poco así con mis paranoias, pero no sé a Danilo le empezó a dar un ataque de ansiedad porque no sabía ya cómo gestionar estar conmigo y yo bueno con mis cosas.

En la casa del pueblo resulta que se habían quedado atrapados pájaros en la buhardilla y estaba todo cagado de pájaros y llegamos a las tantas de la noche y era muy difícil porque estaba todo muy sucio. No sabíamos dónde dormir bueno era como difícil y me volví a pasar dos noches que no podía dormir. Bueno total mis padres llamaban y yo tenía el teléfono sin batería, y al final como mis padres no conseguían hablar conmigo se presentaron en el pueblo y eso fue fatal. Porque yo quería estar desconectada, estar sola con Danilo, y de pronto me aparecen ahí, en medio de toda la pandemia. Yo decía, pero ¿qué hacéis aquí? yo me pensaba que se había muerto alguien, que habían venido para llevarnos a un entierro o algo y entonces joder yo con la paranoia de por qué estáis aquí si no tenéis que estar aquí... no sé súper mal, entonces mi madre me quería obligar a que tomara las cosas y bueno como muy... muy *heavy*. No sé, querían cogermme y llevarme a ingresarme a algún sitio. Al final les tuve que seguir la corriente y decirles bueno pues si queréis que volvamos, pues volvemos. Teníamos mi coche y el de ellos, y mi padre ¿cómo lo hacemos? ¿con qué coche vamos? no sé qué, claro yo pensaba si quieren que vayamos es que a lo mejor se ha muerto alguien, o se ha muerto mi tío, y como a mis padres les cuesta expresar las cosas digo no sé, yo si quieren que volvamos... pues volvemos.

Y les pregunté, pero ¿por qué habéis venido? y ellos bueno como que Danilo decía que no podía respirar y no sé qué, que nos ha llamado preocupado. Que ¿qué hacemos con el coche? Digo bueno el coche lo dejamos en el pueblo da igual... yo me voy con vosotros, si queréis que vayamos vamos. Y nos vinimos a casa, y estuvimos una semana y le dije Danilo oye mira, a mí no me gustó nada lo que ha pasado, mi madre como imponiéndome que

quería llevarme al psiquiátrico, yo lo siento mucho, pero tú eres mi compañero tienes que estar a mi lado. Si mis padres se ponen así pues lo que espero de ti es que me defiendas por lo menos ¿sabes? si sabes cuáles son mis opciones joder... vale, será difícil para ti, pero de un compañero espero que esté a mi lado. Bueno, al pasar una semana aquí, él también estaba más calmado se había situado y le dije... bueno ahora nos vamos, aunque sea dos semanas al pueblo los dos solos, porque es que si no le voy a coger manía al pueblo, y no voy a querer volver más. Y entonces ya, sí que nos fuimos y pasamos el agosto allí y bueno fue lo último así más chungo que me ha pasado. Claro, que necesité tomar unas pastillas para dormir durante un par de semanas, pero enseguida que recuperé el sueño lo volví a dejar, porque es que si no... no puede ser, ya que he recuperado mi mente no puedo volver a perderla, entonces ya está, pues se pasó y ya está.

Y ahora pues estamos en el presente, estamos aquí los dos y guay, todo muy bien, llevamos 6 meses y aún no me quedo embarazada, entonces no sé a lo mejor es por culpa de la tiroides que no va bien, no sé... total que no me estoy quedando embarazada, y Danilo pues sigue sin saber lo que quiere hacer en su vida, ahora está trabajando con mis padres porque no encontraba trabajo de profesor.

### 5.1.7. DUNIA

#### **Yo estaba Obsesionada con los Dinosaurios**

Yo tengo 22 años, cumplí los 22 la semana pasada. Soy de pueblo, de un pueblo no muy grande, y el colegio estaba a cinco minutos de casa. A mí creo que me ha ido bien respecto a lo académico, siempre sido una persona muy responsable, me ha gustado tener buenas notas y he estudiado siempre. Los problemas que yo he tenido a lo largo de mi vida giran en torno al ámbito social, siempre he tenido más dificultades, a la hora de hacer amigos, a la hora de socializar. No es que haya tenido problemas muy gordos ni conflictos tipo peleas, pero siempre he ido muy a mi bola. Básicamente yo en infantil sobre todo y hasta cuarto o quinto de primaria, mi juego favorito era imaginarme que yo era un dinosaurio, porque yo estaba obsesionada con los dinosaurios. Claro, yo no sabía que los demás niños se estaban riendo de mí. Porque tú imagínate una niña en quinto de primaria, que tiene ya unos 10 años, jugando a imitar a un dinosaurio. O sea, yo corría como un dinosaurio, gritaba como un dinosaurio, ese era mi juego básicamente.

En sexto de primaria me enteré de que todo ese tiempo se habían estado riendo de mí, y fue cuando dejé de hacerlo. A mí es que siempre me han gustado mucho los animales, la naturaleza, los dinosaurios, pero hasta el punto de rozar lo obsesivo. Porque si había una película de dinosaurios, yo me la veía tres veces al día. No me cansaba. Lo que pasa que eso era algo que no podía compartir con los demás. En fin, que yo siempre me he sentido como muy incomprendida. Como que no encajaba con los demás.

Con respecto al instituto, aquí es donde empieza el salseo, cuando empieza lo intenso. En el instituto todos esos problemas de socialización, junto a la adolescencia, la pubertad y todo eso pues como que se acentúa bastante. Y también algo muy característico de mí que la infancia era la obsesión entre comillas ¿no? de los dinosaurios o los animales, cambió a ser un interés muy específico por la astronomía, o la ciencia en general. Lo que pasa que yo no tenía límites, pues a mí me encantaba la astronomía, y yo pues tenía una sed de conocimiento increíble, ja, ja. Y yo pues me encantaba leer libros, veía documentales, me informaba al máximo. Y claro, yo quería estar hablando todo el rato de astronomía. Con mis compañeros, con los profesores, en clase, con todo el mundo. Los compañeros al final, en clase eso molestaba, pero yo no me daba cuenta. Mis habilidades sociales, inexistentes.

Para mí el tema de las notas nunca sido problema. Lo he llevado todo perfecto, y creo que era muy autoexigente. Y también estaba el *bullying*. Pues en el instituto el *bullying* empezó a ser más fuerte, pues a lo mejor estaba en el autobús y me tiraban tizas, o en el recreo a lo mejor me ponían la zancadilla, o si a lo mejor quería entrar en la conversación de un grupo de mi clase me hacían el vacío, si estaba en clase y cada vez que yo quería hacer una pregunta, pues ya estaban, ya está aquí la pesada, ya está aquí la empollona, cosas así. Cuando sacaba buenas notas, incluso a veces me insultaban. Entonces claro, yo iba casi siempre a mi bola. Yo en mi mundo de la ciencia estaba feliz. Pero también me daba cuenta de lo que estaba pasando afuera, en la realidad, que parece que soy insoportable, es

como que nadie me soporta, no sé. Entonces yo tampoco entendía por qué pasaba, digo si yo no estoy haciendo nada malo, porque la gente no quiere estar conmigo, si yo no hago nada malo, no me meto con ellos, ni nada, no lo entendía. Bueno entonces así fue en primero de la ESO, pues yo termino el curso, un poco como rara.

En segundo de la ESO, todo eso, incluso lo que ya venía de la infancia, y del primer año del instituto, empezó a hacer estragos en mi mente, y ya pues, empezó todo muy raro ¿vale? Todo lo del *bullying* continúa, o sea la gente se metía conmigo, me hacían el vacío, o se reían de mí, por cosas que yo no entendía, por mi forma de hablar, o lo que fuera, o por mi forma de ser. Y de repente, o sea yo, sin estar deprimida, a lo mejor a mitad de curso de segundo de la ESO, me empezaron a venir ideas suicidas. Yo a lo mejor estaba en el instituto tranquilamente, viendo mis documentales de astronomía, o en el instituto hablando con algún profesor, o estando en clase, y de repente me venían pensamientos o ideación suicida. Así de la nada, y claro pues eso a mí me asustaba. Porque a mí nunca me habían venido ese tipo de pensamientos, ni de ideas de hacerme daño. Pero estaban apareciendo. Y eran del tipo pues si salto de este edificio, si me lanzo a este coche, cosas así. Y eso fue lo primero que empezó, incluso antes de yo empezar a sentirme triste, como es el estado de ánimo depresivo, eso fue lo primero que empezó aparecer. Y claro pues yo tampoco se lo contaba nadie, porque cómo le voy a contar a cualquier persona que estoy teniendo ideación suicida. Entonces claro eso fue en segundo de la ESO, las notas siguieron bien, yo a pesar de sentirme mal, de tener este tipo de pensamientos, yo me seguía esforzando mucho en los estudios, y seguía sacando muy buenas notas.

Los profesores tampoco creo que no se dieron cuenta de nada, por parte de dirección ni nada. Con respecto al tema del *bullying* y de todas esas cosas tampoco. O sea, eso ha sido algo como que no ha existido jamás. Aunque yo en mi clase y en el instituto no era por supuesto la única persona que sufría *bullying*. O sea, a mi *bullying* físico me hacían muy poco. O sea, a lo mejor me ponían la zancadilla, incluso una vez me tiraron un bocadillo entero, o bolas de papel o tizas, o cosas así. Pero ha sido más, sobre todo, del tipo de hacer el vacío, o del tipo de reírse de mí, cada vez que hablaba en clase se escuchaban risas, o comentarios o susurros. Pero bueno desde el profesorado, ni desde dirección, no hubo ningún tipo de intervención en ese sentido.

Yo tampoco le comenté a ningún compañero que yo tenía ideas suicidas, ni pensamientos de hacerme daño. Así que luego ya cuando empezó tercero de la ESO, fue más o menos en noviembre diciembre de tercero de la ESO, cuando yo ya ahí empecé a sentirme deprimida. Fue ahí cuando comenzó mi primera depresión, por así decirlo clínica o diagnosticable. Y ya cuando más se empezó hacer notable, fue porque a lo mejor estaba en clase y empezaba a llorar.

Los profesores me veían llorar, los profesores me veían llorar porque yo lloraba en clase, o en los pasillos, o en el recreo. Y eso por supuesto los profesores, o no se enteraban, o lo veían y pasaban. Entonces fue a raíz de una compañera que se lo dijo a su madre que

mi madre se enteró. Cuando mi madre habló conmigo, yo empecé a llorar, porque fue explosión de todo lo que había estado aguantando tanto tiempo. Y mi madre me dijo necesitas ayuda. Primero hablé con mi doctora de cabecera, entonces todavía creo que era la pediatra.

Entonces otra cosa que también pasaba en esa época, cuando ya se lo comentamos a algunos profesores, es que se pensaban que yo era superdotada, o de altas capacidades. Se pensaban que mi problema podía surgir de ahí. Entonces pues me llevaron a la psicóloga que empezó a hacerme muchos test. Muchos test de cociente intelectual. En vez de ir al grano, que era en ese momento yo estaba sufriendo mucho. Entonces bueno sí que me hizo muchos test, al final no recuerdo ni siquiera la puntuación, sí que sé que casi todo me dijo que lo hacía muy bien. Yo es que al final no sé ni para que sirvió todo eso. No sé yo me sentí incluso un poco manipulada por esta psicóloga, porque al final me dejé allí un pastizal, estuve perdiendo yo mi tiempo para poder aprovechar para mejorar, y no me sirvió para nada. Así que, dejé de ir a esta psicóloga, y como yo seguía mal, no es que yo siguiera mal, es que incluso empeoré.

Desde mi doctora de cabecera me derivó al Centro de Salud Mental. Y ahí empecé a ver a un psiquiatra. Solo un psiquiatra. No a un psicólogo ni nada. Solamente el médico, el psiquiatra. En el centro de salud mental, entonces cuando yo empecé a ver a este psiquiatra, en la primera sesión a la que yo fui, ya me diagnosticó depresión. O sea, el en la primera sesión, de contarle un poco como estaba y todo eso, me dijo al terminar, vale pues tú lo que tienes es un cuadro depresivo. Y yo vale. Y me dijo que me iba a recetar una pauta, o sea una medicación para la depresión. Me recetó antidepresivos, me recetó ansiolíticos, y ya está ¿vale? Y ya está, ja ja. Antidepresivos y ansiolíticos a una persona de 14 años. Yo de esa época no recuerdo casi nada. Solamente sé que mi madre me dijo, que eso que tomaba me volvía loca. Es como que me subía por las paredes, estaba hiperactiva todo el rato, me sentó fatal la medicación. Y los ansiolíticos, no estoy segura ahora del todo y tampoco te lo puedo decir, pero creo que solamente tomaba por la noche, pero aun así creo que soy una persona muy sensible a la medicación en general o a cualquier tipo de sustancia, ya sea medicación, ya sea alcohol, o sea, lo que sea, entonces a mí eso me duraba todo el día del efecto. Si yo me he tomado un ansiolítico por la noche para dormir, yo por la mañana estaba drogada. O sea, yo es que lo digo tal cual, yo estaba drogada. Iba zombi todo el rato, iba dormida. No podía prestar atención, me costaba mucho recordar las cosas, en clase un desastre por supuesto, aunque seguía sacando muy buenas notas. Pérdidas de memoria, fatal. Y bueno por supuesto, como solamente tomaba medicación, y no recibía ningún tipo de psicoterapia, eso era básicamente tomar pastillas por tomar. Porque yo, una persona adolescente, una chica adolescente, con depresión y con problemas sociales, le pones medicación antidepresiva, pero no le das psicoterapia, eso al final no lleva a ninguna parte.

Así que en ese entonces fue cuando también empecé a autolesionarme, creo que fue antes de empezar con el psiquiatra. Empecé a autolesionarme, en la muñeca básicamente, en los

brazos, me cortaba. Esta era mi manera de autolesionarme, porque aparte de depresión también tenía mucha ansiedad, y esa era mi manera de descargarme. Y también era mi manera como de auto castigarme, básicamente. Porque yo sentía que hacía las cosas mal, yo sentía que con mis compañeros si había problemas era todo mi culpa siempre, que era yo la tonta, o la rara, o la estúpida o yo qué sé. Me machacaba yo también mucho a mí misma. Los cortes en la muñeca, eso también se enteraron mis padres por supuesto y el psiquiatra. Pero eso a ver, no es que fuera manga corta al instituto, pero yo qué sé si a lo mejor iba en educación física y hacía deporte, o en el vestuario cuando me cambiaba, o en clase a lo mejor sin querer me remangaba o lo que sea, eso era muy cantoso. Y yo, hoy no estoy segura, pero yo creo que incluso los profesores, lo podían haber visto. Pero ahí bueno como yo no lo sé, si lo veían no sabrían igual tampoco cómo actuar, y se lo callarían, o lo hablarían entre ellos en las reuniones, no lo sé. Pero bueno la cosa era que yo me autolesionaba mucho.

Entonces cuando yo empecé con este psiquiatra, yo tenía mucha ideación suicida y me autolesionaba mucho. Y este psiquiatra decidió ingresarme en la unidad de infantojuvenil de Orihuela. Yo tenía mucho miedo antes de ingresar porque yo no sabía qué me iba a esperar allí, no sabía qué era eso, nunca había estado ingresada en un hospital, y menos en la unidad de psiquiatría. Pero mis familiares o personas así, tanto mi doctora, todo el mundo me decía que no pasaba nada, que eso iba a ser bueno para mí, que me iba a venir bien, que eso era como unas vacaciones. A mí me decían sobre todo que era como unas vacaciones, para que yo me mejorara. Y yo bueno, pues si me lo pintan así, que voy a mejorar tanto. Pues bueno, será cierto. Yo cuando llegué allí, al hospital de Orihuela, e ingresé, fue bastante chocante. A mí ya de por sí los cambios no me gustan mucho, pues eso ya fue un *shock*, para mí fue un *shock*. Porque allí había gente de todo tipo, había gente de mi edad, había gente más mayor, había problemas muy ajenos a mí. O sea, había por ejemplo adolescentes de 17 años con problemas muy violentos, o de drogas, cosas que para mí eran desconocidas en ese mundo, y me llegó así de repente. Tenía que compartir habitación con unas personas que no conocía de nada y que también tenían problemas. Yo lo pasé muy pero que muy pero que muy, muy, muy, muy mal. Para mí ese ingreso, y el resto de los ingresos que tenido, pero bueno en especial ese porque fue el primero, ha sido como una recopilación de trauma, que bueno yo sigo arrastrando a día de hoy. No recuerdo cuantos días estuve ingresada, pero bueno más de 15 días fueron seguro.

Así que nada, yo salí de ese ingreso peor, seguía teniendo autolesiones, seguía teniendo pensamientos e ideación suicida. Pero bueno al salir, continué dos meses más en el instituto. Cuando volví, como si no hubiera pasado nada, o sea, a lo mejor mis compañeros pues sí que estaban un poco extrañados, porque eso también sería nuevo para ellos, de que un alumno haya tenido que irse un par de semanas del instituto por un ingreso, y más siendo un ingreso de tipo psiquiátrico. O sea, eso también había muchos compañeros que no lo entendían, o sea, yo si había algún compañero que le decía que estaba yendo al psicólogo o al psiquiatra, me decían ¡ay, pero eso es de los locos! o cosas así. Pues no sé, a lo mejor es

que estoy loca, pues será que estoy loca. Y eso también, como había mucha incompreensión tanto por el alumnado como por el profesorado, era como que tampoco nadie hablaba mucho de eso, o sea, volvía y ¡ay! ¿qué tal Dunia cómo estás? ¿estás mejor? bien... Y yo como te digo que después del ingreso, que esto no me ha servido para nada, ¿y que incluso estoy peor? Pues no se lo decía a la gente, y yo seguía a mi bola, estando mal.

En el instituto no hubo ningún momento preocupación por mí, en el sentido de preguntarme hay algo que te esté pasando en clase, o con los compañeros, nada. Era como si fuera un tema tabú. Eso es algo de lo que no se puede hablar. Y cuando yo en casa hablaba con mis padres, de los problemas que me estaban pasando con los compañeros, del *bullying*, mi madre fue una vez hablar en el instituto con el director, y fue conmigo, y con el orientador y con el jefe de estudios. Y les comentamos lo que me estaba pasando, que a mí me tiraban piedras, o me ponían la zancadilla, o me empujaban, pues lo que pasaba en clase que a lo mejor había burlas, y pues cuando se lo dijimos, el director directamente pasaba. O sea, el director parece que solo le importaba, que los alumnos saquen buenas notas, y ya. Pero cuando se lo dijimos al jefe de estudios, nos dijo que eso eran cosas de críos, que eso pasaba en todos los institutos, y que no era para tanto. O sea, básicamente no dijo que no pasara, es que lo que más fuerte me parece es que no lo negara, no es que dijera no, no aquí no pasa nada, está todo correcto, es que nos dijo que eso pasa en todos los institutos. Que son tonterías y cosas de críos. Porque también en ese entonces estaba valorando cambiarme de instituto. Que al final no lo hice, pero el jefe de estudios nos dijo que esa pasaba en todos los institutos, que da igual a donde me fuera.

Así que, por su parte ya habían terminado su trabajo, ya se habían lavado las manos, y habían dicho todo lo que tenían que decir. La verdad es que tremendo trabajazo, por parte de mi instituto. Así que bueno yo seguía bastante peor, a mí las ideas de suicidio me seguían persistiendo, yo seguía sin ver a ningún psicólogo, no tenía ningún tipo de psicoterapia, solamente llevaba la medicación. Pues yo lo que se me vino a la cabeza fue utilizar la medicación como una manera de quitarme la vida. Que pasa pues que yo no tenía mucho conocimiento, lo planeé, pero al final cuando lo hice no salió como yo pensaba. Acumulé unas cuantas pastillas creo que 30 o así, de antidepresivos. 30 pastillas es como la medicación de un mes. Yo tomaba una al día de antidepresivos. Quitando los efectos secundarios que eso me producía, porque cortar un tratamiento tan fuerte, tan de golpe eso es malísimo. Pues cogí esas 30 pastillas, y yo no sé por qué, pero se me ocurrió, tomármelas en el instituto. Y entonces cogí esas pastillas, me las llevé al instituto, y en un recreo me las tomé. Que pasa que una amiga al salir del baño, me noto como que estaba muy roja, como muy agitada, porque me había hecho reacción. O sea, la sobredosis que me había tomado, aunque hubiera sido antidepresiva, que ahora, hoy, yo sé que 30 pastillas de antidepresivo eso no hace nada, entre comillas. Si queda unos efectos, síndrome de serotoninérgico, que puede ser grave pero no es fatal en la mayoría de los casos. Pero bueno, me empezaron a salir pupas por todo el cuerpo, todo el cuello se me puso, claro era muy visible. Claro, me preguntó qué me había pasado, y yo pues se lo dije, y esta chica me acompañó a jefatura

de estudios, ahí pues cuando lo vieron los profesores, pues... Yo no recuerdo mucho de ese momento, porque ya así de lo traumático que fue, mi compañera tampoco recuerdo si ella estuvo allí conmigo todo el rato o luego se fue, yo creo que al final se fue a clase, pero ella fue quien avisó a los profesores. Yo me quedé sentada como en un sillón, cerca de donde está el director, dónde está jefatura. Y claro ahí estaban todos los profesores, alrededor mía, diciéndome qué había pasado, qué había hecho.

Llamaron a una ambulancia, también llamaron a mi madre, y cuando llegó mi madre lo primero que le preguntó la directora es si yo me drogaba. La verdad que no sé a qué viene ese comentario, justo cuando yo había tenido un intento de suicidio allí en el instituto, no sé por qué, a lo mejor es que ni sabía que estaba en tratamiento psiquiátrico. O sea, de medicación, pero bueno. Llegó la ambulancia al instituto, me llevaron al hospital, estuve en la UCI tres días. No tenía muchos efectos. También el trato que me dieron en la UCI, en concreto una enfermera, se portó bastante mal conmigo, me trataba muy mal. Me dijo, bueno pues ahora te fastidias por qué estás así, porque has intentado llamar la atención, cosas así. Entonces claro yo a mí, no podía ni moverme, me hicieron un lavado gástrico, también me ponían el carbón activado este negro, yo lo vomitaba, o sea fue lo pasé horrible, lo pasé fatal.

Después de la UCI, mi psiquiatra me volvió a derivar a Orihuela. O sea, yo pasé de estar tres días en la UCI, a ir directamente al psiquiátrico de Orihuela otra vez. Después de haber tenido un intento de suicidio en el instituto, casi a final de curso. El segundo ingreso ahí fue como una bronca. Llegar otra vez a después de lo que había pasado, fue como si hubiera sido un castigo. Por parte de mi psiquiatra también lo sentí como, como si yo le hubiera defraudado, como si me estuvieran castigando por lo que había hecho. Por el intento de suicidio. Ya no es suficiente lo mal que yo me sentía por todo eso, y el arrepentimiento que yo sentía y la culpa, sino que encima de todo, sentí ese segundo ingreso como un castigo. Entonces ya pues para rematar, eso ya fue el remate final.

Si el primer ingreso en Orihuela ya había sido traumático, pues este segundo ingreso peor todavía. Me tocó una compañera de habitación mucho más problemática, era bastante agresiva, a lo mejor se metía mucho conmigo. Obviamente cuando estás en un hospital psiquiátrico hay pacientes que están mal y eso también influye. Pero se pensaba que le robaba las cosas de su habitación, se pensaba que yo quería hacerle algo malo. Y yo estaba allí cagada de miedo, sin saber qué estaba pasando. Así que estaba tan mal en este segundo ingreso, que también duró más tiempo, que yo me autolesioné estando en el hospital en Orihuela. A mí ya me habían avisado, algunos compañeros, y las enfermeras de que, si alguna vez se te ocurría hacer algo, te ataban. Y yo, no sabía ni lo que era eso. Que te ataran. Y yo pues, no sé qué significará que te aten. Entonces pues, fue una noche, yo me autolesioné, me corté. Y entonces, efectivamente me ataron. Debo decir que en ese entonces yo tenía 15 años, yo seguía siendo una cría. Me ataron toda la noche. Yo estuve toda la noche atada de pies y manos. Sigo teniendo recuerdos muy traumáticos de eso. Ese

ingreso fue en junio creo, pues yo me tiré a lo mejor tres o cuatro meses sin poder dormir, con pesadillas por esa contención mecánica. Yo no sé si los ataques de ansiedad, o los ataques de pánico pueden durar mucho tiempo, pero yo creo que estuve hiperventilando toda la noche. Por supuesto también gritando, llorando, pidiéndoles que me soltarán. Mi compañera de habitación no entendía tampoco mi situación, y no paraba de gritarme tampoco. Las otras personas que estaban en las habitaciones contiguas tampoco podían dormir porque yo estaba gritando todo el rato, pidiendo que me soltaran. Lo raro es que no me sedarán la verdad, porque si sé que se lo han hecho otras personas. Alo mejor si me sedaron y no me he enterado, pero bueno. También me daban golpes en la pared, por qué no paraba de gritar. Yo no sé cómo explicar la sensación de que te aten, y más estando en una situación tan mala, pero me sentía, yo no me sentía un ser humano. Yo me sentía como si fuera un monstruo. Yo en ese momento quería desaparecer. Yo estaba rezando al universo que por favor me muriera en ese instante porque quería dejar de existir, y, no sé, fue como estar en el infierno durante ocho horas que fue lo que duró la contención mecánica. Y cuando me soltaron pues nada, yo estaba como muerta en vida.

Y bueno después de eso, básicamente lo que intenté hacer fue recapacitar, me cambiaron de habitación con otra compañera que era un poco más tranquila, eso me ayudó también. Yo estaba tan traumatizada, que yo lo que quería era salir de allí lo antes posible. Mejorar, yo también tenía de verdad la voluntad de mejorar. Y de no seguir tan mal. Pero si no tenía ningún tipo de psicoterapia, solamente me daban medicación, e ingresos hospitalarios traumáticos, pues yo no sé cómo se esperaba la gente que pudiera mejorar. Así que, pues nada, después de tres semanas o así que estuve en Orihuela, me dieron el alta. Me prometí a mí misma no volver a pisar ese sitio. Y bueno, cuando me dieron el alta, yo seguía estando súper deprimida.

Una cosa que a mí hoy me sigue sorprendiendo muchísimo, es como a pesar de estas cosas que yo viví en tercero de la ESO, conseguí sacar tan buenas notas. Yo seguía sacando nueves y dieces. Los profesores tampoco se lo explicaban, como después de tanto ingreso hospitalario, y mi situación cómo podía seguir sacando sobresalientes, y cosas así. Pero yo creo que es porque yo siempre me he auto exigido demasiado, aun estando con ganas de morirme, yo digo voy a estudiar este examen y voy a sacar un 10 porque necesito tener las mejores notas, y ser perfecta, ser la alumna perfecta, la hija perfecta, todo. Yo era muy perfeccionista, bueno siempre he sido, soy muy perfeccionista.

Así que bueno termino de tercero de la ESO, el verano lo pasé muy mal, no salí casi nada porque estaba muy traumatizada, yo es que no podía dormir. Tenía pesadillas todos los días, me despertaba. Y eran todos los recuerdos del último ingreso de Orihuela, y en general, recuerdos y sucesos traumáticos. Yo es que, por parte del instituto, sinceramente creo que han pasado, han pasado olímpicamente. Si yo tuviera que dar una valoración del 1 al 10 cuál ha sido la atención que he recibido yo por parte de profesores, jefes de estudio, el director y jefatura yo le pondría un dos. Un dos por ponerle algo. Incluso al orientador,

o a la psicóloga, porque es que no hicieron absolutamente nada. Y después del intento de suicidio que tuve en el instituto pues, el director es como que incluso, yo creo que nunca he hablado con el director directamente de mis problemas, pero yo creo que eso a él le enfadó. A lo mejor me lo encontraba por el pasillo, y me esquivaba, o evitaba mirarme. A mis padres lo mismo, a lo mejor si mi madre iba algún día al instituto, ni hablaba con ella ni nada. Si alguna vez había algún tipo de intercambio de palabras, era todo muy frío, muy cortante. Es como que yo creo que, al director, le fastidió mucho el que yo hubiera intentado suicidarme en el instituto. Porque eso hubiera sido como catastrófico para la imagen del instituto, y yo creo que lo que a él le preocupaba era eso, en vez de la salud mental de su alumna.

Entonces ya en cuarto de la ESO, pues seguí bastante mal, seguía tomando medicación, seguía sin ver a ningún psicólogo. Llamaba a mi psiquiatra se lo pedía, le pedía que me derivara algún psicólogo, porque allí en infanto-juvenil había psicóloga, pero sigo sin saber por qué no me derivaba. No sé, solamente tomaba medicación. Entonces seguía sin mejorar, por supuesto, porque no tenía atención psicológica. Y bueno pues yo iba empeorando cada vez más. Y bueno, era como que iba planeando, otro intento de suicidio. Que esta vez fuera mucho más discreto, y fuera mucho más efectivo, porque yo de verdad quería morirme. Yo lo que hice en el instituto no fue una llamada de atención, yo de verdad quería morirme. Entonces, una tarde que yo estaba en casa y me quedé sola, y cogí unas cuantas tuberías de que había en el sótano, y unos tubos de la aspiradora, las conecté desde el tubo de escape a una ventanilla del coche, cerré las ventanillas, me metí en el coche, y lo encendí, y pues ahí me quedé. Estuve, no sé cuántos minutos estuve ahí dentro. Estaban entrando todos los gases, yo ya me estaba empezando a asfixiar. Notaba que ya estaba empezando a dormirme, estaba dejando de notar las manos, es como que se me estaban durmiendo los pies y las manos. Y estaba empezando a dormirme, cuando de repente me imaginé a mi madre encontrándome allí en el coche. Entonces dije no, y abrí la puerta y salí. Y claro no le dije nada a mi madre cuando volvió, pero al día siguiente se lo conté al orientador en el instituto. Cuando se lo conté al orientador pues inmediatamente llamó a mi madre, llamo a la jefa de estudios, se lo contó. Y cuando llegué a casa pues, al día siguiente fuimos urgentemente al psiquiatra. Me derivaron, a la unidad de adultos de psiquiatría de Santa Lucía. Yo ahí todavía, en ese entonces, tenía 15 años. Y en la unidad de adultos, si ya la unidad infantojuvenil de Orihuela fue traumática, pues la unidad de adultos fue peor todavía.

Estuve una semana en Santa Lucía y esa semana es que fue muy rara. A ver lo pasé muy mal porque había gente adulta, con problemas mucho más graves, y personas con problemas psicóticos. Había en concreto un hombre que a mí me traumatizó un poco, porque me seguía a todas partes enseñándome sus genitales, y me perseguía incluso a mi habitación. Yo pues, estaba como, cagada de miedo todo el rato. Y eso tampoco se lo conté a nadie, ni a los enfermeros, ni a mis padres, ni nada. Es que pasó algo raro, bueno yo tengo mi teoría, pero bueno, a los dos o tres días de estar allí yo de repente, de un día a otro, mejoré

increíblemente. A lo mejor de estar súper deprimida, con ideación suicida, que había tenido un intento de suicidio hace nada, de repente estaba súper animada, con ganas de hacer cosas, de estudiar, de mejorar, de hacerlo todo. Cuando me dieron el alta porque ya quedaba una cama en Orihuela, mi psiquiatra me quería derivar, pero yo y mis padres nos negamos. Cuando nos negamos pues eso tiene consecuencias. Y mis padres tuvieron que firmar un papel, con este psiquiatra, con la fiscalía de menores o algo así, como diciendo básicamente que, si a mí me pasaba algo, o si yo hacía algo, eso caía sobre mis padres, y no sobre el psiquiatra. La cosa es que después de salir de Santa Lucía, ya me quedé en casa. Pero es que yo estaba muy bien, yo es que cambié de golpe, bruscamente. Cambié también de psiquiatra, porque este psiquiatra yo había desobedecido a su orden de ingreso, y dejó de ser mi psiquiatra, y cambié a otra psiquiatra. Esta nueva psiquiatra creo que me rebajó también la medicación. Que, por cierto, en Santa Lucía cuando me vieron, Y vieron toda la medicación que llevaba, yo no recuerdo la medicación que llevaba, pero en Santa Lucía me redujeron la medicación, por qué les pareció mucha a los psiquiatras que estaban allí. O sea que, imagínate lo que tenía que llevar. Yo iba zombi, todo el rato.

Así que terminé cuarto de la ESO, la graduación fue bien, el verano también fue bastante bien. Que tenía ganas de socializar, ja ja, algo bastante raro en mí. Pero hacía cosas, hacía deporte, no sé, estaba bien.

Y el 9 de septiembre de primero de bachillerato, me dieron el alta del centro de salud mental. Yo para mí eso fue una fiesta. Fue como por fin libre, ya no voy a volver jamás a tener problemas de este tipo. Y bueno, cuando me dieron el alta me dijeron ya sabes que cuando necesites cualquier cosa sabes que puedes volver aquí, Y yo si sí claro, yo estaba ya con muchos planes de futuro. Ya en ese entonces quería estudiar. Bueno primero de bachillerato yo lo recuerdo como un año muy bueno. Quedaba con amigos, íbamos al cine, hacíamos fiestas, no sé qué, salíamos, todo perfecto. Lo que pasa es que ya cuando empezó segundo de bachillerato, pues ya casi a mitad de curso de segundo de bachillerato que yo me empecé a sentir como muy cansada, no sé cómo saturada. Yo creo que fue de todo lo que me había exigido en primero de bachillerato, y de sacar buenas notas, y tal. Estaba como muy muy saturada. Y entonces pues no sé, de repente empecé como a sentirme otra vez deprimida, pero no era depresión todavía. No sé simplemente tenía ganas de huir, pero no se lo contaba nadie, ni siquiera a los profesores, ni a mis compañeros, ni a mis amigos ni a nadie, porque digo madre mía que peligro, no quiero volver a empeorar. Entonces en el tercer cuatrimestre es como que no estudiaba, directamente, o sea yo los exámenes los preparaba habiendo leído un poco antes el temario y ya está. Me costaba mucho prestar atención, era como que estaba muy desconectada en clase, no sé, fue como una saturación mental.

Bueno al final salvé la selectividad y empecé ambientales en la universidad. Me fui a la residencia universitaria que había en el propio campus. Yo estaba allí totalmente sola. Entonces bueno empezó el curso y bien, yo estaba súper emocionada. Y empezó bien,

pero yo estaba sin ganas, de estudiar. No es sin ganas, es que no tenía la capacidad. Es que no podía ni concentrarme en las clases. O sea, es que mi mente se desconectaba. Y pues si había parciales o lo que fuera, pues o lo suspendía, o sacaba malas notas. Y las prácticas igual, en los seminarios intentaba prestar atención, pero es que no podía. Y por supuesto pues tampoco comenté nada en la universidad de mi situación, a los profesores tampoco nada. Es que tampoco sé si hay algún servicio específico para el ámbito universitario en ese sentido, tampoco me informé, así que bueno.

Hice algún amigo, hice un grupo de amigos, con los que quedábamos de vez en cuando, hacíamos los trabajos y tal, pero volví a comenzar a deprimirme. Ya pasó de ser el cansancio y la saturación a ser, un estado anímico depresivo. Y bueno como tampoco conocía mucho a estos compañeros, pues yo me empecé a aislar. En mi piso de la residencia, dejé de salir. No iba ni siquiera a clase, es que solamente me quedaba en el piso. Y salía se había que hacer alguna práctica o algo obligatoria, alguna excursión de geología o lo que fuera, pero nada. Y con mis amigos cero. Entonces bueno como yo sabía que me estaba volviendo a encontrar mal, y quería evitar a toda costa que volviera a repetirse lo que me pasó en la adolescencia, por mi cuenta busque a una psicóloga, pero que la pagaba con mis ahorros, por qué no quería decirles nada a mis padres, porque yo sabía que si les decía algo se iban a enfadar conmigo. Entonces bueno, creo que tuve dos o tres sesiones con esta psicóloga, fue para contarle que estaba volviendo a tener pensamientos de hacerme daño, autolesiones, o ideación suicida, que estaba muy deprimida, pero no dio tiempo a nada, porque yo les conté a mis padres que estaba yendo a esta psicóloga, porque esta psicóloga también me animó, porque me dijo sí que de todas formas no te va a quedar dinero para dentro de dos semanas, y no vas a poder seguir viniendo, no pierdes nada por intentar decírselo a tus padres, para que te paguen las sesiones. Así que se lo conté a mis padres, y yo se lo conté de la mejor manera posible, pero se enfadaron muchísimo conmigo. Porque se pensaron como que había retrocedido todo lo que había aprendido de lo que me pasó en la ESO, y no sé, se lo tomaron muy mal. Y me quitaron el resto de los ahorros que me quedaban, que ya no me quedaban muchos pero, no pude seguir viendo a la psicóloga, y bueno pues, seguía empeorando.

No tenía ayuda por ninguna parte, no podía ir a la psicóloga, mis padres se habían enfadado conmigo, y tampoco salía, pues mis días se resumían en dormir. Yo es que ni siquiera salía del piso, de la residencia, súper pequeña, no sé si llegaba a los 10 m<sup>2</sup>. Pero yo no salía de la cama nada más que a lo mejor para ir al baño, y para beber un poco de agua y ya está. No comía, perdí muchísimo peso. Y bueno, entonces empecé a planear otra forma de suicidarme. Por qué no encontraba salida a nada. Así que creo que fue a finales de febrero que, una madrugada, hay un edificio que está en construcción, entonces pues yo, una vez que pasé por ahí, vi que se podía saltar. Entonces me metí en ese edificio en construcción, tiene 14 plantas, y bueno pues me subí hasta la última planta, lo que pasa que era madrugada, entonces no había nadie. Y cuando subí me quedé la última planta, pues yo tenía la idea pues eso, de lanzarme. Entonces no sé allí arriba, tuve como un colapso, empecé como a llorar, a gritar, fue como no sé, empecé a gritar pidiendo

ayuda, pero obviamente a mí nadie me iba a oír allí tan alto, pero fue como desesperación total. Al final me quedé como un montón de horas allí. Era invierno, no sé tampoco qué estaba pensando, en una planta 14, en febrero, con el frío que hacía, allí yo sentada. Pero al final no lo hice, porque cuando estaba allí sentada en el borde, de repente por detrás, aparecieron un par de chicos, de la nada, y yo me asusté muchísimo por qué había escuchado que en esa zona había muchos drogadictos, personas así maleantes que podían, yo qué sé, entonces pues cuando aparecieron esos dos chicos por detrás, pues yo me asusté muchísimo, y pensé ya está, me van a ver aquí y van a hacerme algo, me van a tirar. La cosa es que simplemente me preguntaron qué estaba haciendo ahí, que si me pasaba algo, pero claro yo estaba tan en *shock* que ni siquiera les pude responder. Así que, pues se fueron, pero a mí me dio tanto miedo que me quedé paralizada cómo que no recapacité, y me quedé como un rato durmiendo ahí, en la última planta, no sé. Es que no sé ni por qué hacía esas cosas, es que no sé ni por qué hice eso. Pero me quedé durmiendo ahí, de madrugada. Cuando me desperté dije, donde estoy, ¿qué ha pasado, estoy soñando? ¿Y se me han hecho algo mientras estaba durmiendo? No sé ni porque me quedé dormida, pero me bajé, y a las 5:00 de la mañana, fui a urgencias, les conté lo que había pasado, tuve un ataque de ansiedad, me vio un psiquiatra a la mañana siguiente, y fue peor todavía. Porque la evaluación que tuve, básicamente me preguntaba súper cortante y frío como, no sé, ¿usted toma drogas? o ¿usted consume marihuana? O sea, cosas que no tenían nada que ver con lo que me había pasado la noche anterior. Y yo cuando me preguntaba qué problemas tenía en casa o yo le decía que mis padres se habían enfadado conmigo porque he buscado a una psicóloga, no sé qué, y él me decía pero eso no son problemas graves, problemas graves es que tu hermano se haya muerto, o alguien haya tenido un accidente en tu familia. Pero que eso no son problemas graves, y yo claro yo me sentía súper incomprendida, y no sé. Así que después de eso, pues cuando mi madre se enteró se enfadó muchísimo más conmigo y entonces pues, después de eso, no sé si fue este psiquiatra, o mi doctora de cabecera, que me recetaron un antidepresivo, y volví a la universidad. Aunque yo pues no estaba estudiando, no estaba siguiendo con los estudios y estaba mal.

Entonces después de eso volví a la residencia, y una semana después de eso, una noche cogí y me tomé todas las pastillas de la caja que me habían recetado. Que no me había tomado prácticamente ninguna. Eran antidepresivos, y se ve qué, tampoco sé por qué lo hice, o que estaba pensando, porque con antidepresivos no me muero. O sea, no te mueres con antidepresivos y menos con 30. Pero si te dan alucinaciones, y te dan cosas de esas. Así que al final me ingresaron otra vez. Estuve ahí pasando los efectos secundarios, que también me volví a ver el mismo psiquiatra, de la semana anterior. Súper enfadado también. Es que yo esa es la sensación que tengo, que se enfadan. Tampoco recuerdo muchas cosas por qué, con los efectos de los antidepresivos pues yo estaba teniendo muchas alucinaciones, estaba delirando, y no sé ni lo que decía.

Y bueno pues después de esa sobredosis, volví a casa, dejé la carrera, bueno me fui de la universidad y todo, el piso, la residencia, no sé si al final conseguimos que nos devolvieran

algo de dinero de la matrícula, y bueno, me derivaron otra vez, en abril, al centro de salud mental, ya esta vez en adultos, y empecé con una psiquiatra, y con una psicóloga. Pero bueno tampoco es que fuera, yo qué sé yo estaba tan deprimida y tan mal, y esta psiquiatra que es la que sigo yo teniendo actualmente, básicamente lo que yo recuerdo de ese entonces lo que me decía era que no me entendía. O sea, eso era lo único que me repetía, que no me entendía, que no entendía lo que me pasaba, que no sabía por qué estaba así si yo lo tenía todo en la vida, que yo tenía unos padres, tenía una familia, tenía amigos, tenía dinero, tenía una casa, tenía comida, que no entendía porque estaba mal si yo lo tenía todo. Básicamente eso, eso era lo único que me repetía en las sesiones. Yo le contaba que estaba mal, pero ella simplemente eso. Y mi psicóloga, porque yo tenía ideación suicida ya, constantemente. Ella me decía que eso parecía como un pensamiento obsesivo. En vez de ir a la raíz del problema, y estudiar por qué tengo esos pensamientos, y esa conducta, simplemente me decía que era un pensamiento obsesivo. Y que como cualquier otro pensamiento obsesivo se podía quitar. Pero no trabajaba nada más aparte de eso.

Y empecé a tomar medicación, pero esta vez, si en la adolescencia ya tomaba mucha medicación para ser una chica de 14 años, pues con 18 años, cuando ya se me considera una persona adulta, empecé a tomar antidepresivos, antipsicóticos, ansiolíticos, pero yo creo que llegué a contar que tomaba a lo mejor al día unas 7 o 8 pastillas de medicación psiquiátrica. Y yo pues, si ya en la adolescencia iba zombi con un ansiolítico al día por la noche, pues con esa medicación directamente ni pensaba. Yo me quedaba durmiendo durante el día, no tenía memoria, no era una persona básicamente. Con el antipsicótico, engordé muchísimo. Que yo a lo mejor pasé de estar en 50 kilos, o sea, en infra peso, yo mido 1' 75, mi peso ideal está entre 58-63 por ahí, pues yo de haber perdido tanto peso cuando estaba en la residencia, que no comía, o sea, de pesar 50, pues engorde hasta 75 o más de 75 kilos. O sea, se juntó que yo tenía mucha ansiedad en ese entonces, y lo único con lo que me desahogaba era con la comida, con que la psiquiatra no me avisó de que ese medicamento generaba mucha hambre, además de que te hacía retener líquidos, y te daba más hambre de cosas dulces. Y de alimentos procesados y cosas así. Así que pues pasó eso. Eso también tuvo muchas consecuencias en ese entonces. Porque todo el mundo me decía ¡ay! Dunia, ¡qué gorda que estás! Todo el mundo me decía eso, todo el mundo nada más verme, y yo bueno pues, gracias. Porque es justo lo que necesito ahora mismo. Que me diga esto la gente después de estar tanto tiempo mal.

Entonces estuve todo el verano mal, no avancé absolutamente nada ni con la psiquiatra ni con la psicóloga, pero yo digo bueno en el próximo curso quiero estudiar algo. Así que con la nota que se me quedaba guardada de selectividad, yo quería entrar a psicología. Que era lo que yo había estado dando en selectividad de segundo de bachillerato, pero cuando intenté entrar, no había plazas porque mi nota que era un 9 de repente había subido un 10. Así que como segunda opción había puesto educación primaria, que yo le había puesto ahí más bien por poner, que por otra cosa, y digo bueno pues por lo menos voy a probar, así no me quedo de brazos cruzados otro año. Así que empecé. Ese año había cogido piso

con una amiga, con tres chicas más. Y me propuse pues hacerlo bien, mejorar, empezar un nuevo año. Empezó el curso y nada más ver las primeras clases de educación primaria, yo me di cuenta de que eso no era lo mío, que no me gustaba y me desanimé un montón. Así que fue en septiembre que, fue en la novatada creo que yo me sentía tan mal qué, solamente quería hacerme daño o echarlo todo a perder y emborracharme, bueno no sé. Me autolesioné, o sea después de las novatadas yo creo que lo pasé tan mal que llegué a mi piso y me autolesioné. Me había emborrachado un montón, había vomitado, y cuando fui al hospital a que me curaran las autolesiones pues, eso lo oculté a mis padres, pero seguía estando mal. Entonces, cuando se lo conté a mi psiquiatra de zona, pues me ingresaron en Santa Lucía, y estuve allí pues cuatro semanas. O sea, estuve mínimo un mes ahí. Porque yo estaba muy muy pero que muy mal, estaba muy deprimida, con una ideación suicida, constantemente. O sea, yo estaba con pensamientos de hacerme daño y suicidarme a todas horas, desde que me despertaba hasta que me dormía. Y estuve allí un mes porque yo no mejoraba. Y la primera semana me pusieron antidepresivos y me dijeron que eso me iba ayudar, porque estaba puesta la máxima dosis, pero a los tres días de ponerme el antidepresivo estaba mal, al cuarto día estaba súper bien. O sea, tenía cambios de humor muy bruscos, y los psiquiatras del Hospital se pensaban que yo me lo estaba inventando todo, y que estaba ahí imitando o falseando los síntomas de depresión o lo que sea. Pero no, simplemente es que yo tenía cambios muy bruscos de humor y de emociones. Bueno básicamente estuve un mes, sin mejorar, al final les dije que estaba mejor porque si no, no me iban a dejar salir.

Yo realmente lo que iba a hacer al salir era un intento de suicidio. Y efectivamente así fue, cuando salí en octubre, lo que hice fue salir, o sea, llegué otra vez a mi piso, y al día siguiente, el lunes no que fui a clase, pues el martes por la mañana, al día siguiente, me fui al mismo edificio que había ido el año pasado, pero esta vez fui a mediodía, o sea por la mañana. En ese momento, sí que iba prácticamente convencida de que lo iba a hacer, pero el problema estuvo en que fui de día. Y cuando es de día hay gente. Entonces cuando me subí a ese edificio en la última planta, ahí cerca había otro edificio, había un tanatorio, en fin había muchísima gente, y me vieron. Entonces claro yo estuve allí encaramada pues varias horas, llamaron a la ambulancia, vinieron los bomberos, vino la policía. Bueno primero llegó un policía y empezaron a intentar hablar conmigo, después llegó una psicóloga, y yo realmente es que hubo un momento en el que estuve a punto de saltar, porque yo estaba tan desesperada y tan desesperanzada, por qué no sabía ni lo que me pasaba, no había recibido ningún tipo de ayuda, ni siquiera yo sentía que mejorara. Ni que nadie me entendiera, ni mi psiquiatra, de mi psicóloga, ni los profesionales del hospital de urgencias, nadie. No me veía futuro, pensaba que yo iba a estar así mal para siempre. Y realmente no sé, pero bueno al final, lo que me hizo no saltar fue pensar en mi familia, pero bueno, al final bajé, y cuando llegué al hospital, mis padres me recibieron yo pensaba que me iban a recibir como contentos, bueno contentos, alegres de que no hubiera saltado, pero se enfadaron un montón conmigo. Entonces, pues no sé.

La verdad es que todas estas cosas yo es que te las cuento así muy, no sé, hablando tal cual, pero es que son sucesos muy traumáticos para mí. También es porque lo he contado muchas veces y a, a muchas personas, a muchos psicólogos, y psiquiatras, y terapeutas. Pero es como que no sé, eso ha sido muy traumático para mí. Y bueno, después cuando ya me bajé, y me llevaron a urgencias, pues de allí, me derivaron directamente a Santa Lucía. Allí estuve ingresada más tiempo, por supuesto cuando llegué, otra vez los psiquiatras, la psicóloga, estaban muy enfadados conmigo, porque entiendo un poco porque yo les había prometido que estaba bien. O sea, básicamente les había engañado. Es que era la única forma para salir. Claro es que yo ahí dentro tampoco iba a mejorar, entonces qué sentido tenía que estuviera ahí encerrada, en el hospital, pasándolo mal, si tampoco iba a mejorar. Pues les mentí y ya está.

Cuando empecé en el hospital de día pero no mejoraba. Yo iba todos los días al hospital de día, hacía la terapia, hablaba, participaba, hacía todas las tareas, pero, en fin, empeoré bastante hasta que, en junio, fue cuando tuve ya otro intento de suicidio. Y ya ha sido, o fue el último intento de suicidio que he tenido, del todo, por fin, menos mal. Pero bueno, fue el último intento de suicidio, y fue el más grave de todos.

Cogí todas las pastillas que tenía en casa, 2 litronas de cerveza en una tienda, cabe decir que fue un intento de suicidio impulsivo. El único intento de suicidio impulsivo que he tenido en mi vida, y el más grave, porque cogí, en total fueron casi 400 pastillas y 100 de las cuales eran litio, que el litio es lo más peligroso, con los antipsicóticos, con los ansiolíticos, lo mezcle con paracetamol, con ibuprofeno, y con todo, o sea es que todo lo que pillé fue, y fueron aproximadamente 400 pastillas las que me tomé con los 2 litros de cerveza. Me fui a un sitio apartado, o sea, me fui a un descampado donde no pasaba mucha gente, y ahí pues me las tomé. Y no recuerdo el momento en el que yo perdí la consciencia, porque se ve que entre el alcohol y el litio, fue lo primero que me tomé, y los ansiolíticos, o sea *Diazepam* y cosas así, pues perdí el conocimiento sin darme cuenta. Eso fue a las 18:00 de la tarde, pues según lo que me han contado porque por supuesto yo no me acuerdo de nada, mis padres me dijeron que me encontraron, al día siguiente, a las 12:00 del mediodía. Hoy en día sigo sin saber, ni mis padres saben quién me encontró ni cómo, porque me estuvieran buscando, y no me encontraron. Es que estuve toda la madrugada toda la noche por ahí, inconsciente. Y cuando me encontraron pues les dijeron a mis padres que estaba casi sin vida, por qué no tenía apenas respiración, pero bueno, me hicieron una diálisis, aunque ya no podían hacerme ningún lavado gástrico, ya toda esa medicación había pasado al cuerpo. Así que me llevaron a la UCI, estuve una semana en la UCI. Pues la verdad es que en este intento de suicidio sí que perdí lo bastante mi vida, pero bueno al final salí, no bien, porque las secuelas hay algunas, sobre todo físicas que siguen hasta el día de hoy. Pero después de estar en la UCI, yo tuve un montón de efectos secundarios, sobre todo alucinaciones, y delirio. O sea, yo no podía andar, porque me pincé un nervio al caerme. O sea, estuve inconsciente sobre un escalón o algo, Y me pincé un nervio de la rodilla. Que es la misma rodilla que tengo yo ahora mal. Y bueno estuve

dos meses ingresada en Santa Lucía. O sea eso fue el 14 de junio y allí me dieron el alta, de Santa Lucía a mitad de agosto, estuve dos meses ingresada, no tanto por lo psicológico. O sea, por mi recuperación, sino por los efectos, tenía ataques epilépticos, no podía andar, tenía que estar en silla de ruedas. En fin fue todo también muy muy traumático.

Y bueno, después de todo eso, yo no sé qué pasó, pero para mí ese intento de suicidio ha sido como un antes y un después en mi vida. Yo creo que antes del 14 de junio soy una persona, y después soy otra. Porque creo que eso que pasó me dio a mí la voluntad y la fuerza del cambio realmente. Porque ahí sí que me vi o Dunia o cambias, o vas a matarte de verdad en algún momento u otro. Y pensé, pero yo ¿quiero seguir así el resto de mi vida? ¿quiero seguir suicidándome y muriéndome? y de todo, o ¿quiero mejorar? Pues al final, de la culpa tan grande que sentí por haber hecho eso, y por haber hecho tanto daño a mi familia, durante tanto tiempo, yo cambié, vamos radicalmente, con un giro de 180°.

Después del ingreso que fue en verano, en septiembre volví a ingresar en el hospital de día. El segundo ingreso fue muy bien, y empecé a estudiar, en ese entonces unas oposiciones porque como era septiembre y no me daba tiempo a meterme en ningún grado superior, ni nada, pues empecé a preparar unas oposiciones de biblioteca y archivo, aunque ahora ya no estoy estudiando eso. Empecé a trabajar, empecé a trabajar de camarera en un restaurante de extra. Con ese dinero, que ganaba me pagaba yo el piso. Empecé como a vivir muy independiente, y eso me vino a mí muy bien. Porque me valió para demostrarles a mis padres y a todo el mundo que de verdad quería cambiar y lo estaba haciendo, y había mejorado. Y la verdad es que la evolución desde entonces ha sido bastante buena, hasta la actualidad, o sea, bueno el ingreso duró seis meses, empecé en septiembre y me dieron el alta, bueno me iban a dar el alta en abril, pero en marzo fue cuando empezó el confinamiento, continué un poco las terapias virtualmente, hasta junio que fue ya cuando me dieron el alta del hospital de día. La verdad es que todos los psiquiatras, o sea mi psiquiatra, todos los psicólogos. Y todos los compañeros súper impresionados del cambio tan grande que había hecho. Y hoy en día pues, todo esto del confinamiento también me lo he tomado muy bien, aunque ha sido muy estresante he llevado mi rutina. Así que bueno, me he enrollado un poco bastante, pero bueno. Creo que esta es más o menos la historia de mi vida, resumida mucho, y en cuanto a salud mental, sobre todo.



## VI. VIOLENCIAS Y ENCIERRO PSIQUIÁTRICO



Ilustración 24. Infierno.

Gustave Doré (1892), *Divina Comedia, Infierno*.

Pensando en cuál podría ser la ilustración que abriera este apartado sobre violencias y encierro psiquiátrico, barajaba dos opciones: la lámina de la *Inscripción encima de la puerta del infierno* de William Blake y las visiones infernales de Gustave Doré. Esta tarde, en una librería del barrio, he encontrado un libro que hace tiempo que estaba buscando: *La otra verdad: diario de una diversa* de Alda Merini (2019). Nada más llegar a casa he abierto el libro en una página al azar y he podido leer lo siguiente: «Creo que únicamente las ilustraciones de Doré para la *Comedia* de Dante podrían dar cuenta de la fascinación y la monstruosidad del manicomio» (p. 94). En ese momento he sabido cuál de las láminas habría de encabezar este capítulo. Tengo la sensación de que a Merini le habría gustado esta elección.

### Infierno, Canto III, 1-12

*«Per me si va ne la città dolente,  
per me si va ne l'eterno dolore,  
per me si va tra la perduta gente.  
Giustizia mosse il mio alto fattore;  
fecemi la divina podestate,  
la somma sapienza e 'l primo amore.  
Dinanzi a me non fuor cose create  
se non etterne, e io eterno duro.  
Lasciate ogni speranza, voi ch'intrate».*  
*Queste parole di colore oscuro  
vid' io scritte al sommo d'una porta;*

\* \* \*

«Por mí se va a la ciudad doliente;  
por mí se entra en el dolor eterno;  
por mí se llega a la perdida gente.  
La Justicia movió a mi autor supremo.  
El divino poder a mí me hizo,  
el saber sumo, el amor primero.  
Nada, ninguna cosa fue creada  
antes que yo, sino cosas eternas,  
tal como yo aquí eterna duro.  
Los que aquí entráis, dejad toda esperanza».  
Estas palabras, con su oscuro tono,  
escritas vi en lo alto de una puerta.

Dante Alighieri (2021), *La Divina Comedia*.

## 6.1. POR LA PUERTA INFERNAL: UN VIAJE POR EL AQUERONTE

Las palabras escritas en caracteres negros en el dintel de la puerta del infierno dantesco advierten que por ahí se va a la ciudad doliente y al eterno tormento y avisan de que, si se entra por esa puerta, se debe abandonar toda esperanza: «*Lasciate ogne speranza, voi ch'intrate*» [Infierno, Canto III, 9] (Alighieri, 2021, p. 128). A pesar de esta lúgubre advertencia, resulta inevitable cruzar esta puerta infernal para abrir este capítulo, pues si *La Divina Comedia* narra el viaje que realizan las almas hasta llegar a Dios, en este viaje etnográfico se relata el camino que recorren las almas a través de las violencias, hasta la resistencia y la resignificación. Para ello, al igual que en la Comedia de Dante, se debe descender al Infierno, transitar por el Purgatorio y ascender al Paraíso. La compañía en este particular viaje a los tres mundos además del poeta Virgilio, será la de la neófita antropóloga que escribe estas líneas, que, con el permiso de Dante, tratará de abrir una nueva perspectiva en este viaje.

\* \* \*

En el Infierno del encierro reinan las tinieblas y resuenan los suspiros, quejas y penetrantes gemidos de las inocentes almas encadenadas. En este foso infernal dantesco resulta paradójico que las almas pecadoras no sean las que sufren, sino las que producen sufrimiento y dolor.

Profundo e inmundo averno en que las almas de los monstruos más oscuros llevan las batas más blancas; batas que les otorgan la autoridad de examinar, juzgar y diagnosticar; batas que les permiten arrastrar a las almas a tortuosos ingresos y sentenciar involuntarios tratamientos.

En este infierno subjetivo, las almas diabólicas no son las de los condenados sino las que, en nombre de la curación y la rehabilitación, justifican, sancionan y ejercen las violencias que se producen en el *psistema*. En este iracundo lugar son tormentos habituales la medicación forzosa, los electrochoques, las contenciones mecánicas y las lágrimas químicas.

Correas atan las almas a las camas durante interminables días y tenebrosas noches. Atadas por todas las extremidades, abatidas, inmóviles e inertes, permanecen en la más profunda oscuridad. Atadas y bajo un cielo sin estrellas, las almas son abandonadas a la incertidumbre y la condenación eterna.

Desde una grieta en la roca del fondo del Infierno, una vez liberadas de los círculos de correas, se abre paso el Purgatorio en una montaña rodeada de precipicios, en la que cadenas intangibles mantienen a las almas, afligidas y cautivas, en purgación.

Incapacitantes correas atan las almas al indeleble estigma de la locura y a la medicalización forzosa. En esta expiación, en este valle penoso, desierto y de soledad perenne, las almas derraman suspiros y deambulan como muertos vivos, contenidas por una camisa de fuerza química.

Cadenas invisibles, cadenas transparentes, pero cadenas rígidas y despiadadas al fin y al cabo, que controlan pensamientos y subjetividades. Las almas abrumadas vagan como sombras en un lánguido huracán buscando un último consuelo, en el que deberán consagrarse a la productividad para expiar sus culpas y ser, finalmente, salvadas del infierno.

\* \* \*

Leer algunas de las vivencias que se van a destacar a continuación no es fácil, pero resulta ineludible, pues descender a los infiernos, aunque perturbe y desazone, es el primer paso para desatar las correas y resarcir las violencias del reino de la muerte. No hay sol sin sombra y es esencial conocer la noche, diría Albert Camus. El encuentro con la sombra y el sol, el paso por el Infierno al Purgatorio es, ante todo, este apartado, un viaje por el Aqueronte narrado por vía etnográfica. Pues es en los derroteros que siguen las almas, en las distintas trayectorias de vida, donde se descubren las potencialidades de transformación y donde eclosionan distintas formas de agencia y de resistencia colectiva que hacen la vida más habitable.

Por ello, a pesar de la advertencia escrita en el dintel, en las siguientes páginas se va a cruzar la puerta del Infierno, pero sin abandonar la esperanza, pues la narración etnográfica será el óbolo para Caronte y, aunque el camino sea abrupto, la idea es volver más fortalecidas de este viaje, *dispuestas para subir, al fin, a las estrellas*<sup>225</sup>.



Ilustración 25. Barca de Caronte.

Gustave Doré (1861), *La travesía del Estigia*.

---

<sup>225</sup> Aquí estoy tomando prestado el último verso de la etapa del Purgatorio que abre paso al Paraíso «al igual que las plantas se renuevan renovando sus frondas, y dispuesto para subir, al fin, a las estrellas» [Purgatorio, Canto XXXIII, 169-171] (Alighieri, 2021, p. 813). Véase el epígrafe (7.5) de *La última cornisa del Purgatorio*, en el capítulo VII, para acceder a la estrofa completa. Aunque utilice esta representación de las tres etapas, quisiera destacar que no lo concibo como un proceso lineal ni pretendo representar el Paraíso como un ideal a alcanzar, más bien lo entiendo como el cuerpo colectivo de las colaboradoras en un constante proceso de aprendizaje y transformación.



Ilustración 26. Moneda de Medusa.

Moneda de Medusa empleada como óbolo para Caronte.

Aqueronte se traduce como «río del dolor» (en griego; ἄχρα ῥέων) y en la mitología griega forma parte de uno de los cinco ríos del inframundo. En las aguas del Aqueronte todo se hundía excepto la barca de Caronte, que es la que se encargaba de llevar las almas de los muertos de una orilla a la otra. Cuenta la leyenda que, a cambio del trayecto, había que entregar un óbolo para Caronte. En la Divina Comedia, Dante Alighieri (2021) representa el Aqueronte como uno de los círculos del infierno que traza la frontera entre el mundo de los vivos y el mundo de los muertos. Dante y Virgilio cruzan el río en la barca y el barquero dice a Dante que se aleje de los muertos: «Pero tú que aquí vienes, alma viva, no te acerques a esos que ya han muerto» [Infierno, Canto III, 102-103] (Alighieri, 2021, p.133). Virgilio le responde al barquero que Dante ha obtenido permiso para hacer el viaje al inframundo...

### Infierno, Canto III, 98-103

*«Guai a voi, anime prave!  
Non isperate mai veder lo cielo:  
i'vegno per menarvi a l'altra riva  
ne le tenebre etterne, in caldo e 'n gelo.  
E tu che se' costì, anima viva  
pàrtiti da cotesti che son morti».*

\* \* \*

«¡Ay de vosotras, ánimas perversas!  
¡No esperéis llegar nunca a ver el cielo!  
Vengo a llevaros hasta la otra orilla,  
a la eterna tiniebla, al fuego o al hielo.  
Pero tú que aquí vienes, alma viva,  
no te acerques a esos que ya han muerto».

Dante Alighieri (2021), *La Divina Comedia*.

### 6.1.1. Prefacio sobre la Banalidad del Mal y la Violencia Institucional

*El infierno de los vivos no es algo que será; hay uno, es aquél que existe ya aquí, el infierno que habitamos todos los días, que formamos estando juntos. Dos maneras hay de no sufrirlo. La primera es fácil para muchos: aceptar el infierno y volverse parte de él hasta el punto de no verlo más. La segunda es peligrosa y exige atención y aprendizaje continuos: buscar y saber reconocer quién y qué, en medio del infierno, no es infierno, y hacerlo durar, y darle espacio.*

Italo Calvino. *Las ciudades invisibles*, 2013.

Soy consciente de que habrá a quien le parezca excesivo que haya elegido la alegoría del infierno dantesco<sup>226</sup> para introducir el relato de la violencia y el encierro psiquiátrico. No obstante, no soy la primera que emplea esta representación y probablemente no seré la última. Precisamente, como ya he indicado, Alda Merini (2019) describió su ingreso en el Hospital Psiquiátrico Paolo Pini comparándolo con el infierno dantesco: «Éramos prácticamente sombras de demonios dantescos, condenados a una expiación ignominiosa que, sin embargo, a diferencia de los pecadores de Dante, no cargaban en las espaldas ninguna culpa» (p. 83).

Considero que, ante la complejidad y crudeza de los relatos sobre la violencia del encierro psiquiátrico, la literatura permite hacer este viaje de lo literal a lo metafórico, y tiene la capacidad de construir un contexto de inteligibilidad para transmitir emociones y comunicar simbólicamente el significado de la imagen del infierno, del abismo y de la condenación eterna transmitida en el trabajo de campo y en los relatos de las colaboradoras de la investigación. Ciertamente, la expresión «atravesar un infierno» ha sido evocada de forma permanente en las descripciones sobre el encierro psiquiátrico y las distintas prácticas médico-psiquiátricas narradas. Esperanza resume sus ingresos en una frase: «era un infierno y luego salí zombi»<sup>227</sup>. Según las representaciones de las colaboradoras, cruzar la puerta de una unidad de agudos de psiquiatría, atada y siendo transportada en una camilla, sin saber qué harán contigo, ni cuándo podrás salir de allí, bien pudiera asemejarse a cruzar la puerta infernal dantesca hacia la ciudad doliente y el dolor eterno. La inscripción en ambos lugares sería la misma: «*Lasciate ogne speranza voi ch'intrate*», «Los que aquí entráis, dejad toda esperanza» [Infierno, Canto III, 9] (Alighieri, 2021, p. 128).

Permítaseme especificar, antes de comenzar con este apartado, que la alegoría del infierno dantesco no pretende demonizar a todas y cada una de las personas que ejercen la psiquiatría y trabajan en los *círculos-dantescos* del sistema de salud mental, más bien pretendo evocar el carácter del dispositivo psiquiátrico, una institución que tiene una tradición punitiva y estigmatizadora que se articula a través del poder psiquiátrico, una instancia de poder omnímodo, que permite el control, la intervención abusiva y el ejercicio de la violencia de manera despótica. Considerándose que en las plantas de psiquiatría se violan los derechos humanos por protocolo y sistemáticamente,

---

<sup>226</sup> Debo admitir que me hace especial ilusión sumergirme en las páginas de *La Divina Comedia*, y trazar estas líneas que evocan el infierno dantesco, en conmemoración del 700 aniversario de la muerte de Dante Alighieri en 1321 [1321-2021]. Entiendo, además, que en el 800 aniversario ya no estaré aquí para poder celebrar esta fecha.

<sup>227</sup> 7. Esperanza: 87.

no debería parecer excesivo pensar en la institución psiquiátrica como un *sistema-infierno* que podría definirse como violento y doliente.

Entonces, ¿se puede excusar a las personas que ejercen las violencias simplemente porque forman parte de una institución que legitima estas violencias? Esta pregunta, inevitablemente, me lleva al concepto de la banalidad del mal acuñado por Hannah Arendt (1999) en *Eichmann en Jerusalén*: un estudio sobre la banalidad del mal, que proviene, al menos en parte, de la actuación del criminal de guerra y coronel de las Waffen-SS Adolf Eichmann en el juicio en Jerusalén en 1961. En este texto, además de describir las sesiones del juicio, la autora realizó un análisis sobre el comportamiento de Eichmann que, en su declaración judicial no mostró ni culpa ni rencor alegando que él no tuvo responsabilidad ninguna porque nunca hizo nada por iniciativa propia, pues «tal y como dijo una y otra vez a la policía y al tribunal, él cumplía con su *deber*; no solo obedecía *órdenes*, sino que también obedecía la *ley*» (Arendt, 1999, p. 83). En el libro se relata cómo el genocida Eichmann explicó de forma natural que su trabajo consistía en aligerar la cadena de destrucción judía, y, desde su punto de vista, su trabajo fue un éxito, pues se jactaba de las mejoras que incorporó en las técnicas de la rutina de exterminio. No obstante, en el transcurso del juicio, Eichmann se declaró inocente respecto a todos y cada uno de los delitos imputados y negó la acusación exclamando que él nunca había matado a nadie:

Muy distinta fue la actitud de Eichmann. En primer lugar, según él, la acusación de asesinato era injusta: «Ninguna relación tuve con la matanza de judíos. Jamás di muerte a un judío, ni a persona alguna, judía o no. Jamás he matado a un ser humano. Jamás di órdenes de matar a un judío o a una persona no judía. Lo niego rotundamente». Más tarde matizaría esta declaración diciendo: «Sencillamente, no tuve que hacerlo». Pero dejó bien sentado que hubiera matado a su propio padre, si se lo hubieran ordenado. (Arendt, 1999, p. 18)

Parece que matar a una persona por su propia voluntad resultó insoportable para la conciencia moral de Eichmann, pero gestionar la muerte de millones de hombres, mujeres y niños fue un trabajo rutinario «en su condición de ciudadano fiel cumplidor de la ley» (Arendt, 1999, p. 83). En ese sentido, según los análisis de Arendt, se podría pensar en Eichmann como una especie de burócrata de la *necropolítica* (Mbembe, 2011)<sup>228</sup> que busca la eficacia dentro de un sistema de exterminio. Así, la expresión de la *banalidad del mal* expresaría la forma en la que algunas personas actúan dentro del sistema cumpliendo las órdenes en una obediencia ciega y sin reflexionar ni cuestionarse cuáles son las consecuencias de sus propios actos.

Dentro de este marco de la necropolítica, Roy Porter (2003) señaló cómo la política psiquiátrica tuvo un papel relevante en determinar qué vidas valían la pena, y, a este respecto, destaca lo siguiente sobre la psiquiatría nazi:

La psiquiatría nazi de la década de 1930 juzgaba que los esquizofrénicos, igual que los judíos, debían ser eliminados; de enero de 1940 a septiembre de 1942, en lo que parece ser una operación

<sup>228</sup> Necropolítica o tanatopolítica es un concepto que exploró Achille Mbembe (2011) para referirse al gobierno de las poblaciones mediante técnicas de muerte y de violencia. Este concepto proviene de la forma de soberanía de la *tanatopolítica* de Foucault, el poder político y social para dictaminar quién puede vivir y quién debe morir.

previa a la «solución final», 70.723 pacientes fueron asfixiados con gas; la selección de estos se hizo a partir de listas de individuos cuyas «vidas no valían la pena ser vividas» redactadas por nueve eminentes profesores de psiquiatría y treinta y nueve doctores del más alto prestigio. (p. 178)

La distinción de la psiquiatría entre «las vidas que valen o no la pena de ser vividas» que, en términos fanonianos dejaría ver cuál es la línea del ser y del no ser, y la naturalización de estas estructuras violentas y cuerdistas es lo que permite que se ejerza la violencia impunemente a través de las competencias del dispositivo psiquiátrico. En la actualidad, la decisión de un diagnóstico, el internamiento involuntario, el aislamiento, la medicación forzosa, el electrochoque y las contenciones químicas y mecánicas representan los laberintos de las múltiples prácticas violentas que recaen sobre el dictamen y el poder psiquiátrico, un poder que se presenta como natural e incuestionable. A este respecto, al comparar el ingreso en una unidad de agudos con el descenso a los círculos del infierno dantesco, procuro exponer, precisamente, esa relación devastadora entre la psiquiatría y la violencia, que hace que ciertas vidas se encuentren encarceladas en un *círculo-infernal* profundamente peligroso que tiene efectos destructores en su existencia.

Entonces, retomando la pregunta previa: ¿se puede excusar a los profesionales y técnicos que ejercen las violencias en psiquiatría simplemente porque forman parte de una institución que legitima estas violencias?

Entiendo que entre los profesionales *psi* probablemente se encuentren distintas posturas y también reticencias ante las violencias psiquiátricas, tal es el caso que han surgido múltiples iniciativas de profesionales críticos que cuestionan el sistema de salud mental y las violencias que despliega<sup>229</sup>. No obstante, el objetivo de las siguientes páginas no es profundizar en las interpretaciones de los profesionales que ejercen o han ejercido la psiquiatría, la psicología, el trabajo social o las terapias ocupacionales, ni en los sentires de enfermeras, auxiliares y celadores que constituyen las distintas esferas institucionales de los *círculos* del sistema de salud mental, sino comprender las consecuencias de la violencia institucional y las vulneraciones de derechos en las vidas de las personas que las sufren. Decía Emil Cioran (2014), en la obra de aforismos *Del inconveniente de haber nacido*, que «en una obra de psiquiatría solo [le] interesa lo que dicen los enfermos». En este caso, a pesar de no considerar a las colaboradoras «enfermas», comparto la perspectiva de Cioran en que, en este texto, solo me interesan las voces de las personas que han sido psiquiatrizadas; la complejidad de las *voces de la locura* que he tenido el privilegio de conocer a lo largo del trabajo de campo, y que ahora cobran vida en estas páginas. Por ello, considero que debo hacer explícita mi postura y ser transparente a este respecto, pues siento que, al escribir sobre las violencias psiquiátricas, tengo un compromiso ético y político con las colaboradoras de

---

<sup>229</sup> Un ejemplo es La Porvenir, que surge inicialmente de profesionales de la salud mental que se han vinculado para hacer activismo y cambiar el sistema transformando la respuesta que se le da al sufrimiento y a la locura. En este caso, es un grupo mixto en el que además de profesionales o exprofesionales participan activistas en *primera persona* y personas aliadas que se interesan por esta problemática. Véase: <https://laporvenir.org> [Consulta: 20 de febrero de 2022]. En esta línea de La Porvenir, Itxaso Gardoki (2023) en *Gestión colectiva del malestar para hacer la revolución*, explica que revisar las violencias que ejercía como psicóloga y psicoterapeuta le llevó a dejar su profesión, pues, considera que la cultura de la terapia impide que el malestar se gestione de forma colectiva. Véase: <https://www.pikaramagazine.com/2023/05/gestion-colectiva-del-malestar-para-hacer-la-revolucion/> [Consulta: 1 de junio de 2023].

la investigación de evidenciar estas violencias, así como evidenciar el impacto que han tenido en sus trayectorias vitales.

A este respecto, si la institución psiquiátrica es un *sistema-infierno*, que podría definirse como violento y doliente —pues en los hospitales psiquiátricos se reprime y se ejerce maltrato y violencia por protocolo—, considero que formar parte de esta institución no exime de responsabilidad a las personas que ejercen y vehiculan las violencias en su práctica profesional, pues siempre hay un margen de libertad de decisión y, al final, la violencia psiquiátrica es la que aquellas y aquellos que la ejercen y legitiman permiten que sea. De hecho, incluso en el totalitarismo, según Arendt (1999) la elección moral sigue siendo libre y esa elección posee consecuencias políticas, tal y como sucedió en el contexto del Holocausto con el rescate de los judíos daneses. Ciertamente, por muy aplastantes que sean las instituciones, siempre hay una grieta por la que se tamiza la voluntad. Al fin y al cabo, Sócrates eligió la muerte y se tomó la copa de cicuta.

## 6.2. LA VIOLENCIA DEL DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO

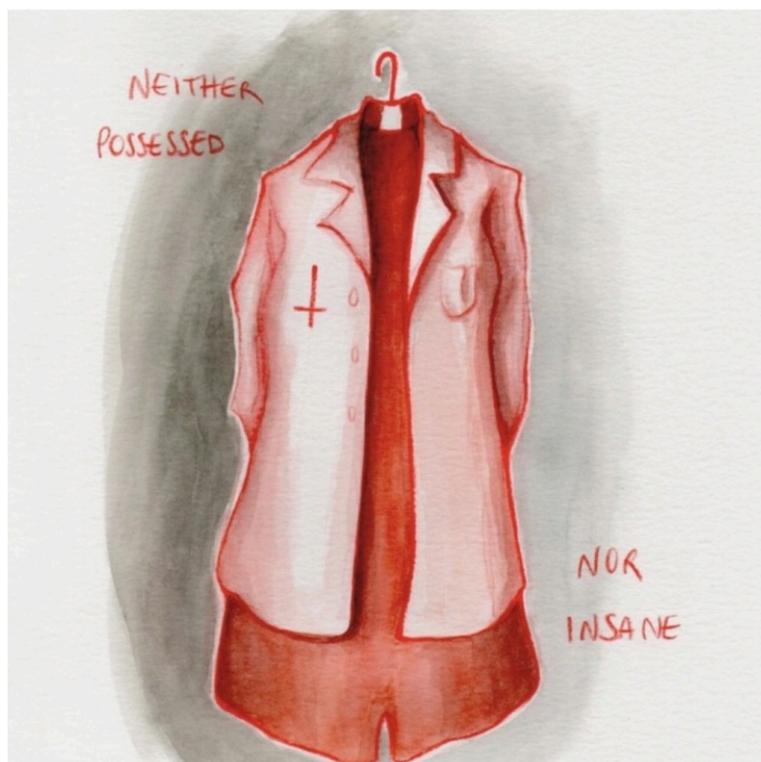


Ilustración 27. «Disguise» de Sirio.

Dibujo de Sirio [@siriominis] publicado en la cuenta Mad in America (24 de enero de 2023).

«La pieza pretende mostrar la superposición de la intolerancia y el abuso de poder entre el psiquiatra y el sacerdote. Es esencialmente satírico e implica que el psiquiatra no es más que un puritano disfrazado»<sup>230</sup>. Sirio, 2023.

La Angustia que hace locos.  
La Angustia que hace suicidas.  
La Angustia que hace condenados.  
La Angustia que la medicina no conoce.  
La Angustia que vuestro doctor no comprende.  
La Angustia que lesiona la vida.  
La Angustia que rompe el cordón umbilical de la vida.  
Por vuestra inicua ley ponéis en manos de personas irresponsables, cretinos en medicina, farmacéuticos cochinos, jueces fraudulentos, doctores, comadronas, inspectores-doctorales, el derecho a disponer de mi angustia que es tan aguda como las agujas de todas las brújulas del infierno.  
(...)

Toda azarosa ciencia de los hombres no es superior al conocimiento inmediato que puedo tener de mi ser: Yo soy el único juez de lo que está en mí.

Antonin Artaud, *Carta al señor legislador de la ley de estupefacientes*, 1980.

<sup>230</sup> Traducción propia. Cuento con el consentimiento escrito de Sirio para emplear su dibujo como portada de esta sección de la tesis, así como para el uso de otros dibujos e imágenes que aparecen a lo largo del análisis de la investigación.

### 6.2.1. Una Discontinuidad: ¿La Transición a un Sujeto Patológico?

Ojalá nadie me hubiera dicho que estaba loca. Entonces no lo estaría.

Kate Millett, *Viaje al manicomio*, 2019.

No es casual que este capítulo consagrado al ejercicio de la violencia y el encierro psiquiátrico comience por problematizar el diagnóstico. Al abordar las violencias psiquiátricas parece que los ingresos involuntarios, el aislamiento, el tratamiento psiquiátrico forzoso, la tutela, las contenciones químicas y mecánicas, la sobremedicación y las prácticas como la terapia electroconvulsiva o terapia por electrochoque (TEC) serían el epítome de la violencia. No obstante, si bien estas prácticas podrían interpretarse como la cúspide de las violencias que resultan más visibles, hay una base y distintas esferas de violencias simbólicas y estructurales que quedarían invisibilizadas (Galtung, 1998)<sup>231</sup>. Por ello, si bien el proceso de psiquiatrización entraña distintas violencias, por etéreo o conceptual que resulte el diagnóstico, es la entrada y la esencia de una violencia estructural y simbólica, que es activa, efectiva y que tiene consecuencias reales en las trayectorias de vida las personas psiquiatrizadas.

Me gustaría puntualizar, antes que nada, que cuando menciono la violencia no pretendo referirme a una acción concreta y visible, pues entiendo que la violencia psiquiátrica no es una excepción que se produce en un momento dado, sino que es un *continuo de violencia* (Scheper-Hughes y Bourgois, 2004)<sup>232</sup> en el *psistema* y en la práctica psiquiátrica institucional que se inicia, en muchos casos, con la imposición de un diagnóstico, y así lo he tratado de problematizar. La violencia no se puede entender únicamente en términos de su fisicalidad, es decir, la fuerza o agresión, sino que los ataques a la dignidad o valía, las dimensiones sociales y culturales de la violencia son las que le otorgan su poder y significado (Scheper-Hughes y Bourgois, 2004). Foucault (2019a), en su *Microfísica del poder*, concretamente, en el capítulo titulado *Nietzsche, la genealogía, la historia* afirma que «el saber no ha sido hecho para comprender, ha sido hecho para hacer tajos» (p. 20). En ese sentido, las categorías diagnósticas

<sup>231</sup> A este respecto, me parece interesante revisar la reinterpretación feminista del triángulo de Galtung (1998) de la violencia en los conflictos sociales que se ha aplicado a las distintas esferas de la violencia machista. La violencia es como un iceberg para Galtung (1998), la violencia visible es solo una parte del conflicto y el resto queda invisibilizado. Por ello, para solventar la violencia se debería actuar en cada uno de los niveles: la violencia estructural, la violencia cultural o violencia simbólica (violencias invisibles) y la violencia directa (violencia visible). Este planteamiento resultó fundamental en la teoría feminista, pues se ponía en relieve la relación de la experiencia personal con las estructuras sociales y políticas. De esta manera, se pudo corroborar que las violencias machistas no eran un fenómeno aislado e individual, sino que se comprendía que formaban parte de un fenómeno estructural que surgía de una desigualdad de género en el marco del sistema binario de sexo-género heterocentrado y heterocissexista. Por consiguiente, el feminismo nos ha enseñado que lo personal es político y que lo personal es colectivo, y cuando la violencia machista pasó a tener un nombre y a pensarse como una violencia estructural, se formó una conciencia sobre ella, y se comenzó a reconocer como social y sistémico lo que previamente se había percibido como un fenómeno privado, individual y aislado.

<sup>232</sup> La idea de representar la violencia como un *continuum* se ha problematizado en distintos contextos. En concreto, me ha resultado especialmente sugerente la aproximación de Nancy Scheper-Hughes y Philippe Bourgois (2004) en la introducción de *Making Sense of Violence*. La violencia, según los autores, es un concepto escurridizo: no lineal, destructivo y reproductivo. Por eso, se refieren a espirales y espejos de violencia, o mejor, un *continuo de violencia* (Scheper-Hughes y Bourgois, 2004).

serían *artefactos de ficción* (Preciado, 2020) que ha construido la psiquiatría en un *monólogo institucional* (Martínez-Hernández, 1998a) y que sin tener el carácter de axiomas infalibles se han legitimado científica y culturalmente hasta volverse casi incuestionables.

El diagnóstico psiquiátrico es un concepto, un juicio o una hipótesis, que se convierte en lenguaje categórico que *hace tajos* y que constriñe las subjetividades tanto como las paredes que encierran y las correas que atan a los cuerpos. Las categorías diagnósticas trazan unos límites arbitrarios entre el dentro y el afuera, entre lo normal y lo anormal, entre lo cuerdo y lo loco. Al cruzar esta línea, se articula el itinerario de la psiquiatrización y se define un cambio de rol que marcará las vidas de las personas diagnosticadas de forma indeleble. Podría conceptualizarse, entonces, el diagnóstico psiquiátrico como una discontinuidad (Spindler, 2007), que garantiza un sistema de continuidad que sería el orden cuerdo, y que simboliza y marca la transición a un nuevo estado en la vida de la persona, la *transición a un estatus social desviado* (DeVos, 1981), que se caracteriza por el deterioro de la autonomía, la consecuente deslegitimación y la pérdida de derechos que conlleva ser definida como un sujeto patológico. El diagnóstico es una palabra que fractura la trayectoria de vida de la persona que lo recibe, haciendo que ingrese en el extremo desacreditado de la lógica binaria que separa lo normal y lo anormal, lo cuerdo de lo loco.

#### **6.2.1.1. Ojalá Nadie me hubiera Dicho que estaba Loca**

La experiencia del diagnóstico adquiere un gran peso para quien lo recibe, tanto que, aunque el diagnóstico no sea más que una simple palabra, una imposición semántica, puede llegar a cambiar la vida de la persona que lo enfrenta. «A mí me diagnosticaron con veintitrés porque fue la primera vez que bueno... que se me fue mucho la castaña»<sup>233</sup> revela Marta. A partir de ahí, pensarse a través del diagnóstico del trastorno bipolar condiciona la forma en que empieza a percibirse a sí misma y a interpretar los significados de su tránsito vital. Así, se produce una recomposición identitaria y patológica a través de la etiqueta diagnóstica y Marta encuentra en un supuesto y temido fundamento biológico la explicación a los cambios y las formas del sentir en el devenir de su vida. De forma que podría pensarse que no es tanto el trastorno en sí sino el conocimiento inherente del mismo lo que lo convierte en un espacio de objetivación, pues el diagnóstico se convierte en un intersticio que quiebra la construcción de significaciones en la experiencia de vida de Marta. En otras palabras, el diagnóstico se convierte en una grieta que genera una ruptura, una discontinuidad, siguiendo el concepto de Spindler (2007), o un tránsito, según la perspectiva de DeVos (1981).

Ian Hacking (1986) define este poder performativo del diagnóstico como el proceso de inventar o construir personas —*making up people*— apuntando la autoridad y la capacidad de los especialistas para etiquetar a ciertos grupos humanos y cómo estos, por haber sido etiquetados, asumen dicha condición. Así lo reconoce Marta: «me hubiera gustado que no me hubieran puesto un diagnóstico, que me lo hubieran ahorrado porque al decirme trastorno bipolar yo ya empecé

---

<sup>233</sup> 6. Marta: 19.

a buscar un montón de información sobre esto, a escuchar las cosas biológicas»<sup>234</sup>. La hegemonía del enfoque biologicista de la psiquiatría, al ser el modelo de interpretación dominante, junto con la falta de información sobre otras perspectivas, lleva a que la narrativa biomédica de la locura se acepte sin cuestionamiento. Esto a su vez conduce a la internalización de la noción de individualismo y cronicidad en la subjetividad de las personas diagnosticadas. Las implicaciones de esta narrativa biologicista han tenido un impacto profundo en muchas de las historias de vida que he ido conociendo a lo largo de las formaciones, encuentros y reuniones sobre los GAM en las que he participado durante mi trabajo de campo. Estos efectos son una parte esencial del contexto general que rodea a los GAM y las personas que participan en ellos.

En ese sentido, el diagnóstico muestra cómo una simple palabra, una etiqueta, un concepto, puede cambiar profundamente una vida y, llegar a invadir la totalidad de las experiencias vitales de una persona. Ciertamente, el diagnóstico tiene unas implicaciones que resultan desgarradoras en la vida de Marta, pues cuando se siente desmotivada con su vida acude preocupada a la psiquiatra que, bajo una lógica simplificadora y lineal, se guía por lo aparente de su diagnóstico y encuentra una única causa al problema que relata. A partir de ahí, el dispositivo psiquiátrico opera mediante el uso de la medicación: a Marta le recetan *Citalopram*, un antidepresivo que le provoca iatrogenia<sup>235</sup> y una de las peores crisis que ha sufrido: «fue un paréntesis en mi vida que lo rompió todo»<sup>236</sup>. Al final, el diagnóstico de trastorno bipolar que le dan a Marta resulta hiriente y destructivo para ella y, como una maldición que tiñe su existencia<sup>237</sup> (Hayne, 2015), termina desatando una crisis que le produce —ahora sí— una enfermedad. Cuando Marta indica que «fue un paréntesis que lo rompió todo», no solo habla de la crisis de iatrogenia del *Citalopram* y la consecuente ruptura con casi todas las esferas de su vida, sino que este demoledor paréntesis también la despoja de la palabra y la legitimidad para decidir y gestionar su propia vida. Y es que el discurso psiquiátrico condensa la aflicción y el sufrimiento que atraviesa Marta en una única categoría diagnóstica, a través de la cual impone un tratamiento y un pronóstico que encapsula su vida y que, poco a poco, va robándole el horizonte de posibilidades.

### 6.2.1.2. Escenas de Poder: De Psiquiatras, Dioses y Detectores de Locos

Las colaboradoras de la investigación, así como muchas otras personas con las que interactúan en las distintas redes de apoyo mutuo y en los GAM, coinciden en una percepción: sienten una notoria falta de escucha en los diversos espacios de consulta a lo largo del proceso de diagnóstico. Si partimos de la idea de que hay dos grandes relatos sobre el sufrimiento psíquico

<sup>234</sup> 6. Marta: 50.

<sup>235</sup> La iatrogenia se refiere a los efectos adversos o daños causados a los pacientes como resultado de intervenciones médicas. Estos efectos pueden ser causados por errores médicos, tratamientos inapropiados, diagnósticos erróneos, procedimientos invasivos, prescripción incorrecta de medicamentos o cualquier otra acción médica que cause daño o un resultado no deseado en el paciente. El término proviene del griego «iatros», que significa «médico», y «génesis», que significa «origen», por lo tanto, significa «provocado por el médico o el sanador». Estos efectos negativos pueden variar en su gravedad, desde efectos secundarios leves hasta complicaciones graves e incluso la muerte.

<sup>236</sup> 6. Marta: 58.

<sup>237</sup> Traducción propia: *Like a curse it stains my existence* (Hayne, 2015, p. 184).

(Correa-Urquiza, 2018), se reconoce que se presentan desigualdades intrínsecas entre los dos saberes correspondientes: el saber experto de la biomedicina se ha naturalizado como el saber legítimo, mientras que el saber de la experiencia en *primera persona* es negado y marginado. El saber biomédico de la locura se presenta hermético ante la experiencia subjetiva de la *primera persona*, y, precisamente, esta absoluta falta de diálogo hace que el malestar psíquico se desvincule de los significados y las interpretaciones subjetivas de las personas afectadas, y, de esta forma, sus singularidades, saberes y formas de afrontar e interpretar la aflicción quedan deslegitimadas ante la preeminencia de la episteme del conocimiento experto. Así explica Rosa la sensación de autoridad y monólogo referida:

El psiquiatra es este señor o señora que todo lo sabe, que todo lo puede y enseguida que te ve, sabe lo que tú necesitas. Entonces es como un detector de locos, yo creo que es una figura que está muy mal planteada<sup>238</sup>.

En lo esencial, la falta de diálogo está intrínsecamente relacionada con la desautorización del saber de la *primera persona*. De acuerdo con las activistas locas, la figura del médico encarna la imagen de un poder incuestionable, revela la representación del derecho divino que gobierna y ostenta un dominio absoluto. Así lo expone Esperanza:

Todo esto forma parte de la cultura que hemos recibido en España después del franquismo, todo es un tema cultural y un tema social, porque ese pensamiento de que el médico es dios, de que el médico lo sabe todo, de que no cuestiones al médico, que el médico sabe lo que te está diciendo...<sup>239</sup>



Ilustración 28. Psiquiatras y Dioses.

Meme de Resistencia Loca [@resistencia.loca] (10 de noviembre de 2021).

<sup>238</sup> 2. Rosa: 99.

<sup>239</sup> 7. Esperanza: 177.

«La diferencia entre los dioses y los psiquiatras es que los dioses no se creen psiquiatras». Este meme muestra precisamente la representación de Rosa y Esperanza sobre la figura del psiquiatra: la imagen del psiquiatra autoritario que todo lo sabe y que se cree dios.

Resulta interesante apuntar cómo se sintetiza la figura del profesional que diagnostica como alguien «que todo lo sabe», un «detector de locos» o un «dios». Las analogías presentadas revelan la existencia de una relación jerárquica en la que la psiquiatría se erige como un ejercicio de poder constante, evocando la percepción de que el dispositivo psiquiátrico sería la nueva metáfora del poder soberano que, con su «bata blanca», ostenta el control sobre la vida de las personas psiquiatrizadas. Así, el discurso biomédico positivista sería una *auctoritas*, una instancia de poder omnímodo y performativo, en la que, a través de un monólogo vertical, el saber experto, como si de un dios se tratara, dictamina una sentencia inapelable que se naturaliza e instaura unos efectos de verdad.

En el otro extremo, la persona que es diagnosticada es sometida a la violencia inherente del discurso psiquiátrico y experimenta el tránsito a un *estatus social desviado* (DeVos, 1981), al ser definida como paciente psiquiátrica y catalogada como *enferma total* (Correa-Urquiza, 2014). Dentro de ese marco de desequilibrio epistémico, el saber que proviene de la experiencia en *primera persona* queda deslegitimado, subordinado e invisibilizado. En consecuencia, cuando el saber experto se impone, la persona psiquiatrizada se convierte en un sujeto pasivo dentro de las intervenciones del dispositivo psiquiátrico, que busca ejercer el control sobre la vida, tratar la supuesta anomalía y normalizar las conductas consideradas patológicas o anómalas. Esta falta de diálogo y de escucha hacia las personas psiquiatrizadas es vivida como una falta de respeto y una sensación de desamparo que ahoga cualquier posibilidad de expresión de la *primera persona*. Así lo reclama Esperanza:

Mira, no te tienen respeto ninguno, si te tuviera el respeto te informarían, te dirían: mira vas a estar aquí un tiempo para ponerte mejor, vas a volver a casa, no te preocupes, te vamos a ayudar. A mí en ningún momento, en los dos ingresos que he tenido, me han dicho que me van a ayudar<sup>240</sup>.

Dentro de la compleja red de relaciones de poder, el poder psiquiátrico ostenta un derecho fundamental de analizar y clasificar a los *otros*, y la persona psiquiatrizada, se convierte en un sujeto-objeto a analizar, debido a la suposición de su falta de razonamiento. En ese sentido, Dunia ha recibido varios diagnósticos y argumenta que a las personas que tienen un diagnóstico psiquiátrico no se les proporciona una explicación clara sobre lo que les pasa. Parece que, bajo la premisa de la incapacidad mental de la *loca*, se cuestiona su agencia y su capacidad para gestionarse a sí misma y, por ende, no se considera necesario informar en profundidad sobre el propio diagnóstico que se le atribuye a la persona afectada. Dunia sostiene que esto mismo no sucede en otro tipo de diagnósticos y concluye que fue precisamente esta falta de información la que la llevó a investigar por su cuenta en Internet, donde encontró comentarios altamente estigmatizadores:

<sup>240</sup> 7. Esperanza: 110.

Pasa solamente con las personas psiquiatrizadas, o sea, con personas que tienen algún trastorno de salud mental. Eso seguro que no le pasa a una persona con cáncer o lo que sea. Los diagnósticos se les dan a las personas a la cara y se les explica lo que significan. No se lo ponen en el informe y luego si eso que vean ellos en su casa lo que significa, porque al final miras en Internet y vas a encontrar un montón de etiquetas. Es que yo, te lo juro, cuando por primera vez busqué en Internet que es TLP, y tampoco es que me fui a buscar opiniones de un blog o de un foro, me puse a mirar el DSM V y busqué vídeos de opiniones de psicólogos y de psiquiatras en YouTube. Pues, encontré vídeos explicativos de psicólogos, que hablaban de que las personas con TLP eran personas manipuladoras, eran personas que mienten mucho, que son muy peligrosas, y que a los profesionales de la salud mental no les gusta tratarlos, eso fue lo que yo leí en su momento sobre el TLP<sup>241</sup>.

### 6.2.1.3. Pluralidad de Sentires: Rechazo, Arbitrariedad y Explicación Complaciente

Marta revela que, a raíz de entrar en el *Colectivo A* y conocer las historias de vida de sus compañeros, se ha dado cuenta de la arbitrariedad con la que se asignan los diagnósticos:

No sé, yo creo que los diagnósticos los hacen un poco a boleo, porque, ostras, uno que tiene un diagnóstico diferente al mío explica lo que le ha pasado y digo: pues si yo he pasado lo mismo, me hubieran puesto ese diagnóstico también, es que es más o menos. Y te dicen que si es biológico y no sé qué, pero no hay ninguna prueba que te puedan hacer para para saberlo, para decir: mira tú tienes tal, te falta cual...<sup>242</sup>

Tal y como indica Marta, el discurso psiquiátrico es un discurso sujeto a ambigüedades, un discurso que *hace tajos* pero que sustenta pocas evidencias para hacer esos tajos. Cuando a Marta le ponen el diagnóstico de trastorno bipolar la enfermera le indica que, como su tía tiene trastorno bipolar, seguramente ella también lo tenga. Sin embargo, Marta comenta que resulta que ahora a su hermana también le han dado un diagnóstico de trastorno bipolar pero que ella lo rechazó: «mi hermana, cuando le dieron el diagnóstico, ella lo rechazó, decía que ella no tenía eso». Pero Marta, con la experiencia que le dan más de quince años psiquiatrizada y el conocimiento sobre los diagnósticos que ha adquirido a través del activismo, se ríe y argumenta: «es que mira la tía Pauli tiene diagnóstico de trastorno bipolar, pero es que el tío Manuel tiene diagnóstico de esquizofrenia —le digo a mi hermana— tú elige, te van a poner uno o el otro, ¿cuál prefieres? Ja, ja, ja»<sup>243</sup>. Marta emplea el humor para mostrar la percepción de impostura del modelo biomédico de la locura y la falta de correspondencia del espacio simbólico del diagnóstico y sus significaciones que reducen la singularidad de las personas a una lógica homogeneizadora que busca en las bases biológicas del trastorno soluciones rápidas. De hecho, Marta resume con ironía la lógica de la sentencia biologicista que hay detrás del diagnóstico de trastorno bipolar de su hermana: «porque claro si tu tía y tu hermana lo tienen pues tú también ja, ja»<sup>244</sup>.

---

<sup>241</sup> 4. Dunia: 125.

<sup>242</sup> 6. Marta: 142-143.

<sup>243</sup> 6. Marta: 139.

<sup>244</sup> 6. Marta: 137.

Según he ido observando a lo largo del trabajo de campo, cuando las experiencias sobre el diagnóstico se comparten en el contexto de los GAM o en los distintos encuentros sobre activismo loco, se inicia un proceso de aprendizaje mutuo entre las colaboradoras. En muchas ocasiones, este proceso implica un des-aprendizaje de ciertos conceptos asociados a la psiquiatría hegemónica, como la noción de cronicidad o al significado de los diagnósticos. En su lugar, se emprende un nuevo camino de aprendizaje que se desarrolla de forma dialógica y en colectivo, dando lugar a la construcción de interpretaciones alternativas<sup>245</sup>.

Dentro de esta perspectiva, también Esperanza, a lo largo de su trayectoria como activista, ha aprendido a restar importancia a los diagnósticos psiquiátricos pues, al poner en común los sentires sobre el diagnóstico en el Colectivo B y en las distintas sesiones de activismo loco en las que ha participado, se ha dado cuenta de la ambigüedad que caracteriza al discurso psiquiátrico y ha aprendido a desconfiar del saber experto y sus etiquetas diagnósticas:

Los diagnósticos es una cosa a la que tampoco se le puede hacer mucho caso, porque hay gente que les han puesto 7 o 8 diagnósticos diferentes a lo largo de su vida. Y claro, al final lo que hacen es hacer una patología, de cosas que puedan ser naturales<sup>246</sup>.

Ahora bien, la narrativa psiquiátrica ejerce un impacto significativo en la manera en que se recibe el diagnóstico. En las reuniones de los GAM y en los distintos espacios de formación y encuentros de activismo, se manifiesta una queja recurrente entre las y los participantes: la información proporcionada por la psiquiatría es insuficiente y carece de sensibilidad y empatía hacia la persona diagnosticada<sup>247</sup>. Esto se debe a que, en ocasiones, se pasa por alto el hecho de que el diagnóstico tiene un impacto profundo en la vida de la persona que lo recibe. Al reflexionar sobre su propia historia, Marta expresa su deseo de no haber sido diagnosticada y defiende el derecho a no recibir una etiqueta psiquiátrica, a no ser ahogada en los confines restrictivos de una taxonomía, y reivindica la idea de no imponer un nombre patológico tan vago y perverso al sufrimiento que, en un momento dado, se está atravesando.

Las colaboradoras no niegan la existencia de una ruptura o un sufrimiento, pero se cuestiona la clasificación diagnóstica aséptica que resulta reduccionista. Marta sostiene que podrían haberle asignado cualquier diagnóstico y que éstos no reflejan la complejidad de su experiencia. El problema radica en que el cuestionamiento y la resistencia al proceso clínico a menudo es interpretada por el entorno como una negación de la existencia del problema (Correa-Urquiza, 2014), y esta negación se ve como un signo del trastorno en sí mismo. Por eso, se presiona a la persona para que acepte el tratamiento y no cuestione su diagnóstico. Sin embargo, como se irá desvelando a lo largo de los próximos capítulos existen otras formas, prácticas e interpretaciones más allá del modelo biomédico hegemónico.

No obstante, hay una multiplicidad de sentires frente al diagnóstico y este también puede resultar tranquilizador para quien lo recibe. Sora sostiene que recibir un diagnóstico ha resultado

<sup>245</sup> Anotación DC, 27 de mayo de 2021. Se profundiza en esta idea a lo largo del capítulo VIII.

<sup>246</sup> 7. Esperanza: 158.

<sup>247</sup> Anotación DC, 4 de junio de 2021.

ser una suerte de bálsamo que le ha permitido entender y nombrar un sufrimiento que no sabía cómo gestionar. Desvelar las tramas que envuelven su malestar le ha permitido abrir una ventana a la esperanza y le ha dado la oportunidad de cambiar el sentido de la narrativa sobre sí mismo y la sensación de falta de aceptación que sentía:

No sé, es que yo pensaba que mi personalidad o mi forma de ser era así y punto ¿sabes?, y yo me creía que todo era real, que la gente me odiaba de verdad, que molestaba, que le caía mal incluso a mi madre, entonces es una situación bastante jodida, y cuando me dijeron tienes este diagnóstico y me estuvieron explicando y tal fue como ¡hostia lo que me pasa es esto! ¿sabes? en plan, tiene nombre, no soy el único, y no soy así, me puedo curar de alguna manera por decirlo así, bueno te puedes recuperar, pero el término curar no, y fue un alivio muy grande para mí, hay gente que se lo tomó muy mal, pero para mí fue un alivio enorme<sup>248</sup>.

En este marco, Dunia confiesa que después de recibir varios diagnósticos, a sus veintidós años y gracias a que recientemente le han diagnosticado autismo, ha conseguido explicar el origen de comportamientos que otras personas le apuntaban como extraños y que ella no lograba identificar:

Al menos veo que le he encontrado explicación a esos comportamientos tan raros, bueno, entre comillas raros, o yo al menos no había entendido nunca, porque otras personas me han señalado, o no sé, es que lo de no entender por ejemplo los dobles sentidos, o los sarcasmos, o la ironía, leer entre líneas, yo soy súper literal en todo, y es algo que me afecta en todas las facetas de la vida, no sé incluso a la hora de conducir<sup>249</sup>.

Si pensamos que el sujeto se construye continuamente, con relación a un contexto y como resultado de las prácticas discursivas, el diagnóstico para Dunia y para Sora, constituye un proceso de subjetivación, pues hay una idea de sujeto que emerge y se construye con relación a los términos del diagnóstico. Parece que, de alguna forma, se encuentra una suerte de identificación complementaria en el diagnóstico, una identificación subjetiva que permite abrazar una explicación complaciente, si bien contradictoria y artificial, como lo es también la identidad de cualquier sujeto, pero que permite habitar culturalmente el mundo. Se trata de la capacidad de los profesionales de construir o inventar personas (Hacking, 1986), según el cual los sujetos tienden a conformarse o incluso creer y asumir la condición y la estructura clasificatoria en la que han sido definidos o diagnosticados.

La pluralidad de significaciones y sentires frente al diagnóstico puede adoptar diversas formas y suscribir tanto el saber *psi* como cuestionarlo y descartarlo por completo. Se origina un universo subjetivo que desafía y reorganiza las categorías asignadas, dando lugar a una nueva creación simbólica. En este sentido, es posible rechazar las categorías diagnósticas y no sentirse representada por ellas, especialmente considerando las connotaciones sociales asociadas. Por ejemplo, la esquizofrenia como categoría no solo implica un diagnóstico, sino que también tiene una profunda repercusión y estigma para la persona que lo lleva. Sin embargo, al mismo

---

<sup>248</sup> 9. Sora: 89.

<sup>249</sup> 4. Dunia: 106.

tiempo, se puede necesitar reconocer el dolor, el sufrimiento y sentir la necesidad de que este malestar, aflicción o situación de fragilidad extrema sea nombrada.

En cualquier caso, las vivencias subjetivas sobre el diagnóstico muestran la capacidad de adaptación y transformación de las colaboradoras, pues la relación de la persona con su propia etiqueta es siempre compleja y sujeta a múltiples devenires; esta relación se problematiza y está en mutación constante, gracias a la socialización y a las experiencias compartidas en distintos contextos en los que los procesos de aprendizaje y cuestionamiento emergen *mientras tanto* (Soto, 2021). Los sentimientos en torno al diagnóstico adquieren múltiples y versátiles formas: desde la aceptación resignada y más carente de agencia, con expresiones como «tengo una enfermedad mental», a la percepción de desobediencia en frases como «las personas que diagnostican dicen que soy bipolar», pasando por afirmaciones de protesta como «yo soy loca pero no gilipollas», o por una ira nostálgica que se esconde tras el deseo de que «ojalá no me hubieran puesto un diagnóstico». Ahora bien, es precisamente en estos tránsitos identitarios, en estas contradicciones y refutaciones, donde las colaboradoras tienen la capacidad de construir, reelaborar y refutar sus propios sentidos sobre sus experiencias de vida. Al final, se trata de una construcción simbólica que se desarrolla en relación con una experiencia compleja de existencia, permitiendo dar sentido y encontrar formas de comprender y relacionarse con la locura.

Sin embargo, la locura sigue siendo enigmática y, a veces, lo que hay detrás de una categoría diagnóstica es simplemente una persona que sufre (Porter, 1989); empleando las elocuentes palabras de Artaud (1980) [la locura] es «la Angustia que lesiona la vida» (p. 34). De acuerdo con Rosa, detrás del diagnóstico de la locura hay una angustia, un sufrimiento psíquico y profundo que no tiene un origen individual, sino que tiene una etiología social que suele ser resultado de violencias sociales y estructurales:

Hay realidades a nuestro alrededor que no queremos ver. Lo que no veo no existe y, si lo veo, lo tapo con un diagnóstico psiquiátrico. Nada más tranquilizador para las conciencias que un diagnóstico psiquiátrico, o una pegatina de diferente en la frente, para tapar las diversas consecuencias o secuelas de vivir alguna o varias violencias sociales. (García, 2020, párr. 3)<sup>250</sup>

El diagnóstico psiquiátrico, como subraya Rosa, posee una dimensión tranquilizadora, en este caso no tanto para el individuo como sugieren Sora y Dunia, sino para el sistema político y social, en la medida en que encubre, individualiza y ampara diversas problemáticas y violencias políticas y sociales bajo una narrativa patologizadora que sería: «la coartada perfecta para no cambiar nada y responsabilizar al «diferente» de su propia desgracia» (García, 2020, párr. 4). De las palabras de Rosa se desprende una crítica al discurso hegemónico de la psiquiatría que responsabiliza a las personas psiquiatrizadas de los problemas de carácter estructural y contextual que les atraviesan, para, de esta manera, no tener que cuestionar ni cambiar las contrariedades del modelo social

<sup>250</sup> Fragmento de un comentario de opinión que escribe Rosa García (2020) titulado *¿Quiénes son los diferentes?* en respuesta a un artículo del psiquiatra Joseba Achotegui titulado *La diferencia no es una enfermedad*. Para acceder al artículo y el comentario de Rosa al completo véase: <https://espacio-publico.com/intervencion/quienes-son-los-diferentes-los-que-no-valen-nada-los-usables-y-desechables> [Consulta: 20 de noviembre de 2022].

que las genera y mantiene. A este respecto, ante la *privatización del estrés* (Fisher, 2018), Rosa aboga por problematizar el sufrimiento psíquico más allá de su dimensión individual y pensar en una dimensión más colectiva y politizada de la locura.

### 6.2.2. La Encarcelación del Diagnóstico: Estigma y Autoestigma

He estado enfermo toda mi vida y no pido más que continuar estándolo, pues los estados de privación de la vida me han dado siempre mejores indicios sobre la plétora de mi poder que las creencias pequeñoburguesas de que: basta la salud.

Antonin Artaud. *Los enfermos y los médicos*, 1947.

El alma sufre sin tregua, sin piedad, y los malos médicos no restañan la herida que supura. El hombre está herido por una desgarradura que tal vez, o seguramente le ha causado la vida que nos dan.

Alejandra Pizarnik. *Sala de psicopatología*, 1971.

Los diagnósticos se convierten con frecuencia en pesadas armaduras conceptuales que enclaustran a las subjetividades de las personas que los portan. La encarcelación del diagnóstico<sup>251</sup> lleva a que cualquier acción realizada por una persona con un diagnóstico psiquiátrico se interprete, inevitablemente, en base a ese diagnóstico, delimitando la complejidad de la persona a una única o varias categorías diagnósticas que funcionan como una significación representacional negativa y totalizadora. La persona que es diagnosticada por la psiquiatría se vuelve entonces prisionera de su propio diagnóstico, encarcelada en un único modo de ser, pensar, sentir y actuar.

Cuando menciono la encarcelación del diagnóstico, me refiero a que éste se convierte en una sentencia que traspasa el espacio físico del encierro, convirtiéndose en una lógica etérea, en una episteme del conocimiento que conduce a las personas psiquiatrizadas a la exclusión. Pues, ya no es una institución, sino una categoría la que las estigmatiza. Dolores Juliano (2004) en *Excluidas y marginales* problematiza esta cuestión cuando afirma que la estigmatización tiene una función fundamental de impedir la palabra y la expresión, pues considerar a las locas como incapacitadas, peligrosas o desequilibradas sirve para excluirlas y mantenerlas en los márgenes. Desde esta perspectiva, la estigmatización de la locura tiene una dimensión estructural que proviene de una estructura cuerdista y patriarcal que consigue discriminar y excluir las subjetividades de las locas para que, de alguna manera, se mantengan calladas y en los márgenes, es decir, encarceladas en sus diagnósticos.

---

<sup>251</sup> Para pensar en la encarcelación del diagnóstico, me parece sugente la idea de la «encarcelación de lo nativo» de Arjun Appadurai (1988), que afirma que la perspectiva de la antropología clásica conduce a la «encarcelación de lo nativo», delimitándolo a un espacio concreto y volviéndolo también preso de su propia cultura. El autor afirma que el encarcelamiento físico o geográfico de lo nativo, se transfiere en el encarcelamiento de su cultura, y en el encarcelamiento de su modo de pensar, sentir y actuar. Se vuelven prisioneros de su propio «modo de pensar» (p. 37). Creo que la encarcelación del diagnóstico psiquiátrico puede poseer un componente similar que totaliza y delimita a la persona que posee un diagnóstico psiquiátrico de forma negativa y absoluta.

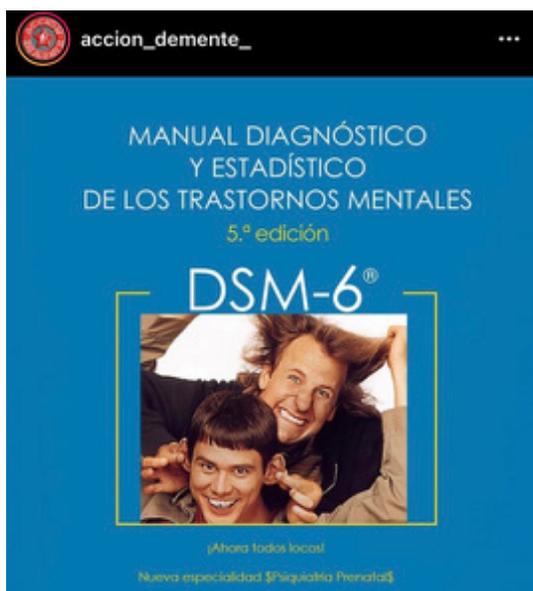


Ilustración 29. DSM-6.

Meme de Acción Demente [@accion\_demente\_] (6 de marzo de 2022).

El estigma asociado a la locura varía con relación al contexto histórico, social y cultural y con la forma en la que en estos contextos se sanciona y se excluye la experiencia de la locura. En la actualidad, en la cultura occidental, el estigma de la locura proviene de la psiquiatría y del diagnóstico psiquiátrico, y, aunque es un fenómeno repleto de aristas, está relacionado, en parte, con la visión social estereotipada de peligrosidad y anomalía de las llamadas «enfermedades mentales». Este estigma estaría vinculado, entre otros aspectos, al carácter biologicista de la concepción de la locura por parte de la psiquiatría hegemónica, que transmite la idea de la imprevisibilidad e irracionalidad, que reverbera en el imaginario colectivo y estaría expresamente relacionada con la idea de peligrosidad. Por ello, la psiquiatría

desempeña un papel fundamental en la tarea de estigmatización de la locura (Porter, 2003). Al final, el modelo biomédico hegemónico de la locura en la actualidad, articulado en el diagnóstico y la medicalización psiquiátrica, está indeleblemente vinculado al estigma de las categorías diagnósticas. Así, la encarcelación del diagnóstico se produce en paredes conceptuales en las que la persona termina enjaulada semánticamente en las taxonomías psiquiátricas patrocinadas por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM).

La caratula de la película de comedia *Dos tontos muy tontos*, [*Dumb and Dumber*] de 1994, como portada del DSM-6: *¡Ahora todos locos! Nueva especialidad \$Psiquiatría Prenatal\$*. El meme refiere la expansión psiquiátrica mercantilista del DSM y la expansión del mercado de psicofármacos hacia nuevas poblaciones que, en este caso, se patologizan incluso antes de nacer.

Considerando que, el estigma y la idea de la cronicidad provienen de los profesionales *psi*, del diagnóstico y de sus corolarios, resulta curioso, cuando menos, que el mismo dispositivo que categoriza, diagnostica y psiquiatriza, sea el que después lanza campañas para combatir el estigma de las etiquetas de trastorno mental; como si el dispositivo psiquiátrico no tuviera relación con la construcción del estigma y no fuera la autoridad del psiquiatra quien diagnostica, instrumenta y controla a los sujetos. Cabe destacar que, en muchas de estas campañas antiestigma participa también la industria farmacéutica, algo que resulta quizá controvertido, considerando los intereses económicos de la industria farmacéutica con la medicalización social y las alianzas entre la promoción de enfermedades —*disease mongering*— y la investigación de la biomedicina psiquiátrica.

### 6.2.2.1. La Peligrosidad: ¿Y si las Voces te Dicen que Mates a Alguien?

Construir nuevos referentes, sensibilizar y desmontar el estigma que equipara la violencia a ciertas categorías diagnósticas es uno de los sentidos del activismo para Rosa. Menciona que cuando da charlas de sensibilización alguna vez le han preguntado cosas como: «oye ¿y si las voces te dicen que mates a alguien?». A Rosa le parece positivo que le hagan este tipo de preguntas que equiparan la locura a la violencia porque, cuando se lo preguntan, ella lo puede confrontar: «a mí me gusta que salga la violencia, porque me lo están preguntando y yo lo puedo romper»<sup>252</sup>. De esta manera, Rosa argumenta: «entonces empiezo a hablar de que nosotros [escuchadores de voces] estadísticamente no solemos ejercer violencia, sino que es más bien al contrario»<sup>253</sup>.

Cabe considerar, por otra parte, que los medios de comunicación social han cumplido un papel fundamental en transmitir imágenes de peligrosidad y estructurar representaciones negativas de ciertas categorías diagnósticas como puede ser la *esquizofrenia*.

Muchas veces en el cine o en la televisión, aparece el esquizofrénico que escucha voces y que va a matar a la gente, pero eso no es la realidad de nuestro colectivo. Para mí lo importante del mensaje es que esto le puede ocurrir a cualquier persona. Tener una carrera universitaria, tener una carrera de éxito, que te vayan bien las cosas, que estés en la cima, todo eso no previene que en un momento dado a ti te pueda ocurrir algún tipo de problemática de salud mental que te destruya la vida<sup>254</sup>.

Se ha construido una imagen reduccionista que estigmatiza a las personas que tienen este diagnóstico, que se fundamenta en la peligrosidad y en las conductas violentas e imprevisibles. «Cuando una persona comete un delito y tiene algún tipo de trastorno psicológico siempre se pone eso en el titular»<sup>255</sup>, se lamenta Dunia. Así lo considera también Lea:

En esto los medios de comunicación contribuyen un montón, esto es asqueroso. Cuando leo estas cosas, un esquizofrénico y tal... Por ejemplo, aquel parricida que hubo que también al principio decían que tenía problemas mentales, pero lo decían de una forma que dices, pero ¿de qué coño vais? ¡Es un hijo de puta! ¡No tiene nada que ver con su diagnóstico! Es que nos ponen en una situación terrible<sup>256</sup>.

Este estigma de la peligrosidad justifica y perpetua, asimismo, el control y la disciplina que padecen las personas que tienen este tipo de diagnóstico. Siendo así, es muy probable que además de la medicalización, las medidas de control y contención de las categorías diagnósticas que se consideran más «peligrosas» o «impredecibles» pasen por la adopción de medidas restrictivas de exclusión total, como la institucionalización y el encierro (DeVos, 1981). La psiquiatría ejerce una función de control, disciplinamiento y normalización de los cuerpos que trasgreden las normas, los cuerpos que se denominan patológicos, los cuerpos que se señalan como potencialmente peligrosos para sí mismos o para los demás. Sucede, pues, que desde el momento en que se

---

<sup>252</sup> 2. Rosa: 70.

<sup>253</sup> 2. Rosa: 85.

<sup>254</sup> Comentario de Rosa sobre la participación en una entrevista. Anotación del DC.

<sup>255</sup> 4. Dunia: 131.

<sup>256</sup> 5. Lea: 80.

cruza la frontera del diagnóstico, la violencia psiquiátrica queda totalmente legitimada, y se comprende que lo que te haga el poder psiquiátrico es por tu bien, para que no te hagas daño a ti misma, y por el bien de los demás, para que no les hagas daño. Cabría preguntarse aquí si se trata de una acción terapéutica o de castigo de las fuerzas psiquiátricas de la sociedad, pues el estigma de la peligrosidad de los locos y la impunidad para instrumentalizar los cuerpos definidos como patológicos por la psiquiatría, hace que la distinción entre el tratamiento psiquiátrico terapéutico y la intervención abusiva, la represión y el ejercicio de la violencia sea casi imperceptible.

El diagnóstico te define, afirma Basi: «pasas a ser el esquizofrénico, pero esto no pasa con otros diagnósticos que no sean de salud mental, no se dice que alguien es el cancerígeno»<sup>257</sup>. Es que el de la locura es un estigma de identidad, un diagnóstico que te encapsula y un estigma que te atraviesa. En lo esencial, la persona con un diagnóstico psiquiátrico resulta, siguiendo la representación del estigma goffmaniano, inhabilitada para una plena aceptación social (Goffman, 2006). Esta inhabilitación se extiende a lo largo de la existencia del sujeto, pues el biologicismo de la psiquiatría hegemónica y la cronicidad que se imputa a la experiencia de la locura hace que las etiquetas diagnósticas se vuelvan categorías estancas que definen de manera invariable a las personas. Así, algunas de las colaboradoras explican que ocultan su diagnóstico psiquiátrico en espacios externos al activismo o los GAM, pues una vez que se te lee en base a un diagnóstico, resulta difícil salir de esa categoría.

La dificultad de escapar del encarcelamiento del diagnóstico que relatan las colaboradoras, forma parte de las fronteras entre la categorización (Douglas, 1991) y el castigo de las transgresiones (Juliano, 2004) que sufren las personas con un diagnóstico psiquiátrico; esta exclusión crea una identidad desvirtuada (Goffman, 2006); una frontera rígidamente definida entre nosotras y ellas; un manicomio simbólico y conceptual que conlleva la pérdida de estatus y autonomía, que sería precisamente la que justificaría la exclusión y la sanción de las personas con un diagnóstico psiquiátrico grave. Ahora bien, el estigma no solo se padece a nivel social, sino que se va interiorizando en la imagen que el estigma le devuelve a la persona que empieza a autopercebirse a partir de esa forma deslegitimadora en la que le ven los demás (Mead, 1934)<sup>258</sup>. Esta autopercepción negativa puede ser especialmente dañina, ya que socava la autoestima, la confianza y la capacidad de empoderamiento de las personas psiquiatrizadas. Según destaca Lea: «el autoestigma es un proceso devastador», que solo ha podido deconstruir cuando ha comenzado a participar en el activismo: «ves el movimiento loco y dices ¡qué coño de autoestigma yo! si yo no he hecho nada malo, si yo soy una víctima de todo lo que me ha pasado, y aquí fue cuando empezó todo el proceso de empoderamiento»<sup>259</sup>.

<sup>257</sup> Comunicación por videollamada con Basi desde el patio del psiquiátrico. Anotación del DC.

<sup>258</sup> Citado en George DeVos (1981).

<sup>259</sup> 5. Lea: 32.

### 6.2.2.2. Control y Disciplina: ¿Te has Tomado la Medicación?

En la psiquiatría existe una tendencia a jerarquizar los diagnósticos en función de su gravedad percibida. A este respecto, Rosa revela que no le parece adecuado considerar ciertos diagnósticos más graves que otros, pues la necesidad de acompañamiento y apoyo que requiere una persona: «no depende de su diagnóstico, sino de su propio proceso personal y del momento que esta persona esté atravesando»<sup>260</sup>. Además, esta categorización que se realiza por la gravedad de los diagnósticos reverbera en el imaginario colectivo, de forma que se vincula al estigma y el autoestigma que sufren las personas que portan los diagnósticos considerados más graves.

De este modo, la forma de control minucioso, regulación y disciplina que sufren las personas psiquiatrizadas está relacionada con una serie de factores, entre ellos sus condiciones sociales, económicas y culturales y con la consideración de la «gravedad» de su tipo de diagnóstico. A este respecto, las colaboradoras destacan la presión constante de adaptarse al modelo de cordura establecido, pues afirman sentir que cualquier acción o cualquier cosa que digan que se aleje de lo esperado o lo considerado racional puede ser interpretado en base a su diagnóstico. Hay, entonces, una constante sospecha que se cierne sobre las personas que tienen un diagnóstico psiquiátrico y un comentario disciplinador que se vuelve recurrente: «¿te has tomado la medicación?»

Cabe destacar aquí que en la era *farmacopornográfica* (Preciado, 2008), la medicación desempeña una función disciplinadora y de control que forma parte integral del cuerpo. El encierro sucede y habita dentro de los cuerpos y es ejemplo de ello el comentario de Mariona, cuando explica la medicación que le han pautado después del ingreso:

El psiquiatra me recetó *Fluoxetina* y *Orfidal*, me hacía tomar una cápsula de *Fluoxetina* al día y después me subió la dosis a dos, porque empecé a tener conductas no solamente autolíticas, sino también de amenaza hacia otras personas, principalmente hacia mi pareja. Y, bueno, pues al final pues nada eso fueron solamente dos episodios concretos, pero igualmente me subió la dosis de *Fluoxetina* y, bueno, me añadió *Nontril* también<sup>261</sup>.

Considerando que la psiquiatría es una herramienta de control social, parece que la expresión de la rabia o el arrebato deja de ser legítima para una persona que tiene un diagnóstico psiquiátrico. Mariona expresa que han sido «solamente dos episodios», pero mostrar dicha rabia conlleva una medida de ajuste psicofarmacológica de represalia y control que se inscribe en su cuerpo y que consiste en el aumento de la medicación. Considerando que la rabia o el enfado que puede sentir una persona psiquiatrizada se interpreta habitualmente como la sintomatología de su propio diagnóstico (Martínez-Hernández, 1998), podría pensarse que perder el derecho a expresar rabia<sup>262</sup> forma parte del proceso de deslegitimación que se produce al ser definida como un sujeto

---

<sup>260</sup> Comunicación con Rosa. Anotación del DC.

<sup>261</sup> I. Mariona: 67.

<sup>262</sup> Para profundizar más en este aspecto, hay una intervención muy interesante de las participantes del Grupo Zoroa en la emisora Hala Bedi Irratia (Gasteiz) titulado *Alegato en favor de la rabia*. Véase: <https://halabedi.eus/es/salud-mental-alegato-en-favor-de-la-rabia/> [Consulta: 4 de marzo de 2023].

patológico, y que en un ejercicio de *circularidad interpretativa* (Correa et al. 2006), refuerza los juicios de la autoridad psiquiátrica sobre la supuesta locura y sinrazón del sujeto patologizado.

Debe señalarse que las personas con un diagnóstico psiquiátrico o que han pasado por un ingreso en una unidad de agudos de psiquiatría están perpetuamente cuestionadas, pues su diagnóstico define y vertebrada cada fracción de su realidad. Esta disposición a analizar cualquier interpretación que proviene de una persona psiquiatrizada con desconfianza también se transfiere a las instituciones médicas y a la atención que reciben las personas que tienen un historial psiquiátrico en los centros de salud. De hecho, según destaca Irene, al acudir a una consulta médica, los profesionales tienden a enfocarse en el historial psiquiátrico de la persona y, además, según dice, es lo primero que les aparece en pantalla cuando introducen su nombre: «paciente con diagnóstico psiquiátrico». Entonces cualquier síntoma de una enfermedad orgánica que pueda presentar la paciente marcada por el discurso psiquiátrico, queda siempre sepultado bajo el peso de la etiqueta diagnóstica: «da igual de cuando haya sido, siempre sale en primer lugar»<sup>263</sup>.

Marta también ha experimentado esta sensación de desatención hacia sus síntomas y sentirse cuestionada en los centros de salud debido a su historial psiquiátrico y así lo explica:

O sea, en el momento que yo voy al CAP es que una vez me quedé súper alucinada, yo fui porque tenía principio de anginas y me encontraba un poco mal y, bueno, llegué y la mujer me mira así como: bueno pues bebe un zumo de naranja. Pensé hostia, ¿he venido aquí para que me digas que me tome un zumo de naranja? Si soy la primera que me hago infusiones y así, si vengo es porque realmente me encuentro mal ¿sabes? bueno, yo pensé... ¿y esta? es que claro, después me di cuenta es que les aparece allí, les aparece trastorno mental en la historia<sup>264</sup>.

Cabe considerar, por otra parte, que el estigma de la locura también se manifiesta en el ámbito laboral. En una conversación con Marta, me explica que su hermana, que trabajaba de profesora de educación primaria, ha enfrentado dificultades y ha sufrido mucho por el estigma de la locura. Después de tener que tomar una baja por motivos de malestar psíquico, su hermana se encontró con que ya no podía continuar ejerciendo como profesora, aparentemente no puedes ser profesora de primaria si tienes un diagnóstico de trastorno mental:

Es súper heavy, claro porque eso igual no se sabe mucho, pero en la Generalitat si te pones a buscar para entrar en la *borsa de treball*, bueno lo ponen de una manera velada pero que necesitas un informe médico y a la gente supongo que le da miedo si tienes un diagnóstico psiquiátrico, si tienes una crisis cómo puedas reaccionar, porque claro la sociedad pues estigmatiza. Ella no lo ha luchado tampoco, se estresó mucho y ahora trabaja con mis padres. Pero, claro, ella ha estudiado para ser maestra de educación física y al final no está haciendo eso porque se le han cerrado puertas. Por eso, cuando ha estado mala nunca ha querido coger baja. Bueno podría haber cogido una baja larga para tener una pensión, pero ella no quiere eso, porque ella tiene hijos, no quiere que eso aparezca en el expediente, porque está separada y porque entonces no quiere que los hijos se queden con el otro<sup>265</sup>.

<sup>263</sup> 12. Irene: 96.

<sup>264</sup> 6. Marta: 190.

<sup>265</sup> 6. Marta: 180-186.

Queda aquí manifiesta la doble condición de discriminación que sufren las mujeres psiquiatrizadas. En el caso de la hermana de Marta, el miedo a perder su trabajo no se limita solo a la esfera laboral, sino que también se relaciona con el temor de ser considerada una mala madre y de perder la custodia de sus hijos. Esta violencia específica que sufren las mujeres psiquiatrizadas, intersecciona, además de con la clase social, con el cuerdismo y el patriarcado, es decir, con la doble condición subalternizada de la locura femenina.

### 6.2.3. Un Horizonte Robado: Una Sentencia para Toda la Vida

Estoy marcado en el estigma de una muerte acosante donde la verdadera muerte ya no me aterroriza.

Antonin Artaud, *Fragmentos de un diario del infierno*, 1980.

Cuando el diagnóstico psiquiátrico se presenta como una sentencia para toda la vida, sucede que se reducen drásticamente las posibilidades de vida y el diagnóstico, y los pronósticos, comienzan a condicionar las expectativas de futuro. Cuando un diagnóstico apunta a la cronicidad, en cierta manera, se le roba el horizonte de vida a la persona que lo recibe y termina limitando su potencial de hacer, de ser y de devenir, pues su futuro también queda diagnosticado y encasillado bajo esa misma premisa en una representación totalizadora. El problema de esta narrativa de enfermedad crónica y permanente radica, precisamente, en la objetivación y la trascendencia de este discurso, que se sedimenta en la conciencia de la persona que lo recibe y no permite imaginar ningún tipo de alternativa de vida que no esté vinculada al significado del diagnóstico y la adherencia a los circuitos de tratamiento y medicalización que se le imponen.

La clasificación diagnóstica ha tenido un impacto significativo en la vida de Marta, generando un ciclo de violencia que se ha prolongado a lo largo de los años, caracterizado por un itinerario de consultas, ingresos hospitalarios y medicalización. El carácter reduccionista con el que se profieren muchos de los diagnósticos —en el caso de Marta los antecedentes familiares propician su diagnóstico— y la cronicidad que se le confiere implica que los diagnósticos sean una suerte de sentencia de cadena perpetua que frecuentemente se convierte en profecía autocumplida. Así, el diagnóstico psiquiátrico y la medicalización han condicionado cada paso en la vida de Marta, una serie de mitos y una amenaza velada advierten que si no toma la medicación lo desafortado de su enfermedad se hará evidente. Inicialmente a Marta le proponen un tratamiento de dos años, no obstante, cada vez que le pregunta a su psiquiatra si puede dejar la medicación la respuesta es la misma: «no es hora de dejar la medicación, vas a tener estrés»<sup>266</sup>. Esta narrativa refuerza la idea de que la medicalización es la única vía para mantener la estabilidad emocional, dejando poco espacio para explorar otras alternativas. De forma que, paulatinamente, aquellos dos años se convirtieron en quince. Marta ahora se lamenta: «no me lo cuestioné ni nada, vas aceptando lo que te dicen»<sup>267</sup>.

---

<sup>266</sup> 6. Marta: 52.

<sup>267</sup> 6. Marta: 50.

Marta experimenta una transformación en su forma de pensarse a sí misma. Pasa de ser una persona politizada vinculada a distintos colectivos sociales, a aislarse y asumir plenamente su rol de enferma, más pasiva y sin responsabilidades. Debe señalarse que, ciertamente, el quiebre vital que supone el diagnóstico para Marta viene de la mano de una valoración médica de la profesional experta en trastorno bipolar del hospital. Así, la dificultad de cuestionar ese saber experto que se impone es palmaria, pues el diagnóstico y las decisiones posteriores forman parte de un proceso jerárquico y monológico que no deja espacio para que Marta pueda siquiera plantearse debatir lo que le indican: «claro es que a ti te dicen: tienes una enfermedad y tienes que tomar eso...»<sup>268</sup> Se trata de un *monólogo vertical* (Martínez-Hernández, 1998a) en un entramado de poder en el cual toda experiencia o apreciación de Marta se queda al margen, pues en el dispositivo psiquiátrico solo tiene cabida el saber experto que se presenta como un axioma infalible y rígido que debe de ser asumido. Resulta ilustrativo que cuando el *Citalopram* le provoca iatrogenia y una crisis por la que la tienen que hospitalizar, acusan a Marta de haberse drogado —nuevamente aflora la *circularidad interpretativa* de la locura (Correa et al., 2006)— y la recomendación que le hace la psiquiatra es que siga tomando la medicación recetada, antes de reconocer que, precisamente, esa misma medicación pautaada es la que le ha provocado iatrogenia. Además, el diagnóstico psiquiátrico trae consigo un proceso de deslegitimación y, por ende, todo conocimiento vinculado a la experiencia subjetiva de la *primera persona* no resulta válido. Esta es una de las consecuencias de la jerarquización de los saberes que evidencia el cuerdisimo manifestado por Judi Chamberlin (1979, 1994), según el cual las experiencias de las personas diagnosticadas resultan invalidadas. Al final, la psiquiatrización implica privar a las personas del poder sobre el manejo de su salud y su vida, así como de su capacidad de acción, al mismo tiempo que se refuerza y se justifica el control y la normalización de sus cuerpos (Menéndez, 1984).

Cabe considerar, por otra parte, que cuando desde la psiquiatría hegemónica se plantea que el problema fundamental son las conexiones de los neurotransmisores y los factores genéticos, se obstaculiza que se puedan analizar distintas causas y determinantes que influyen en el malestar de la persona que está sufriendo, y la única solución que se programa es el consumo de psicofármacos. Esta visión determinista y biologicista asume una lógica mecanicista en la que se supone que algo está roto en las conexiones neuronales del cerebro, y la solución propuesta es *ajustar el cableado* de esos neurotransmisores mediante la medicación. En todo caso, desde el punto de vista de Marta, los antidepresivos que le recetan encubren otros problemas e impiden darles solución:

Claro, eso no cambia mi vida, eso no cambia que con mi pareja yo me piense que hay una que le tira los trastos, no cambia que no tenga horarios para compartir con mi pareja, ni cambia que mi trabajo no me llene. Que me tome esa pastilla no cambia nada<sup>269</sup>.

Marta se muestra crítica ante la simplificación del proceder psiquiátrico, que oculta toda una serie de condicionantes estructurales subyacentes. La lógica que sigue el poder psiquiátrico

<sup>268</sup> 6. Marta: 135.

<sup>269</sup> 6. Marta: 58.

hegemónico, y que se presenta como la única alternativa ante una situación de malestar psíquico, parece ser la tríada del diagnóstico, la medicalización y la hospitalización. En esta tríada se produce una dinámica de deslegitimación de los saberes subjetivos de la persona lo que conlleva, inevitablemente, un proceso de deslegitimación de su historia y contexto social y biográfico. Como resultado, los significados personales y el rol de los problemas sociales, culturales o políticos quedan relegados a un segundo plano. Para Marta, sin actuar en las causas y en el contexto que produce el malestar, no sirve de nada: «que tome esa pastilla no cambia nada».

En consecuencia, la medicalización puede constituirse como uno de los factores que aumentan la probabilidad de hacer permanecer a la persona medicalizada en un proceso de cronificación psiquiátrica. Pues cuando el diagnóstico se convierte en sentencia y la medicalización es el único recurso, la profecía de la cronificación tiende a autorrealizarse: si las etiquetas diagnósticas se definen como crónicas, debido a la sobremedicación, esta cronicidad será real en sus consecuencias<sup>270</sup>.

Dunia comparte su opinión sobre la narrativa de la cronicidad en los diagnósticos y expresa que le parece un mensaje perjudicial, pues considera que dicha narrativa implica un mensaje fatalista y desolador, ya que puede llevar a la persona diagnosticada a estancarse en ciertas conductas y a convencerse de que no hay un horizonte más allá de la etiqueta del diagnóstico. Además, considera que puede llevar a internalizar las atribuciones simbólicas asociadas al diagnóstico y a no querer desprenderse de ellas. En sus palabras:

Eso es algo súper peligroso, era un concepto que yo tenía antes de empezar el hospital de día, yo pensaba que los trastornos de personalidad son crónicos. O sea, yo tenía esa idea, porque era lo que yo había leído tanto en Internet como lo que me había contado mi psicóloga, mi psiquiatra y otros profesionales. Y yo pensaba que eso era algo que iba a tener para toda la vida, y que no se iba a curar nunca. Luego también el concepto de curar, como si fuera un catarro. Son simplemente conductas, y toda conducta con cierta terapia, esfuerzo, y tiempo se puede distinguir. Y así lo he conseguido yo, pero sigo encontrando, sobre todo en las redes sociales, un montón de personas identificándose con su trastorno, ya sea un trastorno de la conducta alimentaria, un trastorno de personalidad o depresión, como si eso fuera algo crónico. Algo como «yo soy de TLP», o «yo soy TOC». Y yo creo que es súper peligroso. Y eso es algo que se inculca desde los profesionales de la salud mental, que a lo mejor esa persona sí tiene la capacidad para cambiar, pero se le mete la idea en la cabeza de que va a ser así para siempre, y a lo mejor ya no va a intentar cambiarlo. O sea, si yo soy TLP, voy a ser así para toda la vida, para qué voy a intentar cambiar, por eso lo veo tan peligroso<sup>271</sup>.

Dunia insiste en la profunda repercusión de la narrativa de la cronicidad y la base biológica en la imagen que tiene la persona psiquiatrizada sobre sí misma y sobre sus posibilidades —o mejor imposibilidades— de ser. Según indica, «se le mete la idea en la cabeza de que va a ser así para siempre», y, así, se anula la capacidad para el cambio y se produce un efecto paralizador: «¿para

---

<sup>270</sup> El concepto de la profecía autocumplida de Robert Merton (2003) deriva del teorema de Thomas, que dice que si una situación es definida como real, esa situación instaura unos efectos de verdad.

<sup>271</sup> 4. Dunia: 129.

qué voy a intentar cambiar?» De esta manera, la narrativa inhabilitante de la cronicidad coloca al sujeto psiquiatrizado en un estado de desamparo y desconfianza sobre sí mismo en el que, poco a poco, la cronicidad va robándole el horizonte de vida.

### 6.2.3.1. La Psiquiatra me Dijo que No Tuviera Hijos

Podría decirse que el encierro en la actualidad está hecho de paredes de categorías y conceptos que encarcelan las subjetividades consideradas como desviadas, disfuncionales y patológicas, y que impiden a las personas psiquiatrizadas ser dueñas de sus propios itinerarios de vida.

Lea expresa su profundo pesar por las repercusiones que ha experimentado a raíz de su diagnóstico y la manera en que su psiquiatra ha condicionado sus expectativas de futuro. Siente que se le ha presionado para renunciar a la maternidad y ha atravesado un largo proceso de duelo por no haber tenido más hijos:

A mí me dijeron que no tuviera más hijos. A mí la psiquiatra me dijo: tú es mejor que no tengas más hijos. Yo lo tenía claro, antes de tener una hija, con mi marido ya lo habíamos hablado, que por lo menos queríamos dos. Nunca uno solo. Teníamos claro que queríamos tener más de uno, porque yo no quería que, si nos moríamos, un hijo afrontará solo la muerte de los padres, pues yo qué sé, porque sean dos y estén acompañados. Después quizás no se llevan bien, pero bueno, total... O sea, el duelo de no tener más hijos, a mí me ha durado diez años, tía. Diez putos años, porque la psiquiatra me dijo que mejor no tuviera hijos, por mi problema<sup>272</sup>.

En una situación de fragilidad, cuando el poder psiquiátrico se impone, resulta incuestionable y, en ese sentido, la sugerencia de la psiquiatra de que Lea no tuviera más hijos se convierte en una coacción: «¡Es una coacción! Es una brutalidad»<sup>273</sup>. A este respecto, Lea expresa una profunda preocupación por la falta de conciencia y sensibilidad de los profesionales *psi*, y considera que la mayoría no son conscientes de las violencias que ejercen sobre las personas psiquiatrizadas. Aunque para ella resulta evidente que la sugerencia de su psiquiatra de que no tuviera más hijos es una coacción y una brutalidad, lamenta que no todos compartan esa percepción. De este modo, describe un panorama desolador que va percibiendo en las distintas formaciones que realiza con algunos jóvenes profesionales en el marco del activismo. Así lo explica:

Estuve en una formación que hicimos a médicos, que son los peores ¿vale? Era un Máster y yo hice mi historia de vida, y expliqué eso de que yo no tuve más hijos, y que para mí fue un drama, y que hasta hace poco que no lo he superado. Lo expliqué y uno de los estudiantes dijo: «bueno, pero tú eres libre para decidir». Me dijo: «tú eres libre, la psiquiatra no te obligó». Mira que gente que aún está verde, que se supone que aún no está contaminada, ¿sabes? Que vengan con eso, en plan, a ver, sí claro que soy libre gilipollas, perdona ¿eh? pero es que estás en una situación de vulnerabilidad. Si a mí la doctora me hubiera dicho mira Lea, que sepas, con su perfil biologicista, me da igual, pero me dice que sepas que tienes riesgo de que te vuelva a pasar, pero tú tranquila, que si te pasa vamos a acompañarte, vamos a ayudarte y tal, ¿sabes? O sea, que tenga otro discurso. Es que no puede ser. Es que me pongo muy rabiosa con esto. Tenemos que avanzar muchísimo aún, estamos

<sup>272</sup> 5. Lea: 80.

<sup>273</sup> 5. Lea: 82.

luchando mucho y sé que irá cambiando, pero vaya...<sup>274</sup>

La coacción de los derechos reproductivos que se da en las consultas de psiquiatría es una violencia sobre los cuerpos de las locas<sup>275</sup>. En el caso de Lea, se produce una amenaza velada que pronostica su empeoramiento y que le infunde el miedo a tener más hijos. De esta manera, el saber experto impone su punto de vista e inscribe unas reglas concretas sobre la vida de Lea, la advertencia médico-psiquiátrica le impone el temor a la recaída, y, consecuentemente, los planes y los intereses de Lea quedan relegados a un segundo plano. Se observa el significativo poder que posee la narrativa de la cronicidad de la locura y la capacidad de impactar en la vida de las personas psiquiatrizadas. Después de un duelo de 10 años por no tener más hijos, la Lea de ahora ya no se siente amilanada y se lamenta: «es una coacción, es una brutalidad».

Este relato es un ejemplo que permite ilustrar una idea que es clave en torno a cómo se gestiona la locura por parte de la institución psiquiátrica. Del relato de Lea se desprende la percepción clara de que la psiquiatría es un ejercicio de poder constante en las vidas de las personas psiquiatrizadas. Una violencia que trasciende las prácticas coercitivas más evidentes y que se arraiga en los propios discursos y categorizaciones que se emplean, configurándose como un modo de gobierno y un régimen de la verdad, y es que la circulación del poder psiquiátrico se ejerce mediante una estructura que permanece oculta y que penetra en la conciencia de los sujetos. Se trata de un discurso sustentado en escasas evidencias científicas pero que se presenta como infalible. Por eso, la reivindicación y la lucha de Lea pasa por apropiarse de su itinerario vital, despatologizar las identidades y evitar pensar en las categorías psiquiátricas como realidades totalizantes.

En ese sentido, a lo largo de las entrevistas y el trabajo de campo, se ha destacado de manera recurrente la insistencia del activismo loco y los colectivos *en primera persona*, en la necesidad de mejorar la comprensión a la hora de acompañar a las personas que atraviesan distintos procesos de angustia y sufrimiento psíquico. Esto reflejaría la idea de considerar el malestar psíquico desde fuera del sistema de diagnóstico psiquiátrico del marco clínico. Se trata de comprender las historias de las personas, así como los significados y las interpretaciones de la locura, sin zanjarlos en categorías diagnósticas rígidas. En su lugar, se busca colectivizar los saberes y las experiencias de la *primera persona*, fomentar la autoorganización, promover la reflexión sobre el sufrimiento y brindar apoyo a la persona que está experimentando angustia para que pueda comprender y superar su aflicción.

---

<sup>274</sup> 5. Lea: 82-84.

<sup>275</sup> Las esterilizaciones forzosas se han prohibido en el año 2020, con la Ley Orgánica 2/2020, de 16 de diciembre, de modificación del Código Penal para la erradicación de la esterilización forzada o no consentida de personas con discapacidad incapacitadas judicialmente. Véase: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2020-16345> [Consulta: 2 de febrero de 2023]. No obstante, se debe considerar que el uso del psicofármaco esteriliza o es tan fuerte que provocaría malformaciones muy graves como le advirtió la psiquiatra a Marta. De forma que, a pesar de que la esterilización forzada se haya prohibido, sea mediante una amenaza velada, como en el caso de Lea, o debido al uso de la medicación psiquiátrica, como en el caso de Marta, se comprueba que los derechos reproductivos de las locas quedan suspendidos ante el dictamen de la psiquiatría.

### 6.3. EL ENCIERRO: CUANDO SALÍ ESTABA MUCHO PEOR QUE CUANDO ENTRÉ



Ilustración 30. Pabellón Número 6.

Ilustración del doctor Raguin protestando contra su encierro en el pabellón número 6.<sup>276</sup>

«Si existen las cárceles y los manicomios, alguien debe haber en ellos. Si no es usted, seré yo o un tercero. En un futuro muy lejano, cuando dejen de existir las cárceles y los manicomios, no habrá rejas ni batines. Pero esa época tardará.» Antón Chéjov, *El pabellón número 6*, 1994.

Sí, estoy enfermo. Pero es que decenas, centenares de locos pasean en libertad porque la ignorancia de los médicos es incapaz de distinguirlos de los sanos. ¿Por qué entonces yo y estos desgraciados debemos estar aquí por todos, como chivos expiatorios? Usted, el practicante, el celador y toda su gentuza hospitalaria son incomparablemente inferiores en lo moral a cada uno de nosotros. ¿Por qué somos nosotros los encerrados y no usted? ¿Dónde está la lógica? —La moral y la lógica (responde el doctor) no tienen nada que ver en esto. Todo depende de las circunstancias.

Antón Chéjov, *El pabellón número 6*, 1994.

<sup>276</sup> Véase: <https://www.lacoladerata.co/cultura/el-relato-de-chejov-que-horrorizo-a-lenin-cuando-todavia-no-era-lenin/> [Consulta: 30 de julio de 2023]

### 6.3.1. El Secuestro de Basi: Como un Pájaro Enjaulao

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.

Leopoldo María Panero, *Poemas del psiquiátrico de Mondragón*, 1987.

Lo primero que hice al terminar de leer *El pabellón número 6* fue coger el móvil para mandarle un mensaje a Basi. Me había insistido tanto en que leyera este breve relato de Antón Chéjov (1994), que quería contarle lo mucho que me había gustado. Le envié un mensaje que decía: «¡qué fuerte el doctor Raguin!»

El cuento de Chéjov (1994) es un relato intenso que muestra las condiciones de los manicomios en la Rusia zarista, aunque probablemente las circunstancias del encierro puedan extrapolarse a distintas épocas y lugares. Las descripciones y los detalles del relato llegan a estremecer, narran el drama que viven los presos considerados *enfermos mentales* en un ambiente de descomposición, brutalidad, miseria y abandono. El pabellón número 6 es el pabellón de la muerte: los locos se alojan en cuartos húmedos e insalubres, visten harapos y se les da de comer basura, «comida de locos» le llaman. Las autoridades están al tanto de la situación, pero la ignoran, pues es mejor tener a los locos encerrados en los inmundos pabellones a que anden sueltos por la calle. La exploración psicológica y el contraste de estas dos posiciones, la de los locos y la de las autoridades, genera tal sensación de impotencia y fatalidad que se dice que la lectura de este relato fue lo que hizo que Lenin se volviera revolucionario (Fernández, 2018).

El pabellón es un antiguo caserón en ruinas, rodeado de maleza, ortigas y cáñamo silvestre. En su interior, hay cinco locos recluidos. Uno de ellos es Iván Dmítrich Grómov, un hombre de treinta y tres años, muy inteligente y sensible. Antes de su reclusión en el pabellón, Grómov trabajaba como secretario judicial. El doctor Andréi Efímich Raguin es el encargado del pabellón, un hombre mayor que lleva una vida solitaria y monótona, y apenas se preocupa por los pacientes. Un día cualquiera, el doctor Raguin comienza a intercambiar palabras con el paciente Iván Dimítrich Grómov y, seducido por su inteligencia comienza a visitarlo con frecuencia. Llega a afirmar que Grómov es la única persona con la que puede mantener conversaciones verdaderamente interesantes. Esta inusual relación despierta la desconfianza de los compañeros del médico, quienes consideran extraño que pase tanto tiempo hablando con un loco y temen que Grómov pueda haberle transmitido su propia locura. Como consecuencia, deciden jubilar al doctor Raguin. Sin embargo, tras una serie de fatalidades, jubilarlo se revela insuficiente, y concluyen que lo mejor es encerrar al doctor en el pabellón número 6. El doctor Raguin no quiere ser internado, no soporta el confinamiento y muere a los pocos días de su encierro, tras recibir un fuerte golpe por parte del guardián del pabellón<sup>277</sup>.

---

<sup>277</sup> Si bien he destripado el desenlace del relato, considerando que tiene más de 130 años, creo que esta revelación está justificada. Además, el de Chéjov es uno de esos textos que, no importa conocer el final, para que valga la pena ser leído.

Habían pasado varios días desde que envié el mensaje sobre doctor Raguin a Basi y no había tenido respuesta: «Parece que no le ha llegado el mensaje, hay un solo tic en el WhatsApp» (DC, 14 de diciembre 2021).

Supuse que Basi podría haber tenido algún problema con su teléfono, por lo que opté por tratar de contactarlo por otro medio: «El teléfono de Basi sigue sin estar operativo, le he enviado un correo electrónico» (DC, 21 de diciembre 2021).

Me empecé a inquietar ante la falta de respuesta de Basi y comencé a pensar que tal vez le habría ocurrido algo: «No ha respondido al correo, tampoco parece que le hayan llegado los mensajes al móvil» (DC, 30 de diciembre 2021).

Desde que conozco a Basi, ha sufrido varios ingresos involuntarios. Cuando le escribí por primera vez, tardó casi un mes en responder. Me explicó que acababa de salir de un ingreso muy largo y que quería que hiciéramos la entrevista cuanto antes, que tenía muchas ganas de hablar. Quedamos al día siguiente para conectarnos en una videollamada. A partir de entonces, hemos mantenido una comunicación bastante frecuente. Si bien no siempre podemos hacer videollamadas extensas, nos mantenemos en contacto a través de mensajes. Cuando pasa algún tiempo en el que no hablamos, suelo recibir un mensaje de Basi: «A ver si nos conectamos, pajarilla».

No recuerdo en qué momento empezamos a hablar tanto de pájaros, a enviarnos *stickers* de loros graciosos que dan saltitos y a emplear la metáfora del «loro enjaulao» para representar el encierro: «Pajarilla, estoy como un loro enjaulao».

Revisé nuevamente el teléfono para comprobar si Basi había recibido mis mensajes, pero no parecían haberle llegado. Al repasar los mensajes anteriores, encontré varios audios y una foto de un frondoso árbol con un mensaje: «¿Has visto el señor de los anillos? Parece el Árbol Blanco».

Cuando Basi sale del encierro y recupera su libertad, a menudo me envía grabaciones de audio con el canto de los pájaros. Suelen ser audios extensos, alguno de hasta tres minutos, en los que únicamente se escucha el piar de los pájaros. No hay saludo ni despedida, solo el piar. En uno de los últimos audios, eran unas gaviotas las que graznaban: «son gaviotas, pajarillo, que se despiertan y vuelan hacia la mar». En otro tipo de mensajes, me cuenta sus planes, si va a la playa o a comer por ahí. Los relatos de Basi siempre vienen adornados con anécdotas y sugestivas curiosidades. Incluso cuando está ingresado, se las ingenia para capturar fotografías de algún pajarillo, aunque sea desde detrás de las rejas de la ventana de su habitación.

«El tiempo pasa y sigo sin tener noticias de Basi. He escrito a Esperanza para preguntarle si sabe algo. Sé que tienen amistades en común, así que es posible que ella tenga alguna información» (DC, 10 de enero 2022).

«Esperanza ha movido hilos y ha conseguido hablar con un amigo de Basi que le ha confirmado que ha sufrido otro ingreso involuntario: «No se le puede llamar. No se le puede contactar». Pero ¿cómo es posible vivir tanto tiempo en tal aislamiento?» (DC, 13 de enero 2022).

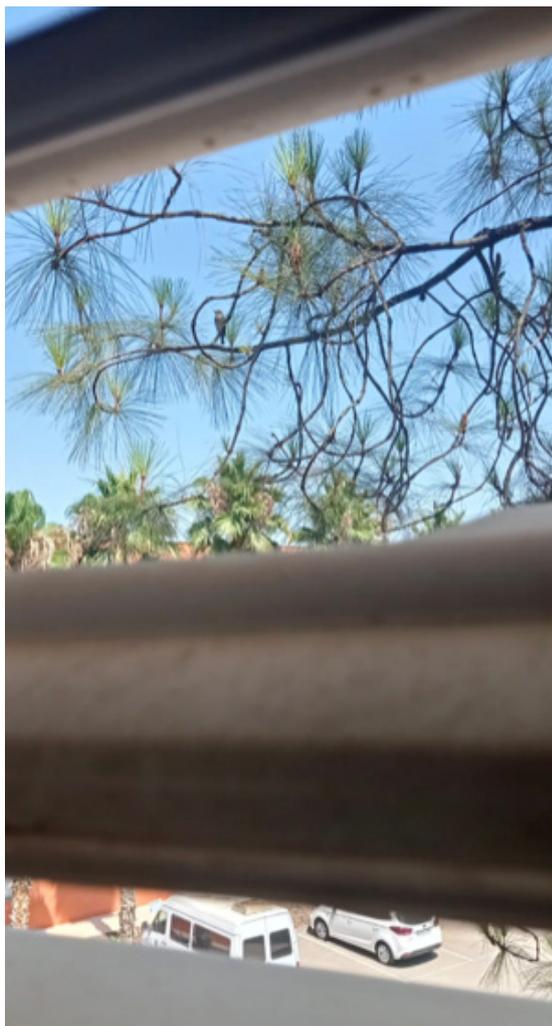


Ilustración 31. Un Pajarillo desde la Ventana.

Cuando encierran el doctor Raguin en el pabellón 6, se pregunta cómo es posible sobrevivir allí tan siquiera un día, un mes e incluso años como aquellos a los que él mismo ha encerrado. El mismo doctor que ha condenado a tantos locos, ahora se enfrenta a la realidad. El paciente Iván Dimítrich Grómov, con sus inteligentes conversaciones filosóficas, lo ha sacado de su vida solitaria y monótona, pero el precio que ha pagado el doctor Raguin ha sido que lo tomen por loco. Solo de esta manera, el doctor ha podido comprender, en primera persona, el maltrato y el sufrimiento que sus pacientes han soportado, sufrimiento al cual él ha contribuido en tanto que responsable del pabellón. El doctor Raguin sabe mejor que nadie que una vez encerrado en el pabellón de la muerte, es extremadamente difícil salir.

Finalmente, recibí un mensaje de Basi que decía: «ya he salido pajarilla!» (DC, 24 de enero 2022).

Después de tantos días de aislamiento, no quise mencionarle a Basi el nombre del doctor Raguin, ni mucho menos hablarle del sombrío

pabellón número 6. El encierro había quedado atrás, y hablamos de los planes que iba a hacer ahora que había podido salir. Me dijo que quería alquilar un piso, irse de casa de sus padres y volar en libertad.

Al colgar la llamada, me quedé pensando en que Chéjov escribió este relato en 1892 y que, por desgracia, el pabellón y el aislamiento del encierro poseen una resonancia inesperadamente actual y aterradora.

En el centro de la imagen, se encuentra un pequeño pájaro posado en la rama del árbol. Basi capturó esta fotografía desde su habitación durante uno de los ingresos involuntarios que ha sufrido. Me envió la imagen junto con el siguiente mensaje: «Desde mi habitación me despiertan, a veces, su piar...». Basi. 26 de julio de 2021.

### 6.3.2. Sobre el Deseo de Ver un Árbol: Los Hospitales Psiquiátricos son Cárceles

Ya no era un delincuente, me había transformado en un loco. Pero no, no estaba trastornado ni lo había estado un solo instante. Aunque, aaah, todos los locos piensan eso de sí mismos... Por lo visto, la única diferencia es que los que estamos aquí encerrados somos locos, y los que están fuera son normales. (...) Así me encerraron y me convertí en un loco. Aunque llegara a salir, llevaría siempre clavado en la frente el cartel de loco; mejor dicho, de muerto viviente. Indigno de ser humano. Dejé por completo de ser una persona.

Osamu Dazai, *Indigno de ser humano*, 2022.

En la cita que abre el apartado, Osamu Dazai (2022) refiere que «los que estamos aquí encerrados somos locos y los que están fuera son normales» (p. 116). Esta marcación entre el adentro y el afuera, la división entre lo normal y lo anormal, se establece de forma abrupta y bajo una asignación coercitiva atribuida de forma restrictiva; se trata de una distribución diferencial que indica dónde se debe estar y revela también cómo se debe actuar en cada espacio. «Así que me encerraron y me convertí en un loco» (Dazai, 2022, p. 116); precisamente, el encierro psiquiátrico delimita esta separación y refuerza la autoestima y el sentido de la identidad normativa cuerda (fuera) en contraposición con la identidad patológica (dentro). Si se aparta a los locos significa que el resto son cuerdos, y esta división se convierte en la dimensión constitutiva de la alteridad. En otras palabras, en el modo dicotómico de pensar lo social, lo *otro*, lo patológico, es lo que permite a los cuerdos ser cuerdos. El diagnóstico y el encierro se convierte en la línea que divide a los unos de los otros y se convierte en una herramienta que clasifica, categoriza e instrumentaliza los cuerpos. Excluyendo y encerrando a lo *loco* en la otredad, los controles disciplinarios permiten marcar quién es la población diagnosticada, —el «leproso» (Foucault, 1994)— y hacer jugar contra él los mecanismos dualistas de la exclusión.

El encierro psiquiátrico se trata de una *heterotopía* foucaultiana de desviación, un espacio de regulación social destinado a albergar los cuerpos que se desvían de la norma y cuyo comportamiento se considera disfuncional o potencialmente peligroso para los demás o para sí mismos. Este espacio se justifica bajo la legitimidad del discurso psiquiátrico, y, aunque se le atribuye una función terapéutica, su función principal es la de aislar y contener la anomalía, con el objetivo de regular el orden y la norma social (Foucault, 1984a). No obstante, a través de la aplicación de procedimientos curativos por parte de especialistas, quienes se considera que pueden eliminar las causas de la desviación, se podrá permitir que el sujeto se reintegre a su comunidad (DeVos, 1981).

Según Huertas (2020) el contexto manicomial resulta un *lugar paradójico* que puede pensarse desde una perspectiva simbólica como un *no-lugar* (Augé, 1995), un espacio de no pertenencia y de tránsito, en el que no se quiere entrar y la persona internada desea abandonar lo antes posible. Al describir su sentir frente al encierro psiquiátrico Mariona se lamenta: «nunca hubiera pensado que hubiera acabado ahí, nunca»<sup>278</sup>. Sus palabras evocan la sensación de *paratopía*, según la cual el internamiento psiquiátrico se convierte en un *no-lugar* paradójico, en el que no se quiere estar (Huertas, 2020). Este encierro se manifiesta como un tiempo y

<sup>278</sup> 1. Mariona: 49.

espacio liminal, una suerte de vacío donde todo se desvanece; un no lugar, un no espacio y un no tiempo, en el que se elimina todo. El tipo cotidiano ya no está, la rutina diaria desaparece, es el tiempo de la institución, sumiendo todo en una nada. Un tiempo supuestamente terapéutico, pero que por su carga estigmatizadora reafirma y marca la identidad de Mariona en clave de exclusión.

Dicho con palabras de Esperanza: «Las plantas de internamiento en salud mental son cárceles, entonces claro si estás en una cárcel estás deseando salir de ella»<sup>279</sup>. Sus palabras adquieren un significado político, el contexto del encierro psiquiátrico representa una cárcel para ella, una *institución total* (Goffman, 2019), un lugar del que, a toda costa, se desea salir. De hecho, los efectos del encierro se observan desde el mismo instante que se produce el ingreso. La misma «bienvenida» al psiquiátrico se trata de una *ritualización del poder* (Balandier, 1994), a modo de ceremonia macabra que se produce bajo el ejercicio de la violencia: el protocolo del ingreso se basa en una contención química y mecánica y despertar varias horas después, sin saber dónde estás, atada de cintura, muñecas y tobillos con correas a una cama. El ingreso psiquiátrico se trata de un repentino y abrupto encierro en un espacio supuestamente terapéutico que se convierte en un lugar de aislamiento que produce sufrimiento y dolor. La barrera que se levanta entre la persona que está encerrada y el exterior marca *la primera mutilación del yo* (Goffman, 2019). Después, comienza la cronificación, la segregación, la marginación, la despersonalización y el deterioro de la identidad (Goffman, 2019). Millett (2019) señaló esta incoherencia cuando declaró que el manicomio provoca y produce locura, precisamente lo que trata de corregir. La mayoría de las personas que han sufrido un ingreso involuntario describen una sensación de encierro, de ahogo, miedo y desesperación absoluta. En sus relatos repiten que quien no lo ha vivido no sabe cuán violento es, que lo que sucede tras los muros de los hospitales psiquiátricos es la vulneración de los derechos humanos más básicos que sufren las personas psiquiatrizadas.

En sus representaciones sobre el encierro Esperanza describe el patio como una jaula: «todas las puertas cerradas, las rejas para no escaparte por ningún sitio, era todo gris, de cemento, con las rejas arriba en el techo, o sea, no podías ni ver los árboles de la calle»<sup>280</sup>. Una de las cosas que Esperanza más repite es la necesidad que sentía de ver la naturaleza:

Yo me acuerdo de que tenía un deseo de ver un árbol, o sea, fijate. Yo he aprendido a valorar muchísimo la vida y las pequeñas cosas de la vida. Porque tenía ganas de ver un árbol, solo uno, con uno me conformaba. Decía: yo solo quiero ver un árbol, por favor. O sea, estaba en un ambiente tan frío, tan aséptico, tan carcelario que mi mayor deseo era solo eso: ver un árbol<sup>281</sup>.

Esperanza afirma que las condiciones «tan carcelarias» sufridas en el encierro la han llevado a «valorar más las pequeñas cosas de la vida». Esta reflexión me recuerda, inevitablemente, a las palabras de Alda Merini (2019) que en su diario describe un deseo de experimentar la naturaleza

---

<sup>279</sup> 7. Esperanza: 112.

<sup>280</sup> 7. Esperanza: 152.

<sup>281</sup> 7. Esperanza: 112.

similar al que expresa Esperanza, y se pregunta si otros también sentirán esa necesidad de cosas auténticas. Durante un permiso que le concedieron para salir del manicomio, relata un emotivo reencuentro con las margaritas y confiesa que besó la hierba en cuanto pudo volver a verla:

Y así me reencontré con las margaritas, las violetas. ¡Dios!, ¡cuánto besé aquella hierba la primera vez que la vi! Creo que me la comí a besos. Creí haberme llenado el estómago. Tenía tanta hambre de cosas verdaderas, naturales, esenciales; tenía hambre de amor. ¿Lo habrían sentido alguna vez los demás? (Merini, 2019, p. 61)

Considero que los anhelos de Merini y Esperanza de experimentar la naturaleza de manera intensa y emotiva representan simbólicamente las condiciones de encarcelamiento presentes en el contexto del encierro psiquiátrico, tal y como han sido descritas por las colaboradoras. Estos deseos revelan, quizá de manera más evocadora y poética, las limitaciones y privaciones que se sufren en ese espacio. La experiencia del encierro ha llevado a Esperanza a buscar la libertad en la conexión con la naturaleza y a valorar más intensamente las pequeñas cosas de la vida, pues de acuerdo con su descripción, el espacio del psiquiátrico es «un ambiente frío, aséptico y carcelario». De este modo, la conexión con la naturaleza puede ser además de una fuente de inspiración y consuelo, una forma de resistencia y una búsqueda de significado en medio de la adversidad.

### 6.3.2.1. La Construcción de una Identidad Patológica

El contexto manicomial se trata de un espacio de internamiento clínicamente marcado (Foucault, 2005), en el cual después de un ritual de transición que identifica al individuo como desviado implica modificaciones en el comportamiento esperado (DeVos, 1981). Así, se produce la eliminación de la identidad social y la supresión de los roles y atributos personales del sujeto institucionalizado (Goffman, 2019). A este respecto, Dunia señala que, en el contexto del encierro, la vestimenta consiste en un uniforme de pijama proporcionado por el hospital: «vas siempre con pijama, tienes que ir con el pijama que te dan allí, que son todos iguales, de color azul»<sup>282</sup>. Por otra parte, Esperanza indica que en los hospitales psiquiátricos ya no se permite fumar, en cambio, se colocan parches de nicotina: «Pero, fíjate, si tú eres una persona fumadora y estás en un momento de crisis, pues necesitas fumar, las cosas como son»<sup>283</sup>. Así, inicia un proceso de desestructuración de la personalidad (Goffman, 2019); el deterioro de la identidad social parte de despojar a la persona interna de su historia, de separarla de su mundo y de su identidad. Dunia refiere la separación abrupta del entorno familiar y social que se produce en el encierro: «pierdes el contacto con el mundo, no te dejan tener el móvil»<sup>284</sup>. Resulta evidente que en el encierro psiquiátrico se constituye una representación de una nueva identidad patológica, la identidad del paciente, la identidad del enfermo mental.

La identidad patológica que se re-produce durante el encierro psiquiátrico, se basa en un diagnóstico que impone un tipo de tratamiento al que la persona interna debe adaptarse. Este

<sup>282</sup> 4. Dunia: 157.

<sup>283</sup> 7. Esperanza: 152.

<sup>284</sup> Comunicación con Dunia. Anotación del DC.

proceso de adaptación al contexto social, denominado por la psiquiatría como «adherencia al tratamiento» y «conciencia de la enfermedad», somete a la persona psiquiatrizada a un complejo entramado de relaciones disciplinarias destinadas a normalizar y ajustar su conducta de acuerdo con las disposiciones del poder psiquiátrico institucional. De esta manera, además de cumplir con el comportamiento adaptativo y seguir el tratamiento prescrito, la persona que está ingresada debe adoptar el rol de paciente como parte del proceso de tratamiento. Adoptar este rol implica renunciar a la autonomía y depender de la institución psiquiátrica, y aunque pueda parecer paradójico, asumir este rol resulta fundamental si se desea salir del contexto de encierro. En ese sentido, la dinámica del encierro no solo conlleva la exclusión del sujeto, sino que implica un poder que inscribe reglas, moldea y encadena a los sujetos en una identidad patológica, que determina, disciplina y ordena cómo debe de ser y comportarse ese sujeto.

Mariona destaca una anécdota en la que explica que se le prohibió maquillarse mientras estaba ingresada en el hospital psiquiátrico:

A mí por ejemplo me echaron la bronca por maquillarme, en plan por el polvo del maquillaje ¿qué pasa que si te lo tragas te mueres? No entiendo. Pero resulta que me echaron la bronca, y es curioso porque fui dos días maquillada y al primero no se dieron cuenta, pero al segundo sí. Y en medio de una sesión en grupo me dijeron mira no es por llamarte la atención, pero... Claro, diciéndome eso ya me la están llamando y dejándome en evidencia. Y me dijeron claro es que aquí no dejamos maquillarse. En principio, cada vez que venían las visitas, les registraban todo lo que nos traían. Entonces yo les pregunté y si lo revisáis todo ¿cómo es que permitís pasarlo si luego no me lo puedo poner? ¿Cómo permitís que el maquillaje entre y que me sea proporcionado si luego vosotros mismos decís que no lo puedo usar? Porque, por ejemplo, una serie de cosas como entrar medias o cuchillas estaba prohibido, que bueno esto lo veo normal. Pero bueno mi pareja siempre enseñaba en la bolsa las cosas que me traía y en ningún momento le dijeron nada sobre el maquillaje<sup>285</sup>.

Si me detengo a exponer esta anécdota del maquillaje de Mariona, es precisamente porque este episodio demuestra la falta de autonomía y el despojo de la identidad personal que experimentan las personas ingresadas<sup>286</sup>, así como la vigilancia y el control continuo de sus gestos, comportamientos y actitudes. En el contexto del encierro se observa el ejercicio del poder disciplinario, la *anatopolítica* del cuerpo humano (Foucault, 2019), que permite comprender cómo se adiestra y administra el *cuerpo como máquina* dentro de la institución psiquiátrica, con el objetivo de promover su utilidad y docilidad (Foucault, 1994).

El poder disciplinario atraviesa los cuerpos y se basa en mecanismos de vigilancia, corrección y normalización que sirven para grabar en éstos la norma. Dentro del encierro psiquiátrico, estos mecanismos están presentes en la rutina diaria, en la observación constante por parte de la mirada de los distintos técnicos y profesionales y en la imposición de normas y reglas de comportamiento. A través de la disciplina, se busca controlar y regular el cuerpo de las personas ingresadas, mediante la lógica del modelado (Deleuze, 2006) y según los estándares y exigencias de la institución.

---

<sup>285</sup> 1. Mariona: 45-47.

<sup>286</sup> Esto también ocurre cuando se te hospitaliza por otras causas.

En el contexto psiquiátrico, la anatomía política implica el control de los cuerpos, centrándose en aspectos relacionados con la administración de medicamentos y el control de ciertos comportamientos considerados problemáticos. Se busca ejercer un control preciso sobre el cuerpo y sus funciones, con el fin de mantener la estabilidad y el orden dentro del entorno de encierro. Estos mecanismos de poder se manifiestan incluso en detalles aparentemente insignificantes, como el polvo de maquillaje mencionado por Mariona. A través de la vigilancia y la corrección minuciosa, se busca construir un «cuerpo dócil», fácil de someter, utilizar, transformar y perfeccionar (Foucault, 1994), y mantener una apariencia controlada, reforzando así la disciplina y la normatividad en el contexto del encierro. Ahora bien, a través de este relato, a pesar de las mentadas técnicas de disciplina y control foucaultianas, también se intuye la capacidad crítica de Mariona de cuestionar la lógica y los sinsentidos de la institución, cuando pregunta a su psiquiatra: «¿por qué me permiten tenerlo si no puedo usarlo?»

Cabe considerar, por otra parte, que la vigilancia y control panóptico del encierro conlleva una violación de la intimidad que, según señala Marta, se convierte en abuso y en una vulneración de los derechos de las mujeres que se encuentran institucionalizadas:

Yo entonces estaba en la habitación sola y claro, pues si tú estás sola en la habitación y si está la puerta cerrada, pues te cambias de ropa ¿no? normal. Y al cabo de cuatro días de estar allí, una enfermera me dice: oye, mira, cuando te cambies de ropa procúrate cambiar en el baño, porque hay cámaras en la habitación, y mis compañeros están que te ven. ¡Y eso me lo dice al cabo de cuatro días de estar allí ya! Al cabo de cuatro días de estar yo cambiándome en la habitación me dicen que hay cámaras en la habitación y que me están viendo sus compañeros varones. ¡Super heavy!<sup>287</sup>

La cámara de seguridad se convierte en cámara de inseguridad para Marta, ya que su intimidad queda expuesta al morbo de quienes tenían función de cuidarla. A pesar de esta violación de su privacidad, ella no recuerda tan negativamente su primer ingreso psiquiátrico debido a que su cuñada trabajaba allí como psiquiatra, lo que la hacía sentir cuidada o al menos conocida en el lugar. No obstante, sus experiencias en ingresos posteriores han sido mucho más traumáticas y violentas, sobre todo se estremece cuando recuerda su estancia en el psiquiátrico de Martorell<sup>288</sup>. Para Marta, el problema no radica en la crisis psicológica en sí, sino en la gestión que se hace de la misma: «solo la experiencia de estar ahí en ese psiquiátrico es tan mala, que no es que tuviera miedo de tener una crisis por la crisis en sí, sino que tenía miedo de que me volvieran a ingresar en ese sitio»<sup>289</sup>.

<sup>287</sup> 6. Marta: 61.

<sup>288</sup> El cómic titulado *Ingrés Involuntari*, que sirve de portada al apartado sobre las contenciones en este mismo capítulo, se basa en la desgarradora experiencia de Marta en el psiquiátrico de Martorell. Para respetar la confidencialidad de las colaboradoras, como ya he dicho, he cambiado la mayoría de las localizaciones que salen a lo largo de la tesis, otras directamente corresponden a lugares que no existen o existen en la literatura (y en nuestros corazones), y otras sí se corresponden a la realidad porque las colaboradoras así han querido que fuera. En este caso, siguiendo las indicaciones de Marta, me gustaría dejar constancia de que, efectivamente, se trata del psiquiátrico de Martorell. Un lugar que le ha causado mucho dolor.

<sup>289</sup> 6. Marta: 156.

Es frecuente que las colaboradoras consideren que su mayor problema no sean las experiencias inusuales o el sufrimiento psíquico que experimentan, sino más bien el aislamiento y las violencias del encierro, es decir, el castigo y la sanción que conllevan estas experiencias.

Yo el miedo que tenía era que me iba a quedar allí para toda la vida. No sé por qué, pero cuando estás ingresada es como que no te informan de nada, como que no te dicen nada. No te dicen, mira, vas a estar aquí simplemente un tiempo para curarte, para mejorarte, o para lo que sea, y luego te vas a tu casa y ya está. Qué va, es que no te dicen nada. Estás allí y no te dicen nada<sup>290</sup>.

Sin embargo, la vivencia subjetiva del encierro es distinta para Rosa, quien, al considerar que el encierro en su propia casa resultaba insoportable, recuerda el manicomio como un lugar de refugio y calma. Rosa tendría unos 20 años cuando se produjo su primer ingreso, en ese periodo de su juventud, se produjeron varios ingresos más: «yo a lo largo de cuatro años, tuve unos siete u ocho ingresos. Todos mis ingresos fueron por intento de suicidio»<sup>291</sup>. Después de cada intento de suicidio y el correspondiente lavado de estómago, era ingresada por unos días en la que, en aquella época, se llamaba «unidad de afectivos». Rosa dice que le llamaban la unidad de afectivos porque la mayoría de las personas que estaban allí habían intentado suicidarse o tenían ideación suicida. Rosa recuerda el manicomio como un lugar de tranquilidad, llegando incluso a afirmar que hubiera preferido quedarse allí para siempre: «Yo estaba mejor en el psiquiátrico que en mi casa. Yo por mí, en aquella época de mi vida, yo me hubiera quedado allí»<sup>292</sup>. El único inconveniente era que la unidad en la que estaba era cerrada y no podía entrar y salir sola, siempre tenía que ir con alguien, no obstante, lo tiene claro:

Pero si a mí me hubieran pasado a otro pabellón, y hubiera tenido la libertad para entrar y salir, me hubiera quedado a vivir allí. Yo sí, yo sí, sí, sí. Además, tenían allí un bar social y tal, y al final ya te conocías un poquito así la gente que andaba allí, porque claro, tuve varios ingresos. Bueno el caso es que ya llega un punto que empiezas a coincidir con la gente ja, ja. Entonces empiezas a conocer y tal. Y al final bueno yo estaba tan mal en mi casa que me hubiera quedado allí<sup>293</sup>.

Es importante situar el discurso de Rosa en un lugar de enunciación muy particular y señalar que sus palabras emanan de un profundo dolor por la falta de un espacio seguro, de modo que su deseo de permanecer en el psiquiátrico reflejaría una elección que estaría condicionada por la necesidad de escapar del contexto de terror que padecía en su propio hogar.

No obstante, en términos generales, el ingreso en una institución psiquiátrica ha tenido un impacto significativo en la subjetividad de las colaboradoras, quienes describen haberse sentido indefensas, tener miedo y anhelar salir lo antes posible. Como resultado, es común que después de haber sido internadas, las colaboradoras vivan con temor a ser ingresadas nuevamente.

---

<sup>290</sup> 7. Esperanza: 81.

<sup>291</sup> 2. Rosa: 136.

<sup>292</sup> 2. Rosa: 134.

<sup>293</sup> 2. Rosa: 136.

De este modo, si el ingreso en el psiquiátrico es traumático y violento, la salida no lo es menos. Esperanza describe cómo fue su salida: «yo salí zombi, inútil, no era ni persona, es que no sé lo que era, estaba totalmente anulada»<sup>294</sup>. Cuando Esperanza afirma, que «no era persona» refiere además de la medicalización que la dejó zombi, el proceso de deshumanización y el trato degradante que sufrió en el ingreso. Según reconoce luego se ha podido «empoderar gracias al activismo y a la colectividad»<sup>295</sup>. Por consiguiente, en relación con el encierro, un lamento que he escuchado incontables veces a lo largo del trabajo de campo ha sido que: «cuando salí estaba mucho peor que cuando entré».

Las mil metamorfosis  
las muchas primaveras perdidas  
en el jardín del manicomio  
ahora quiero estar sola.

Alda Merini, *La otra verdad*, 1986.

---

<sup>294</sup> 7. Esperanza: 87.

<sup>295</sup> 7. Esperanza: 148.

### 6.3.3. Instrucciones para Salir: Donde hay Resistencia también hay Aprendizaje y Poder

Ya no sé cuántos días llevo aquí, o meses o años, pero sé que cada uno ha sido peor que el otro —dijo, y suspiró con el alma—:  
Creo que nunca volveré a ser la misma.

Gabriel García Márquez, *Solo vine a hablar por teléfono*, 1998.

Un día lluvioso, mientras conducía por el desierto de los Monegros en dirección a Barcelona, la mexicana de veintisiete años María de la Luz Cervantes sufrió una avería en un coche alquilado y necesitaba un teléfono para dar el aviso del accidente. Al cabo de unas horas de espera y casi al anochecer consiguió hacer autostop. El conductor le dijo que no iba muy lejos y ella respondió que no importaba, que lo único que necesitaba era un teléfono. Así, se montó en un autobús destartado que iba lleno de mujeres de diferentes edades y condiciones, todas iban dormidas. Durante el trayecto se acurrucó en el asiento y ella también se quedó dormida. El autobús se detuvo cuando llegaron a un manicomio y allí, pese a que ella entró con la intención de llamar por teléfono, fue inscrita por error con un número de serie. María de la Luz trató de aclarar la situación, pero nadie la creyó. La ataron a la cama, la medicaron para que no gritara y la llevaron al pabellón de las «agitadas» simplemente porque pedía un teléfono. María de la Luz buscaba desesperadamente la forma de escapar mientras repetía constantemente: yo solo vine a hablar por teléfono.

María de la Luz es la protagonista del cuento *Solo vine a hablar por teléfono* incluido en los *Doce cuentos peregrinos* de Gabriel García Márquez (1998). Resulta interesante enfatizar que, a pesar de que María de la Luz trata de aclarar su situación de las más diversas maneras y reitera que solo quiere hacer una llamada telefónica, sus lamentos y protestas no son tomadas en serio por los demás. Siguiendo a Martínez-Hernández (1998), esto se debe a que la presunción de la locura se asocia a la pérdida de la razón y la confusión. La negación de su supuesta locura y la insistencia en hacer una llamada son interpretadas por el psiquiatra como claros síntomas de su propio trastorno, en función de la ya mencionada *circularidad interpretativa* de la locura (Correa et al. 2006). Y es que, una vez inscrita en el manicomio como loca, cualquier cosa que María de la Luz haga o diga será utilizada en su contra. Permítaseme, entonces, destripar el final del cuento: María de la Luz nunca conseguirá salir de aquel inesperado y hostil lugar. Al cabo del tiempo, atormentada por el encierro y la violencia manicomial, terminará enfermando<sup>296</sup>.

---

<sup>296</sup> Precisamente, mientras escribo estas líneas sobre la dificultad de la salida del manicomio, una colaboradora me ha enviado un mensaje por WhatsApp con un enlace y me ha escrito lo siguiente: *Vas a flipar*. He accedido al enlace y trata de un programa de radio en el que se realiza una entrevista a una persona que está presa en un psiquiátrico, su nombre es Emilio Antonio Cárdenas y tiene 38 años. Según explica, Emilio sufrió una encefalitis que lo llevó a una depresión a los 21 años, ha perdido la vista debido a otras complicaciones que ha tenido y considera que la mayoría de sus problemas se los ha causado la sobremedicación. Emilio relata que cuando ingresó en psiquiatría comenzó su infierno: contenciones mecánicas y químicas sin motivo, trato vejatorio y electrochoques. Emilio ha elevado su caso a los tribunales porque ha sido condenado a dos años y seis meses en un psiquiátrico por insultar a dos psiquiatras en un correo electrónico, y solicita que le cambien la pena por trabajos a la comunidad. Las similitudes entre la situación de Emilio Antonio y el cuento de María de la Luz son notables, ambos relatos

### 6.3.3.1. De la Cárcel Sales, del Psiquiátrico no es tan Fácil Salir

Afuera se habla con frecuencia de la soledad, como si existiera un solo tipo de soledad, pero nada es tan feroz como la soledad del manicomio. En aquella despiadada repulsión por todas partes se meten serpientes de tu fantasía, picaduras del dolor físico, la aquiescencia de un catre sobre el que babea la otra enferma que está a tu lado, más arriba. Una soledad de los olvidados, de los culpables. Y tu camisión se vuelve insustituible, y también los harapos que llevas puestos porque únicamente ellos conocen tu verdadera existencia, tu verdadero modo de vivir.

Alda Merini, *La otra verdad: diario de una diversa*, 2019.

El diario de Alda Merini (2019) es un relato de horror y dolor, ella misma equipara el manicomio a las visiones dantescas del Infierno. Sus descripciones prolijas y directas logran transmitir de manera vívida la atmósfera de suciedad del lugar. «Por todas partes parecía el fin de mundo» (Merini, 2019, p. 19). Sin embargo, en medio de este sombrío panorama, también se encuentran destellos de vida y amor en sus palabras, ya que entre los internos florece el cariño y la ternura.

Merini era apenas una niña cuando la internaron en el manicomio. En ese momento tenía dos hijas, un esposo y había experimentado episodios de fatiga y desasosiego. Estos problemas se agravaron tras la pérdida de su madre y la falta de comprensión de su esposo. Un día, agotada por el trabajo, decidió escapar. Su esposo llamó a la ambulancia y la ingresaron en el manicomio. Era el año 1965, una época en la que, según su relato, los hombres tenían el poder de tomar decisiones sobre la vida de las mujeres.

Fui ingresada sin mi consentimiento. Ignoraba la existencia de hospitales psiquiátricos pues nunca los había visto, pero cuando me encontré dentro creo que enloquecí en el mismo momento en que me di cuenta de haber entrado en un laberinto del cual tendría muchas dificultades para salir. (Merini, 2019, p. 18)

A través de su relato, Merini problematiza la cuestión de la soledad, el abandono y el estigma de las personas psiquiatrizadas. Además, describe detalladamente las violencias y los castigos, las contenciones químicas y mecánicas, los electrochoques y los horrores que se vivían en el manicomio.

Por la noche cerraron las rejas de protección y se produjo un caos infernal. De mis vísceras partió un aullido lacerante, una invocación espasmódica dirigida a mis hijas y me puse a gritar y a patear con todas las fuerzas que tenía en mi interior. Como resultado fui atada y acribillada a inyecciones. (Merini, 2019, p. 18)

Debido a la medicación que le habían inyectado y la angustia de encontrarse encerrada, relata que cuando la ingresaron permaneció en estado catatónico durante tres días. Aunque su esposo fue a buscarla después de algunos días, en ese momento ella decidió no regresar con él. Esta elección, según cuenta, la pagó con diez años de castigo.

tratan sobre el secuestro psiquiátrico, uno es ficticio y el otro es real y, no sabría decir cuál de los dos me parece más surrealista. El link de la entrevista, *Emilio: Preso en un psiquiátrico*. Véase: <https://www.rtve.es/play/audios/mi-gramo-de-locura/gramo-locura-emilio-presos-psi-quiatrico/6797546/> [Consulta: 5 de febrero de 2023].

\* \* \*

Conversando con Marta sobre el encierro psiquiátrico, destaca la dificultad de salir: «de la cárcel cuando cumples la pena por el delito sales, del psiquiátrico no es tan fácil salir»<sup>297</sup>. Según afirma si tienes un diagnóstico en cualquier patología que no es psiquiátrica, tienes libertad para decidir si quieres ingresar en un hospital y recibir tratamiento; sin embargo, en el caso de un diagnóstico psiquiátrico, puedes ser ingresada de forma involuntaria. Además, relata que, al ingresar en un hospital psiquiátrico, te coaccionan para que firmes un ingreso voluntario:

Claro yo no quería ingresar entonces te quieren obligar a que hagas el ingreso voluntario entonces están ahí forzándote ¿no? tienes que firmar que vas a ingresar por qué tienes que firmar na na na y al final firmas coaccionadamente<sup>298</sup>.

Después de firmar el ingreso en un hospital psiquiátrico, salir no es una tarea sencilla. En un ingreso psiquiátrico los derechos civiles quedan en suspensión y se requiere la intervención de un juez para decretar si se permite el alta judicial o el ingreso involuntario. Marta comenta que su estado de sobremedicación era tan grave que ni siquiera puede recordar si el juez acudió a decretar su ingreso involuntario, a pesar de haber suplicado que la dejaran salir:

Entonces claro yo no quería estar allí, pero también estaba muy drogada, entonces al decir que me quería ir, pues no lo recuerdo porque al estar tan drogada no recuerdo, pero se ve que cuando tú manifiestas que no quieres estar allí y que quieres salir, tiene que venir un juez para decretar el ingreso involuntario. Pues supongo que harían eso, pero yo no sé ni de juez ni nada porque en los informes no aparece y entonces pues nada, pues estuve allí mogollón de tiempo<sup>299</sup>.

El relato de Marta plantea ciertos interrogantes sobre la transparencia y la salvaguardia de los derechos de las personas psiquiatrizadas. En ese sentido, Marta considera que los ingresos psiquiátricos no deberían ser tan prolongados ya que, por su propia experiencia, una semana es suficiente para calmarse de una crisis: «A ver si estás en una crisis, yo por mi experiencia, en una semana me he calmado y no necesito estar un mes encerrada»<sup>300</sup>. De hecho, afirma que las monjas que dirigían el psiquiátrico en el que estuvo tienen un negocio montado en el que exigen un ingreso mínimo de un mes, pero Marta lo tiene claro: «no necesitas un mes para calmarte»<sup>301</sup>.

---

<sup>297</sup> Al escuchar estas palabras, es imposible no recordar la película *Alguien voló sobre el nido del cuco* de Miloš Forman (1975), basada en la novela homónima de Ken Kesey. Esta película arroja luz sobre la situación de los manicomios en los Estados Unidos y pone de manifiesto el desmedido poder de una enfermera que maltrata a los internos. Jack Nicholson interpreta a Randle McMurphy, un ladrón que finge ser loco para eludir su condena en prisión. Sin embargo, su intento de restaurar la dignidad de sus compañeros se traducen en su lobotomización como castigo, todo ello por atreverse a desafiar a la autoritaria enfermera. Al final, como bien señala Marta, en la cárcel cumples la condena por el delito y eventualmente sales, pero del psiquiátrico no es tan fácil salir; Randle McMurphy, desde luego, no lo logra.

<sup>298</sup> 6. Marta: 62.

<sup>299</sup> 6. Marta: 63.

<sup>300</sup> 6. Marta: 72.

<sup>301</sup> 6. Marta: 72.

Rosa concuerda con la postura de Marta en cuanto a que los ingresos prolongados en psiquiatría no son beneficiosos ya que pueden contribuir al aislamiento y a la desarticulación de las redes de apoyo, lo que hace que la persona pierda el contacto con la realidad. Sin embargo, Rosa cree que hay algunas excepciones en las que un ingreso corto puede ser útil, evidentemente, dependiendo de la unidad y de la razón por la que se ingrese. Rosa ilustra su punto de vista de la siguiente manera:

Los ingresos... es muy subjetivo, depende de la unidad y depende por qué entraste. O sea, si tú necesitas a lo mejor una semana de ingreso y a ti te meten ahí un mes, pues no te han hecho ningún favor, sino todo lo contrario. Porque sales peor, además si te meten mucha medicación sales mucho peor. Luego hay otro problema, es que te aíslan del resto de la sociedad. Si tú más o menos vas teniendo una vida normalizada, vas yendo a un centro cívico, vas haciendo amigos... si te meten en un ingreso largo todo esto se rompe. Claro después del ingreso vuélvelo a coger. Es cierto que hay gente que ha hecho un ingreso, que se ha parado un poco y que le ha podido venir bien, puede ser que sí. Yo por lo que he visto, un parón de unos días, sobre todo para que la persona diga hostias, porque igual empezaba a estar ya en un sistema de psicosis, para parar un poco, igual sí. Pero más no, es que ya te vas de la realidad de la sociedad<sup>302</sup>.

Kate Millett (2019) en su *Viaje al manicomio*, cuestiona en repetidas ocasiones la capacidad terapéutica del manicomio, afirmando que el encierro lleva a la locura y la cronicidad: «El mismo manicomio es una insensatez, una anomalía, un cautiverio aterrador, una privación irracional de todas las necesidades humanas; conservar la razón dentro de un lugar así supone una lucha abrumadora» (p. 351). Ante la dificultad de mantener la cordura en el manicomio, Millett se pregunta: «¿Cómo aguantar? ¿Cómo conservar la cordura, no despeñarte por el precipicio? Está tan cerca, cuesta tanto no sucumbir...; el lugar está construido para que te rindas» (p. 337). Siguiendo la misma línea de pensamiento, Merini (2019) sostiene que el manicomio fue lo que la hizo enfermar:

La ausencia, la confusión, llegaron después, como consecuencia de los fármacos y de los continuos maltratos por parte de los enfermeros y del ambiente. Por lo tanto, no estoy segura al definir mi enfermedad como algo que «llegó por sí misma», y me siento más cómoda al decir que, en todo caso, fue causada, modificada y agravada por la asistencia inadecuada y perjudicial del manicomio. (p. 97)

Las colaboradoras señalan la misma paradoja que Alda Merini (2019) y Kate Millett (2019), afirmando que el manicomio es un lugar que se supone terapéutico pero que, en realidad, provoca trauma y malestar. Una *stultifera navis* anclada en la ciudad, que se convierte en un espacio desolador, incierto y adverso (Martínez-Hernández, 1998).

### 6.3.3.2. Hice Ver como que No había Ocurrido Nada

En un contexto de encierro psiquiátrico, parece que la institución tiene un poder aplastante. No obstante, los testimonios de las colaboradoras muestran que, a pesar de la relación asimétrica

<sup>302</sup> 2. Rosa: 110.

existente entre los profesionales y las personas internadas, siempre hay cierto grado de libertad de acción para abrir espacios para la resistencia y la transformación. Mariona, por ejemplo, a pesar de haber sufrido violencia y maltrato psiquiátrico durante su hospitalización —la violenta y traumática «bienvenida» al ingreso—, y a pesar de estar atrapada en el trauma de la contención, logró disimular y mostrar una apariencia de bienestar para poder salir:

Yo durante los días que estuve ingresada, hice ver como que no había ocurrido nada. Pero porque yo quería salir de ahí. Yo no quería estar ahí dentro, ver lo que veía. Y yo incluso, animaba a otras personas. Yo cogí el número de todas las personas que salían, para intentar contactar con ellas y ver cómo estarían después. Pero al final no he sido capaz, porque cuando salí de ahí estaba mucho peor que cuando entré<sup>303</sup>.

De la explicación de Mariona me interesa destacar cómo la supuesta aceptación de las normas, la simulación del rol del paciente y la conformidad con el tratamiento durante el ingreso se convierten en una estrategia para salir lo antes posible del espacio adverso del encierro psiquiátrico: «Yo salí porque mi pareja intercedió y dijo que iba a seguir un tratamiento psiquiátrico. Yo decía que estaba súper bien, le decía a la psiquiatra que tenía ganas de recuperarme, y salí»<sup>304</sup>. Durante su ingreso, mostró buen comportamiento, disposición a seguir un tratamiento psiquiátrico, aceptando medicarse para ajustarse a la «normalidad» y performando la *adaptación social* y la *adecuación psicológica* (DeVos, 1981) necesarias para cruzar la línea al otro lado del encierro.

De acuerdo con las palabras de Mariona, se puede inferir que existe una capacidad para desafiar y transformar la situación de encierro y negociar dentro del contexto psiquiátrico, lo cual sugiere que, aunque existan formas de poder dominantes, siempre existe un espacio micro de resistencia por donde se tamiza la agencia para tejer estrategias de salida y buscar formas de supervivencia y dinámicas de cambio. Mariona logra fingir su aceptación del tratamiento y la enfermedad para poder escapar del poder coercitivo del encierro. Sus palabras muestran la conciencia reflexiva que tiene sobre su propia situación: «Yo no quería estar ahí dentro, ver lo que veía». De esta manera, esta conciencia le permite construir una práctica de resistencia y subversión, y se observa que la adaptación al contexto social no emerge de una voluntad real de someterse al saber experto, al contrario, es una expresión crítica de subversión que despliega frente al poder y canaliza a través de fingir que todo está bien.

Sin embargo, no quisiera reproducir aquí una visión en la que los conceptos de poder y resistencia se presenten como una simple contraposición dialéctica. Pues, siguiendo la lógica foucaultiana, las relaciones de poder y de resistencia están siempre conectadas y profundamente atravesadas entre sí. En esta línea, la agencia de Mariona para hacer ver que no había ocurrido nada, analizada según el planteamiento de Sherry Ortner (2016), se entiende como una compleja articulación de las prácticas cotidianas que atraviesan y se sitúan en la intersección de las relaciones de dominación y resistencia. Mariona toma decisiones estratégicas, para sobrevivir

---

<sup>303</sup> 1. Mariona: 57.

<sup>304</sup> 1. Mariona: 67.

en una estructura opresiva como es el encierro psiquiátrico y aprende tácticas de resistencia con el fin de salir y recuperar su vida. Este aprendizaje no se reduce a una simple adaptación, sino que implica la asunción de una identidad patológica como forma de resistencia al poder psiquiátrico y la creación de una *línea de fuga* (Deleuze y Guattari, 2010). Aunque desde la perspectiva psiquiátrica, este proceso podría definirse como que Mariona adquiere «conciencia de la enfermedad», en realidad, se trata de una decisión consciente que toma Mariona de ajustarse al rol del paciente y dar la razón al psiquiatra para obtener el alta. Su aparente obediencia se trata, entonces, de un desafío.

Judi Chamberlin (1988) relata una táctica similar a la de Mariona:

Así que apreté los dientes y dije al personal lo que querían oír. Les dije que apreciaba su ayuda. Les dije que estaba contenta de estar en un ambiente seguro del hospital. Dije que sabía que estaba enferma y que quería mejorar. En resumen, mentí. No lloré ni grité ni les dije que los odiaba a ellos, a su hospital, a sus medicamentos y a sus diagnósticos, aunque eso era lo que realmente sentía. (p. 49)<sup>305</sup>

### 6.3.3.3. Aprendí a Responderle: No Tengo la Paranoia

A pesar de que la relación con el poder psiquiátrico es asimétrica y excluye las interpretaciones de las personas psiquiatrizadas, las colaboradoras demuestran una gran capacidad para resistir y encontrar formas creativas de sobrevivir en un espacio tan limitado como es una unidad de agudos de psiquiatría. Por ello, si se trata de construir tácticas de vida, mentir también es una opción. Así lo explica Esperanza:

A mí en los dos ingresos me tocó el mismo psiquiatra, pero, no me voy a quejar de él porque bueno, dentro de lo que cabe lo hacía lo mejor que sabía el hombre. Más que nada cuando me preguntaba ¿sigues teniendo la paranoia de que te ponían en la mascarilla del pelo productos venenosos? Claro, porque esa era una de las paranoias que tenía, es que tenía muchas paranoias entonces, con el brote psicótico. Entonces yo aprendí a responderle: no, no tengo la paranoia, aunque la siguiera teniendo. Pero era más que nada para que me dejara salir de allí<sup>306</sup>.

No existen relaciones de poder sin estrategias de resistencia (Foucault, 2019) y hay una capacidad de renegociación de la libertad por donde se diluye el arte de la astucia de Esperanza para manipular al psiquiatra a través del enmascaramiento de sus síntomas psicóticos. Considerando que el poder psiquiátrico es un poder omnímodo y autoritario con el que es difícil dialogar, y en vista a la dudosa capacidad de mejora en un entorno de encierro que se percibe como tan opresivo y carcelario, a Esperanza le resulta más conveniente ocultar sus paranoias y no reconocer las experiencias inusuales para evadir ese poder.

<sup>305</sup> Traducción propia.

<sup>306</sup> 7. Esperanza: 111.

Por lo tanto, si se reconoce la psiquiatría como un obstáculo para la mejora se trata de desafiar esa situación. Así, se produce un proceso de aprendizaje estratégico vinculado a la propia experiencia del encierro, en el que las colaboradoras adquieren saberes y estrategias que les permiten descubrir formas de resistencia contra el espacio opresivo de la institución psiquiátrica. Las colaboradoras realizan una representación estratégica, aprenden a fingir la conciencia de la enfermedad y a no reconocer los síntomas, como las voces o el delirio, para evitar el aumento de la medicación o al menos, para no sentirse tan atrapadas en el angosto espacio manicomial. Pues, durante el encierro, si una persona psiquiatrizada confiesa tener paranoias o seguir escuchando voces, la respuesta es el aumento de la medicación y, al mismo tiempo, las posibilidades de salir del régimen de internamiento disminuyen drásticamente.

Al final, incluso en las situaciones más adversas, las colaboradoras demuestran una conciencia reflexiva sobre su propia situación, lo que les permite politizar su cotidiano y desarrollar tácticas y prácticas creativas y de resistencia para enfrentar las dificultades y tratar de tejer *líneas de fuga*. De esta manera, las acciones que describen Marion y Esperanza, de fingir que se ajustan correctamente al único rol permitido y posible en las disposiciones del poder psiquiátrico, tales como «decirle a la psiquiatra que quiero recuperarme» o «fingir que no tengo paranoias», quizá sean las únicas herramientas, micro resistencias a modo de ajustes secundarios (Goffman, 2019), que pueden usar para tratar de renegociar o, al menos, mejorar sus opciones y lograr pequeñas dosis de autonomía y libertad en un contexto tan restrictivo y violento como es la institución psiquiátrica.

En síntesis, en las relaciones de poder, las posibilidades de resistencia son reales, ya que el poder no es algo fijo y determinado de manera permanente, sino que está en constante transformación. En ese sentido, se podría decir que donde hay poder hay resistencia, pero que donde hay resistencia también hay poder. Sin embargo, como ya he referido, no quiero presentar la resistencia de las colaboradoras limitándola a una reacción al poder psiquiátrico, mientras el poder produce castigos y sanciones. Considero, siguiendo la lógica foucaultiana, que ambos términos —los poderes y las resistencias—, deben ser analizados en su capacidad de producir y crear. Así, a pesar de estar en un contexto de dominación, la perspectiva crítica que tienen las colaboradoras sobre ese contexto opresivo y sobre su propia situación, es lo que les permite tratar de construir un espacio de libertad y autonomía para mejorar sus condiciones y paliar las consecuencias de la psiquiatrización y la violencia institucional psiquiátrica. Porque, al final, resistir es crear, y donde hay resistencia hay poder, pero también hay un proceso de aprendizaje en el que los saberes, las estrategias y la agencia de las colaboradoras emergen como subterfugio del poder psiquiátrico, y propician espacios creativos de adaptación, resignificación, emancipación y supervivencia cultural.

Este apartado dedicado al encierro psiquiátrico ha comenzado con una fotografía de Basi y con otra fotografía suya termina. En realidad, esta ilustración es una captura de pantalla de un video que Basi me envió. Es un video de aproximadamente un minuto en el que el pajarillo, que se encuentra posado en la rama (se aprecia como una pequeña bolita en el centro de la imagen), salta de rama en rama mientras la cámara lo sigue con su enfoque. Basi filmó este video durante uno de sus paseos después de su salida del ingreso. He decidido incluir esta imagen, aunque el pajarillo apenas sea visible, porque en esta ocasión no hay rejas que lo limiten. Ambos pajarillos, representando a Basi y el pajarillo de la imagen, ahora vuelan en libertad. Basi, 3 de agosto de 2021.

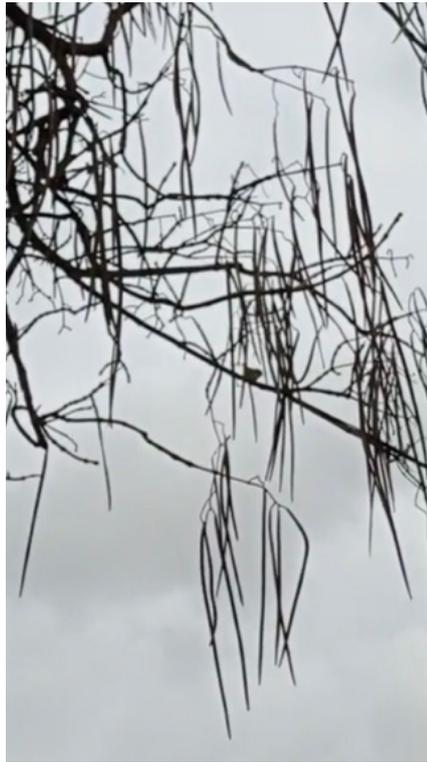


Ilustración 32. Pajarillo en libertad.

### 6.3.4. Contenciones: Locos son los que Atan



Ilustración 33. *Ingrés Involuntari.*

Autora: Marta Jiménez Fuentes, Antropóloga Social y Cultural, 2021.

«He comprobado en mi último ingreso que las contenciones en Martorell siguen practicándose como protocolo en ingresos involuntarios. Por favor, difunde este cómic.»  
Mensaje enviado por Marta el 4 de noviembre de 2021.

### 6.3.4.1. La Cultura de Atar: Que te Aten a ti a ver cómo te Relaja

A veces, en los hospitales psiquiátricos instalaban camas improvisadas, colchones de paja tirados en el suelo. Y, si levantabas los ojos, veías los pies atados del vecino. Sobre uno de estos colchones, recuerdo, permanecí durante seis meses, y el suelo estaba frío, pero yo levantaba la vista y miraba el cielo, y también al sol, y sentía el calor infinito de mi pobreza.

Alda Merini, *La otra verdad: diario de una diversa*, 2019.

Fui atada a mi cama inmediatamente con las correas de contención, y durante una semana entera permanecí en aquella posición incómoda, sin poder ver a nadie.

Alda Merini, *La otra verdad: diario de una diversa*, 2019.

La contención mecánica es una de las cuestiones más relevantes en la lucha del activismo loco y una de las prácticas que más han criticado las colaboradoras de la investigación. Este procedimiento consiste en atar a una persona a la cama con correas, sujetándola de la cintura, las muñecas y tobillos para evitar que se mueva. Es importante destacar que la Organización de las Naciones Unidas (ONU) considera esta práctica como una forma de tortura, sin embargo, su uso es común en las unidades de psiquiatría. Además, el movimiento con el lema #0contenciones visibiliza y lucha contra las contenciones mecánicas<sup>307</sup>. Por otra parte, la contención química se realiza mediante la administración de fármacos como antipsicóticos y benzodiazepinas, que limitan las capacidades funcionales de la persona. Este tipo de contención también se aplica sin el consentimiento de la persona que va a ser contenida y sin darle ninguna explicación sobre el tratamiento que va a recibir. En muchos casos la contención química y mecánica se aplican de forma simultánea.

Una opinión que se repite con frecuencia entre las colaboradoras es que los profesionales *psi* no están capacitados para manejar el dolor y lidiar con el sufrimiento ajeno. De acuerdo con Esperanza, esto lleva a una sobreutilización de prácticas restrictivas como la contención mecánica: «es que no les enseñan a tratar con un paciente que está en un brote psicótico o en una crisis, no saben cómo tratarlo, es que no se lo enseñan, solo saben atar»<sup>308</sup>. Esperanza indica que, durante un brote psicótico, una persona no necesita ser tratada con violencia, sino todo lo contrario: «es importante no invadir su espacio personal»<sup>309</sup>.

Cuando en el marco del activismo da conferencias a profesionales *psi*, a Esperanza le sorprende que algunos psiquiatras de las nuevas generaciones sigan defendiendo la cultura de la coerción

<sup>307</sup> Véase la página <https://www.0contenciones.org> [Consulta: 9 de noviembre de 2021].

<sup>308</sup> 7. Esperanza: 101.

<sup>309</sup> El siguiente artículo titulado *#0contenciones: Se agitan porque atamos*, presenta una entrevista a Olaia Fernández, una psiquiatra que actualmente es activista de La Porvenir. En esta entrevista, Olaia narra su experiencia como psiquiatra en un centro de La Mancha que no estaba habilitado para la atención psiquiátrica. Durante la entrevista, ofrece reflexiones muy interesantes sobre la arraigada cultura de la coerción en psiquiatría. En dicho centro, no disponían de correas para la contención de pacientes, y a medida que el tiempo pasaba, se dieron cuenta de que no se presentaban situaciones de violencia. Esta observación plantea cuestionamientos sobre la necesidad de la coerción en psiquiatría, ya que como ella misma afirma «se agitan porque atamos». Véase: <https://madinspain.org/0contenciones-se-agitan-porque-atamos-entrevista-a-olaia-fernandez-redaccion-mad-in-america-hispanohablante/> [Consulta: 17 de noviembre de 2022].

y la necesidad de recurrir a la contención mecánica: «fíjate qué curioso un psiquiatra joven que me dice que atar es necesario, que hay que atar a los pacientes, que si no atas a ver cómo lo haces...»<sup>310</sup>. En estos espacios de formación, Esperanza comparte su experiencia personal al respecto y brinda algunas recomendaciones para acompañar a una persona que está atravesando un momento de crisis profunda. Según ella, es importante el diálogo y el respeto en lugar de recurrir a la contención mecánica. Sin embargo, Esperanza se da cuenta del peso que tiene el paradigma de la involuntariedad y la coerción en la institución psiquiátrica: «entonces yo le daba las pautas a seguir para no atar. Es lo que yo he ido aprendiendo con mis años, con lo que yo he vivido. Pero me he encontrado algunos residentes que estaban muy reacios»<sup>311</sup>.

Dunia reivindica que haya espacios seguros y voluntarios donde acudir en momentos de crisis, pero sobre todo que sean espacios libres de violencia:

Espacios libres de la violencia. Sobre todo, libre de violencia, porque yo en mi caso si lo digo, y lo he experimentado, es una violencia sistemática por parte de los psiquiatras y los profesionales de la salud mental. Y ya está. Es como el tema de la violencia policial pues lo mismo, pero con los psiquiatras. Yo lo siento mucho porque sé que hay excepciones, pero bueno también pasa con los policías, hay excepciones, pero no es el caso porque es un problema sistemático<sup>312</sup>.

Resulta interesante el paralelismo que realiza Dunia entre la violencia del poder psiquiátrico y el poder policial. Ambos poderes conforman un dispositivo que tiene una tradición punitiva, que permite el ejercicio de la violencia de manera arbitraria y que produce muerte. En las plantas de psiquiatría se violan los derechos humanos por protocolo, por lo tanto, como ya he indicado y tal y como afirma Dunia, es una institución que «ejerce una violencia sistemática»<sup>313</sup>.

La contención para Dunia es una tortura:

La contención mecánica es una tortura, pero vamos, con todas las letras. Y hay mucha gente que piensa que esto no se hace, o que solo se hace en los manicomios o los psiquiátricos permanentes, con personas psicóticas, quiero decir que a lo mejor se piensa que solo es en casos muy extremos. Que únicamente se contiene a una persona que está con muchos cuchillos en la mano a punto de matarse o matarte. Pero la verdad es que en el momento que tú verbalizas que quieres hacerte daño o si has tenido un intento de suicidio te atan. En mi caso, a mí me ataron con 14 años por autolesionarme. Pero la gente no se piensa ni cree que eso pasa, que atan a una niña de 14 años. La verdad, con 14 años... a mí eso me parece, ahora lo pienso, y te lo juro, cada vez que pienso que a mí me hicieron eso, con 14 años...<sup>314</sup>

Por ese motivo, se aprende a ocultar cuestiones como la ideación suicida o las autolesiones, porque tal y como explica Dunia, el hecho de verbalizar ante un profesional del *psistema* que tienes

---

<sup>310</sup> 7. Esperanza: 100.

<sup>311</sup> 7. Esperanza: 101.

<sup>312</sup> 4. Dunia: 143.

<sup>313</sup> Cabe mencionar que, dentro del activismo loco los colectivos que son más antipsistema emplean la variante APAB *All psy are bastards* —todos los *psi* son bastardos—, que proviene de la sigla ACAB de la frase inglesa *All cops are bastards* —todos los policías son bastardos—, que se usa para denunciar la brutalidad policial.

<sup>314</sup> 4. Dunia: 147.

ganas de morir conlleva un ingreso hospitalario, contenciones y el aumento de la medicación. En ese sentido, no es que haya una prohibición tácita a hablar sobre estos temas, pero se aprende *mientras tanto* (Soto, 2021) que ciertas cuestiones conllevan un castigo, y se va asimilando qué puedes decir, a quién se lo puedes decir y cómo y dónde se lo has de decir. Sin embargo, esta dinámica implícita de sanción contribuye a la invisibilización y el silenciamiento de experiencias que se convierten en un tabú en el *psistema*, y que, tal y como refiere Dunia, sería importante poder problematizar desde un espacio seguro y libre de violencia.

A mí me han hecho las contenciones mecánicas dos veces. Una vez cuando tenía 14 años, y la segunda vez fue en el primer ingreso, que tuve ya de adulta. Que fue en el segundo año de carrera, cuando tenía yo 18 años, y fue también porque me autolesioné. Yo estaba muy mal, me autolesioné y me ataron. Estuve toda la noche atada y estuve suplicando que no lo hicieran. Pero lo que me dijo la psiquiatra era que ella no podía arriesgarse a perder su trabajo, por si yo hacía cualquier tontería durante la noche, y no se podía fiar de mí. Básicamente me dijo que era por eso. Me ataba para que ella no perdiera su trabajo, porque no se fiaba de mí. Cuando en ese psiquiátrico una de las cosas que ellos presumen, es que tienen una sala específica, para pacientes que están agitados, que necesitan calmarse. Es como una sala en la que no hay ninguna cama es una sala que está como mucho mejor decorada, o sea, tiene como un panel de un paisaje, tiene un montón de sillones, tiene una mesa... Ahora mismo no me acuerdo qué más, tenía unas plantas creo, era una sala como más insonorizada, pero con un sofá para tranquilizarte, por si estás con un ataque de ansiedad. Como medida para evitar tantas contenciones mecánicas. Pues yo no entiendo por qué me ataron ese día a mí, teniendo esa sala específica para calmar, pero bueno<sup>315</sup>.

Según el relato de Dunia, la psiquiatra le explica que la ata a la cama porque no quiere perder su trabajo, ya que no se fía de lo que Dunia pueda hacer en su ausencia. Sin embargo, detrás del miedo a que Dunia se pueda autolesionar, se esconde la noción violenta, la violencia como poder. Resulta contradictorio pensar que la psiquiatra no quiere correr el riesgo de que Dunia se autolesione, pero si le parece adecuado correr el riesgo que conlleva contener químicamente a una niña. No quiere correr el riesgo de que Dunia se autolesione, pero si le parece bien correr el riesgo de atarla y agarrotar todas sus extremidades, considerando el malestar y el trauma que genera una contención. No quiere correr el riesgo de que Dunia se autolesione, pero si le parece bien correr el riesgo de dictaminar un ingreso largo, en una unidad de agudos en la que Dunia se siente en peligro y con riesgo de sufrir un abuso sexual, y que además se desvincule de sus estudios, de sus amistades, de su red social y que, en definitiva, se le impida poder crecer y vivir. Tal vez habría que cuestionar y reevaluar la noción del riesgo y la violencia, así como reflexionar sobre por qué alguien tiene el poder de dictaminar qué riesgos son aceptables y cuáles no.

Parece que debería ser básico que un médico no hiciera daño a un paciente, el *primum non nocere* es la máxima en la ética médica que ha acompañado a la medicina desde sus inicios<sup>316</sup>. No obstante, el dispositivo psiquiátrico reproduce y mantiene una cultura de la coerción de la que le

<sup>315</sup> 4. Dunia: 159-161.

<sup>316</sup> Se traduce como «primero no hacer daño» o «sobre todo no hacer daño», esta frase se le atribuye a Hipócrates y significa que la responsabilidad del médico no se limita solo a curar las enfermedades, sino también a asegurarse que el tratamiento sea beneficioso y no cause daño adicional.

cuesta desprenderse. Esto se debe a que el paradigma de la involuntariedad se ha naturalizado y no se cuestiona, —tal y como defienden los jóvenes residentes que ha conocido Esperanza o la psiquiatra que ata a Dunia «por si acaso»—, y existe un compromiso compartido entre la mayoría de los profesionales de aplicar la contención, considerándola como algo necesario y justificado en determinadas circunstancias. En ese sentido, la coerción y la involuntariedad funcionan como principios centrales de la organización en el *psistema*. Constituyen el lugar desde el cual los profesionales desarrollan y orientan sus acciones, pero el cual nunca cuestionan; es decir, es el lugar desde el cual piensan, pero sobre el cual nunca piensan. Como plantea Erro (2021), esta cultura tan arraigada de la coerción ha llevado a que los profesionales puedan atar a una persona durante veinte horas sin cuestionar su acción, mientras que cualquier otra persona consideraría esto una barbaridad. De alguna manera, se da por supuesto que en el ámbito de la psiquiatría atar es una práctica necesaria e inevitable.



Ilustración 34. Cero Contenciones.

Publicado en la cuenta de Insania\* colectivo anticarcelario de personas supervivientes de la psiquiatría (29 de enero de 2021). El dibujo es la portada del cómic de Montse Batalla y Xevídom (2020) «*Manicomio: una historia real*». Y dice: solo una persona violenta puede creer que esto es terapéutico.

El discurso psiquiátrico legitima las contenciones mecánicas justificando que se aplican para evitar que la persona se autolesione o dañe a los demás. El lenguaje psiquiátrico lo denomina «contención mecánica terapéutica». Sin embargo, esta nominación dista mucho de las apreciaciones y las descripciones que realizan las personas que han sufrido una contención, que manifiestan que sería antes una tortura que una acción que pueda categorizarse como terapéutica.

Llama la atención aquí el carácter heteroglósico del discurso sobre las contenciones en el que se percibe una tensión entre el lenguaje de las colaboradoras y el lenguaje experto. Se observa el choque entre los dos saberes. El saber encarnado y de la experiencia que ha sufrido las contenciones en *primera persona* emplea un lenguaje descriptivo y desgarrador cuando afirma

que «te atan a la cama». Por su parte, el lenguaje técnico del saber experto emplea un término eufemístico cuando indica que aplica una «contención mecánica terapéutica».



Ilustración 35. ¿Contención terapéutica?

Publicado en la cuenta de Orgullo Loco (10 de enero de 2022). Meme que hace alusión a la ruptura y la tensión del lenguaje del saber experto que emplea el eufemismo de la contención «contención mecánica terapéutica» y la respuesta del activismo loco sobre las contenciones «que te aten a ti a ver cómo te relaja».

Cuando desde el discurso psiquiátrico se habla de los protocolos de ingreso y la aplicación de contenciones parece que estas acciones fueran una práctica natural e incuestionable, sin tener en cuenta que detrás de cada contención está la orden de un psiquiatra y una serie de profesionales que ejecutan cada acción que hace que una persona termine atada de manos, tobillos y cintura a una cama durante varias horas. En este contexto, se desata una lucha simbólica entre los dos saberes, en la que se disputa la narrativa y las palabras que se utilizan para describir la experiencia de la contención.

Esta confrontación enfrenta al saber experto, representado por el discurso psiquiátrico, con el saber basado en la experiencia de quienes viven dichas contenciones, en una batalla por el control del discurso y el significado de las palabras. Se juega en la lengua, una lucha de poder por las palabras y con las palabras. Se reconoce, siguiendo a Derrida (1971), que las realidades no son objetivas ni independientes ya que, al nombrarlas a través del lenguaje, se les está otorgando también una interpretación. En este sentido, si el lenguaje construye realidades, resulta difícil cuestionar la legitimidad de una práctica autodenominada terapéutica. Por esta razón, las colaboradoras luchan por la hegemonía del relato y constantemente hacen referencia a lo que para ellas significa una contención: un acto de maltrato psiquiátrico, una violencia institucional y una grave vulneración de los derechos humanos más básicos<sup>317</sup>. De esta forma, sus discursos

<sup>317</sup> El lenguaje desempeña un papel fundamental en la comprensión y la interpretación de nuestras experiencias.

se contraponen estratégicamente a los discursos hegemónicos de la psiquiatría, en una dialéctica que se convierte en un campo de batalla, en la que buscan sustituir o al menos cuestionar el paradigma tan naturalizado de la coerción y hacer visible el verdadero significado que, desde su perspectiva, se esconde detrás del eufemismo de la contención mecánica terapéutica: «que te aten a ti a ver si te relaja».

#### **6.3.4.2. El Trauma: No Sabes qué han Hecho con tu Cuerpo Mientras Duermes**

Una de las principales reivindicaciones de las colaboradoras es que se prohíba atar a las personas a la cama en las unidades de psiquiatría. Precisamente esto es lo primero que Esperanza me señala cuando la conozco, me revela que ella está en el activismo para terminar con las contenciones. Según explica, atar a alguien a la cama es una forma de deshumanización y maltrato que se inflige en una situación de fragilidad extrema, en un momento en la vida de persona en el que es enormemente vulnerable. Por eso, su lucha es para abolir las contenciones y afirma con vehemencia: «yo no tengo miedo a la muerte, yo tengo miedo a que me aten»<sup>318</sup>. Las palabras de Esperanza suenan como un grito de desesperación, un grito, cabe indicar, que se produce desde un contexto y un lugar de dolor, un discurso que es casi una provocación, que pudiera pensarse hasta excesivo, si no fuera porque es un grito de desafío que responde a sus razones vitales y a sus inquietudes más profundas.

Atar a una persona a la cama pensando que así se va a calmar es un sinsentido para quien ha vivido una contención en primera persona. Sin lugar a duda, que te aten se percibe como una práctica muy violenta, igual que la administración forzada de fármacos o un ingreso involuntario. Rememorando los ingresos que ha sufrido, Esperanza destaca la violencia y la fuerza excesiva empleada durante el proceso de la contención:

Abrieron la cortina cuatro hombres fuertes, y vinieron con la camilla, y me violentaron muchísimo, con agresividad, ellos sí que mostraron agresividad, yo no. Uno me cogió una mano, otro me cogió la otra, otro me cogió un pie, y el otro me cogió el otro pie, y me ataron. Así fue como me ataron. Me violentaron, o sea muy fuerte, muy fuerte, muy fuerte, yo cuando lo recuerdo es muy fuerte<sup>319</sup>.

Por su parte, Mariona, se lamenta de que después de salir del ingreso psiquiátrico, estaba mucho peor de lo que estaba antes de entrar debido al trauma de la contención. Este trauma la persigue incluso mucho tiempo después de salir del hospital pues, Mariona tiene miedo de dormir y despertar nuevamente atada en el psiquiátrico. Así, en una anáfora de dolor, repite hasta el

---

Es probable que algunas personas que han experimentado un ingreso psiquiátrico y una contención no lo perciban como una vulneración de sus derechos o como «violencia psiquiátrica», y quizá estas expresiones les parezcan exageradas. Sin embargo, para muchas otras personas, como las colaboradoras, estas experiencias son definidas como violentas. Esto demuestra cómo las palabras y los significados asignados a ellas pueden variar según las vivencias individuales y las perspectivas subjetivas. En el capítulo VIII, en el apartado *Quizá nosotras somos las palabras que cuentan lo que somos* (8.2), profundizo más en la idea de la perspectiva y la subjetividad en la comprensión del lenguaje y la realidad.

318 7. Esperanza: 62.

<sup>319</sup> 7. Esperanza: 77.

infinito: «el trauma de la contención, el trauma de la contención» y Mariona se queda anclada en el trauma de la contención. La contención es rememorada como una aberración, un momento muy traumático, *una ruptura biográfica* en todas sus dimensiones (Correa-Urquiza, 2018), una nueva herida asociada al encierro que se sedimenta en la vida y en la memoria de Mariona:

Pero fue al salir cuando yo me encontré que estaba peor que cuando me ingresaron. No podía dormir, tenía mucho insomnio. Sobre todo, por el tema de la contención. Porque claro yo tenía el trauma de la contención. El trauma de la contención, el trauma de la contención, y ahí estaba yo constantemente con el trauma de la contención... Porque yo, podría parecer una absurdidad, pero yo tenía miedo de dormirme y despertarme allí. De dormirme y despertar otra vez en el psiquiátrico, y tenía miedo de dormir<sup>320</sup>.



Ilustración 36. *Trauma Coming or Going.*

Dibujo de Miranda Epstein publicado en la cuenta *Mad in America* (18 de diciembre de 2021). La persona suele salir del hospital psiquiátrico con un trauma aún mayor al que tenía al entrar.

Mariona explica que cuando salió del psiquiátrico tenía miedo de dormir y volver a despertar encerrada: «es que es muy violento el hecho de ingresar en un psiquiátrico de esta manera». La práctica de la contención mecánica, que marcó su ingreso y le dio la «bienvenida» al contexto manicomial, fue una experiencia altamente violenta que la llevó a experimentar consecuencias traumáticas. Así lo recuerda: «contención mecánica entre cinco personas, sentí un pinchazo en la pierna, sentí que me ahogaba mientras me contenían»<sup>321</sup>.

Menciona que mientras la estaban conteniendo, el personal estaba más preocupado por cómo atar sus muñecas de manera efectiva que por su bienestar. Esta actitud genera indignación y hay una sensación de desamparo en sus palabras:

<sup>320</sup> 1. Mariona: 61.

<sup>321</sup> 1. Mariona: 41.

Pues como que las muñequeras eran muy grandes y que había riesgo como que yo me escapara. Y él decía: ¿qué hago? tiene las muñecas muy finas ¿cómo la ato? ¿Tú te crees que es normal que una persona a la que estás conteniendo tenga que pasar por eso? Con una persona que está más preocupada en cómo va a atarte las muñecas que por tu salud o por tu bienestar, otras es que a mí me parece muy fuerte<sup>322</sup>.

Una vez dormida Mariona recuerda que la despertaron dos veces:

Yo por ejemplo el único recuerdo que tengo de esas horas, es que me despertaron dos veces. Y creo que fue simultánea pero la primera vez me despertaron para preguntarme qué tenía en el brazo, tenía una quemada de haber cocinado en el horno. No pasa nada, pero es que soy un poco trasto y a veces me quemo es muy habitual que yo me quemé ja, ja, pues sí, un día que estaba haciendo pescado al horno pues al sacar la bandeja pues me quemé. Entonces como vieron una especie de cicatriz en el brazo pues ya se pensaban que me había intentado cortar o algo. Es decir, me despertaron después de que me habían dormido para preguntarme qué tenía en el brazo. Es que después lo encontré esto tan absurdo... Y la segunda vez que me desperté fue que me hacían la PCR. Me hicieron la PCR dormida. Me tuvieron aislada hasta que di negativo, para pasar a planta<sup>323</sup>.

Lo más problemático para Mariona, aparte de toda esta violencia narrada, es la pérdida de control sobre sí misma. Según explica, esto puede ser una experiencia re-traumatizante para alguien que, como ella, ha sufrido abusos sexuales, ya que desconoce qué ha sucedido con su cuerpo mientras estaba inconsciente: «al perder el control sobre ti misma, no sabes qué han hecho con tu cuerpo mientras duermes, y una persona que ha sufrido abusos va a pensar lo peor». No obstante, Mariona es consciente de que su etiqueta tiene peso y se lamenta: «pueden pensar que estás loca, que no siempre van a pasar estas cosas, pero es algo que tú obviamente piensas, al no tener el control sobre ti misma»<sup>324</sup>. Por este motivo, a lo largo del trabajo de campo he escuchado varias veces que es muy difícil denunciar los abusos sexuales que se cometen en las instituciones psiquiátricas, precisamente debido a que el propio diagnóstico de la víctima invalida su testimonio<sup>325</sup>, y esto hace que aún sea más complicado de denunciar<sup>326</sup>.

---

<sup>322</sup> 1. Mariona: 50.

<sup>323</sup> 1. Mariona: 63-65.

<sup>324</sup> 1. Mariona: 61.

<sup>325</sup> Esta noticia habla de la dificultad de denunciar los abusos sexuales que se producen en los hospitales. *Lucía*: «Una agresión sexual en un hospital me ha destrozado la vida» en la noticia se cuenta que la joven de 18 años estaba ingresada en el Hospital Universitario de Guadalajara por un trastorno de la conducta alimenticia, y sufrió abuso sexual por parte de un celador. Sus psiquiatras y desde el hospital lo intentaron tapar diciéndole que era mejor que no denunciara tratando de silenciar los hechos. Una vez que Lucía abandonó el hospital el celador regresó a su puesto de trabajo. Véase: <https://medicinaresponsable.com/actualidad-sanitaria/victima-agresion-sexual-hospital#:~:text=Luc%C3%ADa%20fue%20v%C3%ADctima%20de%20una,trastorno%20de%20la%20conducta%20alimenticia>. [consulta: 13 julio 2023].

<sup>326</sup> En la campaña en el blog *Orgullo Loco Denuncia* referida anteriormente, en la que se recogen testimonios sobre las violencias de la psiquiatría escritos en primera persona hay varios relatos sobre abusos sexuales sufridos en las plantas de psiquiatría, que relatan la imposibilidad de realizar una denuncia por la falta de legitimidad de las personas con un diagnóstico psiquiátrico. Véase: <https://orgullolocodenuncia.wordpress.com> [consulta: 15 octubre de 2022].

#### 6.3.4.2.1. *Con Suerte te Ponen un Pañal o te Dan una Cuña*

Según Rosa, los fines de semana es cuando más se ata y cuando las contenciones duran más tiempo. Al igual que sucede en las cárceles no hay registros disponibles que indiquen los motivos, la duración y que detallen las fechas en las que se han llevado a cabo las contenciones. Las colaboradoras reclaman que en el ingreso no se garantiza un mínimo de higiene, y relatan la humillación de tener que hacerse sus necesidades encima. «Si te aplican una contención el viernes es muy probable que permanezcas atada hasta el lunes» destaca Rosa en una de las primeras entrevistas que hicimos. Desde la ignorancia que me da el privilegio de no haber sido nunca atada le pregunté:

E: y si necesitas ir al baño tienes que llamar...

R: *qué va, con suerte te ponen un pañal o te dan una cuña. La cuña tú levantas el culo y te la puedes meter debajo del culo. Y te la dejan ahí y ya está se olvidan. Y esto con suerte, con suerte porque si no te lo haces encima, y te puedes tirar horas con los meados y los cagados encima*<sup>327</sup>.

En esta misma línea Esperanza reclama: «estuve más de 24 horas atada de pies y manos. Y esto es indignante, las cosas como son me tenían que poner una cuña para hacer mis necesidades. Porque como estaba atada no podía ni ir al baño»<sup>328</sup>.

El ingreso de Marta fue muy largo y pasó mucho tiempo atada, en ese sentido, explica que ella insistía para que la desataran para ir al baño:

Claro si yo decía me estoy haciendo pis, pues me desataban para que fuera al baño y me volvían a atar. Yo por suerte me ponía pesada y no me daba la gana de mearme en la cama, y a mí me desataban para que fuera al baño, y me desataban una mano para comer, joder, no sé cuánto tiempo me pase allí atada<sup>329</sup>.

Otra cuestión que es relevante es que según indica Marta, en el ingreso no adquieren estrategias para comprenderse o para aprender a gestionar sus síntomas:

Pero estar en ese sitio tampoco te va a ayudar, porque es un sitio que no hacen nada, nada de psicoterapia, nada de talleres, es que claro hay cosas que sí que me hubieran ayudado, ahora ya no porque ya lo he aprendido por mi cuenta... pero yo pienso que ayudaría un curso para aprender a gestionar el estrés o no sé... un taller de yoga, un taller de Chi Kung o técnicas de respiraciones para aprender a calmarte, pues eso son cosas que ayudarían y eso lo podrían hacer en un psiquiátrico si quisieran, pero no... no hacen eso<sup>330</sup>.

En ese sentido, Esperanza explica que los conocimientos que tiene de yoga le ayudaron durante la contención:

<sup>327</sup> 2. Rosa: 161-163.

<sup>328</sup> 7. Esperanza: 62.

<sup>329</sup> 6. Marta: 62.

<sup>330</sup> 6. Marta: 72.

No en mi caso, a mí lo que me ayudó mucho para sobrevivir a la contención fue que yo había hecho yoga y meditación varios años entonces el relajar la respiración, y el poder relajarme a mí misma me ayudó. Pero si yo no hubiera tenido la experiencia de la meditación y el saber controlar la respiración para relajarme pues yo no sé lo que me habría pasado. Porque como te digo además soy claustrofóbica, entonces el estar atada es doblemente duro<sup>331</sup>.

En el ingreso se sigue la narrativa de la enfermedad y se valora la conciencia de enfermedad del paciente psiquiátrico. En ese sentido, reconocerse enferma y aceptar la condición de enferma y el diagnóstico, es lo que contribuye a la consideración de la mejoría. Por lo tanto, no se trabaja en aprender a gestionar los síntomas o a resignificar sus experiencias, y esto prescribe un futuro incierto, de falta de autonomía, de autoestigma y de sujeción al servicio psiquiátrico. Una narrativa que hace que no puedas cuestionar las limitaciones que conlleva que cada una de las decisiones que se toman sean en tu nombre.

#### **6.3.4.3. La Amenaza: Te Tomas la Medicación o te Atamos**

En el cómic *Ingrés involuntari* que abre este apartado, una monja amenaza a Marta y le dice lo siguiente: «o te levantas ahora mismo o te atamos, así aprenderás a obedecer». A lo largo del trabajo de campo y conversando con las colaboradoras he comprobado que esta misma estructura amenazante de «haces lo que te digo o te ato» se repite en el psiquiátrico en las más diversas ocasiones. Esperanza sostiene que en ningún otro caso que no sea un diagnóstico de trastorno mental se ingresa o se medica en contra de la voluntad de la persona. De hecho, no querer tomar la medicación es un acto castigable en el ingreso, es señal de mal comportamiento y se sanciona con la contención: «me dijeron que si no me tomaba las pastillas me iban a volver atar, entonces... me tuve que tomar las pastillas»<sup>332</sup>. Asimismo, Mariona relata que al manifestar que se quería marchar la inmovilizaron y la sedaron: «a la que hice amago de irme hacia la puerta, me cogieron y me inmovilizaron encima de una camilla, entre cinco, y ya me durmieron»<sup>333</sup>.

Cuando las colaboradoras han expresado su enojo durante un ingreso, manifestando su deseo de marcharse, su negativa de tomar la medicación prescrita o han cuestionado cualquier orden emitida por el poder psiquiátrico, han sido atadas o las han amenazado con ello. En estos casos, se confirma que la expresión de enfado, rabia o autonomía por parte de las personas psiquiatrizadas es castigada mediante el uso de la contención, la cual también se emplea como una medida disciplinaria y ejemplarizante para disuadir la desobediencia de otras personas que están ingresadas. Esto pone de manifiesto que, tal y como señalan las colaboradoras, la presencia de la coerción y la disciplina son prácticas predominantes en el sistema psiquiátrico. He aquí las desoladoras palabras de Alda Merini (2019) «Me fui acostumbrando a este tipo de existencia. Cada día un tazón de sopa. Cada día las correas en los tobillos y las muñecas» (p. 59).

---

<sup>331</sup> 7. Esperanza: 66.

<sup>332</sup> 7. Esperanza: 81.

<sup>333</sup> 1. Mariona: 56.

El uso de las contenciones y la cultura de la coerción en psiquiatría se justifican argumentando que son necesarias para prevenir la violencia y los intentos autolíticos de las personas psiquiatrizadas. Sin embargo, los relatos de las colaboradoras muestran que las contenciones se emplean de forma rutinaria, abusiva y amenazadora. Por lo tanto, se puede pensar que las contenciones se utilizan no tanto con fines preventivos, sino que exceden esas razones y se usan como un medio de disciplina, manipulación, aislamiento y castigo para crear *cuerpos dóciles* que puedan ser sometidos, utilizados, transformados y perfeccionados (Foucault, 1994).

De los discursos de las colaboradoras se comprende que, durante el ingreso psiquiátrico, la amenaza de la contención se presenta como una amenaza constante. Como lo hace notar Marta: «todas las camas tenían para atar y siempre había alguien atado»<sup>334</sup>. Esto evidencia cómo el espacio del encierro psiquiátrico no es neutral y transmite un evidente lenguaje de coerción y simbolismo en la reproducción y legitimación del poder (Balandier, 1994). La *disciplina* es un instrumento de poder que implica la organización del tiempo y el espacio y la disposición de los individuos en él (Foucault, 2005). La presencia visible de las correas en las camas y el hecho de que siempre haya alguien atado transmite un mensaje claro sobre la posibilidad de que en cualquier momento te aten. Han pasado casi trescientos años desde el suplicio del desventurado Damiens en la plaza de Grève, no obstante, podría pensarse que la idea del espectáculo punitivo de la contención sirve en este contexto para imponer la autoridad y el poder del *soberano-psiquiatra* sobre los cuerpos de los *condenados-pacientes*. A través del castigo ritualizado se transmite un mensaje de miedo y una lección punitiva al resto de las internas: quien no se adapte a la norma será atada. De este modo, el espacio del encierro se convierte en un mecanismo que ejemplifica y refuerza de manera simbólica y violenta la autoridad psiquiátrica, donde la amenaza de la contención es permanente. Por todo esto, es comprensible la desconfianza y el miedo que experimentan las colaboradoras hacia los servicios de salud mental, y hacia los profesionales del *psistema* que se asocian a figuras de violencia y control.

#### **6.3.4.3.1. No te Puedes Fiar de los Profesionales**

En palabras de Merini (2019) «Al final, el camino al interior del manicomio no es otro que el camino al fraude y a las cloacas donde el saber humano se vuelve fingimiento y mentira, y hay también mucho derramamiento de sangre y lágrimas» (p. 120). Como he mencionado anteriormente, el ingreso o la «bienvenida» al psiquiátrico es siempre un proceso sumamente violento.

Esperanza relata cómo fue su trayecto al hospital tras un intento de suicidio, y explica que le resultó muy contradictorio que en lugar de ir en ambulancia la llevaran en el coche de policía:

Entonces abajo me estaba esperando la ambulancia, y estaba también el coche de policía que había venido, y lo normal, se supone que lo normal a una persona con enfermedad mental, es meterla en la ambulancia y llevarla al hospital, pues a mí me metieron en el coche de la policía, detrás, como a los criminales y a los ladrones, detrás de esto que tiene las rejas de los coches de policía. Y

<sup>334</sup> 6. Marta: 63.

nunca había entrado en un coche de policía antes, pero me llevaron ahí metida al hospital como si hubiera robado, matado, o hubiera hecho algún delito. Fue muy fuerte y la ambulancia se fue sin mí. Y a mí me llevaron en el coche de policía como si fuera un delincuente<sup>335</sup>.

Recuerdo que durante su relato y al hablar sobre los dos brotes psicóticos que ha sufrido, Esperanza reitera en varias ocasiones que ella no suele ser violenta, «yo no soy de ponerme violenta». Al principio, no comprendía por qué hacía hincapié en esa idea, pues conociéndola nunca habría pensado que Esperanza pudiera ponerse violenta. No obstante, si la psiquiatría emplea la coerción en base a la peligrosidad de las personas hacia sí mismas o hacia los demás, el estigma de la violencia y la peligrosidad asociada a la locura se convierte en una excusa para atar a lo locos y a las locas, una justificación para atar a una persona que atraviesa un profundo proceso de malestar. Es probable, entonces, que Esperanza sintiera la necesidad de subrayar que ella no es de ponerse violenta, precisamente, porque las sombras del sistema psiquiátrico que justifican las violencias que se ejercen sobre el cuerpo de las locas y los locos, se basan en la idea de la peligrosidad.

Entonces los policías se pusieron los guantes y me sujetó uno por un lado y el otro por el otro lado, me pusieron bocabajo en la cama y me pincharon en el culete un calmante. Entonces la médico dijo bueno vamos a esperar a que le haga efecto el calmante. Entonces al rato me dijo bueno entonces te quieres venir con nosotros, ya sabes que si no te vienes con nosotros por las buenas te vas a venir por las malas. Entonces como yo sabía lo que significaba eso, entonces me fui por las buenas<sup>336</sup>.

En este relato se puede observar la falta de respeto hacia la autonomía de Esperanza y la contundente amenaza del poder psiquiátrico: «o te vienes con nosotros por las buenas o te vas a venir por las malas». Esperanza con la experiencia que le da conocer las consecuencias de oponerse, escoge ir por las buenas y someterse «voluntariamente» al poder psiquiátrico. He aquí el *choque conceptual* (Correa-Urquiza, 2018) entre dos narrativas divergentes. Por un lado, quienes imponen la «contención mecánica terapéutica» y la consideran como una forma de «cuidado» que se basa en protocolos inquebrantables que deben ser seguidos. Por otro lado, están aquellos, como Esperanza, que experimentan la contención como una forma de tortura:

Y les dije por favor os lo suplico no me atéis, no me atéis. Que yo me voy a portar bien por favor, como los niños pequeños. Que yo me voy a portar bien, que no voy a hacer nada, de verdad, lo que queráis, pero por favor no me atéis. «Sí, sí, no te preocupes, que no te atamos, no te preocupes», me dijeron. Pues me metieron en la ambulancia, cerraron las puertas, y nada más cerrar las puertas de la ambulancia me ataron<sup>337</sup>.

Esta imagen nada tiene que ver con la Esperanza que conozco, una mujer culta, inteligente y profesional. De las palabras de Esperanza se desprende que es consciente de que el dispositivo psiquiátrico la infantiliza y sabe que esta infantilización afecta negativamente a su identidad y

---

<sup>335</sup> 7. Esperanza: 75.

<sup>336</sup> 7. Esperanza: 105.

<sup>337</sup> 7. Esperanza: 106.

autonomía. A pesar de esto, Esperanza se adapta a este rol por supervivencia y reconoce que prácticamente actuaba como una niña pequeña prometiendo que se iba a portar bien, esta imagen resalta la manera en la que el sistema psiquiátrico limita su agencia y la reduce a un estado de dependencia y sumisión. Sin embargo, es lamentable y desolador presenciar cómo la psiquiatría la traiciona y le arrebató su autonomía y derechos. A pesar de su cooperación y docilidad, el personal médico incumple su promesa y la atan a la camilla nada más cerrar la puerta de la ambulancia. Estas acciones, ha de decirse, son profundamente perjudiciales y generan desconfianza y resentimiento hacia el sistema de atención psiquiátrica. La promesa vacía se convierte en una evidencia de que su palabra no tiene valor alguno. En un momento de extrema vulnerabilidad, Esperanza es tratada de manera deshumanizadora, lo que agrega una capa adicional de sufrimiento a su experiencia: «No te puedes fiar de ellos, de los profesionales; porque me dijeron que no me iban a atar y no cumplieron su palabra dada»<sup>338</sup>.

#### 6.3.4.4. El Terror de la Contención: Relatos Políticos sobre Prácticas que Matan

Los ángeles cabalgan a lomos de una tortuga  
y el destino de los hombres es arrojar piedras a la rosa  
Mañana morirá otro loco:  
De la sangre de sus ojos nadie sino la tumba  
sabrà mañana nada.

Leopoldo María Panero, *Poemas del psiquiátrico de Mondragón*, 1987.

Una cálida tarde de verano, Rosa me extendió una amable invitación para compartir un café con pastas en la casa de su pareja, que vive en un pueblo del área metropolitana de Barcelona. Acepté con entusiasmo la invitación y tomé el ferrocarril para llegar hasta allí. Entre pasta y pasta pudimos conversar sobre varios temas, algunos más agradables y otros más delicados, entre otras muchas cosas, hablamos sobre la violencia psiquiátrica y las prácticas de contención. Rosa es activista desde hace muchos años y considera que el activismo loco es lo que da sentido a su vida. La violencia de las contenciones mecánicas es un tema sobre el cual ha debatido ampliamente en diversos espacios, tanto dentro de la comunidad activista como con profesionales *psi*. Rosa tiene una idea muy clara y fundamentada al respecto y aboga con convicción por la necesidad de implementar un modelo que reemplace la actual cultura de la coerción por una cultura basada en el acompañamiento y el cuidado. Durante nuestra conversación, Rosa compartió varios ejemplos y enfoques alternativos que se están implementando en distintos lugares. Hace referencia a la prohibición de las contenciones en Islandia y destaca el modelo finlandés del «diálogo abierto», donde se prioriza el acompañamiento y sostén en lugar de la contención mecánica. En este contexto, menciona las casas de crisis como espacios de apoyo, así como la recomendación belga de no seguir exclusivamente el DSM (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales). También menciona la existencia de grupos de apoyo y comparte la experiencia de un centro noruego que trabaja

<sup>338</sup> Comunicación con Esperanza. Anotación del DC.

sin el uso de medicamentos. Estos ejemplos son manifestaciones concretas de la búsqueda de un cambio de la cultura de la coerción hacia una cultura del cuidado y acompañamiento en la atención de la salud mental.

Rosa reconoce que la falta de recursos disponibles puede ser una de las razones que lleva al uso de las contenciones:

Se sabe y está comprobado, que donde más se ata, que donde más se contiene químicamente, es en las unidades donde menos personal hay. En esas unidades claro como llegue la enfermera del viernes noche, y te pilla atado, no te desata porque no tienen a nadie. Con lo cual por lo que pudiera ser te atan, y te pasas hasta el lunes atado. Y esto es correlativo, o sea cuanto menos personal hay más tiempo atado. Y como te pille fin de semana ya la has cagado<sup>339</sup>.

Sin embargo, para ella, la falta de recursos es una razón secundaria, el problema fundamental radica en la falta de voluntad y capacitación por parte de los profesionales *psi* y del personal que trabaja en el sistema de salud mental. En ese sentido, Rosa apunta a factores estructurales que están vinculados con la cultura de la coerción. Propone que, mientras se trabaja en la eliminación total de las contenciones, al menos se debería obligar a registrar y contabilizar las contenciones que se realizan, con el fin de analizar sus causas. Señala que es necesario cambiar la forma en que se concibe la cultura de la coerción y del cuidado, comprendiendo que atar a la cama a alguien es un fracaso y algo que nunca debería ocurrir. Para lograr este camino, tanto la organización como los profesionales deben modificar sus prácticas y recibir formación para manejar diversas situaciones sin recurrir a las contenciones<sup>340</sup>.

Rosa señala que se han llevado a cabo experiencias exitosas en las que se ha logrado reducir significativamente el uso de las contenciones. En los hospitales donde se ha requerido justificar el motivo detrás de la contención, el aislamiento u otras medidas físicas de control, se ha producido una notable disminución de su uso. Al cambiar el paradigma y abordar la contención como un problema, el equipo médico se ha visto obligado a reunirse para discutir las causas subyacentes, rastreando los eventos previos que condujeron a la necesidad de la contención. En definitiva, al reconocer la contención como un fracaso, se ha registrado una disminución de su uso:

Si antes lo veían como bueno ato a esta persona y no pasa nada, ya está. Luego ya dicen, hostias, igual no ato porque claro luego voy a tener que ir a explicar por qué he atado, y tal. Entonces se ha evitado. Entonces imagínate si bajan las contenciones un 80 %. Fíjate, si simplemente haciendo este planteamiento ya te bajan las contenciones alrededor de un 80 %, te quedas con un 20% del anterior. Eso significa que bueno, sigamos mirando a ver qué pasa. Entonces cuando

---

<sup>339</sup> 2. Rosa: 160.

<sup>340</sup> A este respecto, pude participar en un encuentro online de los centros libres de sujeciones por el aniversario de 10 años de la Fundación Cuidados Dignos. El encuentro se celebró el 3, 4 y 5 de marzo de 2021. Véase: <https://cuidadosdignos.org/encuentro> [consulta: 10 de marzo de 2021]. Siguiendo el mismo planteamiento de Rosa, sobre que la falta de recursos no es una cuestión relevante a la hora de cuidar sin sujeciones, Ana Urrutia, la presidenta de la Fundación Cuidados Dignos defiende la importancia de cambiar el modelo asistencial para eliminar las contenciones químicas y mecánicas. Véase: <https://gestionydependencia.com/noticia/3428/actualidad/ana-urrutia:-no-hace-falta-mas-ratio-para-cuidar-sin-sujeciones.html> [consulta: 10 de marzo de 2021].

empieces a mirar a ver qué pasa, con ese 20%, es cuando puedes llegar a verlo, y a solucionarlo. Pero si nunca te planteas a ver qué pasa, pues vas a seguir repitiendo esto y atando a la gente hasta el infinito<sup>341</sup>.

Pude compartir estas ideas con Esperanza, quien coincide con Rosa y comparte la desconfianza hacia los discursos que atribuyen el uso de las contenciones únicamente a la falta de recursos para el cuidado de los pacientes. En su opinión, las contenciones son el resultado de la cultura arraigada de la coerción, disciplina y castigo que prevalece en el sistema psiquiátrico. Y es la cultura de la coerción la que impulsa las prácticas de la contención:

Mira te voy a dar un dato, porque un compañero nuestro de asociación, un amigo muy querido, estuvo 21 días atado y eso fue en un hospital privado, de los más caros de Madrid. O sea, que a lo mejor no tiene tanto que ver con la falta de recursos. Él contaba que cuando le soltaron a los 21 días, y fue a levantarse para caminar, se cayó al suelo. Porque había perdido completamente la fuerza en las piernas y los brazos. No tenía fuerzas para caminar. Le ataron tantos días porque el psiquiatra que le tocó decía que mi amigo era muy rebelde y que había que adiestrarlo. Entonces el psiquiatra decía que había que adiestrarlo con las contenciones mecánicas, que así la rebeldía se le iba a pasar. Fíjate la supuesta sabiduría de este psiquiatra. Ellos son de una familia con dinero, entonces por eso fue a un hospital de pago, y esto sucedió en un hospital privado. Entonces por eso te digo no sé hasta qué punto puede ser falta de recursos<sup>342</sup>.

Esperanza emplea este relato para reafirmar su postura y alegar que las contenciones se utilizan como una forma de castigo y amenaza para disciplinar y someter a las personas que están ingresadas, utilizando el mismo lenguaje empleado por aquel psiquiatra para «adiestrar» a las personas que se consideran «rebeldes». Para ella, la contención sería una técnica disciplinaria en el sentido foucaultiano, que se emplea para modelar el comportamiento de los individuos y ajustar sus conductas (Foucault, 1994). Además, sostiene que la amenaza constante de sanciones es una parte fundamental en la interacción entre las personas ingresadas en el psiquiátrico y los profesionales del sistema de salud mental.

Como he indicado anteriormente, el compromiso de Esperanza consigo misma y con el activismo reside en acabar con el uso de la violencia y el paradigma de la coerción dentro del sistema de salud mental, promoviendo en su lugar una cultura basada en el cuidado. Esperanza lucha incansablemente para poner fin a las contenciones, buscando que se prohíba el uso de correas para atar a las personas a la cama, no solo en las unidades de psiquiatría, sino también en el resto de las instituciones donde se aplican este tipo de medidas restrictivas:

Lo primero que hay que hacer es hacer un registro obligatorio de contenciones mecánicas, que queden reflejadas todas las contenciones mecánicas que se hacen, eso desde ya, el primer paso, pero inmediato. Y luego eliminar las contenciones mecánicas, pero no solo en salud mental, también con personas mayores en residencias, con niños también. O sea, que no haya contenciones mecánicas, que se prohíban las contenciones mecánicas<sup>343</sup>.

<sup>341</sup> 2. Rosa: 169.

<sup>342</sup> 7. Esperanza: 68-73.

<sup>343</sup> 7. Esperanza: 54.

Como indica Esperanza, las contenciones no solo se realizan en las unidades de psiquiatría para adultos, sino que también se llevan a cabo en las plantas de salud mental infanto-juveniles. Además, se aplican en otras instituciones como los centros de menores, los centros de internamiento de extranjeros (CIE), las cárceles<sup>344</sup> y las residencias para personas mayores y con discapacidad<sup>345</sup>. El caso de Iliass Tahiri<sup>346</sup>, un joven de 18 años que mataron debido a la asfixia durante una contención que le realizaron en un centro de menores, ha sido traído a colación varias veces a lo largo del trabajo de campo al hablar sobre las contenciones. Sin embargo, es sorprendente cómo aquellos responsables por arrebatar estas vidas raramente tienen que responder por ello. De acuerdo con los artículos que he compartido a pie de página, las causas de estos incidentes suelen ser archivadas sin mayores repercusiones. Cuando se trata de los cuerpos abyectos y las vidas de las personas psiquiatrizadas y encarceladas, parece que no existe ninguna responsabilidad por la cual se deba rendir cuentas por arrebatar y destruir ciertas vidas. Al final, la violencia se ejerce impunemente a través de las dinámicas del dispositivo psiquiátrico. El poder no se encuentra exclusivamente en manos de un individuo o un grupo en particular, sino que opera en un sistema de diferencias. De acuerdo con Foucault (2005), «el poder no pertenece ni a una persona ni, por lo demás, a un grupo; solo hay poder porque hay dispersión, relevos, redes, apoyos recíprocos, diferencias de potencial, desfases, etc.» (p. 17). Esta noción subraya que el poder se encuentra en constante movimiento y se articula a través de una multiplicidad de relaciones, competencias y estructuras que lo sostienen, permitiendo así que la violencia persista sin consecuencias para aquellos que la ejercen.

Lo más doloroso para Esperanza es que además de sufrir ella personalmente las contenciones, también las presencié en el caso de su padre. Su padre, era un hombre mayor que sufría Alzheimer y estaba hospitalizado debido al cáncer. En el hospital le ataron, primero de pies y manos y posteriormente le liberaron las manos, pero mantuvieron sus tobillos sujetos. Esperanza relata que hasta el día de la muerte de su padre tuvieron que curar las heridas que se había provocado al intentar liberarse de las correas de sus tobillos:

Mi padre se murió con las heridas de las contenciones en los tobillos. Una persona de 80 y tantos años enfermo de Alzheimer. Y que es tu propio padre que lo estás viendo atado y que no puedes hacer nada. O sea, muy fuerte, muy fuerte. Además, cuando tú ya has sufrido eso, sabes lo que es. Y que lo estés viendo en otra persona delante de ti, y que además sea tu propio padre, eso es tremendamente durísimo<sup>347</sup>.

---

<sup>344</sup> Sobre la violencia de las contenciones mecánicas en las cárceles catalanas, este artículo resulta desolador: hasta cien horas atada a un colchón y hasta 32 veces en un solo año. Véase: <https://www.elsaltodiario.com/tortura/contenciones-mecanicas-carceles-catalanas-cien-horas-atada-colchon-32-veces> [consulta: 27 de junio 2022].

<sup>345</sup> Miles de mayores son inmovilizados con sujeciones en residencias. Véase: <https://elpais.com/sociedad/2022-02-06/mas-de-55000-mayores-en-espana-viven-atados.html> [consulta: 12 de febrero 2022]. Una mujer muere estrangulada mientras estaba atada a la cama en una residencia que recibe una multa de 25.000 euros. Véase: <https://elpais.com/espana/madrid/2023-07-11/una-anciana-muere-estrangulada-mientras-estaba-atada-a-la-cama-en-una-residencia-que-recibe-una-multa-de-25000-euros.html> [consulta: 12 de julio 2023].

<sup>346</sup> Los cuatro minutos que Iliass Tahiri tardó en morir boca abajo. Véase: [https://elpais.com/politica/2020/02/21/actualidad/1582283547\\_835351.html](https://elpais.com/politica/2020/02/21/actualidad/1582283547_835351.html) [consulta: 27 de septiembre 2021].

<sup>347</sup> 7. Esperanza: 63.

Esperanza se queda pensativa un momento y me dice que hay un documental que tengo que ver para comprender la crueldad de la violencia de las contenciones. El documental que se titula *87 ore, gli ultimi giorni di Francesco Mastrogiovanni*:

Es un documental que son las imágenes reales del internamiento en un psiquiátrico de un señor, que era maestro en Italia, Y bueno que el hombre no estaba haciendo nada malo, simplemente que tenía sus paranoias y tal, no estaba violento tampoco ni nada, Entonces lo ataron, 87 horas, hasta que falleció. Es un documental muy duro, o sea, es durísimo. Porque son las imágenes reales, del hospital del ingreso de este hombre, hasta que fallece. Y se llama 87 horas, está en YouTube, subtitulada al español por los del colectivo Locomún<sup>348</sup>.

Esa misma noche vi el documental y es espeluznante<sup>349</sup>. Es un documental que cuenta la historia de Francesco Mastrogiovanni, un profesor libertario de 58 años que falleció, tras una larga agonía y después de estar 87 horas, sin ser alimentado ni hidratado, atado con correas de pies y manos a una cama de un hospital de la provincia de Salerno en Italia en el año 2009. A partir de las imágenes grabadas por las cámaras de seguridad del psiquiátrico y el testimonio de familiares y personas que estuvieron con él antes de su muerte, se relatan las torturas que sufrió hasta que fue declarado muerto. La causa de su muerte fue la violencia psiquiátrica, murió debido a un edema pulmonar provocado por la falta de alimentos y atención médica, murió con profundas heridas por la contención, solo le desataron cuando ya había muerto.

La contención además de ser una práctica violenta y traumática es una práctica que produce muerte. Otro ejemplo cercano que he podido comentar con Esperanza es el caso de Andreas Fernández, una joven de 26 años que falleció en abril de 2017 después de pasar 75 horas atada a la cama en el Hospital Universitario Central de Asturias. A decir verdad, a lo largo del trabajo de campo, la historia de Andreas ha salido en prácticamente todas las conversaciones cuando se ha abordado el tema de la violencia de las contenciones. Andreas murió sola, sobremedicada y atada, según relata Esperanza con pesar: «A Andreas la ataron a la cama hasta que la mataron»<sup>350</sup>.

La joven acudió inicialmente al hospital con síntomas de amigdalitis y fiebre, y fue dada de alta después de recibir una receta de antibióticos. Andreas volvió al hospital esa misma tarde, manifestando que escuchaba ruidos, pero la mandaron a casa. Sin embargo, dos días después regresó con ansiedad y reportando la audición de ruidos, se le sugirió un ingreso en el servicio de psiquiatría debido al diagnóstico de esquizofrenia de su madre. Andreas aceptó y esa misma noche fue sometida a una contención. Al día siguiente, cuando solicitó ser dada de alta, se le negó la salida y se le aplicó una nueva contención. Lamentablemente, la contención cesó solo cuando

<sup>348</sup> 7. Esperanza: 100.

<sup>349</sup> 87 ore subtitulada al castellano. Véase: <https://www.youtube.com/watch?v=fecC6BCVL5M> [consulta: 29 de octubre 2021].

<sup>350</sup> Me contaba Esperanza que con el caso de Andreas varias asociaciones en *primera persona* del Estado español, entre ellas su colectivo, hicieron un manifiesto y recogieron firmas para que no quedara impune lo que le habían hecho. Pero como en el resto de las noticias que he compartido en las notas a pie de página anteriores, en este caso también la causa ha sido archivada: «La jueza archiva la causa de la joven con meningitis que murió atada a una cama en psiquiatría». Véase: <https://www.publico.es/sociedad/jueza-oviedo-archiva-causa-joven.html> [Consulta: 9 de noviembre de 2022].

se dieron cuenta de que Andreas había fallecido. Su muerte fue causada por una miocarditis y meningoencefalitis que los médicos no pudieron detectar ni tratar debido a la falta de pruebas diagnósticas adecuadas. Esto se debió a la visión reduccionista que relacionaba sus síntomas con el diagnóstico de su madre. Andreas murió sola, drogada y atada a una cama.

En su artículo titulado *75 horas*, Fernando Balius (2020), destaca que la muerte de Andreas «no es la historia de un error humano, sino un proceso de deshumanización con resultado de muerte» (Balius, 2020, párr.12). Aunque la causa de su muerte ha sido archivada, la historia de Andreas Fernández es una historia que viaja a través de las colaboradoras y los activistas, es un relato que es constantemente contado, pues lo que le sucedió a Andreas le podría suceder a cualquier persona que tiene un diagnóstico psiquiátrico. Según indica Balius (2020), existe un punto de inflexión en el que los códigos cambian, y esto ocurre cuando un paciente común se convierte en un paciente psiquiátrico.

La evocación del caso de Andreas se ha convertido en un discurso performativo, una narrativa profundamente política que expresa sufrimiento y a través de la cual las colaboradoras se resitúan en su rabia y en la necesidad del activismo, luchando por el fin de las contenciones. El caso de Andreas se presenta como una poderosa narrativa de denuncia que viaja y es contada, con diferentes voces y perspectivas, de forma incesante. Este relato es un espacio donde las colaboradoras se reconocen, encuentran y comparten colectivamente las dolorosas experiencias del trauma de la contención.

Ahora bien, como se puede observar en estas pinceladas y breves menciones de relatos que he compartido, las narrativas sobre la violencia psiquiátrica de las contenciones, relatadas por las colaboradoras, no cesan. Tras cada relato, surge otro, y estas historias se suceden de manera continua e ininterrumpida. Además, no solo se narran experiencias en *primera persona*, sino que también se relatan otras historias de compañeras de encierro o activismo, de manera retórica y táctica, con el fin de reflejar la cotidianidad y la aberración de la violencia de la contención. De esta forma, las colaboradoras dan voz a algo que ellas necesitan decir, y, también, se les da vida a estas historias, convirtiéndolas en parte de un relato político sobre la violencia y el terror de la contención. Ciertamente, son tantas las historias que he escuchado sobre la violencia de las contenciones que pudiera escribirse esta tesis solo a partir de esos relatos.

#### 6.4. ZOMBIFICACIÓN: DESTERRITORIALIZACIÓN MANICOMIAL

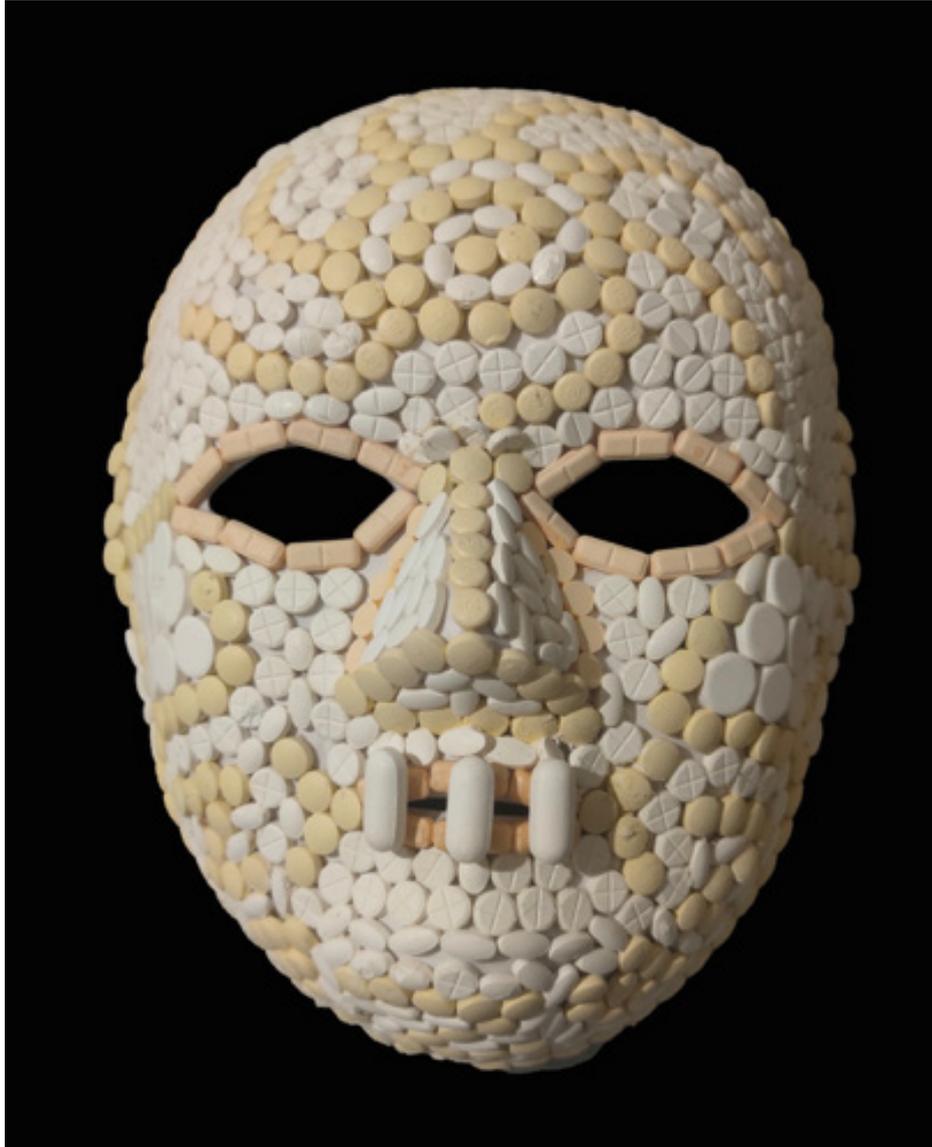


Ilustración 37. Máscara de Sobremedicación.

Diseñada por Sergi Oca, 2021.

«Máscara para la mani del orgullo loco, hecha 100% sobremedicación, cambio de medicación, etc. 99% pastillas salud mental. Representa el cómo te hacen ver las cosas de otra forma la medicación (gafas), cómo se te silencia porque tomas medicación o dejas de poder hablar con fluidez, etc. (la boca cosida), cómo supuestamente se buscan para que seas feliz o la luz al final del camino (el sol), pero en exceso producen un aplanamiento emocional (anhedonia en antidepresivos) (con la cara sonriente y triste) y cómo tanta medicación te deja drogui y cansado (las Z). Nota: Se pueden necesitar y está bien usarlos si te ayudan, es una crítica a la sobremedicación, y como, por ejemplo: Pueden ingresarte en el hospital y subirte la medicación y seguir igual porque el problema no se ha resuelto.» Sergi Oca, 2021.

Así que por si alguno no la conocía,  
le voy a presentar a la moderna lobotomía,  
Antiguamente hacían trepanaciones, pero ahora  
basta la ingesta de una pastilla lobotomizadora,  
consiste en psicotrópicos que sedan al paciente,  
generando una actividad cerebral deficiente,  
pues el lema de su funcionalidad es el siguiente:  
contra menos consciente se es, menos se siente.

Y así el aquejado pasa a la convalecencia,  
convirtiéndose en un zombi inconsciente de su dolencia,  
y puede ser que contra más se acerque a la ignorancia  
más le parezca que su enfermedad toma distancia.

Solitario, *La pseudociencia*, 2022<sup>351</sup>.

---

<sup>351</sup> Solitario se define a sí mismo como filósofo, artista y poeta, y lleva sus ensayos al formato del rap. Sufrió un trastorno que se diagnostica como fobia social y según explica empleó sus letras como modo de escape, por eso, gran parte de su obra corresponde a este periodo. A lo largo de este capítulo he empleado varios versos de este rap titulado *La pseudociencia*. Para escuchar la canción completa, véase: <https://www.youtube.com/watch?v=Y95KZ4sm-i8> [consulta: 9 enero de 2023].

### 6.4.1. *Stultifera Neoliberalis*: El Cuerpo se Traga al Poder

La institución era un lugar de gran pena, donde el carrito de las medicinas pasaba para hacerte creer en una ayuda inexistente.

Alda Merini, *La otra verdad: diario de una diversa*, 2019.

En el epígrafe sobre *la locura del neoliberalismo*, en el capítulo I, decía que en el marco del crecimiento del sistema capitalista en su fase neoliberal, se ha observado un cambio significativo en las técnicas de control y disciplina. Con el avance y la mercantilización de la psicofarmacología, las técnicas de control han pasado de disciplinar los cuerpos a formar parte integral de ellos. Los modos de subjetivación descritos por Foucault —el régimen soberano y el disciplinario—, han dado paso a un nuevo régimen somatopolítico que se articula a través de un conjunto de nuevas tecnologías, como la farmacológica (gobernanza biológica) y la pornográfica (modos de representación). Como señala Preciado (2008), en la época *farmacopornográfica*, el cuerpo se traga al poder. Esto implica que los cuerpos ya no son meros habitantes de los lugares de encierro, sino que los lugares de encierro y las estructuras disciplinarias se incorporan en los cuerpos. En este contexto, la industria psicofarmacológica se convierte en una forma de gobierno y control de los cuerpos, regulando y moldeando las experiencias y comportamientos.

La psiquiatría farmacológica erige unos muros neuroquímicos que se convierten en una suerte de desterritorialización manicomial. Aparentemente, estos muros parecen destinados a contener la locura y reducir algunos de sus síntomas, como las alucinaciones o el delirio. Sin embargo, estos nuevos muros intangibles también parecen perseguir otros objetivos, como la normalización y uniformización de las conductas. Antonucci (2018) destaca que si bien en determinados momentos y contextos específicos puede haber una medicación adecuada, la amplia distribución de psicofármacos parece responder más a propósitos disciplinarios y de control social que a fines terapéuticos.

Es importante tener en cuenta que la medicalización conlleva efectos que pueden ser muy graves. La máscara de sobremedicación, diseñada por Sergi Oca para la manifestación del Orgullo Loco del año 2021, que abre este apartado y figura también en la portada de esta tesis<sup>352</sup>, simboliza una crítica a los impactos de la sobremedicación psiquiátrica. Esta máscara, compuesta por pastillas, representa la centralidad que la medicalización ha adquirido en la vida de las personas psiquiatrizadas. A su vez, ilustra cómo la medicalización puede distorsionar la percepción de la realidad, reflejado en las gafas, y silenciar la voz de las personas psiquiatrizadas, simbolizado en la boca cosida. Asimismo, la máscara enfatiza la ilusoria promesa de felicidad a través de la medicación, representada por el sol, la luz al final del camino. Sin embargo, simultáneamente se alerta sobre el aplanamiento emocional y la anhedonia, efectos secundarios comunes de ciertos medicamentos, que se expresan en la cara con una sonrisa y tristeza al mismo tiempo. De igual

<sup>352</sup> Quisiera expresar mi cariño y agradecimiento a Sergi Oca por su generosidad al compartir no solo innumerables memes, sino también su máscara, la cual he tenido la oportunidad de utilizar como portada de esta tesis. Esta imagen de la máscara encierra un poderoso simbolismo que, con solo mirarla, nos invita a sumergirnos en la reflexión y el cuestionamiento de los efectos y las implicaciones de la sobremedicación.

manera, se destaca cómo el exceso de medicación puede conducir a la sensación de estar drogado y fatigado, simbolizado por las «Z»<sup>353</sup>.

El autor enfatiza que este planteamiento crítico no pretende menospreciar el uso de la medicación psiquiátrica: «se pueden necesitar y está bien usarlos si te ayudan» (Oca, 2021). En cambio, busca generar una reflexión acerca de los riesgos asociados a la sobremedicación. Es importante señalar que los psicofármacos, en lugar de abordar los problemas subyacentes, se limitan a aliviar los síntomas, lo que puede generar dependencia y cronicidad. De esta manera, la lógica manicomial sigue operando, de forma más sutil, desde fuera de los muros del psiquiátrico, a través de la zombificación<sup>354</sup> y la contención química de las personas.

Antes de adentrarme en el *devenir zombi*, permítaseme realizar una pequeña reflexión sobre el significado la máscara. Desde sus orígenes, la máscara ha sido un objeto utilizado en rituales, ceremonias y representaciones teatrales para ocultar o transformar la identidad del portador, permitiéndole asumir un personaje específico. En este contexto, la máscara se convertía en una herramienta poderosa que permitía a los actores representar diferentes roles y emociones de manera más efectiva. Es interesante destacar la relación entre la etimología de la palabra «máscara»<sup>355</sup> y «persona»<sup>356</sup>, un hecho ampliamente problematizado en la historia del lenguaje.

La palabra «máscara» tiene su origen en el término italiano «maschera», que deriva del árabe «maskharah», significando «bufón» o «hombre disfrazado». Por otro lado, el término de griego antiguo «prósopon», escrito como πρόσωπον y romanizado como «prósōpon», se refiere a una máscara o rostro. Se deriva de «pros-», que significa «hacia», y «-opos», que significa «cara» o «rostro». En el teatro griego, «prósopon» hacía referencia a las máscaras que usaban los actores. Estas máscaras, con aberturas para los ojos y la boca, eran esenciales para que los actores pudieran representar diferentes personajes en el escenario. Cada máscara tenía características y expresiones faciales específicas que permitían al público reconocer el papel que estaba interpretando el actor. En latín, el concepto relacionado con la máscara teatral es «persona», que probablemente proviene del verbo «personare», que significa «sonar a través de», en referencia a cómo las máscaras antiguas amplificaban la voz del actor. Con el tiempo, el término «persona» adquirió un significado más amplio, extendiéndose más allá de la máscara

<sup>353</sup> Los medicamentos Z, como el *Zaleplón*, *Zolpidem* y *Zopiclona*, son utilizados para tratar el insomnio y otros trastornos del sueño. Estos fármacos pertenecen a la clase de medicamentos conocidos como hipnóticos o somníferos, que actúan sobre el sistema nervioso central para inducir el sueño.

<sup>354</sup> La zombificación es un elemento común en muchos videojuegos que presentan temáticas de supervivencia, horror o apocalipsis. En el contexto de los videojuegos, la zombificación se refiere al proceso en el cual el personaje o jugador se convierte en un zombi, generalmente debido a una infección viral o una maldición sobrenatural. Una vez el personaje es zombificado, su apariencia y comportamiento cambian radicalmente. Por lo general, merodean dominados por el impulso de comer cerebros, se vuelven más lentos, torpes y agresivos, y pueden perder la capacidad de hablar o comunicarse de manera inteligible. De ahí, que haya elegido el concepto de zombificación como una herramienta para explorar y cuestionar los efectos de la sobremedicalización psiquiátrica.

<sup>355</sup> Según Corominas (1987), en el *Breve diccionario etimológico de la lengua castellana*, el término: Máscara «careta», 1495; «persona disfrazada», 1605. Propte. del ár. *máshara* «bufón, payaso», «personaje risible», deriv. de *sáhir* «burlarse (de alguien), propte., por conducto del catalán, 1391 (más que del it. *maschera*, 1º mitad del S. XIV).

<sup>356</sup> Según Corominas (1987), 1220-50. Tom. del latín *persona* íd., propte. «máscara de actor», «personaje teatral», voz de origen etrusco (*ahí phersu*).

teatral para denotar a la persona real detrás de la máscara, es decir, la representación de la persona y el papel que ésta asumía en la sociedad.

La simbología de la máscara como una representación externa de la identidad ha perdurado a lo largo de la historia, mostrando cómo la interacción social y la representación del yo están estrechamente vinculadas con esta poderosa herramienta teatral y cultural. En consonancia con esto, Goffman (2004) establece una interesante analogía entre la *presentación de la persona* y la representación teatral, sosteniendo que las personas también adoptan diferentes *máscaras* o *roles sociales* en los distintos contextos de su vida cotidiana. De esta manera, nos presentamos ante los demás en un aspecto performativo y estratégico, con el propósito de cumplir con las expectativas sociales y mantener la coherencia en nuestras interacciones. Es a través de estas máscaras sociales que construimos y proyectamos nuestra identidad, adaptándonos a las demandas y normas del entorno en el que nos desenvolvemos, y moldeando así nuestra relación con los demás y nuestra inserción en la sociedad.

La relación entre el concepto de «persona» y «máscara» adquiere una simbología particular al abordar la máscara de la sobremedicación de Sergi Oca (2021). Si consideramos que la «persona» es una *máscara social* que representa una identidad construida y presentada al mundo en la vida cotidiana (Goffman, 2004), la máscara de la psicofarmacología se convierte en una expresión mercantilista y disciplinadora que se integra en el cuerpo permitiendo al loco y a la loca, interactuar cumpliendo con la representación de las expectativas sociales. La máscara de la sobremedicación se convierte así en un mecanismo de control y contención neuroquímica que moldea a base de pastillas e inyectables, la subjetividad y la experiencia de las personas psiquatizadas en el contexto del sistema capitalista neoliberal. Surge entonces la pregunta de si esta máscara compuesta por pastillas y cápsulas, que cose las bocas y aplana las emociones, es la nueva «*stultifera neoliberalis*», una nave-polifarmacia de locos del régimen somatopolítico, que al representar la norma social y ocultar el rostro de la locura, deviene en la única forma posible para que las locas y los locos puedan existir y situarse en el mundo actual.

#### 6.4.1.1. Devenir Zombi: La Camisa de Fuerza Química

La posible agitación pasa a embotamiento, algo celebrado por doctores y familiares con demasiada frecuencia.

Fernando Balius, *Desmesura*. 2018.

Decía que, durante el trabajo de campo, una frase que se ha repetido con frecuencia al hablar sobre el encierro psiquiátrico ha sido: «era un infierno y luego salí zombi». Ciertamente, la palabra *zombi* ha sido utilizada por todas las colaboradoras para describir su experiencia con la medicalización y sobremedicación<sup>357</sup> psiquiátrica.

<sup>357</sup> Distingo aquí medicalización y sobremedicación para aclarar que a lo largo del trabajo de campo me he encontrado con quien considera que el concepto de «sobremedicación» sería una redundancia pues la medicalización ya es algo que se puede comprender como excesivo y dañino. En este caso, emplearé los dos conceptos indistintamente para referir, tal y como lo entienden las colaboradoras, la administración extensiva de psicofármacos que responde a propósitos de control disciplinarios más que a fines terapéuticos.

Después de su primer intento de suicidio, Esperanza pasó casi dos meses ingresada. Algunas de las expresiones que utiliza para describir cuál era su estado a la salida del hospital son: «no era ni persona», «inútil», «anulada» y «zombi». Esperanza relata su experiencia al salir del hospital de la siguiente manera:

Cuando salí del ingreso estaba atontada: salí zombi. De hecho, les dijeron a mis padres, que puede ser que en los primeros días necesite salir a la calle agarrada de alguien. De toda la medicación que me habían dado, salí como medio inútil, hablando claramente. Además, me acuerdo perfectamente de que la primera vez que salí yo sola a la calle, que pasaron días ya de estar en casa, pues la primera vez que salí yo sola a la calle tenía pánico a cruzar la carretera, la calle de mi casa. O sea, algo que conocía de toda la vida, me daba un miedo atroz, tenía miedo a todo. Cuando pienso cómo salí del hospital, que me anularon completamente como ser humano, con la medicación, con el trato, con todo... Y cómo me he ido empoderando yo con el tiempo, pues hombre, la verdad es que, con todos mis defectos, me siento orgullosa. Porque yo salí zombi, inútil, no era ni persona, es que no sé lo que era, estaba totalmente anulada. O sea, horrible, horrible, horrible...<sup>358</sup>

Las colaboradoras describen que, bajo el efecto de la medicación, la tristeza y felicidad se vuelven menos intensas, dando lugar a una sensación de emocionalidad apagada e indiferencia, el efecto del *embotamiento* diría Balias (2018). Además, mencionan que el pensamiento se vuelve más lento y tienen dificultades para realizar tareas cotidianas. Por ejemplo, Marta relata la dificultad para cometer actividades simples como ocuparse de llevar las llaves en el bolso, y Esperanza relata el miedo y la dificultad que sentía al cruzar un paso de cebra. Estas acciones, que previamente para ellas eran rutinarias y sencillas, se vuelven inmensamente complicadas bajo los efectos de la medicalización.

En la salida del ingreso, una vez que se atraviesan los muros del hospital, se hace evidente que el poder psiquiátrico, con sus tentáculos largos y flexibles, se extiende más allá de las fronteras del encierro en múltiples direcciones. Del ingreso sales zombi, dicen las colaboradoras, y con la medicación prescrita «para que no se te vaya la pelota». Así lo explica Marta:

Te lo explican todo muy biologicista, me explicaron que es como quien tiene diabetes y que tienes que tomar pastillas. Entonces, de ahí sales zombi y ya con la medicación pautada para que no se te vaya la pelota. Me acuerdo de que llevaba una semana fuera, tomando unas pastillas que me habían dado y estaba muy muy pajarita. No conseguía hacer nada, iba como medio zombi<sup>359</sup>.

El modelo biologicista fomenta la medicalización del sufrimiento, ya que se adhiere a una narrativa psiquiátrica determinista que sigue una lógica mecanicista, en la que se comprende que algo se ha roto dentro de Marta y se entiende que con la medicación correspondiente se pueden ajustar sus neurotransmisores. He aquí cuando el cuerpo se traga al poder, diría Preciado, cuando la medicación se incorpora en el cuerpo enclaustrando la subjetividad de Marta en un devenir zombi. La *subjetividad zombi* (Cordero, 2022), se trata precisamente del poder psiquiátrico que se infiltra de forma casi imperceptible como un virus en nuestros cuerpos.

---

<sup>358</sup> 7. Esperanza: 87.

<sup>359</sup> 6. Marta: 50.

Hemos pasado de la horrible metamorfosis del sufrimiento de Gregor Samsa, que se encontraba encerrado en una metamorfosis que le apesaba en el más infecto agujero, al dolor de los zombies que se encuentran invadiendo en el espacio público, encerrados en sí mismos. (Cordero, 2022, párrs. 3)

Podría pensarse que la contención química —el devenir zombi—, es menos violenta que la contención mecánica, —la metamorfosis kafkiana—. Desde luego se caracteriza por ser menos evidente y se lleva a cabo de manera menos visible, sin embargo, los serpenteos de la víbora son siempre más complejos, dirá Deleuze (2006), y las consecuencias de la medicalización psiquiátrica son altamente perjudiciales y devastadoras. Por lo tanto, en contraste con el paradigma disciplinario en el que los muros físicos establecían límites visibles, los muros neuroquímicos son más sutiles y menos tangibles, caracterizándose por su fluidez y capacidad de adaptación. Ahora bien, si consideramos que la vigilancia se desmaterializa y se limitan las oportunidades de fuga, se podría sostener que es más difícil oponer resistencia a la versatilidad de la «camisa de fuerza química» que desafiar los infranqueables muros y las cadenas del encierro psiquiátrico.

#### 6.4.1.2. De la Cama al Sofá: Los Antipsicóticos te Encierran

¿Y qué si nos volvemos locos? Nos recuperaríamos si no nos persiguieran, exiliaran, aislaran o recluyeran.

Kate Millett, *Viaje al manicomio*, 2019.

Debemos ser realistas y reconocer que las disciplinas e instituciones de encierro siguen presentes en nuestra sociedad. El hecho de que se implementen formas de control en espacios abiertos no significa necesariamente una disminución en su efectividad en comparación con los mecanismos de encierro foucaultianos. El encierro psiquiátrico no ha desaparecido, sino que se combina con otras modalidades. El panóptico disciplinario se convierte en un *panóptico digital* (Han, 2014), un *panóptico comestible* en forma de píldora diría Preciado (2008), y a los muros psiquiátricos se le añaden un entramado de técnicas disciplinarias y de poder como la asistencia domiciliaria, la psicoeducación, la psicoterapia, los talleres y centros de día que, aunque brindan nuevas libertades, también implican la implementación de otro tipo de vigilancia y mecanismos de control. Se trata de distintas prácticas en espacios terapéuticos más abiertos y diversificados, que buscan la adherencia al tratamiento psiquiátrico y a la identidad diagnóstica reforzando la conciencia de la enfermedad. Es decir, la desterritorialización manicomial se configura como un entramado más abierto que se extiende mediante tentáculos dúctiles y maleables alcanzando diferentes espacios en los que sigue sujetando a la persona psiquiatrizada a la voluntad del poder psiquiátrico.

La persona psiquiatrizada, inmersa y aislada en los tentáculos de los actuales circuitos terapéuticos, podría concebirse como la versión somatopolítica de la *Nave de los locos*, el *Stultifera neoliberalis*. Este espacio, que se presenta como aparentemente abierto, en realidad implica un confinamiento interno que mantiene a la locura en un constante deambular zombi, convirtiendo a la persona psiquiatrizada en un eterno y sobremedicado pasajero. En

esta representación contemporánea del *Stultifera*, la existencia errante del loco se asemeja a una navegación farmacológica inherente a su viaje, y aquellos que logran adaptarse a este constante tránsito en las turbulentas aguas del psicofármaco y los talleres y centros de día, abrazando la cronificación psiquiátrica, serán considerados como sujetos «rehabilitados». Y así deberán permanecer, en eterno tránsito, navegando a través de los laberintos de la medicalización y recorriendo los circuitos terapéuticos en un viaje infinito, en busca de una autonomía que parece esquivarles constantemente.

En el contexto del nuevo régimen carcelario en el devenir zombi, al distribuir cada vez más psicofármacos, el modelo manicomial se reterritorializa en el psicofármaco y en lugar de mantener al sujeto confinado en una celda física, este sistema lo mantiene encerrado en sí mismo, dentro de los circuitos terapéuticos o incluso en su propio domicilio. Así lo explica Rosa:

Yo conozco personas que tienen unas voces horribles, que les insultan, que les dicen de todo, y entonces ellos lo dicen muchas veces, que tienen que poner en una balanza una serie de cosas. El antipsicótico hasta cierto punto te puede venir bien, y te puede estar bien, pero pasado cierto punto te destroza por dentro, duermes 14 o 15 horas, engordas, te duele el cuerpo, estás somnoliento, no tienes ganas de nada, tu vida se acaba en un sofá, cama y sofá. Entonces claro, tú tienes que hacer ahí ese equilibrio, entre yo quiero poder salir a la calle, entonces yo tengo algún compañero, que ellos prefieren estar, tomando poca cosa, para bajar, para que les ayude un poco, pero quieren estar con la familia en la playa, salir y poder ir por ahí. Y ellos te dicen, yo estoy en la playa, y me están insultando. Pero estoy en la playa con mi familia. Que para esta persona es lo importante, poder vivir, poder estar con la familia, estar con ellos<sup>360</sup>.

La sobremedicación lleva a una especie de encierro interno, donde el sujeto queda atrapado en una perpetua espiral farmacológica y cronificada que afecta su capacidad de experimentar plenamente la realidad. Así, este nuevo paradigma carcelario opera de manera más sutil y sofisticada, manteniendo a las personas psiquiatrizadas atrapadas en un laberinto químico y terapéutico que limita su libertad y capacidad de acción en el mundo. De las palabras de Rosa se desprende que, los psicofármacos en realidad no se usan como tratamiento, sino como contención de los síntomas:

Con el antipsicótico las voces no desaparecen. El antipsicótico es como el volumen, tú puedes subir o bajar. El antipsicótico te puede venir bien para subir o bajar el volumen, esto es como un modulador de volumen. El antipsicótico baja el volumen, o sea, baja las voces y tal. Pero hay mucha gente que se sigue quedando con ellas. Vale entonces eso sí que es jodido, y ahí está cuando nosotros empezamos a pedir herramientas para gestionar las voces<sup>361</sup>.

Según lo señalado por Rosa, el uso de antipsicóticos puede ser útil hasta cierto punto al mitigar los síntomas, especialmente en aquellas personas que experimentan voces perturbadoras. Sin embargo, su uso tiene impacto negativo en el bienestar físico y emocional, lo que dificulta llevar una vida cotidiana normalizada; en esencia, el antipsicótico te encierra en ti mismo. Por

---

<sup>360</sup> 2. Rosa: 89.

<sup>361</sup> 2. Rosa: 88.

este motivo, muchas personas optan por tomar dosis más bajas para regular las voces en cierta medida y seguir participando en actividades y momentos con sus seres queridos. Esta perspectiva es compartida por Balius (2018), quien también reconoce que las pastillas nunca han logrado eliminar sus voces: «las pastillas nunca han eliminado del todo mis voces ni mis ruidos. Es algo que me tranquilizó escuchar en boca de mucha otra gente. Solemos callarlo para no acabar babeando con dosis cada vez más altas» (p. 92).

#### 6.4.1.3. ¿Todavía se Aplica el Electrochoque?

Durante una conversación con Esperanza, le expresé mi preocupación al descubrir que, mientras indagaba sobre los procesos de psiquiatrización, me había encontrado con prácticas que creía obsoletas, como el electrochoque, que pensaba que ya no se llevaba a cabo.

Sí, definitivamente. El *electroshock* se sigue haciendo hoy en día. Es horrible. Y lo peor es que hay psiquiatras que convencen al paciente de que eso es bueno para él. Eso es lo más triste. Un chico del *Colectivo B*, por ejemplo, me dijo un día cuando nos reunimos y tal, estoy pensando en recibir unas sesiones de electroshock. Y le dije ¡pero muchacho! ¿tú sabes lo que estás diciendo? Digo, pero si eso es malísimo, si con eso se pierde la memoria, tiene un montón de efectos secundarios, es una brutalidad. Si, pero es que mi psiquiatra me ha convencido, porque ni la medicación, ni nada me está ayudando y me ha dicho que es el último recurso y lo estoy pensando. Yo le dije que no, no, no, que no lo hiciera en absoluto. Que cambiara de psiquiatra mejor. Lo peor es convencer a la persona que lo va a recibir de que eso es bueno para él. Que lo necesita, o sea, me parece muy fuerte<sup>362</sup>.

Tal como se ha evidenciado a lo largo de este particular viaje por el Aqueronte, en ocasiones los tratamientos son impuestos a las personas a pesar de su voluntad, pero se les hace creer, a través de una serie de mitos, que son necesarios y la única opción. En este contexto, es crucial entender la escena de poder y la coacción implícita cuando un psiquiatra asegura que es la única vía disponible. En medio de una situación de profundo sufrimiento o de encierro psiquiátrico, es posible que la persona esté dispuesta a realizar un acto de desesperación y a considerar cualquier solución como puede ser someterse a electrochoque. Además, la influencia de la familia puede también jugar un papel determinante en esta decisión. Cuando el psiquiatra respalda el tratamiento, la desesperanza y el dolor pueden conducir a la persona a tomar el tortuoso camino del electrochoque.

En el discurso psiquiátrico, la referencia al electrochoque se hace bajo la denominación de TEC, que representa «Terapia Electroconvulsiva». Esta elección de términos ilustra una vez más el carácter heteroglósico del discurso, donde se manifiesta una diversidad de voces y perspectivas. Tal como mencionaba en el epígrafe relacionado con las contenciones y la cultura de atar, el lenguaje juega un papel esencial en la construcción de realidades. Esto puede dificultar el cuestionamiento de la legitimidad de una práctica cuando esta se presenta bajo un término autodenominado terapéutico. En ese sentido, los discursos de las colaboradoras resaltan lo que subyace detrás del eufemismo del TEC: una forma de violencia que califican como brutal. Dunia

<sup>362</sup> 7. Esperanza: 167.

describe la transformación que experimenta una persona antes y después de someterse a una sesión de electrochoque:

Gracias a la vida y al universo, a mí nunca me han hecho el TEC, pero yo sí he conocido a personas que sí. O sea, yo las he conocido antes y después. Porque yo estaba en ingreso hospitalario durante muchas semanas, y he podido conocer a una persona cómo es antes del TEC y después del TEC. Puedo decir que yo no reconozco a la persona cuando vuelve de la terapia electroconvulsiva. Pierde totalmente toda la memoria. Me acuerdo de una chica que conocí, de mi edad o menos, era un poco mayor, pues tenía trastorno, no me acuerdo era como una esquizofrenia, pero trastorno bipolar también, bueno pues era súper simpática, también tenía problemas, tenía alucinaciones, cosas. Y nosotras nos llevábamos genial, hicimos una amistad, allá en el ingreso. Pues un día se la llevaron para hacer la terapia electroconvulsiva, y ella estaba cagada de miedo. O sea, tenía mucho miedo y yo traté de tranquilizarla un poco. Pues cuando volvió al día siguiente, no se acordaba de mí. Y eso también me rompió a mí. Yo me rompí por dentro porque no me reconocía y yo me llevaba genial con ella. Yo le decía yo me llamo Dunia y tal, si nosotras nos veíamos antes solíamos estar hablando aquí. No sabía ni quién era, era como que estaba ausente todo el rato. Estaba como súper seria, muy cambiada, no sé, no era ella. Es que era otra persona<sup>363</sup>.

Cristina Martín, la Princesa Inca, en la entrevista realizada por Patricia Rey (2014), para el monográfico *Las voces que hay que oír*, explica su experiencia con el electrochoque:

De hecho, a mí se me han practicado varios «electroshocks» sin mi consentimiento. Yo estaba en un brote y mi madre era mi tutora. Se había muerto mi padre y me había afectado mucho su pérdida. No recuerdo lo ocurrido en el hospital a lo largo de cuatro meses. Hicieron firmar a mi madre que iban a practicar «terapia electroconvulsiva», una buena argucia. Mi madre no sabía qué era eso, que esto era el famoso «electroshock». Yo estaba con delirios, y presuponían que yo no podía participar en la decisión, me pregunto por qué. Tengo un vacío de cuatro meses en mi mente. Yo no estaba reaccionando rápidamente a la administración de neurolépticos. Y tenían prisa en que volviera de mi delirio. Estaba en un proceso de duelo... simplemente. Ya habría vuelto, siempre se vuelve del delirio, a no ser que te drogues o algo así. Y la gente sigue pensando que el «electroshock» ya no existe... (p. 13)

Aunque Kate Millett (2019) no fue sometida a electrochoques, esta práctica está muy presente en su pensamiento, y en numerosas ocasiones expresa el temor que siente ante la posibilidad de ser castigada con tal procedimiento a lo largo de su *Viaje al manicomio*: «A los pacientes que opinan como yo sobre la psiquiatría se les trata como casos difíciles. A las personas que tienen mi actitud hacia los electroshocks es fácil que se las castigue con uno» (p. 104). En el siguiente fragmento, Millett (2019) describe el estado de las compañeras que han sido sometidas a esta práctica:

Siempre son las que parecen más hechas polvo, las profundamente aterrorizadas, las que saben que es un castigo o tratan de decirse desesperadas que es por su bien. Pero al repetírselo, la verdad les golpea en la cara. La mayoría están temblorosas y en silencio, las manos son un baile de san Vito sobre el regazo de felpilla de su albornoz; la cara roja, la lengua difícil de controlar. (p. 350)

---

<sup>363</sup> 4. Dunia: 151.

Alda Merini (2019) recibió varias sesiones de electrochoque, en una ocasión se lo practicaron sin anestesia, a modo de castigo. Su relato es estremecedor:

La sala de terapia electroconvulsiva era una pequeña habitación estrecha y terrible; y más atroz era todavía la antesala, donde nos preparaban para el triste evento. Nos daban una dosis previa de morfina, y después anticonvulsivos para que no tembláramos exageradamente durante la descarga eléctrica. La espera era angustiante. Muchas lloraban. Alguna orinaba en el suelo. En una ocasión llegué a agarrar del cuello a la jefa de sala, en nombre de todas mis compañeras. El resultado fue que me sometieron directamente a la terapia electroconvulsiva, sin anestesia previa, de modo que sentí absolutamente todo. Todavía conservo este recuerdo horrible. (pp. 73-74)

A lo largo de mi investigación, he abordado el problema de la violencia y el encierro psiquiátrico en diversas conversaciones y contextos con distintos interlocutores. Una constatación sorprendente fue que incluso en grupos sensibilizados en torno a temas políticos y anticarcelarios, había un desconocimiento generalizado sobre la frecuencia de las prácticas de contención en las instituciones psiquiátricas. Estas prácticas, que son duramente cuestionadas en otros contextos, en algunos casos, se tienden a justificar cuando se producen en el ámbito psiquiátrico. Se argumenta que las acciones psiquiátricas están motivadas por el criterio de proteger y cuidar a las personas psiquiátricas. Sin embargo, este razonamiento subraya la falta de información acerca de las actuaciones que se llevan a cabo en los confines de la psiquiatría. Esto me llevó a pensar sobre cómo un mayor conocimiento sobre estas prácticas podría fomentar un cuestionamiento con mayor vehemencia de las violencias que se perpetúan en el ámbito psiquiátrico. Esta inquietud la compartí con Esperanza durante una de nuestras conversaciones:

Tienes razón, no, no se conoce. Esto es así. Mira cuando yo he dado conferencias a público en general, a gente de la calle que venía a la conferencia, la gente cuando hacíamos el turno de preguntas y eso decían eso exactamente: madre mía yo no sabía que se hacían contenciones mecánicas actualmente. O sea, que la gente se piensa que el *electroshock* y contenciones mecánicas son cosas del pasado, Y no, no es así. Esto se está haciendo actualmente en España. O sea, que sí creo que hay mucha desinformación. Y es brutal, es brutal lo que se está haciendo ahora en salud mental<sup>364</sup>.

\* \* \*

#### *Post-scriptum Sobre el Electrochoque.*

Habiendo dado por concluido este apartado, me veo en la necesidad de añadir un *post-scriptum* sobre el electrochoque, debido a un acontecimiento reciente. El 22 de marzo de 2023, se prevé la aplicación involuntaria de electrochoque a un joven de 30 años en el Hospital do Conxo en Santiago de Compostela. La familia del joven se opone enérgicamente a estos métodos y relata que se le están administrando sesiones de electrochoque sin su consentimiento. Tras una batalla legal, el juez ha autorizado al hospital y al psiquiatra a llevar a cabo 9 sesiones de electrochoque a partir del 27 de marzo de 2023<sup>365</sup>.

<sup>364</sup> 7. Esperanza: 175.

<sup>365</sup> La batalla de la familia de Arzúa no logra que el juez suspenda los 9 electroshocks a su hijo. Véase: <https://www.elcorreogallego.es/concellos/2023/03/29/batalla-familia-arzua-logra-juez-85313773.html> Una familia gallega

Días posteriores, tal como informa *El correo gallego*<sup>366</sup>, alrededor de un centenar de personas se congregaron en protesta exigiendo la suspensión del tratamiento con electrochoques que se está aplicando al joven, argumentando la existencia de terapias alternativas.

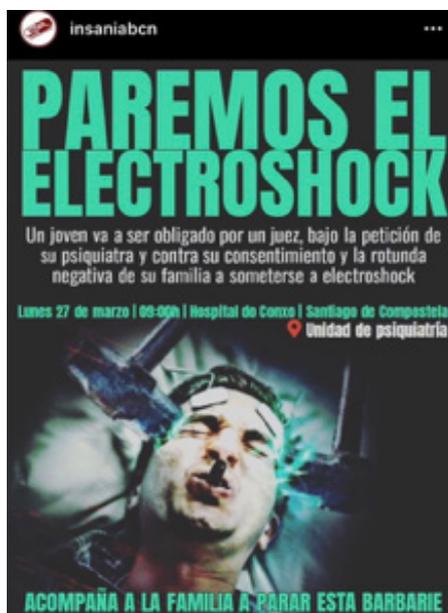


Ilustración 38. Paremos el electrochoque.

El colectivo *Insania*, también se hizo eco de esta situación, movilizándose y difundiendo la información al respecto.

Publicado en la cuenta de Insania\* colectivo anticarcelario de personas supervivientes de la psiquiatría (27 de marzo de 2023).

#### 6.4.2. FarMafia: La Alianza entre la Medicalización y la Mercantilización

Pero piensa, no te engañes como el resto de la gente:  
si hay precio hay negocio, así que sé inteligente,  
que a esta empresa no la mueve una corriente diferente,  
así que ten en mente que cada paciente es un cliente.

Solitario, *La pseudociencia*, 2022.

La estrofa final del verso de Solitario dice: «así que ten en mente que cada paciente es un cliente», y no le falta razón, ya que la medicalización del malestar psíquico se ha convertido en un lucrativo mercado para la industria farmacéutica. La alianza entre la medicalización y la

---

denuncia que su hijo recibe tratamientos de «electroshock» en el psiquiátrico sin su consentimiento. Véase: [https://www.antena3.com/programas/espejo-publico/noticias/familia-gallega-denuncia-que-hijo-recibe-tratamientos-electroshock-psiquiatrico-consentimiento\\_202303286422c732506ce00001ff0674.html](https://www.antena3.com/programas/espejo-publico/noticias/familia-gallega-denuncia-que-hijo-recibe-tratamientos-electroshock-psiquiatrico-consentimiento_202303286422c732506ce00001ff0674.html) [Consulta: 29 de marzo de 2023].

<sup>366</sup> Decenas de personas exigen en Santiago que detengan los electroshocks a Iván: «Hai terapias alternativas». Véase: <https://www.elcorreogallego.es/concellos/2023/04/11/decenas-personas-exigen-santiago-detengan-85886875.html> [Consulta: 13 de abril de 2023].

mercantilización constituye un objeto de producción es lo que da lugar al fenómeno conocido como *disease mongering* o creación de enfermedades. De esta forma, siguiendo el circuito de comercialización de psicofármacos, se generan trastornos en el DSM (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) que están directamente vinculados a los psicofármacos que se comercializan para abordarlos. Así, se presenta la medicalización como la única solución posible, limitando las alternativas disponibles y reforzando el papel del paciente como cliente consumidor de este mercado.

Marta expresa que su experiencia con la psiquiatra se limitaba principalmente a recibir recetas de psicofármacos, sin tener acceso a otras formas de apoyo o terapia. En su perspectiva, este enfoque centrado únicamente en la medicación resultó insuficiente para abordar las cuestiones subyacentes a su malestar psíquico:

Solo viendo al psiquiatra. Que no te mandan nunca que vayas a un psicólogo o terapia. Porque si hubiera estado haciendo terapia a lo mejor cuando tuve este... este bajón de... de frustración de... de vida no sé, si hubiera estado haciendo terapia a lo mejor simplemente con un poco de trabajo personal, de replantearse cuáles son tus objetivos de vida, porque claro ... tenía veinticinco años y también claro a lo mejor tenía unas expectativas y la vida no es lo que tú esperabas y si necesitas hacer un cambio o necesitas replantearse las cosas, pues no en lugar de eso pues toma ¡métete esto a ver qué pasa!<sup>367</sup>

La creciente medicalización contemporánea también se extiende a los menores. Dunia tenía solo 14 años cuando comenzó con el proceso de medicalización y, al igual que Marta, expresa su pesar ante la falta de opciones. Se lamenta de que la única alternativa que le ofrecieron fuera la medicalización:

Claro es que cuando empecé a tomar el primer antidepresivo a los 14 años, yo no me acuerdo, lo que me dice mi madre es que pasé de estar súper deprimida, a estar que me subía por las paredes. O sea, que súper eufórica, que no paraba de hablar, y hacer cosas, y de saltar, y de correr, y yo no me acuerdo. O sea, imagínate cómo estaría, que no me acuerdo<sup>368</sup>.

La Dunia de ahora siente una profunda tristeza y rabia al recordar a la niña de 14 años que fue y el tratamiento que recibió a tan temprana edad. Dunia se siente frustrada y herida por aquella experiencia. En su imaginación, desearía poder enfrentar y expresar toda la indignación que siente a aquel psiquiatra que la maltrató:

Y ahora como que siento mucha rabia. O sea, cada vez que me acuerdo de eso, siento mucha rabia hacia este psiquiatra, por qué digo ¿por qué me hizo esto?, ¿por qué me trató así? ¿por qué me dio tanta medicación y no me permitió ver a un psicólogo? Es que a veces pienso es que, si me lo encuentro, bueno no hago nada ¿no? pero ja, ja, ja pero en mi fantasía, ¡ojalá le pudiera dar una hostia! y ¡mandarlo a la mierda! ¡Insultarlo! Y ya te digo ¡mandarlo a la mierda!<sup>369</sup>

<sup>367</sup> 6. Marta: 145.

<sup>368</sup> 4. Dunia: 102.

<sup>369</sup> 4. Dunia: 139.

#### 6.4.2.1. La Adherencia al Tratamiento y la Sucesión de Prescripciones

Uno de los desafíos más significativos que enfrenta la psiquiatría es la falta de adherencia al tratamiento que pueden presentar las personas psiquiatrizadas, particularmente en lo que respecta a la medicación. Desde la psiquiatría se argumenta que esta falta de adherencia se debe a la falta de conciencia de enfermedad por parte de las personas psiquiatrizadas, más que a los efectos que la medicación pueda tener en sus cuerpos (Plaza, 2023).

Esperanza relata cómo la sobremedicación tuvo un impacto profundo en su cuerpo y alma durante el ingreso:

Pero es que me dieron tanta sobremedicación, que por la noche no podía dormir porque me temblaban las piernas de la *Zyprexa*, me metieron tanta *Zyprexa* en el cuerpo, entonces entre otras cosas, me daban los efectos secundarios de los temblores en las piernas. Me temblaban tantísimo las piernas por la noche que no me podía dormir, y entonces me metieron otra pastilla, para dormir, un *Dormodor*. Además, yo no sabía, si esos temblores de piernas iban a ser para toda la vida, o no<sup>370</sup>.

Con frecuencia, los efectos secundarios de los medicamentos son interpretados de manera incorrecta como nuevos trastornos, lo que lleva a una sucesión de prescripciones adicionales por parte de los psiquiatras, creando así una especie de ciclo. Por ejemplo, los antipsicóticos pueden ocasionar sensaciones de letargo y depresión, lo que a su vez puede llevar a la prescripción de antidepresivos. Del mismo modo, si el paciente comienza tomando antidepresivos, es posible que desarrolle síntomas de manía, lo que llevará a su médico a recetar también antipsicóticos (Gotzsche, 2015). Dunia describe cómo vivió este proceso de sucesión de prescripciones:

A ver, yo creo que, con respecto al trastorno bipolar, eso es algo que hay que tener cuidado con la medicación. Que sea una persona con trastorno bipolar, en una fase depresiva, le das un antidepresivo, no le vas a tratar la depresión si no que le vas a provocar un episodio hipomaniaco, porque sea una persona bipolar que tiene fases bajas y altas, le das antidepresivos en una fase baja, lo que al final consigues es que estás provocando una fase eufórica, o sea una fase hipomaniaca o maníaca. Entonces yo creo que eso fue lo que me pasó a mí cuando empecé a tomar el primer antidepresivo, aunque por lo general los antidepresivos nunca me han ayudado por qué no se han acompañado con psicoterapia, sobre todo en la adolescencia<sup>371</sup>.

Esto mismo que describe Dunia es lo que le sucedió a Marta, cuando pensando que estaba depresiva recetaron el antidepresivo *Citalopram* la iatrogenia le provocó una crisis que arrasó con todas las esferas de su vida<sup>372</sup>. Mariona también tomó *Citalopram* y al igual que Marta deja constancia de que el *Citalopram* no cambiaba los problemas que ella tenía en su vida:

Empecé a trabajar, en plena crisis económica, pues a buscar curro. Fui trabajando en cositas, que no encontraba nunca nada estable. Eso a mí me carcomía por dentro. Empecé con depresión, también por haberlo dejado con mi ex. La doctora de cabecera me recetó *Citalopram*, y nada iba

---

<sup>370</sup> 7. Esperanza: 81.

<sup>371</sup> 4. Dunia: 102.

<sup>372</sup> No entro en más detalle aquí, porque ya he relatado este proceso de iatrogenia de Marta en el apartado de *La violencia del diagnóstico*, en el subapartado *Ojalá nadie me hubiera dicho que estaba loca*.

haciendo. Iba haciendo, iba ahorrando. Pero yo todo el rato estaba preocupada porque no tenía trabajo y me sentía como una carga. Que en realidad es como me había sentido durante toda mi vida<sup>373</sup>.

La experiencia con la medicalización psiquiátrica varía significativamente según el tipo de psicofármaco y la persona que los toma. Algunas colaboradoras, como Marta, han sufrido graves consecuencias en sus vidas debido a los efectos adversos de estos medicamentos, mientras que otras, como Lea, han pasado por un largo proceso de prueba y error hasta encontrar el que mejor les ha funcionado. En ese sentido, hay una diversidad de experiencias y perspectivas entre las colaboradoras, ya que no todas rechazan necesariamente el consumo de psicofármacos. Algunas han encontrado que el tratamiento farmacológico les brinda alivio y mejora su bienestar. Otras, como Esperanza, a pesar de que aún los toma, no tiene tan claro su eficacia:

Aparte que sobre los medicamentos psiquiátricos también, yo tengo mis dudas respecto a ellos. Por qué hasta qué punto está demostrado que ayudan, o que no ayudan. Muchas veces no está muy muy claro, y luego los efectos secundarios son muy graves<sup>374</sup>.

No obstante, la crítica que expresan las colaboradoras se fundamenta cuestionar la noción de que los psicofármacos sean la única respuesta que se ofrece para abordar los problemas de malestar psíquico.

#### 6.4.2.2. Ellos Engordándose los Bolsillos y tú Engordando con tu Medicación

Para quienes piensen consumirlos dejen que les diga  
que reducen drásticamente la esperanza de vida,  
probablemente engorden de forma agresiva,  
hasta que su cuerpo coincida  
con su actividad mental pasiva.

Solitario, *La pseudociencia*, 2022.

Esperanza expresa una profunda crítica hacia la mercantilización y cronificación psiquiátrica. En su perspectiva, la alianza entre el poder psiquiátrico y la industria farmacéutica se trata de una mafia, a la que, como tantos otros activistas, se refiere como «*farmafia*»:

Lo que pasa es que luego tenemos también el tema de la industria farmacéutica que ahí ya nos metemos en un berenjenal. Porque a la industria farmacéutica es la primera que le interesa que no te cures nunca. Porque la droga antipsicótica es muy cara. Y a ellos les va muy bien suministrarte la medicación de por vida, y que ellos puedan vivir tan a gusto: ellos engordándose los bolsillos y tú engordando con tu medicación. Y los de la empresa farmacéutica son los primeros que visitan los centros de salud mental, a ofrecer sus medicamentos. Están compinchados con los psiquiatras. La *farmafia*, es que en mi opinión es una mafia. Es una mafia legal<sup>375</sup>.

<sup>373</sup> 1. Marion: 79.

<sup>374</sup> 7. Esperanza: 61.

<sup>375</sup> 7. Esperanza: 163.

Las colaboradoras han enfrentado una serie de efectos secundarios y cambios en sus cuerpos derivados de los psicofármacos: el cuerpo se aumenta, se altera, se deforma y se agota debido a la medicación psiquiátrica. De acuerdo con Moncrieff (2013), los antipsicóticos «hacen que las personas se muevan menos y que sus movimientos sean más lentos» (p. 65). Esperanza, por su parte, destaca el aumento de peso, tener temblores y las compras compulsivas debido a los psicofármacos. Estos efectos han tenido un fuerte impacto en su autoestima y, además, pueden desencadenar trastornos circulatorios, problemas hormonales y una sensación de pesadez y falta de actividad. Todo esto puede llevar a la persona medicalizada a un aislamiento social que la aleje de su entorno y sus relaciones sociales.

Por lo general, los efectos secundarios de los psicofármacos no se advierten a las personas y suelen ser descubiertos una vez que ya han ocurrido. En el caso de Esperanza, durante su tratamiento con *Zyprexa*, experimentó un aumento significativo de peso y expresó su deseo de cambiar la medicación en varias ocasiones, ya que conocía otros antipsicóticos que no producían este efecto. Sin embargo, su psiquiatra le negó repetidamente esta opción. Finalmente, cuando por conveniencia de la psiquiatra se realizó el cambio de la medicación, Esperanza pudo comenzar a perder peso, pero para entonces ya había ganado 25 kilos. Esperanza se lamenta ya que todavía se encuentra lejos del peso que ella tenía antes de empezar con esta medicación.

Y luego otra cosa muy importante, yo estoy con la medicación psiquiátrica desde el 2008, estuve con la *Zyprexa* varios años y a mí me ha engordado 25 kilos. A mí la medicación psiquiátrica me ha deformado el cuerpo, hasta que me pasaron al *Abilify*, que es un antipsicótico como la *Zyprexa* pero que no tiene esos efectos secundarios de engordar. Ahora estoy viendo a ver si adelgazo, porque yo siempre he sido una persona muy delgada y fue la medicación lo que me engordó. O sea, que esto pues todavía es peor para tu autoestima. A mí la autoestima me la destrozó el tema de la medicación psiquiátrica y el *Zyprexa*. O sea, tú vas viendo con los meses, que tu ropita bonita, ya no te va viniendo, que ya no te cabe. Y se lo iba diciendo a la psiquiatra en las revisiones del centro de salud mental, mire que estoy engordando, mire que estoy engordando, por favor cámbieme la medicación. Y me decía que no, no te pasó al *Abilify*, porque me da miedo, porque tal. O sea, y yo diciéndole mire que por favor, que no quiero engordar más. Entonces cuando ya engordé 25 kilos fue cuando me pasaron a la *Abilify*. Que ya te digo es como la *Zyprexa* es también un antipsicótico, pero no engorda. Pero para entonces, yo ya estaba con mi cuerpo que ya no era mi cuerpo. 25 kilos es muchísimo, y todavía no me los he podido quitar<sup>376</sup>.

Las colaboradoras señalan que existe una falta de transparencia en la información relacionada con los psicofármacos. Aspectos importantes, como los efectos secundarios, el funcionamiento y la duración recomendada del tratamiento, suelen ser ocultados. Un ejemplo ilustrativo es el caso de Marta, a quien originalmente se le recomendó un tratamiento de 2 años, pero se prolongó hasta 15 años sin que se le informara adecuadamente. Además, al igual que Esperanza, Marta engordó considerablemente «de 58 que pesaba al principio de todo a 84 que llegué a pesar (...) había engordado tanto y yo nunca había sido gorda, entonces me sentía súper mal, me sentía fea y me sentía mal, tenía una autoestima super baja»<sup>377</sup>.

---

<sup>376</sup> 7. Esperanza: 113.

<sup>377</sup> 6. Marta: 74.

Los profesionales *psi* también muestran cierta resistencia a reconocer los efectos negativos que los psicofármacos pueden tener en el cuerpo y en la mente de las personas. Como lo relata Esperanza, al quejarse del aumento de peso, su psiquiatra negaba que esto fuera resultado de la medicación, desestimando sus preocupaciones. Además de la falta de información sobre los efectos secundarios, también se ocultan datos importantes, como la reducción de la esperanza de vida en ciertos diagnósticos, como la esquizofrenia, que se atribuye al consumo de neurolépticos y a los factores asociados (Plaza, 2023). En ese sentido, las colaboradoras expresan con frecuencia su frustración por la falta de información sobre los efectos de los psicofármacos, y destacan que los efectos negativos son tan prevalentes que cuestionan su clasificación como meros «efectos secundarios», ya que parecen tener un impacto primario en su experiencia. Esta preocupación es especialmente evidente en el caso de los antipsicóticos, tal y como menciona Marta Plaza (2023):

La toma continuada de antipsicóticos se asocia en diversas investigaciones con una esperanza de vida quince años menor. Pueden también: aumentar (o a veces reducir) nuestro apetito, aumentar nuestra necesidad de sueño, aumentar la demanda que sentimos por los hidratos de carbono, imponer un estilo de vida sedentario, alterar nuestros niveles metabólicos con sus lógicas consecuencias físicas equiparables a trastornos como hiper o hipotiroidismo. A las personas menstruantes, como es mi caso siendo mujer cis, pueden alterarnos la regla o eliminar nuestra menstruación; también generar galactorrea (segregar leche por el pecho sin haber maternidad ni embarazo, solo por el aumento de prolactina que conllevan muchos fármacos psiquiátricos) o trastocarnos la sensación interna de frío/calor. De muchos psicofármacos es tan innegable su nivel de toxicidad que requieren analíticas periódicas para confirmar que se estén eliminando bien del cuerpo y no estén dañando *demasiado* órganos tan importantes como el hígado o el páncreas. Muchas medicaciones psiquiátricas es habitual que generan sequedad de boca, temblores, balanceos, alteraciones en la actividad motora, movimientos involuntarios o parkinsonianos, molestos hormigueos internos en las extremidades, incapacidad de estar en la misma posición más de unos segundos, sensación general de perder el control sobre los movimientos... Hablamos de un cóctel sensacional, tremendo para vivirlo cada día en nuestro cuerpo y del que, irresponsablemente, prácticamente nunca nos informan ni se responsabilizan si preguntamos por ellos en consulta. (p. 156-157)

### 6.4.3. Desmedicalización: Los *Psi* No Ayudan

Alguno de los enfermos, en el límite de la desesperación, intentaba herirse, herirse a sí mismo; incluso esto era considerado enfermedad, y no se le reconocía al paciente su derecho a la vida, su derecho a la muerte. Cuando una mujer se cortaba las venas era criticada, provocaba un escándalo. Nadie veía qué laberinto de mal o de llanto, o qué sufrimiento exterior causaba semejante decisión.

Alda Merini, *La otra verdad: diario de una diversa*, 2019.

Como decía, a lo largo del trabajo de campo, he escuchado diversas opiniones sobre el uso de psicofármacos. Algunas colaboradoras defienden la opción de tomar medicación de manera puntual, utilizando los psicofármacos como un recurso «a modo de rescate» cuando se enfrenta un problema específico. Así lo explica Rosa:

Yo salvo que sea algo muy muy puntual y que se me vaya, no tomo nada. Yo lo que sí que tomo una pastilla para dormir. Que te ayuda a dormir, pero ojo tomo lo mínimo, y a lo mejor una caja me dura dos años. O sea, yo la tengo como rescate, ¿vale? Yo lo que hago es cojo la pastilla la meto en uno o dos dedos de agua, deajo que se disuelva bien, me tomo la mitad, y el resto lo tiro. Porque como tomo muy poco, entonces sé que con poco, me sirve. Claro si yo tomara cada día y cada día pues luego iba a necesitar más. Entonces en realidad es en momentos muy puntuales cuando hay algo que te tiene preocupada o lo que sea y dices mira, ya está<sup>378</sup>.

Algunas personas reconocen la importancia de los psicofármacos como parte de su proceso de tratamiento, mientras que otras ya han concluido el proceso de desmedicalización:

A mí la medicación me ha hecho más mal que bien. O sea, sinceramente. De lo que yo más me alegro es que por fin, aunque siga estando en el centro de salud mental, es por lo menos no tener medicación. Yo soy partidaria, yo prefiero infinitas veces tener una buena psicoterapia, un buen psicólogo que me trate los problemas de ansiedad, o depresión, a tener que estar tomando pastillas, porque yo le veo más desventajas que ventajas. Y por experiencia propia, no es qué lo diga porque me lo ha contado otra persona, no es que yo lo he vivido, y no ha sido bueno para mí. Y ya está<sup>379</sup>.

Varias colaboradoras están actualmente inmersas en el proceso de desmedicalización y participan en redes virtuales o presenciales dedicadas a dar apoyo en esta causa. A través de la interacción y el intercambio de experiencias en *primera persona*, en estas comunidades se proporcionan orientaciones sobre cómo enfrentar de manera gradual y colectiva la desmedicalización. Esperanza se está formando en estas redes para poder realizarla en el futuro, según dice, cuando se sienta lista para hacerlo.

Independientemente de la relación y el vínculo que cada colaboradora tenga con la medicación psiquiátrica, todas coinciden en que el problema radica en la forma en que los psicofármacos son prescritos. Con frecuencia, se recetan como una solución rápida y a largo plazo, sin analizar adecuadamente su necesidad y sin un seguimiento continuo para determinar si aún son necesarios o para facilitar la discontinuación del tratamiento de forma segura<sup>380</sup>.

La desmedicalización, es decir, la interrupción o reducción del tratamiento médico, es un proceso que debería recibir apoyo de los psiquiatras, pero según la experiencia de las colaboradoras, no suele ser así. El consentimiento y la elección informada implican que los psiquiatras también deberían acompañar la discontinuación de la medicación que prescriben. No obstante, las colaboradoras relatan que los profesionales *psi* a menudo se resisten a disminuir la medicación, lo que dificulta el proceso de desmedicalización.

---

<sup>378</sup> 2. Rosa: 62.

<sup>379</sup> 4. Dunia: 102.

<sup>380</sup> Me parece interesante compartir algunos datos de una investigación realizada por John Read (2022), sobre la importancia del consentimiento informado y la elección informada al recetar los antipsicóticos. En la encuesta participan 757 personas de 30 países diferentes, en su trabajo Read concluye que la mayoría de los encuestados (70%) no recibió información sobre los efectos adversos de los antipsicóticos. Un 46% no fue informado sobre cuánto tiempo tomar antipsicóticos, y de aquellos que se les informó algo, a un 48% se les dijo que los tomaran para siempre. La mayoría de los encuestados (76%) no recibió información sobre cómo funcionan los antipsicóticos. Véase: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09638237.2022.2069708> [Consulta: 4 de noviembre de 2023].

La psiquiatría tiende a interpretar el deseo de dejar la medicación como «falta de adherencia al tratamiento con psicofármacos», vinculándolo más con la falta de la «conciencia de enfermedad» que con los efectos secundarios que pueden experimentar las personas medicalizadas. Sin embargo, los efectos a largo plazo de los psicofármacos pueden empeorar la calidad de vida y la esperanza de vida de las personas psiquiatrizadas. Por lo tanto, se plantea que debería ser responsabilidad de los profesionales *psi* fomentar la desmedicalización y buscar alternativas más éticas en lugar de simplemente cambiar o añadir más medicación. He aquí el problema, la propuesta de la desmedicalización puede resultar incómoda para algunos, especialmente para aquellos que se benefician económicamente de la mercantilización de los psicofármacos<sup>381</sup>.

La falta de pautas claras para llevar a cabo el proceso de desmedicalización es un problema significativo. A veces, lo que inicialmente se presenta como una solución puede convertirse en una contrariedad aún mayor. La desmedicalización es un proceso complejo que requiere tiempo y, desafortunadamente, debido a la falta de apoyo, muchas personas cesan la medicación de manera abrupta, lo cual puede causar complicaciones<sup>382</sup>. Estos problemas a menudo no son reconocidos como consecuencias del abandono de la medicación y suelen interpretarse erróneamente como la reaparición del problema subyacente, lo que refuerza la idea de la necesidad de un tratamiento cronificado. Sin embargo, si se reconocieran los efectos asociados al abandono de la medicación como tales, existen diferentes formas de abordarlos sin tener que recurrir a la medicación de forma prolongada (Moncrieff, 2013).

Dejar la medicación, según lo expresa Cristina Barcala (2023) en *Dos años sin medicación: entre la autodefensa y la sanación*, representa una forma de escapar del control institucional y establecer redes de convivencia y apoyo mutuo, una especie de resistencia frente al sistema psiquiátrico dominante, evitando así el «*tulerdaje*» oficial. Barcala resalta la importancia de valorar los saberes que surgen de la experiencia de las personas psiquiatrizadas, quienes, al construir comunidades de apoyo, encuentran alianzas fundamentales para llevar a cabo el proceso de desmedicalización. La autora y activista loca, subraya cómo estas redes y la solidaridad entre quienes atraviesan un proceso similar han sido cruciales para su propia desmedicalización. Según explica, en lugar de

<sup>381</sup> En este artículo se indican algunos precios de los fármacos antipsicóticos, por ejemplo, los inyectables de liberación prolongada, como el *Abilify Maintena*, cuestan unos 315 euros al mes, y según se indica en el artículo no tienen mejoras terapéuticas probadas. El *Risperdal Consta* costaría unos 804 euros al mes y el *Xeplion 707* euros o incluso 1008 euros al mes. En el artículo se sugiere que tal vez ese dinero se podría invertir en buscar otras alternativas. Véase: <http://postpsiquiatria.blogspot.com/2016/09/antipsicoticos-atipicos-de-liberacion.html> [Consulta: 20 de octubre de 2022]. Considerando la cantidad personas que reciben diagnósticos que les llevan a depender de la medicación a largo plazo, y dado que la sobremedicación de antipsicóticos a menudo les impide trabajar, al observar los costos, podría pensarse que el consumo de psicofármacos se ha convertido en su modo de ser productivos y generar beneficios económicos. En ese sentido, la prioridad de la industria farmacéutica no radica en la cura, sino en la cronificación. Esto se debe a que el mayor beneficio económico proviene del consumo continuo de psicofármacos a lo largo del tiempo.

<sup>382</sup> Desde el activismo loco se han creado varias guías para ayudar en el proceso de desmedicalización psiquiátrica. Me gustaría dejar nuevamente el enlace a la guía para la *Discontinuación del Uso de Drogas Psiquiátricas: Una Guía Basada en la Reducción del Daño*. Véase: <http://willhall.net/files/GuiaReducciondelDanoDiscontinuaciondeDrogasPsiquiatricas2EdOnline.pdf> y el *Vademécum fácil de psicofármacos*, véase: [https://primeravocal.org/wp-content/uploads/2020/07/Vademecum\\_fácil\\_de\\_psicofarmacos.pdf](https://primeravocal.org/wp-content/uploads/2020/07/Vademecum_fácil_de_psicofarmacos.pdf) [consulta: 3 agosto de 2023]. Espero que pueda ser de ayuda para quienes lo necesiten.

enfrentar el proceso de manera individual, la colaboración colectiva y la construcción de espacios de apoyo, presenciales o virtuales, han sido fundamentales en su camino hacia la sanación y la emancipación de la medicalización psiquiátrica.

\* \* \*

Me gustaría concluir esta travesía por el Aqueronte con Kate Millett (2019) ya que, en su *viaje al manicomio*, comparte muchas de las experiencias devastadoras vinculadas a la psiquiatría institucional que se han narrado en este capítulo: el encierro involuntario en un psiquiátrico, la medicalización forzosa, el control, la vigilancia, el aislamiento, el estigma y el miedo. Tras recibir un diagnóstico de maniaco-depresiva, sufrió dos ingresos involuntarios y fue medicada contra su voluntad.

Como resultado del encierro y la medicalización, Kate Millett cayó en una profunda depresión. No obstante, poco a poco, inició su lucha para recuperar su vida. En ese sentido, su obra *Viaje al manicomio* no solo se convierte en un viaje *por la puerta infernal*, una pesadilla de dolor y sufrimiento, sino que también es una voz de reivindicación y una llamada a reflexionar sobre una *resistencia colectiva feminista* (García, 2019; Chamberlin, 1979, 1994) que es narrada por Millett en *primera persona*.

Kate Millett cuestiona su propia locura y problematiza el diagnóstico que le han asignado a través de un proceso de toma de conciencia política y una resignificación de la locura. De este modo, se acerca a los planteamientos del movimiento de los supervivientes de la psiquiatría y denuncia la influencia del poder psiquiátrico y los dispositivos *psi*, patriarcales y cuerdistas, como tecnologías que ejercen control sobre las personas psiquiatrizadas (Castillo-Parada, 2019; Weiner, 2005).

A lo largo de su obra, se percibe que vive con angustia ante la posibilidad de ser internada nuevamente en algún centro psiquiátrico. Las alusiones al litio también son frecuentes en el texto, y en repetidas ocasiones aborda su toxicidad y el dilema personal que enfrenta acerca de continuar o suspender su uso, ya que los médicos, familiares y amigos insisten en que continúe con la medicación. En medio de esta situación, la autora destaca que incluso los profesionales médicos carecen de certeza acerca del funcionamiento del litio, afirma que: «ni ellos mismos saben qué hace el litio» (p. 88). Por su parte, ella es consciente de los efectos que experimenta al tomarlo, como la diarrea y el temblor en las manos, así como los posibles daños en el riñón.

En 1973, tres años después de la publicación de su libro *Política sexual* (1995), Millett fue ingresada por primera vez. En el verano de 1980, mientras se encontraba en el campo con la intención de hacer una comunidad de artistas, tomó la decisión de suspender la medicación. Millett relata como cada acto que realizaba y podía ser percibido como impulsivo era atribuido a su abandono de la medicación. Cada una de sus acciones era interpretada en función de su no adherencia a la medicación, lo que generaba un sentido de amenaza en ella. Por eso, después de un ingreso involuntario debido a un episodio de euforia en el aeropuerto de Irlanda, al regresar a Nueva York, Millett optó por retomar la medicación.

Luego, en 1988, decidió nuevamente realizar la desmedicalización, pero esta vez solo compartió su intención con una pareja de amigos que también eran supervivientes de la psiquiatría. Llevó a cabo el proceso de desmedicalización disminuyendo gradualmente las dosis hasta lograr abandonarlo por completo. Sorprendentemente, esta vez no tuvo problemas ni reacciones negativas. En este fragmento, Millett responde a su psiquiatra acerca de su elección de realizar la desmedicalización:

En realidad la dejé en mayo, pero no se lo dije a nadie hasta julio, de ahí que decidieran que me estaba volviendo loca. Me cansé del temblor de las manos y de la diarrea, y quería vivir una existencia sin fármacos. (Millett, 2019, p. 295)

Este pasaje me parece sugerente, ya que revela cómo durante esos dos meses sin medicación nadie se percató de la situación y aparentemente todo marchaba bien. Sin embargo, una vez que la información salió a la luz, los demás asumieron que su decisión de dejar la medicación estaba relacionada con su locura, estigmatizando su elección. Este episodio resalta cómo el estigma en torno a la desmedicalización puede influir en las percepciones de los demás, ilustrando la dificultad que supone para las personas psiquiatrizadas apartarse del imperativo farmacológico hegemónico que está tan arraigado.

Permítaseme concluir el recorrido por este particular Infierno dantesco y abrir el paso al Purgatorio, con las hermosas y alentadoras palabras que Kate Millett (2019) comparte en el último capítulo de su *viaje al manicomio*:

Mientras escribo estas últimas palabras en París, sentada delante de la ventana perfecta en el número 60 de la rue de Seine, miro a lo lejos por encima de los tejados de tejas de la ciudad y me recreo la vista con el capitel de la Sainte Chapelle, la capilla de los reyes medievales de Francia, una asombrosa escultura ornamentada, un prodigio de imaginación. Con la vista fija en ella, sumo mi propia experiencia a la de multitud de personas que como yo han conocido la crueldad y la irracionalidad del sistema, y reivindico un nuevo respeto a la mente humana en sí, su razón, inteligencia, percepción, agudeza y lógica. Que no vuelva a haber más hospitalizaciones, medicación o electroshocks forzados, ni más definiciones de la locura como un delito que hay que tratar con métodos salvajes. (...) Deja que la mente sea libre. El pensamiento. El habla, la expresión, la exploración. Que al menos eso lo sea en esta breve y a menudo miserable vida en la que hay tan pocas cosas más libres. Derribad la casa de locos y construir con sus ladrillos teatros o áreas de juego. Dejémonos unos a otros en paz. Si no se meten con nosotros, nos apañaremos sin la interferencia de parientes o de la psiquiatría estatal. Como mejor se ayuda a la condición humana es respetándola. (pp. 502-505)



## VII. SUBJETIVIDADES DE LA LOCURA

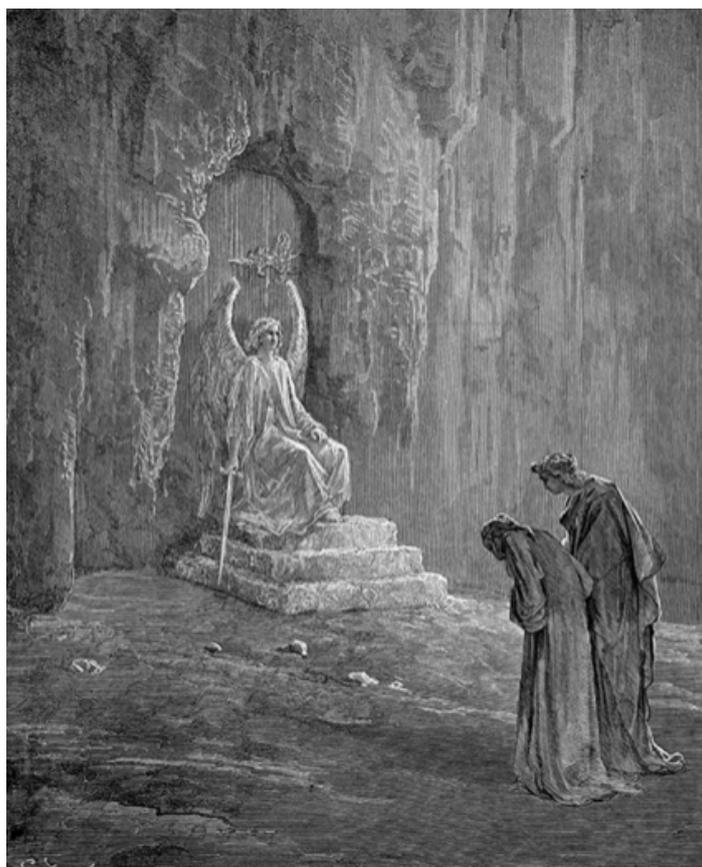


Ilustración 39. Purgatorio.

Gustave Doré (1861), *Divina Comedia*, Purgatorio, Canto IX.

Esta ilustración representa la entrada a la primera cornisa del Purgatorio. Dante describe su visión: «*Vidi una porta, e tre gradi di sotto, per gire ad essa, di color diversi, e un portier ch'ancor non facea motto*» [Vi una puerta, y aún vi tres escalones para alzarse hasta ella, de colores diferentes, y ante ella vi un portero que esperaba en silencio] [Purgatorio, Canto IX, 76-77] (Alighieri, 2021, p. 558). El Purgatorio es un lugar que representa el proceso de purificación de las almas antes de entrar al Paraíso. Se dice que los tres peldaños de tres colores —blanco, negro y rojo— son un símbolo de penitencia en el que cada peldaño posee sus particularidades...

## Purgatorio, Canto I, 1-8

*Per correr miglior acque alza le vele  
omai la navicella del mio ingegno,  
che lascia dietro a sé mar sì crudele;  
e canterò di quel secondo regno  
Dove l'umano spirito si purga  
e di salire al ciel diventa degno.  
Ma qui la morta poesia resurga,  
o sante Muse, poi che vostro sono;*

\* \* \*

Por surcar mejor agua iza las velas  
ahora la navecilla de mi ingenio  
mientras mar tan cruel tras de sí deja,  
que he de cantar de aquel segundo reino  
donde el humano espíritu se purga  
para ser digno de subir al cielo.  
Resurja aquí la muerta poesía,  
¡oh, santas musas!, dado que soy vuestro;

Dante Alighieri (2021), *La Divina Comedia*.

## 7.1. ENTRADA AL PURGATORIO: LOS TRES PELDAÑOS

Después de sobrevivir a las profundidades del encierro doliente y el eterno tormento, y tras recorrer los círculos del abismo de la violencia psiquiátrica, se abre paso una montaña rodeada de precipicios: el Monte del Purgatorio. Al pie de la montaña se encuentra el Antepurgatorio, y en su cima se vislumbra el Paraíso Terrenal. Las almas que habitan el Purgatorio ya están salvadas, pero deben ascender la montaña en penitencia. El Purgatorio de Dante, en su simbolismo, representa un espacio de purificación y transformación, donde las almas deben expiar sus pecados antes de elevarse al Paraíso.

Cuando Dante y Virgilio —junto con la neófita antropóloga que escribe estas líneas— llegan a la puerta del Purgatorio, se encuentran con el Ángel Guardián. Este ser celestial, traza la letra «P» siete veces en la frente de Dante con su espada ardiente. Esta «P» simboliza el pecado —«*peccatum*»— y marca el inicio de su proceso de purgación. En este proceso, Dante deberá expiar los siete pecados capitales: soberbia, envidia, ira, pereza, avaricia, gula y lujuria.

La entrada al Purgatorio tiene una puerta y tres peldaños: «*Vidi una porta, e tre gradi di sotto...*» (Canto IX, 76-77). Cada peldaño es de un color distinto: el primero, de pulido mármol blanco, simboliza la pureza del alma; el segundo, una piedra agrietada de color negro, evoca el duelo; y el último, rojo del color de la sangre, representa la restauración y un nuevo comienzo.

\* \* \*

En el Purgatorio de Dante, las almas confrontan sus propias sombras y debilidades, buscando la purificación interior. De manera análoga, el tránsito a través de las *subjetividades de la locura* implica enfrentar las complejidades internas de las almas en proceso de purgación. En este particular Purgatorio, las almas no tienen pecados que expiar, sino que enfrentan diversos desafíos que les permiten una comprensión más profunda de sus vivencias. El enfoque que guía este tránsito etnográfico quiere dar cuenta de esa reflexión, de esa búsqueda de una voz propia, un viaje interior de cuestionamiento, conocimiento y metamorfosis. Aunque la transformación es personal, la resistencia es siempre un acto colectivo, pues las almas en purgación nunca caminan solas. La puerta del Purgatorio se abre con un rechinar fuerte y se escucha el canto del *Te Deum...*<sup>383</sup>

La puerta del Purgatorio simboliza el umbral entre el sufrimiento del Infierno y la esperanza del Purgatorio. En este espacio de tránsito, las almas no vagan como los muertos vivientes del inframundo. En este páramo de gradas, cada alma ha de trazar su propio camino. Cada camino es un acontecimiento de singularidad que se forja en la colectividad de las almas en purgación. Pues cada camino es singular en tanto su relación con la alteridad y lo colectivo. En cada cornisa, se desencadena una tormenta interna donde las almas se confrontan con sus propias subjetividades. Este Purgatorio se erige como un valle de sombras y esperanzas, donde las almas reconocen sus fragilidades y, al mismo tiempo, vislumbran una comprensión renovada y colectiva de sí mismas.

<sup>383</sup> «*Te Deum*» en tono solemne. Véase: <https://www.youtube.com/watch?v=naAy9VXflbs> [consulta: 10 agosto de 2023].

En este capítulo en forma de travesía subjetiva del Purgatorio, cada peldaño es un apartado que adquiere un significado particular:

Primer Peldaño de Mármol Blanco: Este umbral purgatorial, símbolo de la pureza del alma y custodiado por la Reina Blanca, se titula *La Angustia de un Silencio Enquistado*. Este escalón encarna la memoria y los silencios que residen en su interior, donde se libra una batalla contra el muro del silencio impuesto, una lucha por develar los secretos sepultados en lo más profundo.

Segundo Peldaño de Piedra Negra: El siguiente escalón evoca el duelo y está encomendado a la princesa y hechicera Medea. Lleva por título *Medea Revisitada* y simboliza las complejidades de expresar lo que parece inexpresable. En esta cornisa de lamento, la madre infanticida toma la palabra para narrar su propia historia, trazando un sendero hacia la comprensión y la reconciliación.

Tercer Peldaño de Sangre Roja: Este último escalón representa la restauración y un nuevo comienzo, y está vigilado por la misteriosa Oruga Roja<sup>384</sup>. Lleva por título *El sentido de las voces*, y en este punto culminante, la Oruga ofrece un consejo críptico entre bocanadas de narguile. Aquí, las almas deben desentrañar el significado de sus propias voces.

---

<sup>384</sup> En *Alicia en el País de las Maravillas* (Carroll, 1985), la Oruga es descrita como una criatura azulada de aspecto contemplativo. En este caso, me he tomado la licencia de cambiar el color de la Oruga para simbolizar los tres colores de los peldaños del Purgatorio: blanco, negro y rojo.



Por lo general, las personas no muestran lo terribles que son. Pero son como una vaca pastando tranquila que, de repente, levanta la cola y descarga un latigazo sobre el tábano.

Osamu Dazai, *Indigno de ser humano*, 2022.



## 7.2. LA ANGUSTIA DE UN SILENCIO ENQUISTADO



Ilustración 40. *Alicia y la Reina Blanca.*

Ilustración de Sir John Tenniel para *A través del espejo y lo que Alicia encontró allí.*  
Lewis Carroll, 1987, p. 95.

En *A través del Espejo* (Carroll, 1987), la Reina blanca se presenta como un personaje dotado de una memoria peculiar capaz de recordar eventos que aún no han ocurrido. Esta figura reprende a Alicia por su «mala memoria», que solo parece funcionar hacia atrás. La Reina Blanca reside al otro lado del espejo, en una inversión de sentido, y reconoce que aunque esta disposición puede ser algo confusa, poseer una memoria que opera en ambas direcciones es una gran ventaja.

En el umbral de este primer peldaño en el tránsito purgatorial, nos sumergimos en los intrincados pasajes de la memoria y en los silencios que anidan en su interior. Escribo estas palabras aceptando la imposibilidad de capturar la memoria, abrazando la complejidad del silencio y el carácter fugaz de los recuerdos. Explorar la memoria implica reconocer que el pasado se ha desvanecido, pero su influjo persiste en el presente y continuará haciéndolo en el futuro. En ocasiones, los recuerdos yacen sepultados en el silencio; en otros momentos, emergen de forma penetrante porque el acto de callar duele más. En ciertas situaciones, nos desligamos de ellos llevándolos al olvido, a veces, en un proceso de amnesia, disociamos para poder avanzar. Siguiendo el paradigma del espejo de la Reina Blanca, ojalá que la memoria tuviera ocasionalmente la capacidad de operar en ambas direcciones. La cuestión es, diría Foucault (1984a), que en el espejo, me veo donde no estoy.

### 7.2.1. Callar Duele Más: El Silencio Impuesto

Ese nudo de la vida al que se liga la emisión del pensamiento.  
Un nudo de asfixia central.

Antonin Artaud, 1980, *Fragmentos de un diario del infierno*.

He nacido para que me hagan añicos.

Virginia Woolf.

En su obra *El silencio*, Le Breton (2016) profundiza en una serie de metáforas y ejemplos etnográficos que desentrañan las complejidades del silencio. Destaca el hecho de que en las sociedades occidentales contemporáneas prevalece una constante necesidad de hablar, lo que genera cierto temor hacia el vacío del silencio. La modernidad ha propagado el ruido y, al mismo tiempo, ha despojado al silencio de su significado (Le Breton, 2016).

Dice Le Breton (2016) citando a Kafka: «Ahora, las sirenas disponen de un arma todavía más fatídica que su canto: su silencio» (p. 2). Le Breton utiliza esta cita para destacar el atractivo del silencio en contraste con la urgencia de *vomitir palabras* y la falta de una reflexión pausada que caracteriza la actualidad. En muchas narrativas mitológicas, las sirenas se representan como criaturas seductoras que atraen a los marineros con su hermoso canto para luego causar su perdición. Le Breton (2016), retoma la idea de Kafka, planteando que si las sirenas dejan de cantar, su propio silencio puede convertirse en un arma más fatídica, incluso más cautivadora y engañosa que su canto, insinuando que el silencio puede tener un impacto más profundo y duradero.

En su análisis, Le Breton (2016) explora varias categorías del silencio, pero hay un aspecto que me parece especialmente sugerente tener en cuenta: cómo el silencio puede operar como un instrumento de poder, control y castigo, y cómo desafiarlo puede desencadenar transformaciones significativas.

A través del relato de Mariona, voy a profundizar en un tipo de silencio particular: aquel impuesto por la fuerza y que se cierne como una amenaza latente. Este silencio puede perdurar durante mucho tiempo y, cuando finalmente se quiebra, adquiere un carácter liberador. Sin embargo, la ausencia de palabras no implica una falta de comunicación (Le Breton, 2016). Las repercusiones que tiene este silencio impuesto en la vida de Mariona se manifiestan de forma somática, se comunican arraigadas en su cuerpo y son expresadas a través de un profundo dolor.

En ese sentido, retomando el concepto del silencio asociado a las sirenas, no puedo evitar pensar en la repercusión que ese silencio tendría para ellas. Me gustaría poder preguntarles si su canto o su silencio realmente encarna un arma fatídica para conquistar la atención y el amor de los hombres, tal y como se ha interpretado bajo el marco de un modelo patriarcal. Supongo que, de tener la oportunidad de hablar, las sirenas tendrían sin duda mucho que contar...

\* \* \*

En su relato, Mariona habla de una «maraña de situaciones» que conforman el devenir de su vida. Tiene claro que «lo que vivimos en las primeras etapas de nuestra vida nos condiciona en nuestra vida adulta<sup>385</sup>».

En la historia de Mariona hay una situación de abuso sexual<sup>386</sup> grupal que se produce cuando ella tiene 6 años mientras estaba en el recreo de la escuela. Mariona relata que estaban jugando al Rey León y, en ese momento, tres niños le propusieron un juego nuevo. Recuerda cómo insistieron en que guardara silencio al respecto: «Me dijeron, pero es peligroso y no se lo puedes contar a nadie. Sobre todo, me recalcaron que no se lo podía contar a nadie»<sup>387</sup>.

Aunque inicialmente fueron tres niños, Mariona menciona que vinieron más después. Se acercaron desde detrás de la verja. Al cabo de un rato, las señoritas del comedor llegaron, se interpusieron entre medias y pararon la agresión. Disolvieron a los niños que había alrededor y les dijeron que no miraran. La escuela no tomó ninguna medida al respecto.

Cada tarde al inicio de las clases, Mariona recuerda que se sentaban en un corro. Este era un espacio en el que podían plantear sus preguntas y discutir sobre sus preocupaciones. Era una especie de foro abierto donde tenían la oportunidad de dialogar sobre diversos temas que les inquietaban. Mariona menciona un ejemplo: «Una vez pregunté quién era Pinochet, pues por sacar un tema ja, ja.»<sup>388</sup>

Aquella tarde, cuando se sentaron en el corro, Mariona quiso hablar sobre lo que le había ocurrido. Quería compartir o entender aquello que le habían hecho y pidió el turno de palabra en clase: «En la que pedí turno de palabra los tres niños me miraron con una mirada fulminante que ahora lo recuerdo y pienso cómo con seis años puedes tener esa clase de mirada...»<sup>389</sup>. Como cuando Tereo corta la lengua de Filomena para que nunca lo pueda delatar<sup>390</sup>, ese gesto intimidante de los niños la dejó asustada, silenciándola en ese mismo momento. Ese primer silencio impuesto se articuló en una forma de poder y control sobre ella, una opresión que le obligaba a callar.

---

<sup>385</sup> I. Mariona: 19.

<sup>386</sup> Actualmente, la distinción entre abuso y agresión sexual se fundamenta en la presencia de la intimidación y la violencia. No obstante, estoy empleando en todo momento los conceptos con los que las colaboradoras describen las acciones que les han sucedido, sin entrar a valorar qué nomenclatura sería técnicamente el más adecuada para describir la acción.

<sup>387</sup> I. Mariona: 34.

<sup>388</sup> I. Mariona: 34.

<sup>389</sup> I. Mariona: 34.

<sup>390</sup> La historia de Filomena y Procne, es una historia que muestra las consecuencias devastadoras de la violencia y el silencio impuesto. Según la mitología griega, Filomena y Procne eran dos hermanas y Procne estaba casada con Tereo con el que tenía un hijo llamado Itys. Tereo violó a Filomena y para que no pudiera contar lo que le había hecho le cortó la lengua con unas tenazas y la encerró en un bosque, diciéndole a su hermana que Filomena había muerto. Filomena encerrada y sin poder hablar, tejió un tapiz que representaba la horrible verdad de lo que le había sucedido. Cuando Procne vio el tapiz y supo lo que había pasado, las dos hermanas se vengaron de Tereo. Mataron a su hijo Itys y se lo dieron de comer a Tedeo durante un banquete. Cuando Tereo supo lo que había comido, trató de matar a las dos hermanas pero se produjo una metamorfosis y, al final, los tres se transformaron en aves: Procne en reuiseñor, Filomena en golondrina y Tereo en abubilla.

Cuando esa tarde llegó a casa, al bajar del autobús se encontró con su madre. Mariona dice que no sabe bien por qué pero que venía muy alterada y empezó a gritar. Le gritaba a su madre, diciéndole lo que le habían hecho:

Yo traía dentro como una fase de euforia que no acabo de comprender. Empecé a decirle «¡me han follado! ¡mamá me han follado!». Porque esta frase, esta palabra la aprendí justo cuando me estaban haciendo aquello. Y yo decía «¡mamá, me han follado!» pero en un grito. Y claro mi madre «calla, calla, calla, baja la voz, calla estas cosas no se dicen»<sup>391</sup>.

Una vez más, se impuso un silencio que le negó a Mariona el derecho de revelar su experiencia.

El abuso en sí fue extremadamente grave, pero lo que resalta aún más es cómo se manejó la situación, la reacción de su madre y de la escuela ante lo sucedido. Mariona reflexiona sobre este aspecto, indicando: «Bueno mi madre fue a hablar con la directora del colegio y la directora le dijo que esto eran cosas de críos. O bueno, esto es lo que a mí me han dicho»<sup>392</sup>.

Con el tiempo, cuando Mariona ya era mayor, tuvo la oportunidad de cuestionarle a su madre por qué no había tomado medidas al respecto: «Su respuesta fue que tenía miedo de mi padre, de que mi padre la denunciara por mala madre o algo así. Bueno yo la verdad no lo acabé de entender, porque pensé ¿qué pinta mi padre en esta historia?»<sup>393</sup>. Es posible que la madre de Mariona considerara que aún más grave que el propio abuso era que se supiera que esto le había ocurrido a su hija.

Ese callar, ese silencio impuesto es la sumisión a la imposición, la obediencia a la presión cultural, una estructura social que perpetúa la culpa, la falta de comprensión y la vergüenza asociadas a la victimización. Una presión cultural que comienza con la mirada de los tres niños y que provoca una sumisión que crea un gran vacío a su alrededor. El abuso se convierte en un asunto sobre el que no se habla, como si ese silencio sepulcral lograra que el abuso desapareciera, que nunca hubiera sucedido, que se olvidara por completo.

Este dolor invisible del silencio permea varias historias de abuso que he ido conociendo a lo largo del trabajo de campo, porque hay un miedo a reconocer y hablar de lo que ha pasado, hay un miedo de que culpabilicen a la víctima, de que su vida no vuelva a ser la misma. Esta idea de un silencio social reverbera en varias historias de abuso que han sufrido las colaboradoras. La cultura patriarcal responsabiliza a las mujeres por sus actuaciones, expresiones e incluso por las violencias que sufren; y debido a ese miedo a ser culpabilizadas, es común que estas violencias se silencien, que incluso las madres les digan a sus hijas que es mejor que «no se lo digan a nadie».

Pero el silencio no hace que el abuso y sus consecuencias desaparezcan. Esto crea una gran inseguridad en Mariona, que de alguna manera, se tiene que tragar lo que le ha sucedido. Mariona necesitaba un entorno de apoyo y un espacio seguro para hablar. Pero ¿con quién

<sup>391</sup> 1. Mariona: 35.

<sup>392</sup> 1. Mariona: 35.

<sup>393</sup> 1. Mariona: 36.

puede hablar Mariona si la escuela actúa como si nada hubiera sucedido y su madre le dice que de esas cosas no se habla? Esta perspectiva contribuye a forjar un silencio en el que el abuso poco a poco va quedando enterrado y enquistado dentro de Mariona y esto crea una grieta muy profunda en ella.

### 7.2.2. Sobre Patologizar las Consecuencias del Abuso

A raíz del abuso grupal que sufrió Mariona a los 6 años, se corrió la voz entre sus compañeros, y dice que se fueron dando más situaciones de abuso similares en la escuela: «Sobre todo niños más grandes se acercaban a mí, para...[silencio] bueno como para jugar un poco conmigo así “de esta manera”»<sup>394</sup> relata. Nótese cómo la memoria es dolorosa y este recuerdo provoca una conmoción en la voz de Mariona, un nudo en su garganta, que la lleva a hacer un breve silencio antes de poder proseguir.

Estas situaciones de abuso sucedían dentro del entorno escolar, sin embargo, sorprendentemente, ningún profesor se pronunció ni se tomaron medidas al respecto. La institución escolar parecía mirar para otro lado y evadir cualquier responsabilidad.

Mariona recuerda que, en una ocasión, la psicóloga del colegio la mandó llamar para someterla a una prueba «una especie de test o algo así». En aquel entonces, desde la institución escolar insistían en que Mariona padecía hiperactividad. Sin embargo, este diagnóstico no llegó a consolidarse. Mariona especula que su madre habría rechazado cualquier diagnóstico y se habría opuesto a la idea de medicarla: «Yo me imagino que mi madre no hubiera querido medicarme y rechazaría el diagnóstico. Yo me imagino que mi madre ahí no quiso saber ni de psicólogos ni de nada, mi madre es anti-vacunas y anti todo ja, ja...»<sup>395</sup>.

Con el tiempo, Mariona empezó a mostrarse cada vez más desconfiada y se sumía en el aislamiento, evitando cualquier contacto con otros niños. La escuela, por su parte, comenzó a señalar a la madre de Mariona como la responsable de la situación: «La psicóloga decía como que mi madre era demasiado sobreprotectora y que todos mis problemas venían de ahí. Parece que en la escuela no estaba pasando nada. Mentira. Todo mentiras. Y ellos lo sabían <sup>396</sup>» se lamenta Mariona.

Ciertamente, la institución escolar se muestra reticente a admitir que está encubriendo prácticas traumáticas en su propio entorno. Por eso, en lugar de confrontar la situación de abuso que enfrentaba Mariona, su enfoque es el de ocultar la evidencia y patologizar las consecuencias de dicho abuso.

Cuando era pequeña, la psicóloga me catalogaba como «entornos desestructurados». Claro la psicóloga de la escuela decía que la culpa de todo estaba en mi familia desestructurada. Sí claro, en el colegio no ocurría nada. En el colegio nos llevábamos todos tan bien. Y jugábamos todos súper

---

<sup>394</sup> 1. Mariona: 72.

<sup>395</sup> 1. Mariona: 68.

<sup>396</sup> 1. Mariona: 115.

bien. Si, si con las palas y los cubitos, si te contara yo donde terminaba la pala, joder. O sea, es que no sé si eran conductas, pero está claro que a mí me sexualizaron muy pronto<sup>397</sup>.

En ese sentido, como decía, la acción que la escuela decide tomar es la de patologizar a Mariona. Inicialmente, esto se materializa mediante el diagnóstico de la hiperactividad y más tarde se extiende a la categorización de «entornos desestructurados». Este proceso ilustra cómo los procesos de elaboración de diagnósticos que se han consolidado en el ámbito escolar están influenciados por el discurso clínico y la representación biomédica, lo que conlleva la inclinación hacia la patologización de los problemas.

De esta manera, se traza una línea que delimita la frontera entre la normalidad y la patología, y a Mariona se la clasifica como un sujeto patológico. En este contexto, la respuesta es tratar de corregir y normalizar sus comportamientos al patrón esperado. Para lograr esto, la psicóloga le sugiere a la madre de Mariona que la inscriba en el campamento de verano del pueblo de al lado, con la esperanza de que interactúe con niños que no sean los habituales. Nótese que esta acción culpabiliza y revictimiza a Mariona. Se le responsabiliza de la situación y se la desplaza de su entorno, como si el problema residiera en ella. Como si ella fuera la causante de lo que le ha acontecido o la responsable de su propia desconfianza y aislamiento.

### 7.2.3. Tragarse los Vómitos y Arrancarse el Pelo

Sin embargo, Mariona había llegado al punto en el que ya no quería entablar relaciones con nadie. Así lo describe:

Bueno la experiencia fue que yo me aislé. Yo me aislaba. Yo me aislaba al hacer las actividades, no quería ir delante de otros niños, no quería hacer nada. Es que yo era ya tan desconfiada, era tan desconfiada, que no quería saber nada de otros niños, no quería relacionarme, y cuando me relacionaba era casi a hostias<sup>398</sup>.

Mariona sostiene que necesitaba entornos seguros y controlar su espacio personal. En ese sentido, experimentaba un rechazo profundo ante la idea de tener que interactuar con otras personas. Si algo se salía de control emergía un carácter agresivo en ella:

No me gustaba interaccionar demasiado, necesitaba entornos seguros, controlar mi espacio personal, que nada se saliera, porque en cuanto algo se salía, yo me convertía en otra... bueno a mí es que me salía, yo le llamo mi *Chucky*<sup>399</sup>. Me salía otro carácter que no era, no era como te estoy hablando ahora ja, ja, ja<sup>400</sup>.

Durante la infancia, las instituciones como la familia o la escuela desempeñan un papel fundamental en la construcción de nuestras realidades cotidianas. La familia, en particular, es

<sup>397</sup> 1. Mariona: 114.

<sup>398</sup> 1. Mariona: 72.

<sup>399</sup> Chucky es un muñeco de la saga de películas de terror conocida como el Muñeco diabólico, *Child's Play*.

<sup>400</sup> 1. Mariona: 72.

el terreno donde se cultivan los primeros pasos de sociabilidad. En este contexto, la vivencia en el seno de la familia se convierte en el *primer contexto general de aprendizaje* (Wolcott, 1987), en el que una siente que forma parte de algo más amplio que su propio ser (Soto, 2021). Para desarrollarse y aprender a relacionarse y socializar se necesitan cuidados, educación y protección. Sin embargo, uno de los contrasentidos que permea la historia de Mariona radica en que sus figuras de referencia, las personas que deberían garantizar su protección, es decir, su familia y la escuela, son precisamente las que están maltratando, imponiéndole a Mariona un silencio que le atraviesa el alma.

Mariona tiene vómitos psicógenos desde los 6 años, desde el día del abuso: «Los vómitos eran como una forma de yo decir lo que me estaba pasando. Ya que no podía decirlo de viva voz, porque me insistían de que no lo dijera.»<sup>401</sup>. Como no podía hablar, vomitar fue la forma que encontró para sacar lo que tenía dentro: «Pues yo lo decía así, a mí me está pasando algo». Los vómitos de Mariona eran como el tapiz que tejía la mutilada Filomena en su solitaria prisión, quizá la única forma que tenía para narrar lo que le había sucedido.

Dice que de pequeña vomitaba en cualquier lugar, después terminó tragándose: «Pues yo de pequeña vomitaba en cualquier sitio. Vomitaba en cualquier árbol. Y luego lo que pasa es que al tenerlo desde tan pequeña lo terminé normalizando. Tragándomelo»<sup>402</sup>.

Cuando tenía unos 16 años Mariona comenzó a tener problemas de tricotilomanía, ella me explica lo que es: «Mira la tricotilomanía es la manía de tirarse del pelo, está con los obsesivos, es una manía que no puedes controlar, que es compulsiva».

A Mariona se le impuso el silencio; durante años, no pudo hablar de lo que le había ocurrido y se vio obligada a guardar ese secreto. Ese silencio enquistado, el tener que guardarse algo así durante tanto tiempo terminó ahogando a Mariona: le hizo tragarse los vómitos y arrancarse el pelo literalmente.

Mariona lo tiene muy claro: «Creo que el abuso me marcó mucho y las consecuencias que ha tenido para mí han sido nefastas»<sup>403</sup>.

Mariona es una sobreviviente de una experiencia límite, de situación traumática y violenta, sobreviviente de un abuso sexual grupal. Mariona, como tantas otras mujeres sobrevivientes de violencia de género o abuso sexual, ha terminado recibiendo un diagnóstico psiquiátrico: el diagnóstico de TLP, Trastorno Límite de la Personalidad<sup>404</sup>.

---

<sup>401</sup> I. Mariona: 97.

<sup>402</sup> I. Mariona: 36-99.

<sup>403</sup> I. Mariona: 93.

<sup>404</sup> Quiero destacar que no todas las personas que tienen un diagnóstico de TLP han experimentado traumas por abuso sexual o violencia de género, y no todas las personas que han sufrido abuso sexual van a desarrollar características que pueden hacer que se las diagnostique con un TLP. El trauma por abuso es complejo y multifacético y cada persona vive y responde a las experiencias de una forma distinta. No obstante, para profundizar en la relación entre la violencia de género y los diagnósticos del TLP, Rebeca González (2014), aporta unas claves interesantes para comprender cómo el diagnóstico de TLP puede terminar enmascarando casos de maltrato. Muestra cómo el *Síndrome de la mujer maltratada* de Leonore Walker (2012) puede presentar características muy similares a las de la sintomatología del diagnóstico del TLP. En ese sentido, muchos profesionales *psi* identifican como

Aunque la voz (su olvido  
volcándome náufragas que son yo)  
oficia en un jardín petrificado  
recuerdo con todas mis vidas  
por qué olvido.

Alejandra Pizarnik, *Desmemoria*, 1993.

---

trastorno un cúmulo de síntomas que en realidad son producidos por una situación de violencia. En esta misma línea, Esmeralda Vaquero (2019), expone la relación entre los procesos de violencia de género y maltrato y los diagnósticos de depresión y TLP. Según ambas autoras, la formación en violencia machista y la perspectiva de género evitarían diagnosticar a mujeres que son víctimas de situaciones de violencia con un trastorno psiquiátrico. Además, al diagnosticar a la mujer no solo se la expone al riesgo de permanecer en una estructura violenta, sino que la sintomatología empeora porque se sienten responsables de la misma y no se profundiza en el verdadero origen del problema. Esta problemática de diagnosticar como patología la opresión también es ampliamente tratada por Phyllis Chesler (2005).

### 7.3. MEDEA REVISITADA: UNA RESPUESTA PARA ROSA



Ilustración 41. Medea.

*Lady Hamilton como Medea, George Romney. Óleo sobre lienzo. 1786.*

En este segundo peldaño del Purgatorio, la custodia recae en la figura de la princesa y hechicera Medea, quien se erige como la encargada de atender una petición particularmente compleja: «Hay algo de lo que me gustaría que hables en tu trabajo. Mi madre, cuando tenía siete años, me intentó matar».

Este peldaño de piedra negra nos introduce en una grada de duelo, en la cual, ante la incapacidad de narrar lo inenarrable, se decide recurrir a la princesa y hechicera Medea, la emblemática madre infanticida, para permitir que sea ella misma quien narre su historia.

#### 7.3.1. La Petición: Hay Algo de lo que me Gustaría que Hables en tu Trabajo

La reflexión que orienta este apartado nace expresamente para dar respuesta a una petición de Rosa, que me interpeló de la siguiente manera: «hay algo de lo que me gustaría que hables en tu trabajo. Mi madre, cuando tenía siete años, me intentó matar»<sup>405</sup>.

Rosa desea que se hable de este tema porque considera que es importante para hacer prevención. Y esta petición, que en palabras de Rosa toma menos de un minuto, paradójicamente, se ha convertido en un interrogante en mi camino que me ha llevado por derroteros improbables en un proceso epistemológico reflexivo. A través de esta petición de Rosa me he visto obligada a articular dos líneas de reflexión: una reflexión teórico-metodológica sobre la

---

<sup>405</sup> 2. Rosa: 198.

propia investigación que ya he desgajado en el apartado introductorio en las reflexiones sobre el método<sup>406</sup> y una reflexión interdisciplinar sobre cómo narrar lo inenarrable, en la que trataré de profundizar a continuación.

Responder a la demanda de Rosa me ha llevado a un proceso de rearme teórico que sigue un enfoque interdisciplinar vinculado a dos campos fundamentales: la antropología y la literatura. El diálogo entre la antropología y la literatura se ha convertido en un encuentro *heteroglosico* (Bajtín, 2004) de convergencias y conversaciones en el que coexisten distintas voces, recuerdos, interpretaciones y arquetipos que me han servido para problematizar un tema complejo.

Mediante el relato de vida, Rosa evalúa sus vivencias en una revisión retrospectiva. Lo sugerente en la historia de vida, como ya he referido, no es tanto la veracidad de los hechos del pasado, sino el significado y las interpretaciones que estos hechos adquieren en el presente, la impronta que estos hechos han dejado en la memoria de Rosa. Asimismo, a través de su relato, da voz a algo que ella necesita decir. En ese sentido, no se puede obviar que su narración tiene una dimensión política, pues compartir su historia adquiere un significado de intervención, prevención y crítica que puede entenderse como político.

### 7.3.2. El Relato: Mi Madre me Intentó Matar

En la vida de Rosa hay una historia de abuso sexual que sucede desde los 5 hasta los 12 años. Su abusador era su primo y vivía en su misma calle, en la casa en la que vivían sus abuelos:

Mira todo esto empieza con un abrazo. Con 5 años un abrazo. Él era 15 años más mayor que yo. No es aquello que seamos dos críos que a ver qué tienes, que a ver qué tengo. Porque una cosa es a ver qué tienes, y otra cosa es que haya sexo. O sea, eran tocamientos, y él sabía lo que hacía. Claro, yo tengo 5 años, él tiene 20, él sabe lo que hace<sup>407</sup>.

Rosa logró parar la situación de abuso cuando tenía 12 años. Según relata, es muy difícil pararlo, debido a las humillaciones que sufría y porque su abusador era su primo y formaba parte de su familia. Dice que su padre lo apreciaba mucho y siempre hablaba bien de él. «Claro, no sabía lo que él me hacía...<sup>408</sup>» se lamenta. Sin embargo, Rosa tiene la certeza de que su madre si llegó a saber lo que le estaba pasando:

El problema es que yo sé que en algún momento de mi infancia mi madre se dio cuenta de lo que él me estaba haciendo, lo que pasa es que mi madre no lo paró. Y también tuvo miedo de decírselo a mi padre. Ahora mis padres ya están muertos, llevan un tiempo ya muertos. A mi madre al final se lo dije, pero mi madre me pidió que no se lo dijera a mi padre<sup>409</sup>.

<sup>406</sup> En el apartado titulado *Hay algo de lo que me gustaría que hables en tu trabajo*, y los subapartados *Una antropología socialmente comprometida* y *Los estudios locos (mad studies)*.

<sup>407</sup> 2. Rosa: 32.

<sup>408</sup> 2. Rosa: 45.

<sup>409</sup> 2. Rosa: 47.

Cuando Rosa tenía unos 7 años, su madre la intentó matar: «Yo siento y estoy convencida de que a mí mi madre intentó matarme<sup>410</sup>».

Mi madre viene contra mí, hay muchos malos rollos. Yo tengo entre siete y nueve años. Claro, aquí hay quien me dice que si estoy segura de que me intentó matar, que si cómo que lo siento así. Claro, yo lo siento así. Yo un día me despierto por la mañana, me levanto y me encuentro mis trenzas llenas de agujas, yo llevo dos trenzas y están llenas de alfileres... Y, ese es el momento en el que yo me disocio. Ese día y en ese preciso momento yo me disocio. Porque si no a mí esa verdad me destroza la vida<sup>411</sup>.

Rosa dormía muy cerca de la cocina y recuerda que por aquel entonces, al menos por tres ocasiones, su madre la despertó en medio de la noche. Su madre se aproximaba a su habitación y la despertaba, diciéndole que pensaba que se había dejado el gas abierto en la cocina y que dudaba si debía ir a cerrarlo o no.

Y más o menos me dice algo así como que, estaba en la cama, y estaba pensando que se había dejado el gas de la cocina abierto, y no sabía si venir a cerrarlo o no. Me está diciendo: yo sé que el gas estaba abierto, y no sabía si venir a cerrarlo o no. Cuando me dice esto y pasa esto otro, en aquel momento, yo sé que esto había pasado ya en otras dos ocasiones. Si ahora me preguntas en qué otras dos ocasiones no lo sé, pero en aquel momento yo sé que había pasado en dos ocasiones más<sup>412</sup>.

Rosa está convencida que su madre la intentó matar porque sabía que su primo estaba abusando de ella y probablemente aquella situación la superó.

Porque mi madre desde el momento que descubrió los abusos por parte de mi primo, yo diría que fue cuando yo tenía unos 7 años, lo que hace es venir contra mí. Desde entonces empieza el odio y los insultos constantes, mi madre se tiraba todo el santo día insultándome<sup>413</sup>.

El caso es que a partir de ese momento Rosa se disocia y vive disociada durante muchos años: «Yo no puedo entender ni razonar lo que ocurrió. Entonces yo me bloqueo hasta el día que con 40 y pico de años, haciendo terapia sobre los abusos, me doy cuenta de que ese día mi madre intentó matarme»<sup>414</sup>. Según explica, disociarse fue una forma de supervivencia, una forma de protegerse de esa verdad, su cerebro se bloqueó para no tener que entender ni razonar lo que le había pasado:

Yo me protegí de una verdad. Imagínate tú estás en casa, conviviendo con esa persona, tú te tienes que proteger de eso. O sea, y es mi madre, o sea, mi mayor enemigo, y la persona que yo más odio, es la persona de la cual yo más dependo<sup>415</sup>.

---

<sup>410</sup> 2. Rosa: 198.

<sup>411</sup> 2. Rosa: 235.

<sup>412</sup> 2. Rosa: 199.

<sup>413</sup> 2. Rosa: 51.

<sup>414</sup> 2. Rosa: 199.

<sup>415</sup> 2. Rosa: 208.

### 7.3.3. Un Proceso de Resubjetivación Política: Yo soy Escuchadora de Voces

Sobre los 18 años un día Rosa empieza a sentirse muy mal. Cuenta que vuelve a casa como puede y se queda un año entero encerrada sin poder volver a salir. Su vida cambia de un día para otro, Rosa está en una situación de soledad extrema. Pasa las horas encerrada en su habitación, sentada en la cama, sin hacer nada, con una sensación de vacío, malestar y vértigo. En aquella absoluta soledad, una presencia de acompañamiento se va haciendo cada vez más fuerte y las voces y las alucinaciones visuales comienzan en este contexto. Así, surge su primera gran alucinación, a la que dice que le tiene especial cariño:

Yo soy escuchadora de voces. Mi primera gran alucinación, y a la que yo le tengo mucho cariño, es un extraterrestre que viene y me hace compañía. Está conmigo ya varios años. Y empieza sobre los 18 o 19 años. Pero empieza ahí porque yo con 18 años un día me empiezo a encontrar muy mal. Y bueno total que me encuentro tan mal, tan mareada que me tengo que quedar un año entero en mi casa sin poder salir. O sea, a mí me cambia todo de un día para otro<sup>416</sup>.

Rosa vive la alucinación de una forma positiva, pues es quien le acompaña en su soledad. De hecho, «la interacción recurrente con la alteridad amada» (Soto, 2021, p. 13) es la interacción con el extraterrestre, ya que es una figura con la que Rosa siente compañía y protección.

La alucinación, entre otras cosas, engaña y protege a Rosa para evitar que se suicide. Porque es precisamente cuando surge la ideación suicida cuando la alucinación empieza a aparecer. Rosa considera que el extraterrestre surge por la ideación suicida, pero también por la soledad que estaba atravesando. Por estar tanto tiempo encerrada con su madre, según dice, la persona que más odiaba.

Según explica, hay un acompañamiento en la alucinación. Rosa relata que, a veces, se despertaba en medio de la noche con terror y veía la alucinación a los pies de su cama, como una figura gris brillante que le decía: «tranquila niña, tranquila». Por eso, Rosa defiende las voces como un sistema de supervivencia, porque en su caso ha sido así:

Al estar un año encerrada en casa, es cuando el extraterrestre empieza a aparecer. Me acompaña, me engaña para seguir con vida. Porque una de las cosas que me dice es que hay un futuro para mí. Que yo no lo entiendo, que lo que está pasando, ahora no lo entiendes, pero me dice que más adelante lo entenderás. Y me lleva a eso, me va engañando, Yo siempre lo vi como ¿tú sabes el burro que tira de una carreta y el carretero con la zanahoria? Pues igual, yo creo que mi cerebro hizo eso mismo. Sacó una zanahoria y me la puso así para que yo tirara. Para que yo siguiera con vida. Por eso, yo defiende las voces, como un sistema de supervivencia. Porque en mi caso ha sido así<sup>417</sup>.

En ese entonces, no lo concebía como un sistema de supervivencia; en su percepción, aquel extraterrestre era real. Rosa establece una analogía entre las voces y la fábula del burro y la zanahoria, donde se engaña al burro para que continúe avanzando. En su experiencia, sus voces la han conducido a un engaño similar, incitándola a seguir adelante como una forma de

<sup>416</sup> 2. Rosa: 42.

<sup>417</sup> 2. Rosa: 51-58.

mantenerse con vida. La alucinación la reconforta, cuando se quiere morir, le pide que aguante, le dice que lo entenderá todo después. A partir de ahí, dice que la alucinación la acompaña siempre que la requiere:

La alucinación está conmigo mientras que yo lo necesito. Cuando yo consigo tranquilizar mi vida, es cuando desaparece. Pero pasa también a ser un bonito recuerdo, o sea, hay afecto hacia esta alucinación. O sea, solamente el que lo ha vivido entiende este tipo de experiencias como algo como muy emocional, sientes cariño hacia tus alucinaciones<sup>418</sup>.

El cariño que dice que siente Rosa hacia sus alucinaciones choca con el discurso biomédico de la locura, que considera que las voces son un síntoma de una enfermedad, resultado de un desajuste en el funcionamiento mental que hay que evitar. Sin embargo, para Rosas las voces son un sistema de supervivencia y de acompañamiento, y afirma que tiene un vínculo emocional con ellas, porque cuando las necesita, las alucinaciones aparecen y la reconfortan.

Para ti es real, porque además es que el cerebro te ha preparado para que tu creas que es real, me acuerdo de esos abrazos, de ese calor que me transmitía, de ese saber que estaba allí, de ese tengo un amigo, te sientes solo y es tu única compañía. Él me dijo, nunca hables de mí, y yo le hice caso. Cuando lo empiezas a hablar, lo empiezas a volver racional y lo empiezas a diluir, y yo no lo quería perder. Le pongo un rostro, una imagen e incluso le pongo un nombre... cuando yo empiezo a estabilizar mi vida porque me sale un trabajo, él empieza a desaparecer. Entonces me empiezo a plantear si es real o no, pero cuando empiezo a conocer otro tipo de experiencias muy parecidas, claro es que antes la única que conoces es la tuya y dices, anda si a este también le pasa, y al otro, y al otro... bueno... me costó mucho dar el paso a la visibilidad y decir, tengo alucinaciones, incluso he estado ingresada en un psiquiátrico<sup>419</sup>.

Ser mujer y estar loca supone una doble condición subalterna (Huertas, 2020). Rosa se define a sí misma como «escuchadora de voces» y, precisamente, esta reconfiguración identitaria subvierte la perspectiva estigmatizante de la locura del prisma biomédico y deviene en procesos de resubjetivación política en los que Rosa, orgullosamente y contra todo destino clínico, se nombra y se reivindica escuchadora de voces.

Si consideramos que el marco hegemónico de la psiquiatría institucional se ha adueñado de la locura, encontrando así la condición de su existencia y ejerciendo además un control absoluto, en forma de *imperialismo psiquiátrico* sobre las mujeres diagnosticadas (Castillo-Parada, 2019; Chesler, 2005), el saber de la experiencia le permite a Rosa salirse del encarcelamiento del diagnóstico y hacer una lectura encarnada de la locura desde fuera de los discursos y los *regímenes de la verdad* en torno al poder psiquiátrico (Foucault, 2005).

La experiencia en *primera persona* concede un saber y una perspectiva distinta sobre la locura. Una verdad diferente, un saber encarnado o *profano* —dirá Correa-Urquiza (2015)— que desafía y profana las sacrosantas verdades científicas. Los discursos de la psiquiatría hegemónica, que apuntan exclusivamente al carácter biológico e individual de la locura, encubren las opresiones y

---

<sup>418</sup> 2. Rosa: 51-58.

<sup>419</sup> Comunicación con Rosa. Anotación del DC.

los determinantes sociales, culturales y políticos, como las violencias patriarcales y las experiencias de vida traumáticas como las de Rosa. Además, culpan a las personas que sufren estas violencias de su propia situación (Chesler, 2005), al crear una narrativa determinista que diagnostica como patología e individualiza el origen de los malestares bajo una lógica biologicista de enfermedad.

Cuando Rosa enfatiza «yo soy escuchadora de voces», esta frase tiene un significado mucho más complejo y profundo que escuchar voces. Rosa pone en valor las subjetividades de la locura y los procesos de aprendizaje que se fundamentan en los saberes y en las experiencias de quienes han sido silenciadas durante demasiado tiempo. Al autoenunciarse como escuchadora de voces, Rosa se convierte en experta por experiencia propia y reelabora sus propios sentidos sobre sus experiencias y sobre sí misma. Se trata de un proceso de aprendizaje que está *vinculado a su propia vida* (Soto, 2021), en el que la autoenunciación como escuchadora de voces forma parte de una identidad que se convierte en un espacio de resubjetivación política, que se fundamenta en la necesidad de reconocimiento y en la voluntad de existir y que, sobre todo, muestra la capacidad de adaptación, de resistencia y de transformación de Rosa.

#### 7.3.4. Medea Revisitada: Cómo Narrar lo Inenarrable

Ante la petición de Rosa de decir lo indecible, me pregunté cómo narrar lo inenarrable. Quise explorar cómo podría operar el lenguaje literario en este contexto y opté por compartir esta inquietud con Maitane Arizti<sup>420</sup>, una colega, traductora y filóloga, experta en literatura que se ha convertido en colaboradora de la investigación<sup>421</sup>.

Así, el problema teórico relevante aquí, no es tanto comprender o explicar las causas de lo sucedido a Rosa, ni desde luego dar con una solución, sino dar cuenta de un proceso reflexivo que se ha ido construyendo desde el diálogo y desde las aportaciones de la antropología y la literatura. Al final, quizá sea esta interpretación, esta construcción compartida de significados que realizamos entre las tres, lo único que pueda regalarle a Rosa, además de mi amistad, en compensación por su tiempo y su disposición de querer compartir conmigo su historia de vida.

La literatura, en este campo, ofrece un marco más amplio para abordar realidades muy dolorosas. Así, la literatura ha sido para Rosa, uno de los modos de dar cuenta de su experiencia a través de la poesía y de diversos relatos<sup>422</sup>. Retomando las palabras de Ana Casas (2012), «el principio de sinceridad se ve sustituido por la expresión de una subjetividad que, a través de la ficción, accede a una verdad íntima, hecha de equívocos y contradicciones, como equívoca y contradictoria es la identidad del individuo» (p. 17).

<sup>420</sup> Véase el enlace a Inguma Euskal Komunitate Zientifikoa - Comunidad Científica Vasca de Maitane Arizti Ugarteburu <https://www.inguma.eus/egilea/ikusi/maitane-arizti-ugarteburu?hizkuntza=es>

<sup>421</sup> Juntas presentamos la comunicación titulada «Medea revisitada y la escucha de voces: conversaciones entre la Antropología y la Literatura desde una perspectiva feminista» el día 9 de junio de 2022 en el I Congreso de Antropología Feminista AFIT celebrado en Donostia. Cuento con el consentimiento escrito de Maitane para narrar el proceso reflexivo y relatar nuestra relación de colaboración en este texto.

<sup>422</sup> El apartado (7.6.1) titulado *Cantos de poesía*, se presentan dos poesías escritas por Rosa.

Así pues, la literatura puede ser ficcional, fragmentaria o incluso errática, pero ciertamente leemos historias y nos emocionamos con ellas como si fueran reales. En este contexto, el mundo de la ficción proporciona discursos abiertos, que exigen mayor contribución por parte de quien lee, que debe imaginar y completar toda la indeterminación del texto, todo lo no-dicho, utilizando su propio bagaje, en un ejercicio de imaginación. Ponemos mucho de nosotras cuando leemos. De esta manera, quien lee sobre el dolor ajeno, conecta con el dolor propio, lo cual permite abrir cauces y caminos a la universalización de las experiencias, colectivizando distintas vivencias.

En este contexto, indagamos<sup>423</sup> en cómo se ha representado la problemática planteada por Rosa en la literatura, teniendo siempre en mente la noción de expandir los límites de la experiencia particular, contribuyendo al deseo mostrado por Rosa de traer este tema a colación. El texto literario cuenta, además, con la ventaja de resultar atractivo y accesible para un público no-especializado.

La historia de Rosa nos remite, irremediamente, al mito clásico de Medea, la historia de infanticidio por antonomasia. Sin entrar en mucho detalle, es interesante hacer un breve apunte sobre este mito tan complejo y que ha contado con tantas relecturas. Y es que, en la obra clásica, la presentación de la madre infanticida resulta muy ambigua, en tanto que no se la identifica claramente como víctima o como verdugo y es, precisamente, esta ambivalencia la que permite revisitarse el mito y recontextualizarlo. En la obra de Eurípides (Allan, 2013), la cuestión del género se presenta como fuente de conflicto en prácticamente todas las escenas. Así, mientras que Jasón solo ve celos en la motivación del infanticidio, quien lee puede intuir la humillación de Medea y las durísimas condiciones de vida a las que tuvo que hacer frente, gracias a la aportación del coro, pudiendo ver más allá de la visión estereotípica y patriarcal ofrecida por Jasón. De esta manera, el mito puede ser revisitado y adaptado a distintos contextos, poniendo el foco en unas u otras cuestiones.

En el caso que nos ocupa, la revisión que realiza Toni Morrison (2004) en su novela *Beloved* resulta muy sugerente, porque el mito opera de una manera muy particular y muy en línea con el discurso de Rosa. Aboga por poner el foco en las causas sistémicas de las violencias maternofiliales, en detrimento de una lectura más individualizadora de las causas. En la novela de Morrison, la madre infanticida está basada en una persona real, con lo cual es un relato biográfico. Esta madre se enmarca como último eslabón de un sistema de violencias, como perpetradora de una violencia injustificable, dentro de un sistema de violencias injustificables, atravesadas por la raza y también, sin duda, por el género. En *Beloved*, Sethe y su hija están atrapadas en un mundo que se ha convertido en imposible de transitar en sus cuerpos de mujeres racializadas, un mundo atravesado por violencias inenarrables. En *Beloved*, el asesinato de su hija por parte de la madre protagonista puede ser interpretado, en última instancia, como un acto desesperado de amor, la única salida que parece posible. Morrison pasa aquí a resignificar el mito, dando voz a la madre infanticida para que narre su propia historia y dé cuenta de sus fantasmas, lo cual

---

<sup>423</sup> Nótese que a partir de ahora y en este apartado sobre Medea empleo la primera persona del plural para incluir a Maitane y a Rosa. Haciendo un guiño a Deleuze y Guattari (2010) en la introducción de Rizoma de Mil mesetas, «como cada una de nosotras era varias, en total ya éramos muchas» (p. 9).

adquiere especial simbolismo pues en el caso de Rosa, su madre falleció y no podrá narrar su propia historia.

Cuando murió su madre, Rosa no quiso saber tan siquiera qué día fue, ni siquiera abrió el certificado de defunción:

Yo no lo he abierto, porque no quiero saber en qué día murió, yo lo sé más o menos. Sé en qué mes se supone que ella muere, pero yo no sé más. Entonces para mí esto era así, era como una forma de decirle no quiero saber nada de ti.<sup>424</sup>

Pero con los años se ha ido reconciliando con la figura de su madre. Debe señalarse que el activismo loco se ha convertido en un espacio de resistencia para Rosa y, a su alrededor, se han vertebrado diversas acciones y prácticas articuladas en el apoyo mutuo y la sociabilidad. Precisamente, esta interacción y acción compartida en el marco del activismo, también le ha permitido a Rosa resignificar la figura de su madre, entender que su madre también estaba atrapada dentro de unas violencias injustificables y de carácter estructural y, según dice, esto le ha dado mucha paz.

Entonces yo creo que hay que hablar, porque no es solo mi historia, es la historia de muchas personas que tal vez han sentido ese miedo, aunque no tengan la certeza. Y es un tema que hay que poner sobre la mesa. Porque hasta que no se ponga, no se aborda y seguirá ocurriendo. Y, sobre todo, claro yo me pongo en la cabeza de mi madre, de cómo ella se sintió atrapada con algo que no sabía qué hacer. Posiblemente ella también fuera víctima de abusos, y tampoco nadie hiciera nada, y claro, es tu hija. Y es el miedo también que la sociedad claro, en una sociedad que a ti te señala como la guerra, como la mala, como la todo, es claro, igual ella no sabía... O sea, claro yo me pongo en su cabeza de desesperación, y que se volvería loca con esto, realmente. O sea, están abusando de mí un familiar, si alguien se entera, lo pierdo todo. O sea, porque ella era de esa sociedad que pensaba, que una mujer es su virtud. Es lo que la gente diga de ella, entonces claro, si esto se sabe, mi vida estaba destrozada. Entonces es como que te mato para protegerte de la sociedad, de la gente, de todo...<sup>425</sup>

La lectura de *Beloved* ofrece, por tanto, una historia totalmente distinta a la narrada por Rosa, pero sin duda proporciona una manera de aproximarse al tema planteado, y muy en línea con el discurso más politizado y centrado en las causas sistémicas por el que Rosa aboga, sobre las consecuencias violentas de un mundo violento que supera a la madre.

Yo también tengo la sensación de que en el mito de Medea la trama que más representa a mi madre es esta de *Beloved* de Toni Morrison, de esa madre atrapada que ve a su hija y sabe que va a sufrir, que no sabe cómo escapar y al final piensa o cree que matando a la hija la está protegiendo del horror<sup>426</sup>.

<sup>424</sup> 2. Rosa: 48.

<sup>425</sup> 2. Rosa: 213.

<sup>426</sup> Este fragmento es la devolución de Rosa sobre el borrador inicial de la comunicación titulada *Medea revisitada y la escucha de voces: conversaciones entre la antropología y la literatura desde una perspectiva feminista*, fecha: 10 de junio de 2022.

### 7.3.5. Tejiendo Puentes entre los Márgenes...

Este apartado, trata de ser una respuesta a la petición de Rosa. Ante la dificultad de narrar lo inenarrable, se ha dado lugar a ciertas alianzas desde los márgenes de las disciplinas y los saberes de la antropología y la literatura, se han construido puentes en ocasiones lábiles, y que, quizá, han caído en lo anecdótico y se antojan circunstanciales, pero que han formado parte de un camino de reflexión y que nos han llevado a esas tierras donde se desdibujan las fronteras entre ambas disciplinas. Estos puentes desde las periferias, de alguna manera, nos han permitido recomponer esta historia. Porque, por fortuna, a diferencia de las criaturas de Medea o de *Beloved*, Rosa vive y quiere que se hable de su historia.

¿Cómo son?  
Tomo las palabras corrientes,  
robo de los diccionarios,  
mido, peso e investigo.  
Ninguna responde.  
La más valiente – cobarde.  
La más desdeñosa – aún santa.  
La más cruel – demasiado  
misericordiosa.

Wisława Szymborska, *Lecturas dominicales*, 1999.

## 7.4. EL SENTIDO DE LAS VOCES



Ilustración 42. El Consejo de una Oruga

Ilustración de Sir John Tenniel para *Alicia en el País de las Maravillas*.  
Lewis Carroll, 1985, p. 68.

«Al cabo de un minuto o dos la Oruga se sacó el narguilé de la boca, bostezó una o dos veces y se desperezó. Luego se bajó de la seta y se deslizó por la hierba, diciendo tan solo mientras se alejaba: — Un lado te hará crecer, el otro menguar.» (Carroll, 1985, pp. 76-77).

Este último peldaño está custodiado por la Oruga Roja, una criatura de aspecto calmado y contemplativo. La Oruga tiene un cuerpo largo y cilíndrico, fuma un narguile y suele hablar de manera enigmática, ofreciendo crípticos consejos.

Este peldaño simboliza la restauración y un nuevo comienzo, aquí se descubren dos caminos principales para las almas que escuchan voces: el saber experto y el saber de la experiencia. Las almas deberán desentrañar sus propios sentidos, sabiendo que la relación que establecen con sus propias voces puede ser, precisamente, la que la Oruga menciona sobre la seta, por un lado te hace crecer y por el otro disminuir.

### 7.4.1. El Saber de la Experiencia de la Locura

¿Cómo decidir qué es locura, qué es cordura,  
qué es estrés, ira, enfado o confusión?

Kate Millett, *Viaje al manicomio*, 2019.

La distinción entre la cordura y la locura es más estrecha que el filo de una navaja, más aguda que el colmillo de un sabueso, más ágil que el salto de una gacela. Es más engañosa que el más sutil fantasma. Quizá ni siquiera exista; quizás es un fantasma.

Philip K. Dick, *Valis*, 1988.

Permítaseme, antes de nada, comenzar este apartado con una reflexión de Claude Lévi-Strauss (1962) que, en *El totemismo en la actualidad*, hace referencia a la deformidad ocular atribuida al Greco:

[...] fenómenos de ciencia que los hombres de ciencia prefirieron considerar como exteriores a su universo moral, con objeto de proteger la buena conciencia que no querían perder frente a este último. [...] De igual manera, para que el academismo pictórico pudiese dormir sin que nada turbase su plácido sueño, era preciso que el Greco no fuese una persona sana, capacitada para rechazar algunas maneras de representar el mundo, sino un enfermo, cuyas figuras alargadas diesen testimonio, solamente, de un defecto en la conformación del globo del ojo ... En este caso, como en el anterior, se consolidaban, en el orden de la naturaleza, lo que eran sino modos de la cultura y que, si hubiesen sido apreciados como tales, habrían determinado, inmediatamente, la particularización de otros modos, a los cuales se les acordaba un valor universal. Al hacer del histórico o del pintor innovador seres anormales, se daba uno el lujo de creer que no nos incumbían y que por el simple hecho de su existencia no ponían en tela de juicio, no exigían la revisión de un orden social, moral o intelectual aceptado. (pp. 9-12)

Esta reflexión resulta especialmente sugerente, porque plantea cómo algunos fenómenos científicos o artísticos, como el alargamiento de las figuras en las obras del Greco, son relegados al ámbito de lo «anormal» o «enfermo», con el propósito de proteger la concepción moral o estética establecida. Al catalogar a ciertas personas o expresiones como desviadas, se evita cuestionar y se refuerza el orden social, moral o intelectual aceptado. Esto sugiere que la manera en que se construye la locura como algo patológico o anormal puede considerarse una estrategia para preservar el orden establecido y evitar confrontar los aspectos culturales y sociales subyacentes en la comprensión de la experiencia que se establece como la locura. Por tanto, si es la *otredad*, la alteridad cultural la que define y determina la locura, la influencia del poder psiquiátrico en la definición de lo normal y lo patológico, al igual que ocurre con la atribución de la deformidad ocular del Greco, contribuye en última instancia a mantener el orden establecido.

\* \* \*

Según Rosa, las narrativas de las locas, sus saberes y sus voces cargadas de críticas, se encuentran «secuestradas» por el poder psiquiátrico. Sin embargo, esto no se debe a que no sepan expresarse, ya que la locura tiene voz y sabe alzarla, sino más bien porque sus voces se han imposibilitado para que no se las escuche (Asensi, 2009).

Las vivencias asociadas a la experiencia de la locura se reducen a meros objetos del dictamen psiquiátrico, donde las opiniones de aquellos que visten las «batas blancas» predominan en un monólogo jerárquico institucional. En este contexto, el poder psiquiátrico sistemáticamente ignora o relega a un segundo plano, el saber proveniente de la experiencia de la locura, así como las percepciones e interpretaciones que surgen de ella (Chamberlin, 1994, 1998). La razón encapsula y sanciona a la locura, impidiéndole hablar por sí misma —dirá Foucault (2018)— y de esta manera, también se obstaculiza la posibilidad de aprender de ella. Pues cualquier crítica o cuestionamiento que proviene de la locura se etiqueta como patológico, restringiendo así su validez y relevancia. Esto nos remite al cuento *Solo vine a hablar por teléfono* de García Márquez (1998), que desde la literatura nos acerca a la crítica de Martínez-Hernández (1998), sobre cómo la presunción de la locura está asociada a la confusión y la disconformidad del loco es siempre señal de su propia locura.

Problematizar la locura atendiendo a las interpretaciones de las colaboradoras, nos acerca a los significados subjetivos e intersubjetivos que enfatizan la influencia de su propia existencia en el mundo. Así, las experiencias como la escucha de voces, la paranoia o el delirio, adquieren sentido cuando se exploran en detalle sus historias de vida y se comprenden como respuestas a situaciones vitales complejas. Esto implica considerar los determinantes sociales y culturales, que se entrelazan con la experiencia de la locura, incluyendo el contexto social y cultural, las trayectorias de vida y las violencias estructurales que generan malestar y sufrimiento. El enfoque de las colaboradoras y del movimiento loco, en general, va más allá de la noción de enfermedad o de problema individual del prisma de la biomedicina y abre la posibilidad de explorar una comprensión sistémica, estructural y política del malestar psíquico.

Aquí surgiría el interrogante sobre quién posee la capacidad de comprender el origen y las implicaciones de la locura: ¿el saber de la experiencia en *primera persona* o el saber especializado de las disciplinas *psi*? Probablemente, si para hacer esta tesis hubiera entrevistado a psicólogos y psiquiatras sus perspectivas e interpretaciones serían muy diversas. Como ya he referido, el paradigma biomédico de la locura es un enfoque científico, histórico y cultural, que está sujeto a transformaciones y a críticas, y los profesionales *psi* poseen conocimientos sobre este campo específico. Las colaboradoras, en cambio, se dicen expertas en su propio sufrimiento psíquico o experiencias inusuales, por eso reclaman la legitimidad para reflexionar, opinar y tomar decisiones respecto a aquello que experimentan y les afecta en su día a día (Erro, 2021).

¿Quién sabe algo realmente de la locura?, ¿del delirio?, ¿de las voces que solo hablan dentro de la cabeza? Nosotros. Los que sobrevivimos a la locura. Los que deliramos. Los que oímos cosas que el resto no oye. Cada uno de nosotros es experto en su propia realidad. Es más, somos los únicos expertos posibles. (Balius, 2018, p. 88)

El movimiento loco procura modificar las *posiciones hegemónicas de enunciación* (Preciado, 2011) y reclama la legitimidad de otras narrativas, de otros relatos y formas de enunciación. No obstante, es importante reconocer que el discurso de la *primera persona* también está moldeado por experiencias, intereses y sensibilidades particulares y surge desde un lugar y un contexto específico. Por ende, tampoco quisiera presentar sus narrativas como una verdad absoluta e inmutable, si acaso tal cosa pudiera existir.

Al final, se trata de comprender, dialogar y aprender con las voces de las colaboradoras; voces que han sido inhabilitadas, pero que desde ese lugar liminal poseen la capacidad de provocar el *desbarajuste* (Balandier, 1994), elaborando un discurso crítico y reflexivo sobre sí mismas y sobre su propia realidad (Harding, 1996); un discurso que, precisamente, al cuestionar y desafiar estas sujeciones —que como diría Rosa «secuestran» sus voces—, permite hacer surgir el *drama social* (Gluckman, 1978; Turner, 1988). Las voces de las colaboradoras eclosionan como afloramientos rocosos que fracturan la racionalidad establecida y muestran las tensiones de los enfoques hegemónicos que se perciben como algo natural. Al revelar la naturaleza artificial del sentido común (Martínez-Hernández, 2013), ponen en entredicho las convenciones que se han sedimentado y abren oportunidades para llevar a cabo transformaciones que pueden desafiar las estructuras de poder y modificar el orden simbólico dominante.

Tal y como sucedía con la deformidad ocular atribuida al Greco, es fundamental comprender que lo que se considera normal y lo patológico está influenciado por las conductas y experiencias definidas por una sociedad y un contexto histórico que así lo establece. La locura, en ese sentido, forma parte de la experiencia humana y no necesariamente debe ser patologizada, pues su condición social, contextual y variable, como señala Huertas (2020), «nos remite a símbolos, mitos, a valores y relaciones, a mentalidades individuales y colectivas» (p. 58).

#### 7.4.2. ¿Y qué tiene de Extraño?

[la paranoia es una] protesta poética contra la invasión por parte de la propia familia o los demás... la poesía está menospreciada por la sociedad y si se recita en voz demasiado alta acaba siendo tratada por la psiquiatría... (la paranoia) no es una fantasía resoluble debemos usar nuestras manías persecutorias, no solucionarlas.

David Cooper<sup>427</sup>.

«¿Y qué tiene de raro? ¿Acaso no hemos vivido siempre en pleno brote?» —se cuestiona Eloy Fernández (2022) en su libro *Los brotes negros*— «La tensión y las contradicciones que nos han constituido ¿no llevan, por pura lógica, al brote esquizofrénico?» (p. 54). Y en realidad, ¿qué tiene de extraño? Pues nada. Al examinar detenidamente historias de vida como la de Rosa, resulta comprensible el fenómeno del delirio o la experiencia de escuchar voces. Estas respuestas son una reacción humana ante situaciones vitales complejas que generan una profunda fractura. Quizá lo máximo que se pueda decir sobre la locura sea eso, que es una reacción humana, y que para su comprensión es necesario considerar en profundidad su contexto cultural y social.

---

<sup>427</sup> Citado en Phyllis Chesler (2005).

Cuando se escuchan voces, se puede percibir la presencia de una voz sin identificar, sin saber su origen porque aparentemente no hay nadie. Se trata de una voz desprovista de cuerpo y que parece estar fuera del propio ser (Pagés, 2022).

En ciertas tradiciones, esta voz sin cuerpo o presente en un cuerpo que normalmente no es el propio puede ser interpretada como una manifestación de los espíritus y entidades espirituales. Voces, como las estudiadas por Stephan Palmié (2023), en contextos como la santería y otros movimientos religiosos afrocubanos, son voces espirituales a las que se invoca y rinde culto a través de rituales y ceremonias. Son voces percibidas y experimentadas por los practicantes, voces que se convierten en un medio de comunicación y conexión con el plano espiritual. Son voces que transmiten saberes, voces espirituales que influyen en la identidad religiosa y cultural en las comunidades afrocubanas.

He tenido la oportunidad de comentar este tema de las voces en el contexto de la santería afrocubana con una querida amiga cubana, que ha compartido conmigo una perspectiva interesante. Ella menciona que lo que más le sorprende de estas voces es que se expresan en idiomas que teóricamente ya han desaparecido. Estas voces se comunican en la forma de hablar que tenían los esclavos africanos, que era una mezcla entre los dialectos africanos y el español. En los rituales religiosos de la santería, cuando una persona es «montada» por un «muerto», — el espíritu de un ancestro o *Eggún* en la terminología de la religión—, comienza a hablar con la voz del muerto y en el idioma del muerto. Durante este proceso, se dice que el espíritu del muerto toma temporalmente el control del cuerpo de la persona. En este estado de posesión, el antepasado difunto puede comunicarse con los practicantes, brindar orientación, transmitir mensajes y realizar acciones que pueden ser beneficiosas para la comunidad o el individuo. Sin embargo, curiosamente, una vez que la posesión termina y la persona que ha sido «montada» recupera su conciencia, no suele recordar nada de lo sucedido. Este olvido es interpretado como una señal de que realmente fue el espíritu del muerto el que estaba presente en su cuerpo.

En contraste, en la cultura occidental, la concepción biomédica de la locura ha restringido la interpretación de las voces al marco de la «enfermedad mental», presentándolas como algo anormal y patológico. Por esta razón, es común que se experimente una sensación de miedo ante cualquier tipo de experiencia relacionada con las voces desprovistas de cuerpo, relacionado con la preocupación de perder el control de la mente o el miedo a perder la razón.

No obstante, según la *Red Intervoices*, las experiencias inusuales como la escucha de voces son más comunes de lo que se piensa. A este respecto, los modelos de reconocimiento de la locura y la perspectiva despatologizadora del movimiento de escuchadores de voces han posibilitado una representación significativa y legítima para la comprensión y la autogestión de las experiencias inusuales. Según el movimiento *Escuchando Voces* de la Red Internacional *Hearing Voices*<sup>428</sup>, escuchar voces no debe considerarse automáticamente como un indicio de trastorno mental. De

<sup>428</sup> *Hearing Voices Network: for people who hear voices, see visions or have other unusual perceptions*, Escuchando voces: para las personas que escuchan voces, ven visiones o tienen otras percepciones inusuales. Véase: <https://www.hearing-voices.org> [consulta: 29 octubre de 2022].

hecho, es una experiencia que muchas personas experimentan sin presentar otros síntomas que pudieran llevar a un diagnóstico psiquiátrico.

A este respecto, Rosa considera que las experiencias inusuales pueden ser comunes en ciertas personas, aunque no sean ampliamente aceptadas o comprendidas debido a su falta de conformidad con la lógica convencional. Por lo tanto, al no ser una experiencia compartida por todos, muchas personas tienden a apartarlas. Así lo explica:

Yo creo que son experiencias inusuales, que a lo mejor son habituales en algunas personas, que las tenemos, pero que como no es algo que todo el mundo tenga, o no es algo que entre dentro de una lógica, pues también las apartamos. O por qué no sabemos que las estamos teniendo. Por ejemplo, mucha gente, o sea, cuando yo empiezo a hablar de voces, bueno más que de voces de alucinaciones visuales, un día después de una charla me vino una compañera y me dijo ostras, tú por la noche cuando lo cierras todo, ¿tú ves luces de colores? Y me miró y me dijo yo sí. Pero fíjate tú, que para mí, cerrarlo todo, y ver luces de colores, que se apagan y se encienden y tal, era normal, o ver cosas como de color y tal pues era normal. Y nunca me había cuestionado si otros también lo veían. Entonces yo creo que posiblemente todos tengamos algún tipo de experiencias inusuales en mayor o menor medida, pero como no lo tenemos muy naturalizado, no te das cuenta. Mira mucha gente, y además vas a una charla y siempre pillas alguno que le pasa. Una experiencia inusual también es, que si fuéramos paranormales le llamaríamos viaje astral. Hay mucha gente que siente que por las noches sale de su cuerpo, y se va a dar una vuelta por la habitación. Entonces para ellos es normal, entonces ellos nunca se han planteado que esto pueda ser algo patológico. Porque ellos lo viven como algo normal, entonces cuando vas a la charla y cuentas esto siempre ves como a alguien se le cambia la cara, ja ja ja<sup>429</sup>.

Aquí Rosa, quizá sin saberlo, problematiza una cuestión fundamental que aborda la antropología, la dimensión social y cultural en la articulación de la locura, concretamente, cómo las distintas influencias culturales construyen y establecen significaciones con las experiencias inusuales. En ese sentido, remitiendo a la obra de Eliade (1988) *Lo sagrado y lo profano*, cómo la noción de lo sagrado o lo paranormal en este caso, puede librar a la persona de esas experiencias que se consideran puramente subjetivas.

Según indica el movimiento *Hearing Voices*, la escucha de voces, cuando resulta problemática, está a menudo relacionada con diversos problemas y traumas de intensidad y exposición variables en la historia de cada individuo. Estas experiencias pueden estar enraizadas en situaciones difíciles que la persona ha vivido. En ese sentido, si la escucha de voces genera sufrimiento psicológico o angustia, es importante destacar que existen estrategias y técnicas que se pueden aprender para hacer frente a esta experiencia. Por eso, es esencial comprender que la escucha de voces no es un fenómeno aislado y que su interpretación y gestión pueden variar de una persona a otra. Cada individuo tiene su propia historia y contexto, y abordar la escucha de voces de manera comprensiva y personalizada es fundamental para acompañar y brindar apoyo para afrontar las voces.

---

<sup>429</sup> 2. Rosa: 78-81.

Es sabido que la tan estigmatizada etiqueta diagnóstica de la esquizofrenia y el uso de antipsicóticos, no brindan las herramientas necesarias para construir un marco de comprensión de las experiencias inusuales. Desde el dispositivo *psi* y dentro del enfoque psiquiátrico, no se brinda comprensión ni se ofrece la oportunidad de autogestionar la experiencia, limitándose a recurrir al consumo de psicofármacos y seguir el dictamen del saber experto, el ya mencionado poder omnímodo *de psiquiatras, dioses y detectores de locos* que critican las colaboradoras.

Por esta razón, desde la perspectiva de las personas expertas por experiencia, se busca desarrollar enfoques que no se centren exclusivamente en la eliminación de los síntomas mediante la medicación. En cambio, se propone compartir estas experiencias, encontrarles un significado y aprender a relacionarse de manera diferente con ellas (Erro, 2021). El objetivo es transformar la lógica interpretativa de las experiencias inusuales y promover un enfoque que permita una comprensión más amplia y una mayor aceptación de estas vivencias, en lugar de simplemente tratar de eliminarlas. Se trata de colaborar en un proceso de descubrimiento personal y colectivizar las significaciones de sus experiencias (Romme y Escher, 2012; Woods, 2013).

El manejo adecuado de las voces a menudo implica un proceso de confrontación del trauma que suele ser la raíz de dicha experiencia. De acuerdo con Rosa, si las voces surgen después de una experiencia traumática, resulta más significativo y es necesario cuestionar el origen de ese sufrimiento —siempre y cuando la persona esté preparada para ello— y problematizar el significado que poseen las voces. Este proceso de toma de conciencia y empoderamiento personal abre la puerta a posibles transformaciones y cambios en la forma de entender y relacionarse con el malestar psíquico, que resultan más significativas que considerar las voces como síntoma de una enfermedad a tratar.

### 7.4.3. Un Soldado Romano Viene a Matarme

Cuando era pequeña, Rosa sentía que detrás de la puerta de su habitación había un soldado romano que venía a matarla. Dice que sentía un miedo horrible y un terror la atravesaba cada vez que se iba a la cama. Rosa tenía que dormir con la luz de la habitación encendida:

Y de hecho yo durante muchos años tuve un delirio, no sé si llamarle delirio, yo cuando estaba en la cama yo tenía que dormir con la luz encendida. Pero además porque yo sentía que venía un soldado romano a matarme. Había detrás de la puerta un soldado romano que venía a matarme. Yo le tenía pánico, pavor y tenía unos terrores nocturnos muy fuertes<sup>430</sup>.

Años más tarde, Rosa se ha dado cuenta de que el terror y la sensación de persecución y pánico que experimentaba a la hora de dormir, a través del soldado romano, tenía que ver con el abuso sexual que sufría por parte de su primo. Rosa era demasiado pequeña entonces para poner nombre a la violencia sexual o para tan siquiera comprender lo que le estaba ocurriendo y el alcance que eso pudiera tener. El terror que sentía lo canalizaba a través de esa representación del soldado romano que estaba escondido detrás de su puerta, dispuesto a matarla.

<sup>430</sup> 2. Rosa: 208.

Esta sensación de miedo y persecución que sufría Rosa es solo un ejemplo de cómo las situaciones de extrema violencia, como el abuso sexual en la infancia, pueden dar lugar a este tipo de experiencias que se consideran inusuales. De hecho, la paranoia o el delirio de Rosa puede interpretarse como una respuesta bastante comprensible ante una circunstancia de violencia tan devastadora como la que estaba atravesando.

Decía que Rosa, en un proceso de resubjetivación política, se reivindica escuchadora de voces. Esta afirmación no solo altera su relación con las voces que percibe, sino que también constituye una forma de autonarración, una forma de narrarse<sup>431</sup>. No obstante, la psiquiatría hegemónica optaría por etiquetar a Rosa de otra manera, ya que excluye de manera categórica la noción de que las voces puedan ser consideradas un espacio significativo e identitario para una persona.

La atención psiquiátrica busca acallar las voces y aplacar las alucinaciones mediante el uso de la medicación psiquiátrica de contención. En cambio, Rosa considera que el saber experto no está preparado para lidiar con el sufrimiento del *otro*, por eso a las personas que tienen voces «las hinchan a medicación». En palabras de Rosa:

A muchos profesionales, sobre todo en psiquiatría, los preparan mucho para el tema de los diagnósticos y la medicación, diagnósticos y medicación, y para ellos todo es enfermedad. Por eso no saben ayudarnos a gestionar nuestros síntomas. Por eso cuando se encuentran con alguien con voces, automáticamente ponen ahí una barrera y te meten un montón de medicación porque no saben qué hacer con eso. Y yo cuanto más hablo con ellos, más me doy cuenta de que no están preparados para gestionar el dolor del otro. No están preparados para gestionar como se sienten ellos como profesionales ante el dolor del otro. Ante la situación de impotencia del otro. Yo creo que ellos no están preparados para gestionar todo eso. Luego además ellos nos ven como personas que cuanto más se nos hincha a medicación, cuanto más se nos niega la voz, cuanto más se nos machaca, y cuanto más por encima del hombro nos miran, parece que nos estuvieran haciendo un favor. No sé, nos tienen como algo tan rastrero que no entiendo<sup>432</sup>.

«Nos tienen como algo tan rastrero» se lamenta Rosa, y es que el dispositivo psiquiátrico despoja a lo patológico de su condición humana. Relegar las voces al plano de lo anormal, enfermo o patológico, genera una sensación de autoestigma, indefensión y aislamiento en las personas con este tipo de experiencias. En consecuencia, las personas que escuchan voces a menudo ocultan estas experiencias. En ocasiones, son las mismas voces las que les advierten sobre la importancia de guardar secreto sobre ellas. En este contexto, Rosa recomienda todo lo contrario: la creación de un espacio de confianza y seguridad, un espacio libre de juicio, donde aquellos que escuchan voces puedan compartir sus experiencias sin temor y censura sobre ellas. Rosa sostiene que si no puede hablar de las voces, estas seguirán haciéndose cada vez más fuertes, y especialmente cuando son negativas, esto se convierte en un problema significativo. Así lo explica Balius (2018):

---

<sup>431</sup> En el capítulo VIII de *Resignificaciones de la locura*, en el epígrafe titulado *Quizá nosotras somos las palabras que cuentan lo que somos*, se profundiza en la cuestión del lenguaje como estrategia política de autoenunciación.

<sup>432</sup> Devolución de Rosa realizada el 10 de febrero de 2022, sobre el artículo Edurne de Juan (2021), «*Sobre vivencias de la psiquiatría*»: una aproximación a las subjetividades de la violencia institucional y los activismos locos.

Mi experiencia real se ceñía a un fenómeno muy concreto: oír voces. Y cuando uno reconoce algo así ante quien sea, bien bajo la presión más o menos disimulada del psiquiatra de turno o simplemente llevado por una ingenua honestidad, algo se rompe en el espacio invisible que le rodea. Por eso aprendes a callarte, y claro, cuando uno se calla, uno ya no es uno. Y cuando uno se queda sin un lugar en el que puede ser quien es, es difícil que las cosas vayan a mejor. (p. 31).

En ese sentido Rosa lo tiene claro: «Hay que normalizar las cosas. Escucho voces, si, es mi realidad, ya está. Y no la voy a esconder»<sup>433</sup>. Para Rosa es importante afrontar las voces como una parte significativa de su persona y no como una enfermedad, por eso considera que es importante poder hablar de ello y no tener que ocultarlo. Balius (2018) comparte una perspectiva similar a la de Rosa cuando afirma que «no podemos negar o silenciar lo que nos acontece. Mis voces son balizas, flotan en el mar oscuro para advertirme de los lugares peligrosos» (p. 84).

En el capítulo sobre las *voces imparables*, Anna Pagés (2022) plantea una reflexión sobre el abrazo que le da Nietzsche al caballo en Turín que me parece muy sugerente traer aquí. Según los informes, mientras caminaba por la calle, Nietzsche vio a un cochero golpeando brutalmente a su caballo agotado y maltratado. Al presenciar esta escena, Nietzsche se sintió profundamente conmovido y corrió hacia el caballo, lo abrazó y comenzó a llorar intensamente. Intervino la policía, Nietzsche se desmayó y a partir de ese momento, cuando despertó entro en un delirio que lo acompañó hasta su muerte en agosto del año 1900. Según Gadamer en *Hermenéutica de la Modernidad*, este abrazo es un lugar al que hay que volver filosóficamente. Gadamer no interpreta que Nietzsche abrazara al caballo por compasión, sino que ambos aún son niños. Pagés (2022) se plantea, entonces, qué quiso decir Gadamer con esta afirmación:

Tal vez se refirió a la inocencia del animal y del ser humano, ese contacto epidérmico entre ambos para protegerse de la violencia del mundo, como cuando los niños buscan un escondite, debajo de la cama, dentro del armario, detrás del sofá, para no ser encontrados. (p. 156)

Considero que las voces pudieran ser como ese abrazo que Nietzsche da al exhausto y maltratado caballo, una especie de refugio al que Rosa recurre para protegerse de la violencia inenarrable del mundo, un refugio que construye para no ser encontrada.

#### 7.4.4. Estrategias de Afrontamiento: Dotar de Sentido a las Voces

Atraviesan el cuerpo las jaras, pero las malas palabras el alma.

Baltasar Gracián, *El arte de la prudencia*, 2012, p. 125.

En el caso de Rosa, las voces que experimenta son de acompañamiento y poseen una connotación positiva y amigable. Sin embargo, las voces también pueden tomar un carácter negativo o malévolo, llegando a insultar, criticar o dar órdenes en bucle durante todo el día. En cualquier caso, dotar de sentido a las voces adquiere una importancia significativa. Interpretar las voces, atribuir un significado a lo que te dicen, dar un sentido a la experiencia,

<sup>433</sup> Comunicación con Rosa. Anotación del DC.

compartiéndola con otras personas. Esto es algo que Rosa no ha conseguido con la psiquiatría ni las disciplinas *psi*, pero sí gracias al activismo.

Rosa tiene la capacidad de discernir entre la realidad del delirio y la que se consideraría la realidad consensuada o compartida. La interpretación de estas dos realidades se presenta como una experiencia dinámica en la que ambas coexisten, permitiendo cierto grado de flexibilidad e interacción. A través de sus voces, Rosa se sumerge en el simbolismo y la exploración de significados personales de los que extrae aprendizajes y un mayor autoconocimiento. Esta interacción entre ambas realidades ha sido un aprendizaje que se fundamenta en la experiencia de vida de Rosa, un aprendizaje que Rosa comparte a través del activismo y en los distintos espacios de ayuda mutua.

A mí, el tema de las voces me apasiona, sobre todo porque me encuentro con mucha gente que las tiene, hay quien las lleva bien, y sobre todo hay gente que las lleva muy mal. Entonces poder acompañar a la persona en esa búsqueda, en su vida, en su historia, y en lo que siente, para ver por qué están allí las voces, para ver qué te están diciendo. O sea, las voces son tuyas, por lo tanto, tú las has creado. Y si las has creado, ¿de dónde las has sacado? Vamos a buscar de dónde las has sacado. Y las similitudes y todo eso. Cuando tú puedes hacer esa similitud y entenderlas, es entonces cuando realmente las puedes digerir, bajar, convivir o cambiar<sup>434</sup>.

Las voces son una manifestación que surge como respuesta a eventos traumáticos en la vida, que muchas veces ocurren en la infancia como en el caso de Rosa. Según indica Eleanor Longden (2014), es importante reconocer que las voces no son enemigas, sino más bien una fuente de conocimiento que revela la existencia de problemas emocionales que pueden ser abordados. En ese sentido, explica que a ella al principio le costaba aprender a adjudicar un significado metafórico a las voces, pues las interpretaba como una verdad literal, pero poco a poco ha ido aprendiendo a significar las voces, buscar esa «similitud» de la que habla Rosa: «si las voces amenazan con atacar mi hogar, he aprendido a interpretarlas como el reflejo de mi propio miedo e inseguridad en el mundo, no como un peligro real y objetivo» (Longden, 2014, p. 6). A pesar de ser un poco extenso, voy a compartir a continuación la descripción que realiza Longden (2014) sobre este cambio en la forma de interpretar simbólicamente, ya que encuentro que resulta muy reveladora:

Recuerdo, por ejemplo, desvelada una noche, de guardia ante la habitación de mis padres para protegerlos de lo que pensé que era una amenaza real de las voces. Como por mi intento de autolesión, la mayoría de los cubiertos de la casa habían sido escondidos, terminé armándome con un tenedor de plástico, de los de picnic, sentada fuera de la sala agarrándolo y esperando para entrar en acción si algo sucediera. Mi estrategia posterior, mucho más útil, ha sido tratar de deconstruir el mensaje oculto tras las palabras, así que cuando las voces, en una ocasión, me aconsejaron no salir de casa, les agradecí que dirigieran mi atención a lo inseguro que me sentía porque, si era consciente de ello, podría hacer algo positivo al respecto. A la vez, vi que tenía que asegurarles tanto a ellas como a mí misma, que estaban a salvo y no necesitaban sentirse asustadas. En adelante, establecería límites a las voces, y trataría de interactuar con ellas de una manera asertiva pero respetuosa, estableciendo un proceso lento de comunicación

---

<sup>434</sup> 2. Rosa: 233.

y colaboración en el que podríamos aprender a trabajar juntas y apoyarnos mutuamente. (pp. 6-7)

Según indica Rosa, al desentrañar el mensaje subyacente detrás de las palabras, se busca deconstruir y comprender más a fondo el significado que se encuentra oculto.

Sobre todo, las personas que escuchan voces que les insultan, son insultos en bucle. Que les están diciendo siempre lo mismo. Entonces vamos a ver de quién es esa voz, quien te trataba así, quien te hablaba así, entonces cuando la persona llega y te dice mira a mi fulanito, a mi menganito, esto me pasó, esto tal, esto cual, es cuando realmente le bajan, porque ha llegado a lo que le está diciendo la voz. O sea, ha logrado entender que esa voz, no solamente si es real o no, sino que viene de aquella vez que le empezaron a insultar, el padre, madre, amigos, niños del colegio, y una y otra vez le empezaban a insultar. Se le han metido esas palabras, y las tiene dentro del cerebro en bucle, dando vueltas, son ecos. Entonces cuando esa persona entiende eso, es cuando le bajan. Y dices hostias, es esto. Claro, es un proceso muy difícil porque te tienes que enfrentar a ti mismo. A tu dolor. A lo que te duele<sup>435</sup>.

La clave para afrontar las voces radica en descubrir su significado y comprender a qué responden esas voces, a qué dolor están dando voz. Es fundamental, según explica Rosa, encontrar los significados en las experiencias subjetivas de la locura, ya que las experiencias inusuales, como la escucha de voces o las alucinaciones, surgen de preocupaciones existenciales que son comunes para muchas personas. Por eso, para Rosa, siempre y cuando la persona esté preparada para hacer este proceso, es crucial ahondar en las razones detrás de la creación de estas voces para poder contextualizarlas en el marco de la biografía y la vida de la persona que las tiene, descubrir su significado, entender a qué responden y a partir de ahí, poder así desarrollar estrategias de afrontamiento y de cuidado.

Porque por mi experiencia, y en la experiencia de mucha gente que conozco, la gran parte de las personas que tienen voces éstas han sido causadas por traumas. O sea, por ejemplo, el abuso sexual en la infancia, el acoso en la escuela, el acoso a lo mejor laboral... O sea, las diferentes violencias que tú puedes haber llegado a vivir. Por eso es importante que en lugar de hincharte a antipsicóticos hubiera terapia centrada en eso, en el trauma. Porque lo que realmente baja, y te ayuda, es poner en común las voces, y sobre todo hablar no solo de las voces, sino poder hablar de aquello que te generó las voces<sup>436</sup>.

Sin embargo, lamentablemente, desde el ámbito de la psiquiatría institucional no se ofrece un marco comprensivo y dialógico que permita abordar este proceso de dar sentido a la experiencia de escucha de voces. En ese sentido y considerando los aportes del movimiento *Hearing Voices*, Erro (2021) se plantea la siguiente pregunta: «si las voces son 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?» (p. 130).

<sup>435</sup> 2. Rosa: 227.

<sup>436</sup> 2. Rosa: 93.

La escucha de voces presenta un marco de comprensión alternativo y significativo para muchas personas que tienen experiencias inusuales. Dar un sentido a sus experiencias le permite a la persona encontrar la manera de afrontarlas. El problema no son las voces, sino la forma de afrontarlas y el significado que se les otorga (Romme y Escher, 2012). Existe una diferencia significativa entre pensar que estás enferma y significar el relato de tu propio sufrimiento, lo cual te ayuda a explicar y entender lo que te sucede. Así lo expone Badius (2018):

Al nombrar lo que he vivido, lo que vivo y lo que siento, cambio la forma en que me relaciono con mis voces. Me acerco a todo lo que llevo dentro de mí, aquello de lo que jamás sabrán hablar los hombres y mujeres de las batas blancas. (p. 102)

La despatologización de las voces desafía los planteamientos de las disciplinas *psi*, y propone un cambio de paradigma en el que se invierte la relación de autoridad entre la figura del profesional y el paciente. De hecho, según Woods (2013), para la mayoría de escuchadores de voces resulta más beneficioso compartir historias y narraciones con otra persona escuchadora de voces y poner las voces en común, que hablar con un psiquiatra. Por eso, no hace falta mucha astucia para intuir la respuesta a la pregunta que plantea Erro (2021) de por qué desde las disciplinas *psi* no se está investigando más en este paradigma.

Al profundizar en la historia de vida de Rosa, se comprende que los síntomas como las alucinaciones, que son los que definen la naturaleza de la locura según la biomedicina, no son el verdadero problema. Estas alucinaciones representan más bien ese abrazo de Nietzsche al caballo, una suerte de refugio o amparo que Rosa ha encontrado en respuesta a las violencias que la han atravesado.

Y tal vez me digan:  
 «¿Cómo sabes que esa leyenda es la verdadera?».  
 ¡Qué me importa la realidad que se halle fuera de mí, si me ha ayudado a vivir,  
 a sentir que soy y lo que soy!

Charles Baudelaire, *Pequeños poemas en prosa o Spleen de París*, 1862.

Este es el fragmento final —cortado vilmente por mí— del poema *Las ventanas* de Baudelaire (2008), en la que el autor rompe con esa noción de mundo real externo y erige un universo propio que trasciende cualquier vivencia de la realidad tangible. En el fragmento citado, Baudelaire responde anticipadamente a las posibles dudas o cuestionamientos sobre la veracidad de la leyenda que relata. «¡Qué importa la realidad que se halle fuera de mí, si me ha ayudado a vivir, a sentir que soy y lo que soy!».

Y tras ese momento, igual que los profetas,  
 con inmensa ternura amo el mar y el desierto;  
 Y sonrío en los duelos y lloro en las fiestas,  
 y encuentro un gusto grato al más ácido vino;  
 Los hechos más reales me parecen ensueños,  
 y por mirar el cielo, caigo en la charca de a poco.  
 Más la voz me consuela diciéndome: «Ten sueños  
 que el sabio no los tiene tan bellos como el loco».

Charles Baudelaire, *Las flores del mal*, *La voz*, 1857.

## 7.5. LA ÚLTIMA CORNISA DEL PURGATORIO: EL REINO DE LA POESÍA



Ilustración 43. Última Cornisa del Purgatorio.

Gustave Doré (1868), *Divina Comedia*, 32 Canto XXV. Purgatorio.

Esta ilustración representa el ascenso a la última cornisa del Purgatorio. Las almas caminan más ligeras a medida que han ido purificándose y la subida es cada vez más sencilla. Los lamentos del Infierno quedan atrás, como ecos lejanos. Los ojos que vienen de la oscuridad se van acostumbrando a la luz, todavía una neblina diáfana. En el fondo, resonando suavemente, se escuchan cantos de poesía, pequeños destellos que actúan como faros que iluminan el camino. Nos adentramos en el reino de la poesía. Las almas, como crisálidas, pronto estarán listas para alzar el vuelo. Esta es la última grada antes de subir, al fin, a las estrellas...

**Purgatorio, Canto XXXIII, 160-171**

*S'io avessi, lettor, più lungo spazio  
 da scrivere, i'pur canterè' in parte  
 lo dolce ver che mai non m'avria sazio;  
 ma perché piene son tutte le carte  
 ordite a questa cantica seconda,  
 non mi lascia più ir lo fren de l'arte.  
 Io ritornai da la santissima onda  
 rifatto sì come piante novelle.  
 rinovellate di novella fronda,  
 puro e disposto a salire a le stelle.*

\* \* \*

Si tuviera, lector, mayor espacio  
 para escribir, podría mayor canto  
 dedicar a la tan dulce bebida  
 de la cual yo jamás me habría saciado,  
 pero, estando completas ya las hojas  
 del segundo cantar, no me permite  
 adelante seguir del arte el freno.  
 Y así retorné de las santísimas  
 ondas, puro y en todo renovado,  
 al igual que las plantas se renuevan  
 renovando sus frondas, y dispuesto  
 para subir, al fin, a las estrellas.

Dante Alighieri (2021), *La Divina Comedia*.

## 7.6. LA RESISTENCIA A MENUDO EMPIEZA CON EL ARTE DE LAS PALABRAS

Vivimos en el capitalismo. Su poder parece inexorable. También lo parecía el derecho divino de los reyes. Todo poder humano puede resistirse y cambiarse por seres humanos. La resistencia y el cambio muchas veces empiezan con el arte, y muy a menudo con nuestro arte, el arte de las palabras.

Ursula K. Le Guin, *Discurso national book awards*, 2014.

Frente a las adversidades, el malestar y las violencias que se presentan en la vida, así como la angustiada sombra del silencio que a menudo se cierne sobre ellas, la escritura puede desempeñar un papel fundamental. A través de la palabra escrita, se construye un contexto de inteligibilidad que permite transmitir emociones y comunicar simbólicamente la intensidad y complejidad de las vivencias de una vida. Como dice Ursula K. Le Guin (2014), el arte de las palabras se convierte en un poderoso canal de expresión y acción política, creando un espacio reflexivo y fomentando la creación de nuevos imaginarios donde, con frecuencia, comienza la resistencia y el cambio.

En este contexto, el arte de las palabras desempeña un papel etnográfico crucial. Las palabras de las colaboradoras, que brotan desde lo más profundo de su ser, nos permiten acceder al universo conceptual que da sentido a sus vivencias en sus propios términos. Estas manifestaciones artísticas también dan voz a algo que ellas necesitan comunicar, brindando a las colaboradoras la oportunidad de expresar aquello que por mucho tiempo han guardado en silencio y que, de otra forma, tal vez, nunca llegarían a decir.

María Zambrano (2000), en su primer ensayo titulado *Por qué se escribe*, escrito a la edad de 29 años y recopilado en su obra *Hacia un saber sobre el alma*, profundiza en el propósito de la escritura. En este hermoso texto, Zambrano explora la idea de que se escribe para transmitir lo oculto, aquello que no puede ser expresado verbalmente debido a su extrema veracidad. Según la joven Zambrano (2000), las grandes verdades rara vez emergen en el lenguaje hablado. En contraste con la fugacidad y lo efímero del habla, la escritura permite retener y fijar las palabras, dotándolas de un sentido perdurable. Por eso, aquello que no puede decirse con la voz es lo que se tiene que escribir:

Las grandes verdades no suelen decirse hablando. La verdad de lo que pasa en el secreto seno del tiempo, es el silencio de las vidas, y que no puede decirse. «Hay cosas que no pueden decirse», y es cierto. Pero esto que no puede decirse, es lo que se tiene que escribir. (Zambrano, 2000, p. 38)

Alejandra Pizarnik, quien también desde temprana edad se sumergió en la escritura, comparte una noción afín a la planteada por Zambrano sobre la diferencia entre el habla y el texto. En una entrada de su diario fechada el 11 de noviembre de 1955, Pizarnik reflexiona sobre las motivaciones que la impulsan a escribir. En esta anotación, ella expresa que, a diferencia del habla, el papel le brinda la libertad de no atascarse al plasmar sus angustias:

Temo que mis deseos de escribir no sean más que medios para conseguir el fin anhelado éxito, gloria, fe en mí. También pueden ser excusas, ya que no estudio «en serio», ya que no vivo «en

serio». Puede ser también que, dada mi escasa facilidad de expresión oral, apele al papel de no atragantarme para escupir el fuego de mis angustias. (Pizarnik, 2019, p. 181)

La relación entre la escritura y la supervivencia en el encierro ha sido explorada por diversas autoras a lo largo del tiempo. Como he mencionado en el apartado sobre el encierro de la locura<sup>437</sup>, a lo largo de la historia, muchas mujeres fueron recluidas en distintos áticos, como castigo a su desobediencia a los mandatos sociales impuestos en sus respectivas épocas. Uno de los ejemplos más destacados es el relato *El papel de pared amarillo* (2017) de Charlotte Perkins, escrito en 1892. Este relato quizá sea uno de los primeros escritos «desde el ático» y en *primera persona*.

Estoy empezando a estar lo bastante furiosa como para hacer algo desesperado. Saltar por la ventana sería un ejercicio admirable, pero las rejas son demasiado fuertes como para intentarlo siquiera. Además, no lo haría. Claro que no. Soy muy consciente de que un paso como ese es inapropiado y podría interpretarse mal. Ni siquiera me gusta MIRAR por las ventanas. (Perkins, 2017, p. 46)

En un artículo publicado en octubre de 1913 en *The Forerunner*, Charlotte Perkins explicaba las razones detrás de la escritura de *El papel de pared amarillo*. Su médico le había recetado una «cura de reposo» que implicaba llevar una vida doméstica y limitar su actividad intelectual a no más de dos horas al día. Estas restricciones la llevaron al borde del colapso mental, pero en lugar de seguir los consejos médicos, decidió empezar a escribir. Escribió este relato como una celebración de su liberación de ese confinamiento, con el propósito de destacar los efectos perjudiciales de las «curas de reposo» y ayudar a otras mujeres a evitar situaciones similares de encierro. Su intención, como ella misma explica, era prevenir que la gente se volviera loca debido a tales tratamientos, y esta intención tuvo cierto éxito. Años más tarde, Perkins supo que un destacado especialista en neurastenia cambió su enfoque de tratamiento después de leer su relato.

Un siglo después, Kate Millett y Alda Merini también compartirían sus experiencias relacionadas con la escritura y la supervivencia en el encierro psiquiátrico. Kate Millett (2019) comparte la razón que subyace a la escritura de su *viaje al manicomio*, revelando que parte de la motivación radica en su búsqueda personal de recuperación. Sugiere que este proceso creativo actúa como una forma de autorreparación, expresando: «Escribí *viaje al manicomio* en parte para recuperarme yo, para recuperar mi mente e incluso su afirmación de cordura. Pero también con la esperanza de renunciar a ese dilema entre locura y no locura» (p. 501).

En el caso de la poeta Alda Merini (2019), en sus escritos sobre el encierro, resalta cómo la escritura fue su salvación: «La literatura, la única fuente de la vida a la cual podía aferrarme para no morir» (p. 126). Veinte años después de su liberación, Alda escribiría *La otra verdad*, un diario en el que desgrana su experiencia en el manicomio Paolo Pini. En sus propias palabras:

Si estuviese completamente recuperada, me erigiría en juez, y condenaría sin medida. Pero muchos, tal vez todos, pondrían bajo sospechas mi sinceridad por ser una enferma. Por eso he escrito un libro, y he incluido también poesías, para que nuestros verdugos vean que en el manicomio es

<sup>437</sup> En el Capítulo I, en el apartado *el manicomio: el encierro de la locura*.

muy difícil asesinar el espíritu inicial, el espíritu de la infancia, que no está, ni podrá ser nunca corrompido por nadie (Merini, 2019, p. 82).

Alda Merini (2019) afirma haber escrito un libro con poesías con el propósito de demostrar que los sufrimientos experimentados en el manicomio no han apagado su alma, su esencia más profunda. Estas palabras resuenan en perfecta sintonía con las elocuentes reflexiones de María Zambrano (2000), quien expresó que «el alma se buscaba a sí misma en la poesía, en la expresión poética» (p. 26).

Estuve enfermo, sin lugar a dudas  
y no solo de insomnio,  
también de ideas fijas que me hicieron leer  
con obscena atención a unos cuantos psicólogos  
pero escribí y el crimen fue menor,  
lo pagué verso a verso hasta escribirlo,  
porque de la palabra que se ajusta al abismo  
surge un poco de oscura inteligencia  
y a esa luz muchos monstruos no son ajusticiados.

(...)

Pero escribí y me muero por mi cuenta,  
porque escribí porque escribí estoy vivo.

Enrique Lihn, *Porque escribí*, 1963.

### 7.6.1. Cantos de Poesía: Porque Escribí estoy Vivo

La poesía es un territorio de libertad, al igual que el delirio.

Cristina Martín, Princesa Inca, 2014.

La escritura desempeña un papel esencial en la construcción de subjetividades al establecer conexiones y tender puentes entre el mundo interno y externo. Aunque estos procesos a menudo pueden resultar dolorosos, pues constituyen momentos de profunda introspección, de observar hacia adentro<sup>438</sup>. El proceso de creación y expresión artística también se puede convertir en un acto de liberación, que permite derribar barreras y encontrar una nueva voz.

En este reino de la poesía, la palabra se convierte en una herramienta reparadora, brindando a las colaboradoras la oportunidad de dar sentido a sus vivencias. A través de la escritura, emerge un nuevo espacio en el que se pueden resignificar las experiencias, generar nuevas narrativas y explorar diferentes aspectos sobre sí mismas. Es precisamente por esta razón que la escritura, en determinadas ocasiones, se erige como una estrategia de supervivencia y resistencia. Escribo *poesía de salvación* dirá Cristina Martín, la Princesa Inca, en una entrevista de Patricia Rey (2014):

Sí, escribo para no matarme, también, lo llamo poesía de salvación. A veces me preguntan: ¿Cómo van los libros, cuántos has vendido? Yo pienso: no habéis entendido nada. En realidad todo eso me importa un pito. Yo escribo desde pequeña, de siempre, y si no publicara seguiría haciéndolo, y si no me leyeran también. Es una terapia, es «mi salvación». (p. 15)

Tal y como se ha visto en el primer peldaño del Purgatorio, en *la angustia de un silencio enquistado*, muchas veces la respuesta que se da a la violencia y a las adversidades, en este caso en la infancia, es la invisibilización y la imposición de un silencio que termina convirtiéndose en un abrupto abismo. Ese silencio viene impuesto por la presión cultural, una estructura social y cultural que termina viabilizando que ciertas violencias se terminen encubriendo.

En las poesías que presento a continuación, Rosa habla de una sombra que le destrozó su niñez y su vida; Mariona, en cambio, menciona una sensación de desprotección e inseguridad que le acompaña a lo largo de su existencia. Ambos relatos muestran cómo las situaciones de abuso y maltrato que han sufrido Mariona y Rosa en la infancia están indeleblemente vinculadas a su sufrimiento psíquico posterior.

En ocasiones, se siente que las palabras fallan, que el lenguaje no alcanza frente a tan penetrantes situaciones de aflicción y sufrimiento. En palabras de Le Breton (2016), «hay algo indecible que parece que bloquea el lenguaje y desbarata la facilidad de la palabra: la amargura, la separación, la muerte no encuentran en las palabras el instrumento adecuado para expresarse con la suficiente intensidad» (pp. 183-184). Hay percepciones dolorosas en el recuerdo, especulaciones en las que se identifica que algo ocurre, que algo se mueve en la

<sup>438</sup> La palabra «introspección» proviene del latín «introspectio», que a su vez está compuesta por los términos «intro» (hacia adentro) y «spectio» (observar).

oscuridad de la memoria, pero, a veces, solo queda una sensación. Una sensación... pero ¿cómo nombrarla?

Lo que no se puede nombrar, a veces, es preciso gritarlo dirá Rosa. Ante el silencio enquistado ella reclama la necesidad de dar voz y compartir su historia a gritos para ayudar a prevenir y proteger a otras criaturas para que no pasen por lo mismo: «Hablaré y gritaré, hasta quedarme afónica. Hablaré, en las plazas, megáfono en mano. Hablar, tan difícil, tan simple y tan revolucionario<sup>439</sup>».

Ojalá que ese grito sea sanador dice Marta Plaza (2023):

(...) por tantas violencias que me han atravesado mente y cuerpo —¡ay, la memoria del cuerpo, cómo suple las lagunas de la mente!-; el mío y el de cada una de mis compañeras psiquiatrizadas, las que me compartieron su historia, aquellas de las que leí y aquellas de las que aún no supe, pero ojalá pronto griten también sus daños y les sea sanador ese grito. (Plaza, 2023, p. 162)

#### 7.6.1.1. **Mariona: Vamos a Contar Mentiras**

Las motivaciones que impulsan a Mariona a escribir son diversas, pero una de las más destacadas es su necesidad de poner palabras a sus experiencias, en un contexto en que las palabras le habían fallado previamente. De acuerdo con Le Breton (2016), «en los confines de la existencia el lenguaje vacila» (p. 83). Esto se debe a que ante experiencias límite como la de Mariona, las palabras y el lenguaje resultan insuficientes. Las palabras fallan al capturar la inmensidad y la complejidad de lo sufrido, pues carecen de la intensidad que requiere llegar hasta las entrañas, hasta lo más profundo de la persona (Le Breton, 2016). El título que elige para su relato, *Vamos a contar mentiras*, es un guiño a una popular canción infantil, y con ello busca dar testimonio y revelar su propia verdad.

Mariona construye un espacio terapéutico de creatividad y soledad a través del ritual de la escritura. Escribir *es defender la soledad* decía Zambrano (2000). Aunque este proceso a menudo le robe horas de sueño y deje sus ojos enrojecidos de llanto, el esfuerzo conlleva un propósito valioso. Como ella misma destaca, plasmar sus sentimientos de esta manera le proporciona una sanación profunda: «Una vez que ya lo puedes compartir así yo creo que ya sanas»<sup>440</sup>. La escritura ejerce una función liberadora al permitirle canalizar y expresar sus emociones.

El año pasado, en verano creo que fue, empecé a escribir. Y bueno escribir para mí ha sido muy importante y liberador. Abel me había puesto como misión del día, más o menos como reto, escribir 30 relatos en un mes. Es decir, uno cada día prácticamente. Y me decía que esos relatos los colgaría en la web del *Colectivo C*. Él me había regalado una Montblanc chulísima y unas cuantas libretas y me puse a escribir. Escribía a mano. Cada noche, ponía incienso, música relajante, creaba como todo un ritual, y me ponía a escribir tranquilamente. Me quedaba hasta las tantas y, a veces, terminaba llorando. Porque realmente sacaba cosas muy duras<sup>441</sup>.

---

<sup>439</sup> Fragmento de la poesía de Rosa que se presenta a continuación.

<sup>440</sup> 1. Mariona: 111.

<sup>441</sup> 1. Mariona: 85.

En su relato, utiliza una voz narrativa en tercera persona para relatar la historia de Mariona. La elección de esta voz crea una distancia con el personaje, lo que permite una visión más objetiva de la situación y de las emociones que experimenta. Ella misma explica el motivo de haber elegido esta voz:

La psicóloga que tenía entonces me insistía que mientras me hacía la terapia de EMDR<sup>442</sup> era bueno que yo hablara en tercera persona para que no me afectara tanto, por eso me llamé Mariona en mis relatos. Cuando empecé a escribir los relatos, porque yo no siempre escribía de noche, aunque a veces escribía de día y si después tenía que hacer algo y para que no me afectara tanto y acabase llorando, porque yo soy una persona que se me nota todo en la cara, y se me lee perfectamente, pues claro yo no quería acabar con lágrimas, la cara roja, y malas caras. Y, bueno, pues eso que por eso empecé a escribir así<sup>443</sup>.

---

<sup>442</sup> El EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*) una técnica de tratamiento psicológico que se usa para superar acontecimientos traumáticos.

<sup>443</sup> 1. Mariona: 90. El nombre «Mariona» es un seudónimo que emplea para los relatos y también ha querido que lo use para ser nombrada en esta tesis.

## Vamos a Contar Mentiras

Dicen de Mariona que es mentirosa.  
Que solo busca llamar la atención.  
Siente un dolor horrible en el pecho, en el estómago  
y hasta vomita encima de la mesa de clase.  
Todo el mundo lo ve, pero nadie la cree.  
Hasta la obligan a ir acompañada al lavabo  
para ver si realmente tiene vómitos,  
con solo 6 años.  
Su madre insiste en creer que su hija está perfectamente  
y la lleva al médico convencida de que algo pasa en su estómago.  
Pruebas de contraste negativas.  
Todo es psicológico, le dicen.  
Pero su madre no lo quería entender.  
Entonces llega la normalización de la situación.  
Mariona se ve obligada a mentir de verdad.  
A esconder su realidad para no ser más apartada.  
Se hace transparente para no resaltar.  
Procura tener amistades, pero las justas.  
Y asume que debe tragar y tragar,  
en vez de expulsar todo aquello que le hace daño.  
Al hacerse más mayor y comprender llega la culpa.  
Empieza a hablar, para aliviar esos sentimientos,  
pero se la trata otra vez de mentirosa.  
Aún más adelante hay cosas que no cuadran y  
llegan las preguntas.  
Con ellas, las respuestas.  
A partir de ahí, la sensación de desprotección, de injusticia.  
También la comprensión.  
Y al final, Mariona era quien no mentía.

Autora: Mariona

#### 4.6.1.2. Rosa: Aplastada por una Sombra

Rosa escribe *Aplastada por una sombra* para narrar en primera persona la experiencia de abuso sexual que sufrió cuando era pequeña. El rostro de la sombra que la aplasta evoca a una persona de su familia, quien, según Rosa, le ha causado destrozos en su infancia y en su vida. El relato transmite una sensación de fragilidad, miedo y desesperación, al mismo tiempo que revela la presencia de un pasado muy doloroso y la persistencia de su impacto en su vida. El sufrimiento es difícil de delimitar o describir según Le Breton (2016), «el sufrimiento que produce el dolor es algo personal, íntimo, que escapa cualquier medida, a cualquier intento por delimitarlo o describirlo» (p. 184). Así lo explica Rosa:

He escrito un relato en torno a uno de los primeros recuerdos que tengo entorno a este tema. Y es que yo soy pequeña, no recuerdo bien qué edad tengo, pero piensa que debo de tener unos 4 o 5 años por ahí, y me pasó varias veces, dos o tres veces me pasó. O sea, cuando yo me voy a despertar ¿vale? yo siento el peso de un hombre encima mío. Está encima mío, me está chafando. Y yo no puedo respirar, y él está encima mío y además me está mirando. Y no consigo sacármelo de encima hasta que no grito el nombre de mi hermano. Le pido ayuda, entonces cuando ya le grito es cuando ya se desvanece. Entonces recordando esta figura, esta cara, me recuerda a la de mi primo. Entonces esto es una cosa que yo nunca sabré si ocurrió o no, o si es una alucinación, que me está contando una verdad. Es que yo no recuerdo que él me hiciera algo antes de los 5, pero sí que es cierto que está esta alucinación. Claro, entonces si él lo hizo, lo tuvo que hacer muchísimo antes<sup>444</sup>.

El relato está escrito en primera persona y la voz narrativa utiliza un lenguaje sencillo y directo para transmitir la experiencia de abuso. La metáfora de la sombra que la aplasta, contribuye a crear una atmósfera angustiante y transmitir el impacto del trauma vivido por Rosa. El uso del verbo «aplastar» y su repetición enfatizan el peso y la presión que Rosa siente sobre su pequeño cuerpo, transmitiendo una sensación de asfixia y dificultad para respirar. La lucha por gritar el nombre de su hermano muestra el desesperado intento de buscar ayuda y escapar a una situación angustiante. La sombra se desvanece cuando logra gritar el nombre de su hermano, sugiriendo que la acción de pedir ayuda y romper el silencio es liberadora.

<sup>444</sup> 2. Rosa: 35.

## **Aplastada por una Sombra**

Era pequeña, tengo unos 6 años.  
Me despierto sintiendo el peso de un hombre,  
me aplasta,  
no puedo respirar,  
lucho por gritar el nombre de mi hermano que duerme en la habitación de al lado,  
pidiéndole ayuda.  
Consigo gritar su nombre y empieza a desvanecerse la sombra que me aplasta.  
Ocurre un par de veces.  
El rostro de la sombra me recuerda a una persona de mi familia,  
que destrozó mi niñez y mi vida.

Autora: Rosa

#### 4.6.1.3. Rosa: Hablaré, puesto que si algo me hizo daño fue el silencio

El relato titulado *Hablaré, puesto que si algo me hizo daño fue el silencio*, expresa la determinación de Rosa de romper el silencio que ha sido perjudicial para ella. El silencio se presenta como una fuente de dolor, un obstáculo que ha causado sufrimiento en la vida. Ante esta situación, ella decide hablar, expresarse y contar su historia. Rosa enfatiza la importancia de hablar desde su propia voz, sin reservas. Lo hace con rabia, como una respuesta a la vida que le fue arrebatada.

Su intención es evitar que otras personas pasen por lo mismo, por lo que se siente en la obligación de alzar la voz y compartir su experiencia. Rosa muestra una determinación inquebrantable al afirmar que hablará incluso a costa de quedarse sin voz. Está dispuesta a gritar, literal y figurativamente, utilizando un megáfono en las plazas públicas para asegurarse de que su mensaje sea escuchado. En general, el relato transmite una sensación de lucha contra la opresión del silencio. Rosa se posiciona como una voz valiente y decidida a hacerse escuchar, compartiendo su historia y abogando por la prevención para que nadie más tenga que pasar por lo que ella ha pasado.

#### **Hablaré, Puesto que si Algo me Hizo Daño fue el Silencio**

Hablaré, puesto que si algo me hizo daño fue el silencio.

Hablaré, desde mi misma. Hablaré, con rabia, por la vida que me robaron.

Hablaré, en voz alta, no quiero que les ocurra a otros.

Hablaré, y gritaré, hasta quedarme afónica. Hablaré, en las plazas, megáfono en mano.

Hablar, tan difícil, tan simple y tan revolucionario.

Autora: Rosa

Hace algunos años Rosa ha denunciado los abusos que sufrió por parte de su primo, y lo ha denunciado precisamente para poder hablar desde la libertad. Pues cuando, en el marco del activismo, Rosa da charlas y habla de abusos sexuales en la familia, no quería que quien la escuchara pensara que había sido su padre o su hermano quien habían abusado de ella. Así lo explica Rosa:

Hace unos 2 años le denuncié, puesto que al empezar a participar en charlas y hablar de abusos intrafamiliares, automáticamente lo primero que pensaban era en mi padre y hermano, y ellos nunca me tocaron. Puse la denuncia para poder señalar alto y claro a quien abusó de mí, destrozó mi niñez y por ende destrozó toda mi vida. Durante toda mi vida, hasta mi muerte, pagaré con síntomas psiquiátricos, todo el daño que me hizo<sup>445</sup>.

Con relación a las violencias y el abuso sexual en la infancia, la demanda de Rosa es clara: la necesidad de abordar socialmente el problema para poder hacer prevención. Si únicamente se piensa en el abuso y las violencias en la infancia desde una perspectiva individualista y desde la

<sup>445</sup> Comentario de Rosa. Anotación DC, 24 de mayo de 2021.

idea de que es algo espantoso y deleznable hacer daño a una criatura, se pierde la oportunidad de realizar una crítica más compleja, y la posibilidad de plantear un discurso sistémico en el que se analicen las estructuras y las formas que facilitan que se produzcan estas situaciones de violencia y abuso. Además, tal y como señala Rosa, si las violencias no se visibilizan, si no se habla de ello, las adversidades, las violencias y el dolor en la infancia seguirán perteneciendo al ámbito privado, y seguirán siendo consideradas un fenómeno individual y aislado.

Rosa reclama la necesidad de un discurso que ponga sobre la mesa las violencias en la infancia, desde una perspectiva política y social. Es por eso por lo que parece necesario problematizar la institución de la familia patriarcal tradicional, pues es un espacio privado que presupone cuidados pero que muchas veces encubre maltrato y facilita que se perpetúen violencias de puertas para adentro. Resulta fundamental, a este respecto, reivindicar la dimensión política de la domesticidad y problematizar la violencia sexual y el abuso en la infancia extrapolando aquel lema feminista de «lo personal es político»<sup>446</sup> a todas las esferas de la intimidad en las que se producen violencias.

En lo que respecta al maltrato infantil además hay una significativa y profundamente jerárquica diferencia de poder entre un adulto que maltrata y una criatura que es maltratada. Cuando la violencia se produce en el seno de la familia es todavía más complejo. Así lo describe Rosa: «es muy difícil pararlo por todas las humillaciones y todas las cosas, pero además hay amor en el fondo es mi primo, forma parte de mi familia<sup>447</sup>».

Cuando este dolor se procesa desde la soledad y desde una lectura individual, se terminan invisibilizando estas historias. Por eso para Rosa colectivizar el dolor es importante y poner el foco en la prevención es fundamental, porque las infancias no tienen voz. Y al crecer muchas veces solo queda la impronta de lo que les ha pasado, un recuerdo, un delirio o un eco, que puede ser difuso y desde la distancia, puede que incluso se dude de él, pues la herida se convierte en un abismo al que es demasiado doloroso asomarse.

---

<sup>446</sup> Carol Hanisch (1969), *The personal is political*. Véase: <http://www.carolhanisch.org/CHwritings/PIP.html> [Consulta: 10 de septiembre de 2023].

<sup>447</sup> 2. Rosa: 45.

#### 4.6.1.4. Basi: Ahora Escribo Pájaros

El título *Ahora escribo pájaros* proviene de un poema de Cortázar que Basi me envió hace algún tiempo y que guardo con cariño. Aunque la poesía pertenece a Cortázar, estoy segura de que Basi bien pudiera haber pronunciado esta frase: *ahora escribo pájaros*. Por esta razón, he querido utilizarla como título, y además, porque creo a Basi le va a gustar cuando lo lea.

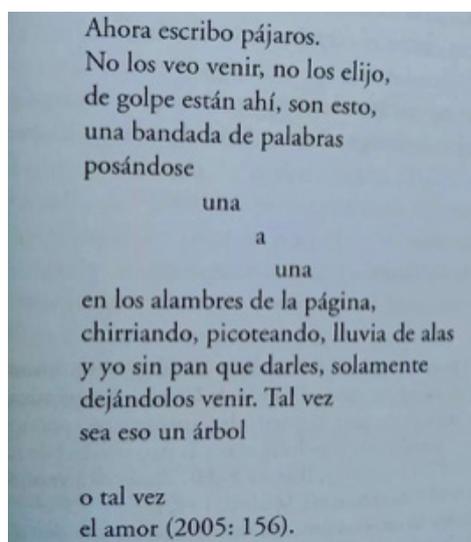


Ilustración 44. Ahora escribo pájaros.

Fotografía de Basi, 28 de abril de 2022. DC.

Como he mencionado en el capítulo III, en la sección de la metodología, las conversaciones con Basi son<sup>448</sup> siempre una suerte de aventura en la que buceamos en distintas capas que se van desdoblado en varios temas que, en un principio, pueden parecer inconexos pero finalmente se alinean a través de palabras inventivas que fluyen una tras otra. Una suerte de *conversación auténtica* en el sentido gadameriano, en la que las palabras se vuelven lúdicas y libres, tomando direcciones y caminos inesperados. Estas conversaciones están siempre cargadas de informaciones sugerentes, recomendaciones de libros, películas, música y poesía. Sería una labor inconmensurable tan siquiera enumerar la mitad de estas referencias y curiosidades que me ha regalado Basi a lo largo de este tiempo.

Navegando en cada frase, surge alguna intuición que nos lleva a derroteros improbables de sentidos y sinsentidos, por los que emergen nuevos pliegues y *líneas de fuga*. Según él mismo reconoce: «Yo tengo una imaginación muy potente, y me lleva a sitios que mira tú... ja, ja»<sup>449</sup>. De la historia, dice que se queda con las anécdotas. Muchas veces nuestras conversaciones son eso, una sucesión onírica de anécdotas que fluyen, *una bandada de palabras* que asoman, tal y como lo describe Cortázar en su poesía. Un laberinto semántico en el que Basi se desplaza con increíble habilidad. Un rompecabezas en el que se entrelazan piezas lisérgicas, desafiando las lógicas posibles e imposibles.

<sup>448</sup> Lo escribo en presente porque continuamos manteniendo estas conversaciones.

<sup>449</sup> 10. Basi: 398.

Me gustaría compartir una entrada de mi diario de campo en la que registro algunos intercambios acerca de lecturas y literatura, así como comentarios relacionados con una de las primeras conversaciones que sostuve con Basi:

Basi escribe. Me ha dicho que se considera artista, que le gusta la pintura, la poesía y la fotografía. Me ha dicho que le gusta tomar fotos y crear narrativas a partir de esas imágenes. Construir una historia a partir del lente de la cámara. Me ha mencionado que su proyecto más reciente está basado en una foto de unos gatos. Hemos hablado del libro de *El perfume*, y me ha expresado su impresión sobre el autor: «el creador de la historia, el que lo ha imaginado, debe ser un psicópata». Le he dado la razón y nos hemos reído. Basi me ha compartido una experiencia única: «Mira el otro día me transmuté. Hice mi embarazo. Me imaginé alumbrando a un bebe inocente. Me imagino un huevo de cosas. No la gestación, pero puedo llegar a eso». Desde luego, la imaginación nos lleva a lugares insospechados le he respondido. En nuestra charla, hemos hablado de la locura, y Basi ha compartido una interesante reflexión: «Todos somos vulnerables. Lo que pasa es que algunos tienen más capas de cebolla y las crean antes que otros. Porque el mundo es muy diverso, las personas son muy diversas. Y gracias a Dios que sea así». La metáfora de las capas de la cebolla me ha recordado a la película de Shrek. Nos reímos. Más adelante, después de alguna otra carambola, hemos retomado la conversación sobre los libros: «Hay libros que son círculos, que empiezan como terminan». Le he preguntado si ha leído Rayuela: «Con rayuela no pude. Me gustan las referencias que tiene, sobre el jazz pero no pude» Tal vez puedas darle otra oportunidad, experimentar a leer algunos capítulos sueltos. «Las novelas de Patricia Highsmith, sus personajes están muy torturados...» me recomienda algunos libros más. Los buscaré. «Te estoy dando trabajo». No te preocupes, me encanta leer. «Ahora estoy con los poemas. Ahora leo mucha poesía». Yo no suelo leer mucha poesía, la verdad, le he reconocido. «Poesía te puedo recomendar mis libros pero no, porque sería muy pretencioso, ja, ja.» (DC, 6 de junio 2021)

Basi siempre ha sido un ávido lector, y tiene muchas lecturas activas en su mente. Cuando conversas con él, enseguida irrumpen estas referencias, escapan y vuelan, desplegándose como pájaros. Basi dice que los libros le hablan: «Abro las páginas y lo que me quieren decir en ese momento, me lo han dicho y yo lo recojo. Bueno si, si, es que los libros me hablan»<sup>450</sup>.

Su pasión por la lectura comenzó en su juventud, y entre otros autores, atribuye este interés a Franz Kafka y la historia de Gregor Samsa en *La metamorfosis*, donde un hombre despierta un día transformado en un insecto gigante. Dice que gracias a esta historia se pudo sentir identificado con alguien. Así lo explica:

Yo empecé a leer con mis depresiones. En mi primera depresión, un chaval con 17 años. En mi primera depresión, empecé a leer a Sartre, a Camus, empecé a leer a Kafka. Bueno, yo me sentía como la cucaracha de Kafka, como la puta cucaracha que le pasan la comida la familia por debajo de la puerta, a la pobre cucaracha. Pues yo me sentía así en ese momento, y gracias que leí a Kafka en ese momento, me sentí identificado con alguien, y ese alguien era una puta cucaracha. Esa ha sido... mi experiencia...<sup>451</sup>

---

<sup>450</sup> 10. Basi: 49.

<sup>451</sup> 10. Basi: 413.

Basi escribe. Desde que lo conozco, nunca ha dejado de escribir poesía, de hacer relatos y fotografías. Sin embargo, este último año, ha sufrido otro ingreso forzoso que se ha prolongado durante seis largos meses. Dice que ha estado en un sitio horrible, que prefiere no recordarlo, que ha sido una experiencia sumamente desagradable. El lugar era prácticamente un centro penitenciario, con horarios y una disciplina muy rígida. No había ninguna actividad. Ha estado ingresado desde el 14 de junio de 2022 hasta diciembre de ese mismo año. Desde su salida, hasta mayo de 2023, ha lidiado con una profunda depresión. Con altos y bajos. Receloso hasta de sus amigos. Con una percepción muy negativa sobre sí mismo y pensamientos suicidas. Basi dice que ha perdido sus habilidades sociales y, que ahora no puede leer. Tampoco puede escribir poesía.

Esta tarde he hablado casi una hora por teléfono con Basi. Le he dicho que había estado escribiendo sobre la escritura, valga la redundancia, y que iba a poner una poesía suya en la tesis. Dice que ya no escribe poesía. Pero que no ha dejado de escribir, ha estado escribiendo un diario. Dice que en el diario vomita sus entrañas. A través del texto se desahoga. Lo ha escrito durante este último ingreso y ha seguido después. Me ha repetido, un par de veces más, que ahora ya no escribe poesía. Tampoco puede leer mucho. Me ha dicho que un amigo le ha dejado un libro de relatos cortos de Bukowski, hay uno en el que dice cómo ser escritor. Para ser escritor, se ha de escribir desde las entrañas. Le he dicho que María Zambrano también dice algo así. Yo hacía eso, me ha respondido, escribir desde las entrañas. Es lo que me ha mantenido vivo, sobre todo cuando estaba tan mal. (...) Mañana va a ir a caminar a la playa. Dice que está mejor, más estable. Nos hemos despedido. Hemos colgado la llamada. Al ratito, me ha enviado por Whatsapp el relato de Bukowski, yo le he enviado el texto de María Zambrano. (DC, 22 de agosto 2023)

\* \* \*

Una de las primeras veces que hablé con Basi me comentó que había escrito algunas poesías para el día del Orgullo Loco le dije que me encantaría leerlas. Y que si me daba permiso me gustaría incorporar alguna en mi tesis. Basi me envió algunas de sus poesías y me escribió el siguiente mensaje que guardo con mucho cariño: «Te lo agradezco mazo que hagas este trabajo porque joder, pocas personas hay con la sensibilidad de querer hacer un trabajo sobre los locos. Porque el mundo está cuerdo y así va el mundo, ¡cuerdo perdío!»<sup>452</sup>

La poesía que presento a continuación se titula *19-VII-2021* y la escribió por el día del Orgullo Loco del año 2021. La poesía está escrita en primera persona, y transmite el rechazo que siente Basi al uso de pastillas y medicalización como única solución a diferentes situaciones de la vida. Para ello, utiliza la repetición de la frase «no me des pastillas» precisamente para reforzar el rechazo y la firmeza de su postura.

Basi utiliza metáforas y símiles agregando intensidad y vivacidad al texto. La afirmación de que «me encantan mis sueños» sugiere una apreciación y disfrute de la vida onírica, mientras que el amor por Howlin'Wolf, reconocido músico de blues se utiliza como una metáfora para expresar el gusto por la música y la capacidad de encontrar consuelo en ella. La asociación

<sup>452</sup> Anotación DC, 27 de septiembre de 2021.

del baile con el rechazo a tomar pastillas para la acatisia, un efecto secundario de algunos medicamentos que puede causar inquietud y dificultad para estar quieto, resalta la importancia de la expresión corporal y el movimiento como medios de liberación. La mención del «luto» y la necesidad de tiempo en lugar de pastillas sugiere la importancia del proceso natural de duelo y la paciencia necesaria para atravesarlo. El uso de la palabra «lokura» con la «K» en lugar de «locura» sugiere una apropiación y revalorización del término, dando a entender que encuentra libertad y felicidad en su propia *lokura*. Retomando las palabras de Basi: «Porque el mundo está cuerdo y así va el mundo, ¡cuerdo perdío!»

### 19-VII-2021

No me des  
pastillas para dormir,  
me encantan mis sueños;  
No me des pastillas para la depresión,  
me encanta Howlin'Wolf;  
No me des pastillas para la acatisia,  
me encanta bailar;  
No me des pastillas para mi luto,  
solo necesito tiempo;  
No me des pastillas para mi lokura,  
No ves que no las necesito:  
Me encanta estar loko.

Autor: Basi

#### 4.6.1.5. Versos de Napalm: Oda a la Locura

El poema que sigue es obra de Versos de Napalm (VDN)<sup>453</sup>. Tuve el placer de conocer a VDN a través de Esperanza, quien me hizo llegar un audio con de la poesía *Oda a la locura*, recitada por el propio VDN. Su voz y poderosa lírica resonaron en mí, con profundo impacto. VDN conjuga dolor y sabiduría en cada verso. No pude evitar escuchar la poesía una y otra vez.

A través de Esperanza, me puse en contacto con VDN para expresarle cuánto me había impactado su poema y solicitar su permiso para incluir extractos de su obra en mi tesis. En ese momento, no anticipaba que dedicaría un espacio específico en la tesis a este particular Reino de la Poesía. Siendo así, he decidido no omitir ningún verso y presentar la poesía al completo.

Transcribo la respuesta de VDN: «A mí me pone muy feliz que lo que escribo resuene en otras personas y llegar a ellas me abre la esperanza de que todo ese pesar por el que he pasado lo puedo llevar junto a otros, haciéndolo más soportable. Por supuesto que me gustaría compartir mis escritos con los que están investigando, yo soy activista en la Fundación Círculo Polar donde soy facilitador del grupo de escritores». (DC, 8 de agosto 2022)

Mi agradecimiento a VDN por compartir su talento, consejos y experiencias a lo largo de este tiempo. Se dice que lo mejor que le puede ocurrir a una tesis es contar con grandes lectores; estoy segura de que VDN es, y será uno de ellos.

---

<sup>453</sup> *Versos de Napalm* es el nombre con el que el autor firma su obra, y a través de ese nombre se le puede encontrar en las redes sociales: Facebook, Instagram, Blog Tumblr, Soundcloud, Círculo Polar.

## **Oda a la Locura**

Mi única certeza, además de la inexorable muerte, consiste en la radical conciencia de que la normalidad apesta profundamente, nauseabundamente y yo no he estado nunca dispuesto a asumirla tal como es.

Me declaro en guerra contra el mundo ordinario y su cotidianidad. Asumo la locura como bandera de lucha, como forma de estar en el mundo. No estoy dispuesto a ser uno de los tantos mutilados por la sociedad.

Digan cómo me digan, llámenme loco, enfermo, bipolar, condénenme al ostracismo, no importa. Enfermas son las jornadas laborales, delirante es el desprecio por la madre tierra, demente es obligar a pueblos enteros a migrar como refugiados y vagar por el mundo en total incertidumbre. Locura es la economía criminalmente organizada, protegida por leyes injustas y los psicópatas que se benefician de ella.

Alabo la locura a todos esos que dijeron las verdades que por comodidad las masas callaron. Los que no siguieron cánones ni moldes de lo establecido por las distintas épocas y sus culturas.

Abrazo la locura dejando la puerta abierta para no estar atado a ser lo que la familia, la sociedad quieren que seas. Solo en sueños el hombre es libre dijo el gran poeta del norte.

Abrazo la locura porque no estoy dispuesto a renunciar a mis sueños. Tengo hambre mucha hambre y no soy un devorador dispuesto a avasallar, pero sueño que mi alarido, mi grito clama por justicia social resuena en todo el continente y el mundo hispano hablante y todo aquel que me lea resucite transformado en dicha experiencia. No vine al mundo a dejarme arrastrar por la mansedumbre, no vine a lavar tu auto, ni a cortarte el pasto, ni a entregarte una pizza, ni a serle útil a ningún tipo de patrón. Mi marco de acción en la vida no puede estar predeterminado por jueces, leyes, contratos, psiquiatras, doctores. Cláusulas implícitas o explícitas de cómo he de vivir, vestirme, pensar que tan productivo he de ser. A mucha honra me declaro como un loco. Las normas son para los condenados y la muerte es lo único que puede terminar con mi libertad en este plano.

Autor: Versos de Napalm.

### 7.6.2. La Despedida de Virgilio



Ilustración 45. Despedida de Virgilio.

Gustave Doré (1868), *Divina Comedia*, Canto XXX. Purgatorio.

El Infierno y el Paraíso, en la visión de Dante, son reinos eternos. Sin embargo, el Purgatorio se revela como un espacio de tránsito, una oportunidad para la purificación y redención de las almas que lo atraviesan. En este particular Purgatorio, las almas han descubierto caminos que les han permitido reflexionar y reinterpretar sus experiencias. A través de la purificación, emprenden un viaje interno que les conduce a una transformación profunda. Aunque este camino es personal y único para cada alma, también se teje en relación con lo colectivo y lo compartido. Cada recorrido se torna esencial para abrazar nuevos horizontes de posibilidades.

Virgilio, quien ha guiado a Dante a través del Infierno y el Purgatorio, comprende que su tarea ha llegado a su fin cuando alcanzan las puertas del Paraíso. En la cima del Monte del Purgatorio, Dante observa el amanecer y la estrella de la mañana en el cielo. Este lucero simboliza la llegada de Beatriz, quien será la nueva guía de Dante en el viaje hacia el Paraíso.

Virgilio debe regresar a su lugar en el limbo y se despide de su amigo Dante. Le informa que Beatriz lo guiará desde ese punto en adelante. Virgilio brinda sus últimas bendiciones a Dante. Pronto, Dante y Beatriz —junto con la neófita antropóloga que narra— se embarcarán en su travesía a través de la atmósfera...



## VIII. RESIGNIFICACIONES DE LA LOCURA



Ilustración 46. Paraíso.

Paul Gustave Doré (1861), *Divina Comedia*, Paraíso, Canto XXI.

El Paraíso se configura como una serie de esferas concéntricas que conforman los diferentes niveles de la vida celestial. A medida que Dante asciende a través de estas esferas guiado por Beatriz, profundiza en los misterios del universo. Este viaje culmina en el Empíreo, un lugar que simboliza la plena presencia divina. Dante describe su visión: «*un punto vidi che raggiava lume acuto sì, che 'l viso ch'elli affoca chiuder conviensi per lo forte acume*» [Vi un punto de luz tan punzante irradiaba, que aquel mirar al que ella con su fuego alcanzaba se veía obligado a cerrarse por su fuerte agudeza] [Paraíso, Canto XXVIII, 16-18] (Alighieri, 2021, p. 1128).

**Paraíso, Canto XXXIII, 156-174**

*Qual è 'l geomètra che tutto s'affige  
per misurar lo cerchio, e non ritrova,  
pensando, quel principio ond'elli indige,  
tal era io a quella vista nova:  
veder voleva come si convenne,  
l'imgo al cerchio e come vi s'indova;  
ma non eran da ciò le proprie penne:  
se non che la mia mente fu percossa  
da un fulgore in che sua voglia venne.  
A l'alta fantasia qui mancò possa;  
ma già volgeva il mio disio e 'l velle,  
sì come rota ch'igualmente è mossa,  
l'amor che move il sole e l'altre stelle.*

\* \* \*

Y de igual forma que el geómetra, absorto en el intento  
de acertar a medir exactamente  
el círculo, pensando nunca encuentra  
el principio en que pueda deducirlo,  
tal me hallaba yo mismo confrontado  
a tan nueva visión, ver pretendiendo  
de qué modo la imagen convenía  
con el círculo, y cómo se emplazaba  
dentro de él; no serían para aquello  
suficientes mis plumas si no fuera  
que mi mente se vio atravesada  
con un fulgor que colmaba lo anhelado.  
Con lo cual ya a tan alta fantasía  
le faltaron las fuerzas, más rodaban  
juntamente mi velle y mi deseo,  
como rueda que va siempre girando  
con movimiento igual, por el impulso  
del amor, que el sol mueve y las estrellas.

### 8.1. ASCENSO AL PARAÍSO: SUBIR, AL FIN, A LAS ESTRELLAS

En el Paraíso, las almas abrazan una metamorfosis, adoptando formas etéreas y voladoras que resplandecen en gloriosa armonía. Más que una estructura rígida, el Paraíso se convierte en un proceso fluido y dinámico, una suerte de antiestructura que nos convoca a explorar, cuestionar y transformar. Una antiestructura en la que las almas desafían y reconfiguran la comprensión arraigada en las normas sociales y las jerarquías que las han constituido.

En esta perspectiva, el Paraíso se revela dentro del propio proceso de búsqueda y en la capacidad colectiva de tejer un mundo de nuevas significaciones. El Paraíso es el estrato que existe en el ensamblaje de las almas que vuelan. Un Paraíso que se produce en la unión de las almas en una respiración conjunta. Un Paraíso en un espacio y tiempo compartidos de forma abstracta y atemporal. Un ahora eterno en el que la poesía se torna luz y la armonía prevalece en una sinfonía de palabras entonadas por cada alma. Este compartir, este baile entre almas es el núcleo del nacimiento del Paraíso. La música y la poesía convergen en las estrellas, fusionándose en una armonía sostenida por las almas que sueñan y las almas que imaginan.

El Empíreo es la última región del Paraíso, la más alta y divina de las esferas celestiales. En el Empíreo Dante experimenta una transformación espiritual que trasciende cualquier comprensión humana, aquí el poeta se encuentra con la plena presencia divina. La luz es tan intensa que desafía cualquier descripción terrenal. Las almas se sumergen en la luz del Empíreo, donde tres grandes luces simbolizan la particular trinidad de este Paraíso: el lenguaje, el activismo y el apoyo mutuo. Estas son las luces que... «como rueda que va siempre girando, con movimiento igual, por el impulso del amor, que el sol mueve y las estrellas» [Purgatorio, Canto XXXIII, 170-174] (Alighieri, 2021, p. 1189).

\* \* \*

Antes de ascender a este particular Paraíso, quisiera apostillar que Infierno, Purgatorio y Paraíso, no están divididos por barreras infranqueables, sino que se entrelazan en más de una ocasión. Siempre existe una pizca de Paraíso en el Infierno y, sin duda, un rastro de Infierno en el Paraíso. Por ello, retomando las perspicaces palabras de Italo Calvino (2013), es fundamental identificar quién y qué, en medio del infierno, no es infierno y darle tiempo y espacio.

Aunque haya empleado esta representación de los tres estratos de la Divina Comedia, considero que es importante destacar que no concibo este tránsito como un proceso lineal, ni considero el Paraíso como un único ideal a alcanzar. Más bien, lo interpreto como un Paraíso en el que confluyen las distintas razones vitales de las almas, un cuerpo colectivo en un continuo proceso de aprendizaje y transformación. Un paraíso de saberes compartidos, que acerca a las almas a la visión de la divinidad.

En este particular Paraíso, emerge un lenguaje nuevo; algunas almas destruyen con rabia sus antiguas etiquetas, sin embargo, otras eligen continuar habitando en ellas, o fluctuar entre distintas categorizaciones. Con o sin categorías psiquiátricas, las almas tratan de buscar caminos posibles y apropiarse de sus itinerarios de vida, sabiendo que errar, muchas veces, forma parte

del camino. El Paraíso se forja a través de una resistencia colectiva que desafía la jerarquía, el monologismo y las violencias institucionales. Es un Paraíso dialógico en el que se aprende a tejer redes para navegar en la fragilidad humana, un Paraíso que dista mucho de ser paraíso, pero que, después de haber atravesado el Infierno y el Purgatorio, permite a las almas vislumbrar, al fin, las estrellas.

El enfoque que guía este ascenso etnográfico al Paraíso quiere dar cuenta de los procesos colectivos de resignificación de la locura. A pesar de la perspectiva hegemónica del paradigma biomédico, la locura no es una realidad individual. Una frase que he escuchado a activistas locas en repetidas ocasiones reverbera en mi mente mientras escribo estas palabras, y anhelo que sea el faro que ilumine este último tramo del viaje etnográfico: «enfermamos solas, pero enloquecemos juntas<sup>454</sup>».

---

<sup>454</sup> Anotación del DC.

### 8.1.1. Breve Apunte sobre el Sufrimiento en el Paraíso



Ilustración 47. Paraíso.

Paul Gustave Doré (1861), *Divina Comedia, Paraíso*.

Dado que este epígrafe lleva por título *Ascenso al Paraíso*, y con el fin de evitar cualquier posible malentendido, me veo obligada a destacar un punto que considero fundamental. Los procesos de resistencia son subjetivos y, al mismo tiempo, tanto individuales como colectivos, y cada colaboradora los encarna de manera singular. Sin embargo, quiero evitar presentar una visión idealizada de estos procesos, asociándolos con la noción de un «paraíso», ya que los espacios liminales y las categorías en las que las colaboradoras se ven forzadas a habitar a lo largo de sus tránsitos de vida no son precisamente espacios placenteros ni paradisíacos.

Estas categorías están atravesadas por violencias sistémicas que causan dolor, encapsulan y provocan sufrimiento y discriminación. Como se ha evidenciado a lo largo de la tesis, la psiquiatrización tiene efectos muy concretos y dolorosos en las vidas de las personas psiquiatrizadas. Por lo tanto, las subjetividades de la locura se encuentran en un espacio profundamente peligroso que tiene efectos devastadores y pone en riesgo sus experiencias y sus vidas. En ese sentido, aunque el título de este apartado sea *Ascenso al Paraíso*, y mencione cierta armonía en la colectividad, no quisiera transmitir una romantización de los procesos de resistencia ni de la experiencia subalternizada de la locura.

Ahora sí, sin más dilación, subamos, al fin, a las estrellas...



Ilustración 48. Insectos en el Espejo.

Ilustración de Sir John Tenniel para *A través del espejo y lo que Alicia encontró allí*.  
Lewis Carroll, 1987, p. 71.

—A mí no me *encanta* ningún insecto —explicó Alicia—, porque me dan algo de miedo... al menos los grandes. Pero, en cambio, puedo decirte los nombres de algunos.

—Por supuesto que responderán por sus nombres —observó descuidadamente el mosquito.

—Nunca me lo ha parecido.

—Entonces, ¿de qué sirve que tengan nombres, si no responden cuando los llaman?

—A *ellos* no les sirve de nada —explicó Alicia—, pero sí les sirve a las personas que les dan los nombres, supongo. Si no ¿por qué tienen nombres las cosas?

—¡Vaya uno a saber! —replicó el mosquito—. Es más, te diré que, en ese bosque, allá abajo, las cosas no tienen nombre. (Carroll, 1987, p. 71)

## 8.2. QUIZÁ NOSOTRAS SOMOS LAS PALABRAS QUE CUENTAN LO QUE SOMOS

Un hombre de las viñas habló, en agonía, al oído de Marcela. Antes de morir, le reveló un secreto:  
—La uva – le susurró— *está hecha de vino.*

Marcela Pérez-Silva me lo contó, y yo pensé: Si la uva está hecha de vino, quizá nosotros somos las palabras que cuentan lo que somos.

Eduardo Galeano, *El libro de los abrazos*, 1993.

Las personas están hechas de palabras sugiere Galeano. Entonces, si por locura se comprende la dimensión cultural de la alteridad radical —lo *otro*, lo extraño o la amenaza (Foucault, 1966; Pelbart, 1990)—, las uvas de la cosecha más loca, fermentadas en la experiencia liminal, se transforman en un vino que, en su manifestación final, desafía los límites de la racionalidad. La locura cuestiona el sistema establecido y ofrece una valiosa contribución epistemológica al desafiar sus fundamentos. El vino de esta peculiar cosecha brinda la oportunidad de sumergirse en una experiencia liminal en la cual se pueden interrogar las estructuras y normas impuestas por la razón dominante, instándonos a replantear nuestras concepciones y prejuicios acerca de lo que se considera «normal» y «anormal», « cuerdo » y « loco », pues al comprender cuál es la sanción se impone para quién no cumple la norma establecida, se percibe la importancia que tienen los márgenes en la construcción de la normalidad y el sentido común.

Al decir «quizá nosotras somos las palabras que cuentan lo que somos», se plantea la posibilidad de que la identidad y la comprensión sobre el *ser* esté intrínsecamente vinculada a las palabras que se eligen para autodefinirse. En cualquier caso, la revelación del hombre de las viñas nos invita a reflexionar sobre la importancia de seleccionar conscientemente las palabras con las que nos nombramos. Porque el lenguaje no es neutral, esto ya lo mencionó Augé (2007), «las palabras nunca se emplean de un modo inocente, por lo que es necesario prestarles atención» (p. 27).

Aquí comienza la búsqueda por construir otros lenguajes y explorar nuevos sentidos con el objetivo de despatologizar y destaxonomizar las identidades. Esto implica desafiar las estructuras normativas impuestas por la biomedicina hegemónica, que impone etiquetas rígidas y armaduras diagnósticas que encarcelan a las personas y a sus experiencias en un lenguaje categórico que *hace tajos* en lugar de buscar la comprensión. Para el activismo loco y los grupos de personas psiquiatrizadas y sobrevivientes de la psiquiatría, es fundamental cuestionar las formas patologizantes de nombrar y abordar el malestar psíquico, ya que estos conceptos, —como se ha visto a lo largo del capítulo VI—, exponen y estigmatizan a las personas, sometiéndolas a diversas formas de autoestigma y violencia psiquiátrica.

Si consideramos que las personas estamos hechas de palabras, como dice Galeano (1993), en lugar de un lenguaje que encasille y limite, resulta más sugerente concebir la transformación, el incesante cambio y la ambigüedad que atraviesa lo humano. Y es en el cuerpo colectivo donde se encuentra el constante *devenir autre*, donde las colaboradoras se encuentran y se sumergen en los devenires de las *otras*, y al unir sus voces y vivencias, se crea una red de apoyo que fortalece esa búsqueda de la autoenunciación. Por tanto, construir otro lenguaje y despatologizar las

identidades no solo es una propuesta colectiva y creativa que se constituye desde los distintos espacios introspectivos de los diagnósticos, sino también un acto de resistencia y resubjetivación política en el que se trascienden los límites y las identidades preestablecidas, explorando nuevas formas de ser y estar en el mundo. En esta búsqueda de la autoenunciación, según explican las colaboradoras, la interacción en los Grupos de Apoyo Mutuo (GAM) y la participación en el activismo loco desempeñan un rol fundamental.

### **8.2.1. Romper las Herramientas del Amo: Una Estrategia Política de Autoenunciación**

Nada de lo que he aceptado sobre mi persona puede ser utilizado para menospreciarme.

Audre Lorde, *La hermana, la extranjera*, 2003, p. 169.

Con una profunda comprensión de las complejas dinámicas de poder, Audre Lorde (2003) afirmaba que las herramientas del amo nunca desmontarán la casa del amo. Según Lorde, con esas herramientas se pueden lograr victorias temporales, pero nunca servirán para lograr un cambio real y significativo. Adaptando su línea de pensamiento ¿qué significa que las herramientas de la psiquiatría patologizadora se empleen para examinar los frutos de la psiquiatrización? Significa —diría Lorde— que la amplitud del cambio posible y permitido es escasísima.

Como ya he indicado, el lenguaje desempeña un papel fundamental y permite otorgar nuevos significados a las experiencias que se atraviesan, por eso, una parte importante de la reflexión en el activismo loco se centra en los términos utilizados y en sus implicaciones (Erro, 2021). Debido a la hegemonía del lenguaje biomédico, proponer alternativas para denominar las experiencias subjetivas implica desafiar dicho poder. Erro (2021) expone que este desafío se lleva a cabo a través de tres estrategias fundamentales: la inclusión de palabras, la sustitución de términos y la resignificación de conceptos. La inclusión de palabras implica la introducción de términos que previamente no formaban parte del ámbito de la salud mental. Un ejemplo elocuente es el fomento del «apoyo mutuo», que propone establecer una nueva forma de relación basada en el cuidado y la horizontalidad. En cuanto a la sustitución de términos, el movimiento *hearing voices* ofrece un caso ejemplar al proponer reemplazar el término «esquizofrenia» por «escucha de voces». Esta sustitución busca proporcionar una perspectiva y comprensión renovadas de esta experiencia en cuestión. Por último, la resignificación de términos consiste en utilizar una misma palabra, pero dotándola de un nuevo significado. Un claro ejemplo de esto es el concepto de «orgullo loco», que transforma el sentido peyorativo de los términos «loca» y «loco» en un espacio de resubjetivación política y reivindicación.

Se trata de estrategias políticas de autoenunciación que, en línea con las palabras de Lorde (2003), buscan desmantelar las herramientas del amo y desafiar la narrativa patologizadora de la psiquiatría hegemónica. En lugar de las categorías diagnósticas, se trata de promover nuevas formas de comprender y resignificar las subjetividades de la locura en un uso politizado de los

términos. No se trata simplemente de proponer un conjunto diferente de términos, sino de reconocer que el lenguaje no debe ser estático, sino una herramienta flexible y adaptable (Erro, 2021). Al hacerlo, se abre la posibilidad de cuestionar las connotaciones y estereotipos arraigados en el lenguaje patologizador de la psiquiatría, y se fomenta una reflexión más amplia y menos limitadora sobre las experiencias de la locura desde la perspectiva de quienes la viven en *primera persona*. Así lo expone Fernando Balius (2018) en su *Desmesura*:

Lo cuestiono todo. Incluso lo que parece encajar con las ideas que me he ido haciendo sobre la locura y su relación con la sociedad. No acepto ningún paradigma cerrado, ninguna interpretación categórica. Nada que se parezca a un diagnóstico, a una sentencia. La mente humana es demasiado compleja para ceñirse a un manual de instrucciones. Me dedico a buscar, desbrozo y avanzo con lentitud. No hay un mapa. O mejor dicho, sí lo hay, pero se va dibujando a medida que se camina, y por tanto siempre estará inacabado. (p. 50)

De las palabras de Balius (2018), se hace evidente que el lenguaje debe ser concebido como una herramienta para la transformación, la ambigüedad y el devenir constante. En ese sentido, la noción de locura no se presenta como una categoría ontológica esencial o una identidad fija e inmutable, sino más bien como una interpretación flexible, una categoría plástica, que se cuestiona y problematiza «a medida que se camina» como dice Balius. Es un aprendizaje que se realiza *mientras tanto*, como diría Soto (2021), en la práctica y en los discursos colectivos, dentro del marco de un activismo loco que, a su vez, también está en constante problematización.

### 8.2.2. Estoy Cansada de Usar Nombres que Otros me Dan

Eso que llamamos «problemas de salud mental» son sufrimientos humanos. Como tantos otros. Aunque haya características que los hacen singulares, sobre todo desde el punto de vista social. Al fin y al cabo son expresiones de un dolor que desborda los conocimientos médicos.

Fernando Balius, *Desmesura*. 2018, p. 64.

El proceso de construir un lenguaje propio implica que cada persona pueda desarrollar y adaptar un sistema de comunicación que refleje la comprensión del sufrimiento y las experiencias que atraviesa. En ese sentido, existen múltiples factores que influyen en la elección del lenguaje y las formas de expresión, como el contexto, el momento vital, las experiencias previas y las personas con las que se interactúa (Erro, 2021).

Como ya he indicado, en lugar de utilizar el constructo «enfermedad mental», desde el movimiento loco se priorizan las alternativas como «sufrimiento psíquico» o «malestar emocional». Estos conceptos se emplean como una contrapartida a la perspectiva biologicista de la «enfermedad mental» y su supuesto componente genético. Se busca mostrar que el dolor y la aflicción son parte inherente de los procesos de vida, y a través de estos conceptos se pretende también poner de manifiesto los efectos perjudiciales que surgen al patologizar ese dolor. Las colaboradoras también emplean expresiones como «experiencias inusuales», «escucha de voces» o «locura», así como formas más coloquiales, como cuando Marta menciona que «se me va la

castaña»<sup>455</sup>. Asimismo, es común referirse a los profesionales *psi* de manera displicente como «los que diagnostican», y a la persona que recibe el diagnóstico la «persona psiquiatrizada», «persona diagnosticada», «superviviente de la psiquiatría» o «loca». Se observa la hegemonía de «los que diagnostican» que ostentan el poder simbólico en el sentido de Bourdieu, de la capacidad de nombrar, de definir los significados, de establecer el sentido común y el consenso moral sobre «la persona diagnosticada». Desde el activismo loco, el concepto «loca» y «loco» se utiliza como una reapropiación simbólica y se entiende como un espacio de lucha política. No obstante, es importante tener en cuenta que la influencia de la costumbre puede llevar a la utilización de conceptos arraigados en la psiquiatría hegemónica que se han sedimentado en nuestro lenguaje. Un ejemplo de esto se evidencia en el caso de Rosa y Esperanza, quienes han estado en el círculo psiquiátrico durante muchos años. A pesar de que se autoidentifican como «locas», y en el caso específico de Rosa como «escuchadora de voces», y critican la carga biologicista asociada al concepto «enfermedad», quizá por inercia, también emplean ocasionalmente el término «enfermedad mental».

Es importante destacar que cada colaboradora elige qué expresiones usar para describir su experiencia en cada momento. Por lo tanto, no existe una única forma correcta de nombrar o describir el sufrimiento psíquico, ya que las palabras pueden tener connotaciones y resonancias diferentes para cada persona, y éstas pueden cambiar y cuestionarse a lo largo del tiempo. Sin embargo, el simple hecho de problematizar y reflexionar sobre el lenguaje y las diversas formas de autodenominación por parte de las colaboradoras, independientemente de los conceptos con los que se nombren, ya es un aspecto significativo para comprender la dinámica de cuestionamiento al poder psiquiátrico y las etiquetas diagnósticas. Marta lo explica de la siguiente manera:

Yo ahora ya le llamo locura, es que me da igual. Es que empecé a cuestionarme todos los nombres que nos ponen, digo es que no quiero usar estos nombres, no quiero usar estos términos, quiero poder describirlo a mi manera. Yo cuando estoy hablando solía decir es que me vuelvo loca ¿no? pues... a veces digo pues me acelero... Es que además claro, como a mí me dijeron bipolar yo pensaba que o estás triste o estás contenta, y que es algo más más emocional. Y, en realidad, para mí, como yo lo vivo no es emocional. Yo cuando estoy en un ritmo más acelerado no estoy más contenta, simplemente estoy más acelerada y mi mente va más rápido y tengo más ideas y hago más cosas y sí cruzo una línea puedo tener paranoias, no sé... Por ejemplo, paranoias no tengo nombre para decirlas, pero es como que estoy intentando buscar de hacer yo misma la descripción de lo que vivo, porque estoy cansada de usar nombres que otros me dan<sup>456</sup>.

Se puede percibir una tensión entre el discurso de saber *psi*, que utiliza taxonomías psiquiátricas unívocas para nombrar y diagnosticar, como en el caso del «trastorno bipolar», y la postura de Marta, quien enfatiza la importancia de describir sus vivencias en sus propias palabras. Al dar voz y resignificar sus propias experiencias, Marta les confiere un sentido personal y único, distanciándose así del enfoque psiquiátrico. Esto, a su vez, le brinda la oportunidad de buscar herramientas más adecuadas para abordar sus necesidades y librarse de las categorías en las que,

---

<sup>455</sup> 6. Marta: 19.

<sup>456</sup> 6. Marta: 213.

como ya se ha visto, las experiencias no siempre encajan. Además, el lenguaje utilizado en las disciplinas *psi* está cargado de estigmatización. En ese sentido, construir su propio lenguaje implica abrir la posibilidad de reflexionar sobre sus vivencias de una manera más libre (Erro, 2021). Por ejemplo, hay una diferencia significativa entre el diagnóstico de «trastorno bipolar» o expresar que en ocasiones una se siente «más acelerada», como hace Marta; entre ser etiquetada como «esquizofrénica» o autodenominarse «escuchadora de voces», como en el caso de Rosa; o tener un diagnóstico de «TLP» o considerarse una «sobreviviente de un trauma», como Mariona.

Este proceso implica suspender las percepciones previas sobre el malestar psíquico y darle un nuevo significado a la locura. En palabras de Balias (2018) «transitar desde un lenguaje psiquiátrico a otro lenguaje mucho más humilde, frágil y cercano. Un lenguaje vivo, que da calor, y donde cabe más gente» (p. 80). En este lenguaje «cabe más gente» dice Balias, porque la locura se libera de la exclusividad del saber *psi* y su discurso críptico para presentarse como un espacio abierto desde donde interpretar y expresar por fuera del discurso especializado.

### 8.2.3. La Imaginación y los Lenguajes del Activismo

Creo que la imaginación es la herramienta más útil que posee la humanidad, ya que es gracias a ella, sobre todas las cosas, que obtenemos percepción, compasión y esperanza. Su ejercicio es peligroso para aquellos que se benefician de cómo están las cosas, porque tiene el poder de mostrar que ese estado de cosas no es permanente, ni universal, ni necesario.

Ursula K. Le Guin.

En una conversación con Lea, explorábamos la naturaleza fluida y en constante cuestionamiento de los discursos y las categorías necesarias para la acción en el contexto del activismo loco. En cierto momento, le pregunté su opinión sobre el concepto de «neurodivergencia»<sup>457</sup>, un término que está ganando popularidad, especialmente en las redes sociales. Cada vez es más común encontrar perfiles en Instagram o Tiktok donde las personas se autodenominan «neurodivergentes». Lea compartió su perspectiva de la siguiente manera:

A mí no me gusta. Claro, esto es cosa de cada cual, pero a mí, por ejemplo, no me gusta. Porque para mí neurodivergencia, la palabra «neuro» claramente está asociada con la biología, ¿vale? Por eso, a mí no me gusta nada el concepto de neurodivergencia. ¡Es que precisamente es contra lo que

<sup>457</sup> El término «neurodiversidad» fue acuñado por una socióloga australiana, Judie Singer, quien tiene un diagnóstico de Asperger. En su obra, *Why Can't you be Normal for Once in Your Life?* (1999), Singer desempeña un papel fundamental en la creación de esta nueva categoría de diferencia, la neurodiversidad. A través de la neurodiversidad, se pone de manifiesto que tener una conexión neurológica atípica no equivale necesariamente a una enfermedad que debe ser curada; más bien, se trata de una variación humana que forma parte integral de las personas neuroatípicas. En otras palabras, la neurodiversidad se refiere a una neurominoría que incluye diversos diagnósticos relacionados con el funcionamiento cerebral atípico. Esta perspectiva reconoce que cada cerebro funciona de manera única y que no se puede esperar una uniformidad en la manera en la que las personas perciben y procesan la información. El movimiento de la neurodiversidad busca fomentar la aceptación de las personas que procesan la información de manera diferente, reconociendo que funcionar de manera diversa no implica que esta forma sea inferior o deficitaria.

luchamos! Y por eso, no entiendo como hay gente que es politizada, que se identifica con esto. Que lo respeto ¡eh! O sea, esto para mí no es una lucha, pero no lo entiendo<sup>458</sup>.

De acuerdo con Lea, el prefijo «neuro» entrañaría una esencialización de la locura o la divergencia, ya que de alguna manera presenta esta divergencia como una condición innata y biológica. Aunque es un concepto renovado que pretende desafiar el estigma, se acerca a la lógica biologicista y a la explicación basada en genética o neuroquímica de la psiquiatría hegemónica.

Después, por ejemplo, en el *Colectivo A* sí que hay un sector que está luchando mucho por un concepto que, por ejemplo, el «*Colectivo X*»<sup>459</sup> está súper en contra, es el de «personas con discapacidad psicosocial», ¿vale? A mí al principio no me gustaba este concepto porque no lo entendía. O sea, yo decía yo no tengo discapacidad, bueno sí que la tengo legalmente, pero ¡qué coño! Bueno realmente cuando ves lo que significa, a mí sí que me gusta. No es persona discapacitada, es persona con discapacidad psicosocial. Que, por las barreras invisibles, que nuestras barreras son invisibles, el estigma, ¿vale? la biologización, o sea, todo eso, estas barreras son las que hacen que tú vivas con una menor libertad y con una menor posibilidad de poder desarrollarte a tu manera. No eres tú la persona discapacitada, es la sociedad quien te hace así<sup>460</sup>.

Conforme a lo expresado por Lea, esta perspectiva se relaciona con el modelo social de la discapacidad. Este enfoque ha marcado un cambio significativo en la manera en que se aborda la discapacidad. A diferencia del modelo biomédico, que concibe la discapacidad como una condición médica o patológica, el modelo social se enfoca en el entorno y la sociedad como las principales fuentes de barreras para las personas con discapacidad. En este contexto, la discapacidad psicosocial reconoce que tanto los factores internos (psicológicos) como los factores externos (sociales) pueden influir en la vida de una persona. Lea hace referencia específica a las «barreras invisibles» como el estigma y la biologización, que representan los principales obstáculos que enfrentan las personas con esta discapacidad.

Días después de mi conversación con Lea en un encuentro virtual que se llevó a cabo bajo el lema *La Contramarató: lo que no quieren que sepas en salud mental*<sup>461</sup>, tuve la oportunidad de

---

<sup>458</sup> 5. Lea: 107.

<sup>459</sup> Pongo «*Colectivo X*» porque no es relevante saber el nombre del colectivo y he preferido omitir la información. Cuando utilice *Colectivo X*, significa que no identifiqué el Colectivo.

<sup>460</sup> 5. Lea: 101.

<sup>461</sup> Este encuentro virtual de *La Contramarató* surgió en respuesta al programa de TV3 llamado *La Marató* del año 2021, que tenía como tema la salud mental. La Marató es una jornada solidaria destinada a recaudar fondos para la investigación, en este caso, en salud mental. Sin embargo, surgieron desacuerdos entre los pocos grupos en *primera persona* a los que invitaron debido a la falta de atención a sus perspectivas. El programa y los proyectos e investigaciones que se financiaron con los 12.147.989 euros que se recaudaron seguían una línea biologicista y estigmatizante, según indicaron los colectivos de activistas. En respuesta, los colectivos en *primera persona* rechazaron participar en *La Marató* y algunos de ellos se unieron para organizar esta *Contramarató* con el objetivo de cuestionar las ideas presentadas en *La Marató* de TV3 y llevar a cabo una campaña informativa sobre la salud mental desde la perspectiva de la *primera persona*, además de denunciar las violencias presentes en el sistema de salud mental. Para obtener más información sobre *La Marató* de TV3, véase: <https://www.ccma.cat/tv3/marato/2021/270/> Para acceder al cartel de *La Contramarató* difundido en redes por el Colectivo Insania, véase: <https://www.instagram.com/p/CXII7ysjSO-/> [Consulta: 16 de agosto de 2023].

escuchar las críticas que ella me había mencionado previamente, con respecto a este modelo de discapacidad psicosocial, provenientes de otras activistas:

Hace poco, tuve una conversación con Lea sobre el paradigma de la discapacidad psicosocial, y hoy, durante el encuentro de *La Contramarató*, este tema ha vuelto a ser discutido. Una de las activistas ha expresado su desacuerdo con este enfoque, argumentando que podría perpetuar otra forma de hegemonía. Su crítica principal se centraba en la idea de que al identificar ciertas personas como discapacitadas psicosocialmente y abordar sus necesidades desde una perspectiva psicosocial, simplemente se estaría reemplazando el modelo biomédico por el modelo psicosocial. En resumen, ha argumentado que este cambio implicaría asignar roles de poder a profesionales como psicólogos, trabajadores sociales y educadores sociales en lugar de psiquiatras. (DC, 19 de diciembre 2021)

Más allá de las múltiples perspectivas en juego, resulta sugerente observar cómo los diferentes enfoques y las percepciones emergentes son conceptos flexibles imaginados y reinventados en procesos constantes de revisión<sup>462</sup>. En este contexto, se establece una relación dinámica, fruto de interacciones, identificaciones y estrategias, entre lo colectivo y lo introspectivo, a medida que las colaboradoras encuentran sus propias palabras y desarrollan un lenguaje que mejor se ajusta a sus experiencias personales, dan origen a nuevas formas de ser y estar en el mundo. Lea lo expresa de la siguiente manera:

A mí loca ¡me encanta! Yo me identifico como «loca», también me identifico como «persona con diversidad psicosocial» y «persona con discapacidad psicosocial», también. Con los tres conceptos yo me identifico<sup>463</sup>.

Sin embargo, en lo que respecta a las etiquetas diagnósticas, Lea admite que está en proceso de deconstrucción del lenguaje que emplea. Dado su trasfondo como psicóloga clínica, ha arraigado profundamente la terminología psiquiátrica en su discurso. A pesar de sus esfuerzos por deconstruir estas categorías, reconoce que, después de tantos años, ella se identifica con su diagnóstico:

Por ejemplo, las experiencias inusuales, claro todo esto a mí me parece fantástico. Yo soy súper pro con esto. El tema es que piensa que yo tengo una formación de muchos años como psicóloga y a mí me cuesta, ¿vale? Como antes he dicho «hijo puta»<sup>464</sup>, estoy en ello, deconstruyendo estas cosas. Y, poco a poco, voy cambiando el lenguaje, pero a veces se me escapan un montón de cosas. Evidentemente si estoy haciendo algo más formal, una formación o algo [en el marco del activismo], lo tendré en la cabeza súper metido, que no se me escape. Pero si estoy hablando de

<sup>462</sup> Appadurai (1996), en *Modernity at large-Cultural Dimensions of Globalization*, considera la cultura de forma discursiva, y propone una visión contextual de la cultura, en la cual la cultura no es propia o natural de los grupos sociales, si no algo que se expresa y se construye. En ese sentido, si hoy le volviera a preguntar a Lea sobre estos mismos conceptos, es plausible que su respuesta difiriera, o me aportaría algún matiz diferente, dado que en una dinámica relacional el lenguaje y los significados son procesos inconclusos que están en constante evolución.

<sup>463</sup> 5. Lea: 105.

<sup>464</sup> Se refiere a que previamente en la conversación ha usado el término «hijo puta» como un insulto refiriéndose a un psiquiatra, y acto seguido se ha retractado para evitar cargar con más estigma del que ya tiene a la palabra «puta»: «lo siento por decir hijos de puta porque, fijate que estoy intentando ser muy consciente del lenguaje que utilizo, lo digo y enseguida que lo digo me doy cuenta. Pero claro, toda la vida diciéndolo» (5. Lea: 86).

forma informal, ¿vale? No me puedo vigilar tanto, ¿sabes lo que te quiero decir? Claro, es que yo he crecido con toda esta terminología. Entonces claro, pero cuidado, yo no lo individualizo para nada, pero los conceptos sí los utilizo ¿no? Yo sigo hablando en mi caso de Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC), porque yo sí que me identifico con esto. Y conmigo misma, ya te digo, yo sí que me digo tengo TOC. Yo sí que me lo digo por qué lo he vivido tan así, y lo he sentido tan así. Y lo siento tan así cuando me ataca, que yo me lo digo así <sup>465</sup>.

Cuando Lea menciona que, a pesar de identificarse con su etiqueta diagnóstica, «yo no individualizo», se refiere a que emplea la terminología psiquiátrica sin caer en la noción de individualizar o despolitizar las experiencias que están en la base de estos conceptos, la *privatización del estrés* que advertía Fisher (2018). En otras palabras, aunque emplea el lenguaje y los conceptos del saber *psi*, los aborda desde una perspectiva politizada que reconoce la complejidad de las experiencias subyacentes.

No obstante, durante las formaciones que imparte en el activismo, Lea es más consciente del lenguaje que emplea. En lugar de utilizar las etiquetas psiquiátricas, prefiere hablar de «experiencias inusuales» y describir las sensaciones de manera más detallada:

O sea, yo por ejemplo, cuando yo quiero hablarlo de forma en positivo, y no dar este nombre, pues, puedo decir «experiencias inusuales». Esto no es solo psicosis, o sea dentro del TOC, tienes muchas experiencias inusuales, o sea mi cabeza no paraba de tener experiencias inusuales, y mi cuerpo incluso. O, por ejemplo, en lugar de dar un nombre, trato más como de definir: no paras de dar vueltas a las cosas, tienes pensamientos muy repetitivos y que aparecen sin que tú quieras y que no puedes quitártelos de la cabeza, tiro más por aquí. Porque con el TOC y tal no sé muy bien cómo lo hablan otras personas, porque todo eso de la escucha de voces es la que lo han tirado muy para adelante, pero con otras experiencias menos visibles quizás, aún vamos un poco para atrás<sup>466</sup>.

Las palabras de Lea ponen de manifiesto que, en el contexto del activismo loco, la imaginación y la creatividad desempeñan un papel fundamental en la creación de otros mundos culturales con otros lenguajes alternativos para describir experiencias relacionadas con el malestar psíquico. Siguiendo la perspectiva de James Fernández (1986), se destaca cómo la imaginación y la creatividad influyen de manera significativa en la configuración de las culturas humanas. Cada cultura utiliza la imaginación de manera distintiva para crear otros mundos e inventar realidades alternativas en las que habitar (Sutton y Fernández, 2020). En el caso del activismo loco, las colaboradoras recurren a la imaginación para construir un mundo cultural en el que pueden reinterpretar y reimaginar sus experiencias, desafiando así las narrativas biomédicas de la psiquiatría hegemónica. En lugar de aceptar una versión patologizada de sus experiencias, imaginan nuevas formas politizadas de comprender y expresar lo que están atravesando. Por lo tanto, la imaginación se traduce en la creación de lenguajes creativos y alternativos dentro del contexto del apoyo mutuo y el activismo loco.

Los activistas emplean metáforas, imágenes y términos no convencionales para describir sus experiencias. Estos lenguajes no solo les permiten comunicarse entre sí de manera más

---

<sup>465</sup> 5. Lea: 109.

<sup>466</sup> 5. Lea: 111.

auténtica, sino que también desafían el lenguaje de las disciplinas *psi*. Además, esta construcción de narrativas compartidas desempeña un papel esencial en la formación de una cosmovisión y en la creación de identidades culturales. En este sentido, el activismo loco desarrolla identidades basadas en sus experiencias compartidas. Esta imaginación colectiva se convierte en una forma de relatar e interpretar las vivencias que resuenan en los GAM y en los distintos espacios activistas, lo que, a su vez, posibilita la construcción de una comunidad cultural que desafía el estigma asociado a las etiquetas como «loca» y «loco», abarcando así la diversidad de experiencias dentro del movimiento loco.

En ese sentido, la construcción del lenguaje y las estrategias de autoenunciación plantean una reflexión profunda sobre los procesos de categorización, identificación y pertenencia. Estos procesos tienen un impacto trascendental en la creación de nuevos significados e identidades. Al pensarse de manera colectiva y generar nuevos conceptos, palabras y narrativas, se abren diferentes direcciones y se despliega una multiplicidad de posibilidades que amplían las formas de interpretar las propias experiencias vitales, haciendo que los activistas experimenten un cambio de estado, una transición figurativa que los sitúa en una posición más favorable, una transición que los sitúa en un lugar de posibilidad, en un nuevo horizonte de sentido.

Como bien señaló Todorov (1995), «la sociabilidad no es un accidente ni una contingencia; es la definición misma de la condición humana» (p. 33). Así pues, es a través de la interacción y la conexión con las *otras*, que las colaboradoras desafían las narrativas dominantes y emprenden la búsqueda de nuevas formas de otorgar significado a su realidad. Lo hacen desde una perspectiva despatologizadora en la que la colectividad y la solidaridad que se genera en el activismo y los GAM les permiten abordar sus experiencias de una manera más comprensiva, empática e imaginativa. Retomando las palabras de Ursula K. Le Guin que abren este apartado, gracias a la imaginación, sobre todas las cosas, se obtiene percepción, compasión y esperanza. Esto se debe a que la imaginación tiene la capacidad de mostrar que el estado de las cosas no es permanente, ni universal, ni necesario.

### 8.2.4. Un Huevo Sentado en un Muro



Ilustración 49. Zanco Panco.

Ilustración de Sir John Tenniel para *A través del espejo y lo que Alicia encontró allí*.  
Lewis Carroll, 1987, p. 112.

—Cuando yo uso una palabra —insistió Zanco Panco con un tono de voz más bien desdenoso— quiere decir lo que yo quiero que diga..., ni más ni menos.

—La cuestión —insistió Alicia— es si se puede hacer que las palabras signifiquen tantas cosas diferentes.

—La cuestión —zanjo Zanco Panco— es saber quién es el que manda..., eso es todo.

(Carroll, 1987, p. 116)

\* \* \*

El personaje de Lewis Carroll (1987) Zanco Panco o Tentetieso —en el original en inglés *Humpty Dumpty*—, es un huevo antropomórfico que se encuentra sentado en la parte superior de un muro y entabla un debate con Alicia sobre la semántica y las paradojas que rodean la filosofía del lenguaje. Zanco Panco expone la naturaleza arbitraria del lenguaje y la dificultad de lograr una comunicación efectiva pues, según indica, el significado de las palabras es subjetivo y varía según el contexto y la perspectiva de cada uno: «cuando yo uso una palabra, quiere decir lo que yo quiero que diga». Por su parte, Alicia, defiende la importancia de la convergencia en la comunicación, sosteniendo que: «no se puede hacer que las palabras signifiquen tantas cosas diferentes».

Este emblemático diálogo entre Alicia y Zanco Panco ha sido objeto de extensa discusión. Algunos sostienen que Zanco Panco podría representar a los filólogos y filósofos especializados

en cuestiones lingüísticas que eran prominentes en la Universidad de Oxford en la época de Lewis Carroll. Además, se ha interpretado este diálogo como una representación simbólica de dos corrientes filosóficas del pensamiento occidental: la filosofía analítica y el postestructuralismo postmoderno<sup>467</sup>. Cada personaje encarnaría una perspectiva distinta, con concepciones diversas sobre la naturaleza del conocimiento y el lenguaje.

Mientras Antonin Artaud estuvo recluido en el psiquiátrico de Rodez, en Francia, parece que se le encomendó la tarea de traducir *A través del espejo*. En una de sus cartas dirigidas al Dr. Ferdière y fechada el 25 de septiembre de 1943, Antonin Artaud (2006) compartió sus reflexiones sobre este diálogo entre Alicia y Zanco Panco:

Soy un ignorante. Durante mucho tiempo me he creído seguro del sentido de las palabras, también hasta cierto punto me he creído su dueño. Pero ahora que las he *experimentado* algo, ese sentido se me escapa. ¿Por qué? Las palabras valían lo que les hacía decir, es decir lo que yo ponía dentro. Pero jamás he podido saber exactamente hasta qué punto llevaba razón. (Artaud, 2006, p. 68)

Estas palabras Artaud expresan su inquietud y perplejidad sobre las paradojas inherentes al lenguaje al darse cuenta de la limitada influencia que cree tener sobre el significado de las palabras.

Como sucede con muchas otras obras literarias, el mundo de las maravillas y del espejo de Lewis Carroll (1985, 1987) ha sido objeto de innumerables interpretaciones en una amplia variedad de campos, incluyendo el estudio artístico y el arte visual, la literatura y la crítica literaria, la lingüística, la filosofía, las matemáticas, la psicología y la psiquiatría, entre otros. A pesar de que han transcurrido más de ciento cincuenta años desde que Lewis Carroll escribiera estas páginas, su prosa continúa siendo una fuente constante de inspiración. Los sueños de Alicia se convierten en las fantasías personales de quienes los leen. En mi caso, al reflexionar sobre el contraste entre el lenguaje aséptico y clínico de la psiquiatría y la expresión subjetiva y diversa del movimiento loco, no he podido evitar recordar a aquel icónico huevo sentado en un muro llamado Zanco Panco.

En este contexto, se nos presentan dos lenguajes en conflicto: el de la biomedicina, que se centra en trastornos y síntomas, y el de las colaboradoras, que prioriza las experiencias subjetivas. Estos lenguajes difieren significativamente en su enfoque y alcance. El lenguaje de la biomedicina se erige desde una posición distante y autoritaria, emitiendo dictámenes y asignando significados absolutos a sus diagnósticos. Por otro lado, las colaboradoras encarnan la idea de construir un lenguaje propio, en un proceso relacional e imaginativo, en el cual las palabras adquieren significados subjetivos y contingentes, utilizándose como herramientas para expresar su realidad personal y sus vivencias. La noción de sentido de las colaboradoras es multifacética y se despliega

<sup>467</sup> La filosofía analítica, se refiere a la tradición que se caracteriza por su enfoque en el análisis lógico y el lenguaje. Se enfoca en la claridad conceptual y la búsqueda de la verdad objetiva. Por otro lado, el postestructuralismo y el posmodernismo, cuestionan las estructuras de poder y los conceptos tradicionales de verdad, identidad y conocimiento. Se enfocan en la construcción social de la realidad, la multiplicidad de significados y la subjetividad del conocimiento. Se critican las categorías rígidas y las metanarrativas universales, y enfatizan la diversidad y la contingencia.

en diferentes direcciones, mientras que, en contraste, el sentido para el lenguaje de la biomedicina es unívoco y estable. En consecuencia, la crítica de las colaboradoras apunta a la necesidad de trascender las limitaciones impuestas por un lenguaje hermético y altamente especializado, que encierra la complejidad de la experiencia humana en categorías clínicas restrictivas y se enfoca en describir fenómenos que, muy probablemente, quienes los enuncian nunca hayan experimentado.

En los relatos de Lewis Carroll (1985, 1987), cuando Alicia se aventura a descender por la madriguera y atraviesa el espejo, se produce una notable transformación del lenguaje. Alicia se sumerge en una realidad en la que impera una lógica de sentido diferente y paradójica que expande su perspectiva y forma de entender el mundo. En este entorno singular, el lenguaje experimenta una metamorfosis y adquiere una naturaleza creativa, lúdica y ambigua que posibilita la interpretación simbólica y descripción del enigmático y onírico mundo de las Maravillas. El lenguaje no solo sirve como medio de comunicación, sino que se convierte en un elemento central de la trama y adquiere una cualidad onírica y fantástica para describir el universo surrealista del Mundo del Espejo y del País de las Maravillas. Los relatos presentan situaciones inverosímiles, juegos de palabras, acertijos y personajes singulares que desafían las convenciones del lenguaje, la lógica y la razón, dando lugar al llamado *nonsense*<sup>468</sup>, una liberación de las limitaciones impuestas por el pensamiento convencional.

Siguiendo una línea de pensamiento similar, el proceso de transformación vivido por las colaboradoras a través de la colectividad del activismo y los GAM les permite acceder a una realidad en la que impera una lógica de sentido diferente y adquirir un nuevo lenguaje que se ajusta mejor a la interpretación de sus vivencias. En ese sentido, al igual que el lenguaje carrolliano desafía las convenciones lingüísticas en el País del Espejo y de las Maravillas, el lenguaje de las colaboradoras en el marco del activismo y los GAM desafía las convenciones establecidas por la psiquiatría hegemónica.

Al resignificar la experiencia de la locura, las colaboradoras trascienden las categorías diagnósticas que estigmatizan, limitan y encasillan identidades y subjetividades. El lenguaje se convierte en una poderosa herramienta creativa de autonarración y autoenunciación que imagina, produce y genera significados para sus experiencias, si bien circunstanciales y relativos —como circunstanciales y relativas son las categorías de la psiquiatría hegemónica—, pero que les otorga una voz más libre y un saber propio a las colaboradoras.

Este lenguaje no se limita a ser una mera herramienta de comunicación; al igual que en la obra de Carroll, se convierte en un elemento central de la trama y adquiere una cualidad imaginativa que refleja un saber colectivo compartido y una voz a través de la cual las colaboradoras desafían

---

<sup>468</sup> El *nonsense*, es un estilo literario o artístico que se caracteriza por su naturaleza absurda, ilógica y desprovista de significado convencional. Se trata de una forma de explorar el absurdo, desafiar las normas establecidas de la lógica y el lenguaje, utilizando juegos de palabras, ambigüedades, asociaciones libres reivindicando la plasticidad del lenguaje y permitiendo explorar nuevas posibilidades creativas más allá de las limitaciones del pensamiento convencional.

las categorías y las estructuras hegemónicas de significado. Este lenguaje les permite crear un mundo de posibilidades y multiplicidades al renombrarse y repensarse constantemente.

Si como dice Galeano (1993), quizá somos las palabras que cuentan lo que somos, entonces la imaginación y la conquista de nuevos espacios del lenguaje en la búsqueda colectiva de la liberación de los conceptos nosológicos y diagnósticos implica una profunda reconfiguración de las identidades y las subjetividades. Esto abre la posibilidad de llevar a cabo procesos de resubjetivación política, donde se trascienden los límites y las identidades preestablecidas, y se pueden romper las herramientas del amo, en términos de Lorde (2003). Al explorar estas nuevas posibilidades, se expanden los límites y se reconfiguran los marcos de referencia, abriendo nuevos caminos para explorar otras formas de ser y estar en el mundo.

### 8.3. DEVENIR ACTIVISTA LOCA: PREFIERO SER LOCA QUE ENFERMA



Ilustración 50. Máscara de Cerillas de Activismo.

Diseñada por Sergi Oca, 2021.

«Cuando quieres ver todo arder porque el sistema no te escucha o cuando simplemente por pensar diferente, se te tachaba de bruja y se te hacía arder. Cada cerilla puede ser cada una/une de las/les activistas locas/loques que buscan el cambio. La primera máscara que hice (son cerillas) y si bien no tenía motivo creo que es una de las que más se acercan a la realidad». Sergi Oca, 2021.

### 8.3.1. Un Contexto de Aprendizaje Cultural: Un Nuevo Horizonte de Sentido

*Liberdade é pouco. O que desejo ainda não tem nome.*

Clarice Lispector, *A Paixão Segundo G.H.*, 1998.

A lo largo de sus tránsitos de vida y vinculados a distintos contextos, las colaboradoras, en tanto *sujetos culturales* (Soto, 1999, 2014), han adquirido la comprensión sobre ciertas categorizaciones, relaciones y valoraciones que imperan en un sistema de significados que ha definido su identidad como patológica y, por ende, ha limitado sus posibilidades en tanto sujetos considerados patológicos. El activismo loco y la colectividad de los GAM les ofrece un nuevo *contexto general de aprendizaje* cultural (Wolcott, 1987), que surge en un momento específico de sus vidas y les proporciona nuevas herramientas para repensarse y reimaginarse a sí mismas, trascendiendo las limitaciones impuestas durante el proceso de psiquiatrización.

Empleando las palabras de Soto (2021), quien afirma que «la interpelación al mundo es la condición de nuestra humanidad y el aprender la garantía de seguir siendo humanos» (p.45), se destaca que cada colaboradora emprende un camino de aprendizaje único. Este camino implica tanto un proceso de des-aprendizaje como uno de un nuevo aprendizaje mutuo. Cada colaboradora se involucra en el activismo loco por distintos motivos personales. Un ejemplo concreto de esto es el caso de Esperanza, quien decidió participar en el *Colectivo B* a raíz de la recomendación de su psicóloga. Su relato revela cómo su experiencia en esta asociación transformó significativamente su vida:

De hecho, yo me he empoderado en colectivo, porque a raíz del segundo brote psicótico en el 2015 fue cuando conocí la asociación en primera persona en la que estoy, el *Colectivo B*. Por esto yo le tengo especial cariño a mi psicóloga porque fue ella quien me habló del *Colectivo B*. Porque muchas veces pierdes amigos cuando tienes una enfermedad mental, o un brote psicótico y tal, o por culpa de uno mismo o por los demás pierdes amigos o los vas dejando. Uno de los problemas que tiene una persona que tiene un diagnóstico psiquiátrico, o que ha sufrido un brote psicótico, sobre todo, es que no tiene contacto social, que no tiene amigos, eso es un factor común en muchos casos. Entonces a partir de ahí empecé a hacer amigos, empecé en el activismo y en el tema de la salud mental, hasta que acabé siendo secretaria del *Colectivo B*, luego ya pasé a ser vicepresidenta, después pasé a ser presidenta. Y he estado como presidenta pues más de tres años y medio. O sea, que me reeligieron. Y la verdad que ha sido la asociación en *primera persona* y el contacto con otros iguales, lo que a mí me ha ayudado a empoderarme<sup>469</sup>.

Todorov (1995) afirmaba que «no hay plenitud fuera de la relación con los otros» (p. 208). Esta idea adquiere una importancia especial a la luz de las experiencias de aislamiento social que frecuentemente enfrentan las personas psiquiatrizadas, tal y como menciona Esperanza. La estigmatización de la locura, además de la pérdida de los derechos y la autonomía, conlleva, en muchos casos, el aislamiento y la rotura de los vínculos sociales. En el activismo loco y en los GAM, a menudo, las colaboradoras encuentran la comunidad que tanto necesitan. Esta noción

<sup>469</sup> 7. Esperanza: 130.

se refleja claramente en las palabras de Esperanza cuando sostiene que: «ha sido la asociación en *primera persona* y el contacto con otros iguales, lo que a mí me ha ayudado a empoderarme».

En este contexto, el activismo proporciona a las colaboradoras un espacio de sociabilidad y solidaridad mutua que se convierte en una senda hacia la exploración de nuevos horizontes de sentido. De esta manera, el sistema de comprensión y significaciones que habían adquirido de manera inconsciente, como parte de una adquisición cultural (Wolcott, 1987), se convierte en un proceso de aprendizaje cultural intencional, vinculado a nuevos significados en el contexto del activismo. Estos nuevos significados emergen como afloramientos rocosos, desafiando las estructuras rígidas y patologizadoras que previamente habían individualizado a las personas. Sin embargo, poco a poco, estos afloramientos rocosos contribuyen a la construcción de un sentido más de comunidad. Este proceso de aprendizaje es consciente y deliberado, lo que abre posibilidades para el cambio y la transformación. Siguiendo el modelo teórico propuesto por Soto (2021), es importante distinguir entre aspectos intencionales e incidentales en la adquisición y el aprendizaje cultural, tal y como ha sido desarrollado por Wolcott (1987). Esta distinción se vuelve fundamental para comprender por qué algunas circunstancias permanecen inalteradas. Cuando los procesos de transmisión y aprendizaje son incidentales, es decir, ocurren de manera no consciente, las posibilidades de cambio suelen ser limitadas. Sin embargo, en situaciones donde los procesos son intencionales, como en el ámbito del activismo, donde la conciencia y la deliberación del saber de la primera persona ocupan un lugar central, se crea un espacio propicio para la generación de expectativas de futuro y se brinda la oportunidad de apropiarse y transformar tanto el propio lenguaje como el horizonte de la vida.

### **8.3.1.1. La *Primera Persona Colectiva*: Hacia un Saber Compartido**

Cuando menciono el saber de la experiencia en *primera persona*, me refiero a la manera en la que las colaboradoras interpretan y dan sentido a sus propias vivencias. Este tipo de saber implica un proceso de transmisión cultural que se lleva a cabo tanto de forma incidental como intencional (Spindler, 2007; Wolcott, 1987)<sup>470</sup>. Las interpretaciones de la locura, más allá de ser simples narrativas sobre la experiencia de la locura, son herramientas desarrolladas por las colaboradoras que trascienden la mera descripción de sus experiencias. Estas interpretaciones implican la construcción de un significado alternativo, un sentido más comunitario y, por tanto, menos individualizante, que cuestiona el contexto desde el cual se piensan y narran esas interpretaciones. Así lo expone Balias (2018):

En tanto que me desvíe de los relatos dominantes, no me queda otra opción que construir historias alternativas. Historias donde la diferencia no nos empuje a la exclusión y a la inevitable violencia que camina de su mano... donde lo inusual de nuestras experiencias no sea razón para invalidarlas... donde podamos darles un sentido. (p. 107)

El cuerpo colectivo de las colaboradoras se convierte en una fuente de experiencias y el origen de una comunidad cultural desde la cual emerge este saber que se comparte en los grupos de

---

<sup>470</sup> Citados en Soto (2021), la fecha de publicación original es 1967 y 1982 respectivamente.

activismo loco y los GAM. Por lo tanto, el saber derivado de la experiencia y las interpretaciones de la locura en *primera persona* no se limita a ser un saber en *primera persona*, como se ha impuesto desde la psiquiatría a partir de la dicotomía «saber experto» y «saber de la experiencia». Más bien, el de la *primera persona* constituye un tipo de conocimiento que va más allá y trasciende estas categorías, convirtiéndose en una primera persona colectiva que suma todos los relatos. Se trata de un saber y un aprendizaje cultural fluido, transversal y en constante proceso de resignificación.

En ese sentido, los procesos de resistencia pueden ser considerados como *indicadores de aprendizaje conscientes* (Wolcott, 1987), procesos de aprendizaje cultural en los que hay un trabajo consciente. En esencia, se trata de una construcción simbólica que se desarrolla en torno a una experiencia compleja de existencia. Esta construcción alternativa les permite a las colaboradoras otorgar sentido y encontrar formas significativas de comprender y relacionarse con este aspecto de su vida y habitar en él. Esto es especialmente valioso, ya que les permite trascender las categorías biomédicas individualizadoras y abordar sus experiencias desde una perspectiva más libre y más allá de su propio relato. Un ejemplo de esto es que, desde la perspectiva biologicista, donde se hace uso del concepto de «enfermedad mental», se otorga una explicación biológica de los síntomas, pero no se reconoce su significado intrínseco. Sin embargo, al referirse a estas experiencias como «sufrimiento psíquico», se está reconociendo implícitamente que no existe una explicación completa y definitiva (Erro, 2021).

Por lo tanto, lo que resulta relevante no es tanto la certidumbre absoluta e inalterable de estas interpretaciones, sino más bien que estas interpretaciones alternativas desempeñan un papel crucial al facilitar la construcción de saberes compartidos, acciones conjuntas y la creación de espacios simbólicos que les permiten apropiarse de los sentidos, lo inusual y la aflicción asociada a la locura, contribuyendo así a encontrar formas colectivas de hacer el mundo más habitable.

Además, esta construcción colectiva de interpretaciones sobre la locura genera un conocimiento que resulta doblemente beneficioso. En primer lugar, proporciona a las colaboradoras la capacidad de resignificar sus experiencias en contra del destino clínico impuesto, y vislumbrar *nuevos horizontes de identificación* (Esquirol, 2005)<sup>471</sup> para sus vidas. Sin embargo, al desafiar el discurso biomédico hegemónico de la locura y plantear interrogantes sobre las dinámicas contemporáneas de patologización, medicalización y mercantilización de las experiencias de malestar, estos saberes locos profanan las sacrosantas verdades científicas, como hábilmente diría Correa-Urquiza (2009). Así, la reflexión y el cuestionamiento de los paradigmas establecidos en la psiquiatría, tal y como lo lleva a cabo el activismo loco, no solo beneficia a las personas psiquiatrizadas, sino a toda la sociedad. Pues, en el actual contexto de proliferación de patologías y medicalización de la vida, en el que como dijo el Gato de Cheshire, «estamos todos locos» (Carroll, 1985, p. 94), los significados y las prácticas encarnadas por el movimiento loco y los saberes que surgen de la experiencia de la locura representan una fragmentación al poder *psi* y son fuente de procesos políticos que, implícita o explícitamente, buscan redefinir ese poder. Además, performar la *cordura obligatoria* sería inalcanzable, y tal y como indican las colaboradoras, nadie

<sup>471</sup> Citado en Soto (2021).

está exento de ser psiquiatrizado, en ese sentido, las violencias psiquiátricas deberían de ser un problema colectivo:

Es que cualquier persona puede tener una enfermedad mental a lo largo de su vida. O varias enfermedades mentales. Porque la depresión ya es una enfermedad mental, y todas las personas pasan al menos por una depresión en su vida. Entonces pues ya por eso. O la ansiedad, muchas veces son malestares que crea el mismo sistema en el que vivimos<sup>472</sup>.

### **8.3.1.2. Recuperar la Agencia: De Cuerpo Clínico a Cuerpo Político**

Recuperar la agencia en el marco del activismo implica despojar a la identidad del sujeto de la etiqueta de enfermedad, permitiéndole librarse del estigma y encontrar su propia voz y sentido de ser. De esta manera, al des-nombrar la identidad de la persona de la enfermedad, se le brinda la oportunidad de trascender su condición de enferma y «salir del *ser enfermo* para poder *ser*» (Correa-Urquiza, 2014, p. 93). Fernando Balius (2018), expresa esta idea de manera sucinta y directa al decir: «yo prefiero pensarme loco a pensarme enfermo» (p. 64).

La sensación de tener control sobre tu propia vida a menudo se desvanece cuando se está atrapado en el dispositivo psiquiátrico. En el caso de Marta, esta sensación de recuperar la agencia resurgió cuando finalmente pudo volver a vivir de manera independiente después de múltiples ingresos y estancias en centros de día. Dado que estaba acostumbrada a no poder tomar decisiones y tener que limitarse a seguir los dictámenes del sistema psiquiátrico y las indicaciones de su familia, salir de esa pasividad y volver a asumir la responsabilidad de sus elecciones se convirtió en un nuevo proceso de aprendizaje.

La participación de Marta en los GAM, en las asambleas, los proyectos y las actividades dentro del activismo loco le ofreció la oportunidad de formar parte de un colectivo en el que podía contribuir de manera significativa. Habiendo realizado el proceso de desmedicalización y una vez fuera del imperativo farmacológico, Marta emergió de la letargia inducida por la medicación en la que como dice estaba «como un zombi dormida y babeante»<sup>473</sup>. y comenzó un proceso de emancipación en el que dice que pudo «volver a conectar consigo misma»:

Al quitar la medicalización me hizo un proceso de volver a conectar conmigo misma, de volver a tener ganas de pintar, de volver a ser reivindicativa como era antes, claro entonces al empezar en el *Colectivo A*, ostras pues ya está, pues activismo loco a saco y también estoy en un grupo feminista. Empecé como a tener más claro lo que quería<sup>474</sup>.

Al escuchar la emoción de Marta por recuperar su personalidad, no puedo evitar recordar las palabras de Alda Merini (2019), cuando expresó: «Sin los fármacos recuperaré mi personalidad y algo de determinación. Comencé a sentir los primeros hormigueos de felicidad» (p. 78). Según lo explicado por Marta, sin la medicación psiquiátrica se embarcó en un proceso de creatividad,

---

<sup>472</sup> 7. Esperanza: 156.

<sup>473</sup> 6. Marta: 73.

<sup>474</sup> 6. Marta: 93.

de ser reivindicativa y de cuestionar las distintas esferas de su vida. Después del diagnóstico y al empezar a tomar la medicación psiquiátrica, poco a poco Marta se había ido excluyendo de la acción social. Su participación en los distintos grupos de activismo en los que militaba se fue restringiendo, y se fue quedando cada vez más aislada de esos grupos sociales. Al dejar la medicación, Marta comenzó un proceso de toma de conciencia política en el que pudo identificar los aspectos que le habían estado limitando. Dentro del contexto del activismo loco, Marta experimentó una sensación de recuperar la libertad y el control sobre su propia vida. Es posible que Marta haya sentido esos «hormigueos de felicidad» a los que alude Alda Merini (2019).

En este proceso, se opera una profunda transformación en la que Marta transita de considerarse un cuerpo clínico a convertirse en un cuerpo político. Como ya se ha explorado a lo largo de la tesis, un cuerpo clínico representa un cuerpo enfermo en el marco del modelo biomédico de la locura, es un cuerpo individual relegado a un rol pasivo en el que la persona se encuentra aislada bajo el estigma y la encarcelación de la identidad patológica. Por otro lado, un cuerpo político encarna un cuerpo activista, un cuerpo que escapa de la narrativa individualista, se convierte en un cuerpo colectivo inmerso en una posición dialógica y politizada que busca la emancipación de los cuerpos psiquiatrizados. Un cuerpo colectivo que se modula con otros espacios de lucha que se articulan desde las disidencias, como el antirracismo, el movimiento *cuir, disca*, feminista, entre otros.

Un cuerpo activista es un cuerpo que colectiviza y politiza sus experiencias. Un cuerpo colectivo que desafía el poder de la institución psiquiátrica, que cuestiona sus discursos y problematiza los saberes expertos que hasta entonces lo habían constituido. Un cuerpo colectivo que realiza una reevaluación crítica de las narrativas y epistemologías dominantes. Un cuerpo activista abraza un nuevo horizonte de sentido participando activamente en una realidad que le afecta en *primera persona* y que vive de forma encarnada.

Si bien este nuevo horizonte de sentido puede ser, en cierta medida, inestable y lleno de incertezas, sin duda es un horizonte que, al menos, proporciona la oportunidad de caminar. Al final, para eso están los horizontes, decía Galeano, para caminar. En muchas ocasiones, el acto de caminar no es más que el recordatorio de que la vida es un viaje, y embarcarse en esa caminata es una desviación destinada a reencontrarnos con nosotras mismas, como apuntaba Le Breton (2022). Quizá, en ese caminar conjunto, en ese *devenir autre*, en los devenires de las otras, es donde el cuerpo colectivo encuentra algo de libertad, donde construye un horizonte de comunidad.

### **8.3.2. Escenas de Activismo: Una Cultura Política, Polifónica y Dinámica**

Durante las jornadas de «Capitalismo y sufrimiento psíquico», en su presentación titulada *La Voz en Primera Persona*, Fátima Masoud (2022), entre otras cosas, resumió los puntos esenciales en los que se basa el movimiento loco: El activismo loco tiene como objetivo principal la abolición del modelo biomédico de la locura, que conlleva la cronificación y la medicalización

de los problemas, y busca restaurar la legitimidad y los derechos arrebatados a las personas psiquiatrizadas, permitiéndoles tomar decisiones sobre aspectos como la medicación, los ingresos y las tutelas. Una parte esencial de la lucha del activismo loco se enfoca en poner de manifiesto las violencias psiquiátricas, que incluyen prácticas como los ingresos involuntarios, las contenciones químicas y mecánicas, la medicalización forzosa y el aislamiento. Estas prácticas, lamentablemente frecuentes en el ámbito de la psiquiatría, constituyen una flagrante violación de los derechos humanos y han sido catalogadas como formas de tortura por las Naciones Unidas (ONU). Además, el activismo loco aspira a politizar a las personas psiquiatrizadas y sobrevivientes de la psiquiatría. Busca redefinir y reinterpretar el concepto de la locura, liberándolo de las nociones impuestas por la psiquiatría, con el fin de que la locura no sea objeto de castigo o patologización. En última instancia, el activismo loco —decía— busca justicia y reparación por el daño causado por el sistema psiquiátrico, ya que muchas personas sienten que la psiquiatrización les ha robado la vida (Masoud, 2022).

Sin embargo, el mundo del activismo loco, al igual que cualquier mundo social, no se configura como una forma cultural autónoma con fronteras definibles; por el contrario, la dinámica cultural de cualquier movimiento se desarrolla como un proceso heterogéneo, cambiante y polifónico. Todo grupo cultural es intrínsecamente dinámico, y las personas involucradas en el activismo aportan una amplia variedad de experiencias y perspectivas. Siguiendo a Barth (1976), toda cultura es frontera, un lugar de encuentro que tiene una voluntad de identificación y diferenciación, y precisamente esos límites son los que generan contradicciones y tensiones dentro del movimiento.

### **8.3.2.1. Conexiones Múltiples y Cambiantes**

A lo largo del trabajo de campo, he observado una significativa variabilidad en el grado de politización entre las personas vinculadas al movimiento loco. Mientras que algunas colaboradoras están profundamente inmersas en cuestiones políticas, otras muestran un compromiso político más limitado o no se identifican con ciertas temáticas de la misma manera. Además, no todas las personas politizan su experiencia, ni la politizan de la misma manera. Esta diversidad de perspectivas es evidente en las palabras de Marta:

Claro, en el *Colectivo A* hay gente que piensa cosas muy diferentes... ya yo tengo una postura más radical, pero hay compañeros que no... tengo compañeros que ya les va bien que les ingresen de vez en cuando porque se sienten bien ¿sabes?<sup>475</sup>

Es relevante destacar las distintas trayectorias en cuanto a militancia política entre los activistas. Algunas personas tienen un extenso recorrido en el activismo, mientras que otras carecen de experiencia previa en este ámbito. Por otro lado, hay quienes han pasado años cronificadas, medicalizadas, o tuteladas, lo que puede condicionar su modo de involucrarse en el activismo. Algunas de estas personas se encuentran en una situación de extrema fragilidad. También, es importante tener en cuenta que algunos activistas pueden haber experimentado desilusiones

---

<sup>475</sup> 6. Marta:196.

en el ámbito del activismo, o les resulta agotador centrarse constantemente en las cuestiones relacionadas con las violencias psiquiátricas, lo que puede llevarlos a necesitar momentos de distanciamiento de este tema:

Sí, necesito aferrarme a la esperanza porque hace tiempo que siento que viví demasiadas violencias y que no puedo más, ni siquiera a veces escribir o hablar de ellas, no porque haya dejado de haberlas, que en absoluto hemos ganado esa partida; sino porque no puedo yo, Marta, pensarlas tanto, revivirlas tanto, dolerme tantas y tantas veces (Plaza, 2023, p. 161)

En ocasiones, la situación personal de ciertos activistas les impide mantenerse en la primera fila de la lucha. Esto es precisamente lo que le ocurre a Esperanza, ella lo explica de la siguiente manera:

Sigo siendo activista, pero claro estoy un poco en la reserva. También cuido de mi madre que tiene Alzheimer, bueno hay una serie de situaciones que no me posibilitan estar ahora al cien por cien. Al final, el activismo es un trabajo a tiempo completo, no remunerado y la verdad es que te ocupa muchísimo tiempo, y yo, ahora mismo, por circunstancias personales no podía seguir el ritmo que llevaba anteriormente. Pero bueno me gustaría volver a la primera línea otra vez. Y la verdad es que en cuanto pueda lo haré<sup>476</sup>.

Según explica Esperanza, las circunstancias personales y las dificultades de la vida pueden provocar la intermitencia de la participación en el activismo, debido a las demandas y exigencias que conlleva.

Dentro de los colectivos, surgen contradicciones y desacuerdos que, en ocasiones, hacen necesario tomar distancia del activismo para priorizar la salud. Lea se enfrenta a esta misma situación:

Y es mucha energía, mucha lucha, mucha impotencia, muchos conflictos, es mucha lucha tía. Y dentro de los mismos activistas, claro uno piensa A y el otro piensa B y estamos todos en plan... uff. Es que el colectivo es muy grande y entonces dentro del colectivo hay un perfil más politizado y uno que está menos politizado. Y claro, eso para los que estamos politizados es duro, porque a veces te encuentras con cada cosa...

Por eso, yo ya lo dije que a nivel de asalariada dejaba el *Colectivo A*, pero estoy viendo que ahora estoy de vacaciones y sigo con ansiedades super *heavys*, y me estoy planteando hacer un pequeño parón también en el activismo, para centrarme en mi salud y en mi bienestar, y para ofrecerle a mi hija la atención que merece, porque este año he estado trabajando de nueve a nueve y yo no puedo con este ritmo. Entonces ya el tiempo que tenga libre pues las plantitas que son mi locura y el resto también al activismo, pero poco a poco<sup>477</sup>.

En última instancia, lo que pretendo transmitir es que el activismo se configura como un proceso de *hibridación* (Canclini, 2001) en el que los activistas se vinculan de múltiples e inestables maneras. El activismo loco es un movimiento que puede ser asumido y adaptado en una amplia gama de formas de identificación estructuradas en distintos *estilos de pensar* (Douglas, 2009).

<sup>476</sup> 7. Esperanza: 34

<sup>477</sup> 5. Lea: 60.

### 8.3.2.2. ¿APAB? Yo lo que Quiero es Abolir...

Las opiniones sobre la participación de los profesionales<sup>478</sup> varían entre las colaboradoras. Al respecto, algunas sostienen que los profesionales deberían modificar sus prácticas y negarse a ejercer violencias. En contraste, otras argumentan que directamente deberían dejar de ejercer sus profesiones, sin importar si son psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros u otros vinculados al *psistema*, ya que se considera que forma parte de una estructura que produce violencias y que, por ende, su abolición es necesaria. En muchas ocasiones, estas perspectivas no se contradicen entre sí (Erro, 2021). Se producen combinaciones e intersecciones, un enfoque intermedio considera que la abolición de la psiquiatría es un objetivo deseable, sin embargo, mientras se trabaja hacia ese objetivo, se pueden llevar a cabo transformaciones que mejoren la vida de las personas psiquiatrizadas<sup>479</sup>. Esta es la postura de Marta:

Claro es que... es que yo lo quiero abolir pero va a tardar mucho, sí tienen que pasar muchas cosas para que aparezcan casas de crisis<sup>480</sup>, por ejemplo y cómo las vas a pagar ¿no?, entonces para que haya casas de crisis, así sin psiquiatras y tal, van a pasar muchos años. Y por eso, yo por lo menos creo que hay que luchar para que no vulneren tantos derechos, que los que los ingresos no sean tan largos, bueno si cambian algunas cosas ya estaré un poco contenta...<sup>481</sup>

En relación con esta postura de la abolición del *psistema*, ser psicóloga, en el mundo del activismo loco es una de las contradicciones que atraviesan a Lea. A pesar de que su enfoque en la psicología se basa en el respeto absoluto, a veces su profesión le ha generado conflictos dentro del movimiento loco:

Esto también lo he vivido mal en el activismo, el hecho de los psicólogos somos opresores ¿no? Me ha sido difícil, ha habido momentos muy complicados de crisis, de decir bueno ¿qué hago yo con mi vida? Si es lo único que sé hacer, ¿sabes? ¿a qué me voy a dedicar? ¿de camarera con lo ansiosa que soy que se me cae todo de las manos? ¿a eso? Claro, que yo soy muy nerviosa, yo tengo que controlar mi espacio y todo con tranquilidad y tal porque yo me voy, entonces es que yo no puedo trabajar de cualquier cosa, porque me echarían a los dos días ¿sabes?<sup>482</sup>.

A lo largo del trabajo de campo, he mantenido conversaciones con diversas personas acerca del papel de los profesionales en el activismo loco. Estas conversaciones me han revelado una

---

<sup>478</sup> APAB (*All Psy Are Bastard*).

<sup>479</sup> Un ejemplo concreto de esto es la propuesta de Esperanza y Rosa de llevar a cabo un registro y seguimiento detallado de las contenciones. Esta medida se considera un paso gradual hacia la prohibición total de las contenciones, que es el objetivo último que se persigue. Este tema se ha desarrollado en el capítulo VI, sobre contenciones, en el epígrafe el terror de la contención: *relatos políticos sobre prácticas que matan*.

<sup>480</sup> Las casas de crisis son espacios de cuidado destinados a acompañar a personas que están experimentando una crisis profunda y desean evitar una hospitalización psiquiátrica. La activista Shirley McNicholas ha coordinado casas de crisis en el Reino Unido durante más de 20 años. En el siguiente enlace se explica en qué consiste su trabajo. Véase: <https://www.elsaltodiario.com/salud-mental/shirley-mcnicholas-casas-crisis-espacio-enfoques-feministas-salud-mental> En el Estado español, La Casa Polar es una iniciativa que ha estado en desarrollo durante varios años, pero es un proyecto complejo que requiere financiación y permisos específicos y no termina de ponerse en marcha. Esta es la página del proyecto: <https://lacasapolar.org> [consulta: 2 de septiembre 2023].

<sup>481</sup> 6. Marta: 202.

<sup>482</sup> 5. Lea: 40..

multiplicidad de perspectivas, a menudo ambiguas, sobre este tema. A continuación, comparto un extracto de mi diario de campo para ilustrar cómo el papel de los profesionales es un tema que suscita debates tanto en el seno del movimiento loco como en las interacciones dentro de los propios colectivos:

Este domingo he participado en una acción virtual que se ha hecho a través del Colectivo X sobre la esquizofrenia y el orgullo loco. Durante la sesión, se leyeron fragmentos del libro sobre la esquizofrenia escrito por uno de los compañeros. Sin embargo, ha surgido cierta controversia debido a la invitación de un psiquiatra jubilado para participar en el evento. Este psiquiatra es conocido y amigo de uno de los activistas. A Diotima no le ha parecido bien que se invitara a un psiquiatra, además que haya tomado tanto protagonismo en la sesión. Desde el momento en que el psiquiatra se ha conectado, me he dado cuenta de la expresión de desagrado en el rostro de Diotima. El psiquiatra se ha puesto a hablar sobre los síntomas de la esquizofrenia y ha admitido abiertamente que a lo largo de su carrera ha prescrito muchas contenciones mecánicas, e incluso ha mencionado que antes era peor, ya que se ataba con cadenas. Paralelamente al encuentro virtual que se desarrollaba en la pantalla de mi ordenador, he recibido un WhatsApp de Diotima que me ha escrito diciendo que estaba indignada. Este señor estaba acaparando la palabra y el protagonismo, ocupando el espacio de los demás participantes. Cuando el psiquiatra ha parado de hablar, Diotima ha intervenido. Ha dicho que el día anterior había acudido a una charla por el Orgullo Loco y que estaba más de acuerdo con tratar los puntos del manifiesto que ponerse a hablar sobre los síntomas como se estaba haciendo. Ha manifestado que no se estaba sintiendo bien con esta situación y se ha despedido. Ha apagado la cámara y micrófono y se ha desconectado del evento. Yo me he quedado conectada un rato más. Escuchando la sesión virtual mientras hablaba en el WhatsApp con Diotima. (DC, 30 de mayo 2021)

Tal y como se refleja en este fragmento, la relación que se establece con los profesionales y su posible vinculación con el activismo es compleja. Como decía, algunas colaboradoras consideran que la participación de los profesionales puede ser beneficiosa como aliados en el activismo y reconocen que hay profesionales que quieren ayudar y que son buenos profesionales. Por ejemplo, Esperanza está muy agradecida a su psicóloga ya que gracias a ella conoció el *Colectivo B*:

Yo siempre he estado en el sistema de salud público excepto algún caso que he visto alguna psicóloga por lo privado pero nunca he tenido ningún ingreso en ningún centro privado. Y sobre esto es cuestión de suerte. Porque lo mismo te toca un profesional que es malísimo, que es catastrófico para ti, que luego tienes suerte y te tocan buenas profesionales. Hay gente, por ejemplo, que demoniza a todos los profesionales. Que dicen a todo no, no que los psiquiatras son esto, que los psicólogos son aquello, que fuera los profesionales, antipsistema, tal cual. Hombre yo lo comprendo, y yo lo respeto, pero yo no soy antipsistema, porque lo mismo he tenido experiencias horribles, pero también, por ejemplo, gracias a mi psicóloga descubrí el *Colectivo B*. Y eso es lo que me ha ayudado a empoderarme. Aparte de mi fuerza de voluntad y todas esas cosas. Pero si yo no hubiera conocido *Colectivo B*, yo no sé, mi vida como sería, casi todos mis amigos son de *Colectivo B*, y los tengo ya muchos años. O sea, a mí la vida me la ha cambiado *Colectivo B*, me ha ayudado una barbaridad, y conocí *Colectivo B* gracias a mi psicóloga. O sea, por eso, yo no puedo demonizar a todos los profesionales de salud mental.

Porque hay de todo. El problema es más de base. El problema es de raíz. El problema es que hay que cambiar el sistema. Pero no hacerlo de forma antipsistema, si no ir haciendo pequeños cambios, es mi opinión. Ir creciendo y evolucionando poco a poco, porque todo de una no se puede hacer. Creo que es imposible. No es viable<sup>483</sup>.

Y nada lo que yo pienso es que hay que empezar a cambiar las cosas poco a poco, porque de golpe no se pueden hacer. Yo pienso que ser antipsistema es darte con el sistema en la nariz y pegarte un topetazo brutal. O sea, porque creo que hay que ir poco a poco, poco a poco, ir consiguiendo una cosita, luego otra, luego otra, y así creo que es lo mejor. Para cambiar el sistema, que yo creo que hace falta cambiar el sistema, y yo soy la primera que lo digo, pero yo creo que el sistema hay que cambiarlo desde la raíz, pero tiene que ser poco a poco, no puede ser de golpe<sup>484</sup>.

Como expone Esperanza, dentro del activismo loco hay sectores que adoptan una postura más antipsistema, y consideran que todos los profesionales son parte de un sistema que se debe combatir. En ese sentido, Diotima me decía: «a mí la única psiquiatría que me gusta es la que arde»<sup>485</sup>. Para ella, lo único bueno que un profesional debiera hacer, sería dejar de ejercer su trabajo. Por eso, al pensar en aliados no piensa en profesionales del *psistema*, sino en otros colectivos como el movimiento *cuir, disca*, grupos anticapitalistas, feministas, entre otros, que formen parte de un movimiento social. Pero no considera que un profesional *psi*, pueda ser un aliado en la lucha del movimiento loco.



Ilustración 51. DSC.

Meme de Acción Demente [@accion\_demente\_] (5 de julio de 2021).

En lugar del DSM, el DSC es el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Cuerdistas. El nombre Acción Demente hace un guiño a la película de Alex de la Iglesia (1993) *Acción Mutante*. En un mundo que está dominado por pijos y modernos un grupo de mutantes-disca luchan contra el sistema que les ha marginado.

<sup>483</sup> 7. Esperanza: 148.

<sup>484</sup> 7. Esperanza: 152.

<sup>485</sup> Anotación del DC, 3 de junio de 2021.



Ilustración 52. APAB

Meme de Acción Demente [@accion\_demente\_] (13 de diciembre de 2021)

La variante *APAB* (*All Psy Are Bastard*), proviene de la sigla *ACAB* que se emplea para denunciar la brutalidad policial, en este caso, se emplea para denunciar la violencia del *psistema*.

### 8.3.3. Derecho al Delirio: Un Alegato a la Fuga del Orden Cuerdo

Cuando yo me pienso, mi pensamiento se busca en el éter de un nuevo espacio. Estoy en la luna como otros están en su balcón. Participo de la gravitación planetaria en las fisuras de mi espíritu.

Antonin Artaud, 1980, *Fragmentos de un diario del infierno*.

¿Y qué si nos volvemos locos? Nos recuperaríamos si no nos persiguieran, exiliaran, aislaran o recluyeran.

Kate Millett, *Viaje al manicomio*, 2019.

La locura no es contraria a la razón, dirá Martínez-Hernández (2013), sino que es contraria al sentido común, y está vinculada a algo que se considera inapropiado —lo «obs-ceno» o fuera de escena—, ya que desafía este sentido común establecido (Martínez-Hernández, 2013). Precisamente lo que incomoda y asusta de la locura es su capacidad para perturbar las normas sociales establecidas. «La locura es temida por desvelar la naturaleza artificiosa del sentido común, incluyendo el artificio más fundamental: su naturalización» (Martínez-Hernández, 2013, p. 217). De esta manera, la locura cuestiona una convención que se ha naturalizado y que de otra manera difícilmente sería objeto de cuestionamiento.

Según Foucault (2018), una de las características cautivadoras de la locura es que revela una verdad oculta y subyacente en el mundo:

Las imágenes fantásticas que hace nacer no son apariencias fugitivas que desaparecen rápidamente de la superficie de las cosas. Por una extraña paradoja, lo que nace en el más singular de los delirios,

se hallaba ya escondido, como un secreto, como una verdad inaccesible, en las entrañas del mundo. Cuando el hombre despliega la arbitrariedad de su locura, encuentra la oscura necesidad del mundo: el animal que acecha en sus pesadillas, en sus noches de privación, es su propia naturaleza, la que descubrirá la despiadada verdad del infierno; las imágenes vanas de la ciega bobería forman el gran saber del mundo; y ya, en este desorden, en este universo enloquecido, se adivina lo que será la crueldad del final. (p. 21)

Las imágenes aparentemente absurdas de la locura encierran un conocimiento profundo sobre la realidad y la crueldad que puede existir en el orden establecido. En ese sentido, la locura desafía las narrativas y estructuras dominantes, revelando una verdad oculta y desafiando las normas establecidas. En palabras de Anna Pagés (2022) «La locura como experiencia abre al mundo una verdad que no puede ser escatimada ni tampoco impugnada, porque no se puede dividir la existencia y sus andares entre el error y la verdad, lo correcto y lo incorrecto» (Pagés, 2022, pp. 157-158).

El contraste entre las interpretaciones y las experiencias de la locura y el sentido común, reflejando las normas sociales establecidas, pone de manifiesto la arbitrariedad de estas normas y resalta el papel de la sanción y el estigma en su creación y trascendencia<sup>486</sup>. Estos límites sociales establecen lo que se considera aceptable y lo que no, definiendo lo normal frente a lo anómalo o lo patológico. Estas normas dictan lo que puede ser nombrado y lo que se mantiene en silencio. Cuestionar los límites del sistema de clasificación, puede resultar en el rechazo social, ya que la anomalía se percibe como impura y las transgresiones son castigadas y marginadas, todo esto con el fin de crear la apariencia de un orden establecido (Douglas, 1991).

Sin embargo, navegar por la locura implica la posibilidad de experimentar y sentir libremente, permitiéndonos explorar territorios desconocidos y romper también con las convenciones establecidas. El componente liminal de la locura nos transporta a una suerte de antiestructura, una inversión del orden establecido que está implícita en ciertos rituales y que es intrínsecamente creativa, ya que no se sujeta a lo normativo (Turner, 1988). En ese sentido, la locura representa un espacio de creatividad en el que, al igual que en la antiestructura, todo es posible, ya que lo socialmente establecido no se encuentra en esta parte liminal. Es precisamente por esta razón que la locura y el activismo loco ponen en jaque mate al sistema, al romper con las convenciones establecidas. Este elemento antiestructural se manifiesta en la inversión y en el alegato a la fuga del orden cuerdo, en la que apelar el orgullo loco deriva en una suerte de *drama social*.

La locura, al poner al descubierto las arbitrariedades inherentes al sentido común, nos revela que lo que se considera *normalidad* no es más que una frágil y temblorosa construcción colectiva, una especie de sueño o paranoia colectiva. Martínez-Hernández (2013) sugiere que esta podría ser la razón por la cual se busca sancionar y reprimir la locura. En este contexto, el concepto

---

<sup>486</sup> Precisamente, esta era una crítica del movimiento romántico hacia la racionalidad y la lógica de la Ilustración. Los románticos sentían que la Ilustración, con su énfasis en la razón y la lógica, limitaba la comprensión de la experiencia humana al reducirla a explicaciones puramente racionales. En contraposición, el Romanticismo ponía un fuerte énfasis en la emoción, la imaginación y la subjetividad como elementos cruciales para una comprensión completa de la vida y el arte. De esta manera, el movimiento romántico —al igual que la locura— se liberó de la «jaula» de la racionalidad ilustrada y exploró las dimensiones más profundas y misteriosas de la existencia humana.

del «derecho al delirio» se presenta como una forma de generar una resistencia, una manera de oponerse al silenciamiento y a las limitaciones impuestas por el dispositivo del poder *psi* y sus acólitos, que sofocan la vida con pesadas armaduras conceptuales hasta que resulta asfixiante. Dentro de esta perspectiva, el delirio se interpreta como una manifestación de libertad. Siguiendo el consejo de Galeano (2011): «¿Qué tal si deliramos por un ratito? ¿Qué tal si clavamos los ojos más allá de la infamia para adivinar otro mundo posible?» (párr. 1)

### 8.3.3.1. Quise Experimentar con la Locura

Basándome en un relato de Marta y con el objetivo de desafiar la concepción fatalista y peligrosa de la locura, me adentro a continuación en la idea de darle espacio, de reivindicar el *derecho al delirio* (Galeano, 1998) y el derecho a experimentar con la locura. Porque permitir que la locura emerja puede ser una opción revolucionaria frente al discurso estigmatizante y alarmista que la rodea. En contra de los postulados del saber *psi*, que tratan de neutralizar o apagar la locura, Marta, una vez realizada su desmedicalización, decide dejarse llevar por ella, dejar que la locura surja y se exprese. En ese sentido, me parecía relevante secundar el derecho al delirio que postula Marta y darle espacio en el texto en este alegato a la fuga del orden cuerdo.

Marta relata que al final del proceso de desmedicalización, cuando ya no estaba tomando psicofármacos, comenzó a tener dificultades para dormir y a experimentar un nivel significativo de estrés. Esto se debió a que su pareja, que estaba fuera del país, tenía el vuelo programado para llegar en pocas semanas, pero debido a la inestabilidad causada por la pandemia, su vuelo fue retrasado en varias ocasiones y no estaba claro cuándo ni cómo podría reunirse con él. Marta se encontraba cada vez más estresada por esta incertidumbre.

Fue en ese momento que Marta tomó una decisión inusual: decidió no ponerle freno a la locura. A lo largo de su vida, había adquirido el hábito de tomar algún fármaco para conciliar el sueño cuando enfrentaba dificultades para dormir. Sin embargo, en esta ocasión, optó por experimentar lo que sucedería con esa falta de sueño. Marta consideró que era un buen momento para hacerlo, ya que se encontraba sola y no tenía criaturas a cargo ni responsabilidades que la limitaran. Así, quiso desafiar el temor que a menudo rodea a la locura. Así lo explica ella:

A la vez, quise experimentar un poco con la locura. Me dije siempre he puesto freno a no poder dormir, cuando veo que no puedo dormir siempre me tomo algo y pensé voy a experimentar. Porque es como que hay un miedo a la locura y también por parte de las personas que la experimentamos, hay como un miedo a tener una crisis y enloquecer. Pues, dije va, venga, voy a ver qué pasa. Fue el verano pasado, dije no puedo dormir, no pasa nada pues voy a ver qué pasa si no duermo. Y experimenté con eso de no dormir y me dejé llevar por mí misma. Y, bueno, entonces empecé como a imaginarme cosas, como una crisis psicótica ¿no? Empecé a imaginar cosas que en realidad no estaban pasando, pero que podían pasar... Y, para mí, estaba bien. Hay momentos que sientes que hablas con gente, y, entonces, llegó un momento que mi mente estaba viajando bastante. Es guay ¿eh?, es como si te tomas una droga y alucinas. Claro, yo pensé no todo el mundo puede experimentar la locura, a ver, yo puedo, pues voy a ver qué pasa.

Marta explica que la experiencia fue buena para ella, como una especie de viaje introspectivo. Sin embargo, llegó un punto en el que perdió completamente la noción del tiempo. Realizar tareas cotidianas, como cocinar una comida sencilla, se convirtió en una tarea monumental que parecía llevar una eternidad.

Para mí fue guay, lo único que llegó un momento en que era como si se me alteraba la noción del tiempo. Entonces era incapaz de ponerme a cocinar algo para comer porque si ponía un pescado en la paella, para mí me era mucho rato. Imagínate un pescado que se hace vuelta y vuelta, pues estar ahí vigilando el pescado, era como guau no puedo estar tan quieta tanto rato con el pescado, porque mi mente ya está allí, en otra cosa. Bueno, era como si me hubiera comido un tripi<sup>487</sup>.

En ese momento, Marta se dio cuenta de que necesitaba ayuda y decidió recurrir a su madre para pedirle que le trajera comida. Le pidió plátanos, ya que los consideraba una opción fácil de comer y le pareció que no requerían mucho esfuerzo:

Entonces le pedí ayuda a mi madre. Porque dije, ostras, imposible bajar al supermercado porque, me voy a bajar al supermercado y me voy a empezar a alucinar con los productos y después voy a estar en la caja esperando a pagar... Bua, imposible, era una cosa imposible bajar al supermercado. Entonces le dije a mi madre: oye mamá que necesito ayuda, necesito que me traigas plátanos ja, ja, ja Pensé, plátanos es fácil de comer, y así no me lío mucho ja, ja. Claro, en ese momento necesitaba ayuda, necesitaba como un táper de algo de comida, no sé. Como que en eso me podían ayudar, pues tápers de mi madre con la comida preparada o cosas fáciles de comer ¿no? Y bueno, mi madre me hizo una compra y me la trajo y todo bien.

La preocupación de su familia finalmente la llevó a visitar al médico, aunque Marta dejó claro desde el principio que no tenía intención de tomar ningún medicamento. En el centro de salud, al observar a las personas usando diferentes tipos de mascarillas, comenzó a desarrollar la idea de que estaban realizando algún tipo de experimento para hacerles creer que existía una pandemia, cuando en realidad no era así. Además, creía que las mascarillas servían para identificar quién estaba loco y quién no lo estaba. Compartió estos pensamientos con la doctora:

Pero claro, es imposible que la familia no se preocupe, entonces me empezaron a decir: Marta, tendrías que ir al médico porque es que no estás bien. Entonces claro final pues vale mamá, pues venga vamos al CAP, vamos al CSMA<sup>488</sup>, vamos a ver a la psiquiatra, pero yo no voy a tomar nada ja, ja, ja. Pero venga vamos, si tú quieres ir vamos. Pero entonces empecé a tener una paranoia, bua esto era al principio cuando había pandemia y entonces había gente que llevaba mascarilla y había gente que no llevaba mascarilla y había gente que llevaba mascarilla quirúrgica y había gente que la llevaba de tela. Entonces yo llegué al CSMA y empecé a pensar que la gente que llevaba mascarilla quirúrgica y los que llevaban mascarillas de otro tipo, como que estuvieran haciendo un experimento en el CSMA para hacernos creer que había una pandemia, porque en realidad no existía y que las mascarillas servían para ver quién era loco y quién no, ¿sabes? bueno era una paranoia. Entonces me decía, mira ves porque las médicas llevaban la mascarilla de tela, y tú también llevas la de tela, entonces yo me voy a poner la de tela. Pero, en cambio, las otras que están

---

<sup>487</sup> Dosis de LSD, dietilamida de ácido lisérgico (del alemán *Lysergsäure-Diethylamid*), es una sustancia psicodélica que produce efectos psicotrópicos.

<sup>488</sup> Centro de Salud Mental Adultos.

en enfermería llevan otro tipo. Bueno, si tuve una paranoia con esto. Me decía esto de la pandemia no existe, esto es un invento que se han montado en el CSMA para hacernos creer y para ver cómo reaccionamos a una pandemia. Bueno yo le expliqué eso a la doctora.

El delirio es como un laberinto, te envuelve en su narrativa, te proporciona indicios y certezas que refuerzan la trama en la que estás inmerso. En este contexto, Marta comenzó a tejer la idea de que se encontraba en medio de un experimento. Le parecía extraño no conocer a ninguna persona que hubiera fallecido debido a la pandemia, lo que la llevó a cuestionar si la señal de televisión que veía estaba siendo manipulada para mostrar noticias ficticias. Surgió en su mente la idea de que tal vez estaba siendo sometida a un estudio destinado a evaluar su reacción frente a la pandemia. Poco a poco, todas estas piezas del rompecabezas parecían encajar, creando una narrativa coherente en la mente de Marta. Así lo relata ella:

Pero, claro, a ver, yo estaba pensando no conozco a nadie que se haya muerto ¿vale? Es verdad que era muy al principio, o sea, no conozco a nadie que se haya muerto y la tele la veo yo sola. Entonces puede ser que me hayan metido la señal a la tele para yo verla, o que sea que solo la gente que vive en Macondo, solo esta zona estamos accediendo a estas noticias. No sé, me había pensado que estaban haciendo un estudio para ver cómo era y que yo era parte del estudio. Pero aparte le pregunté a mi madre: oye mamá, yo cuando era pequeña, cuando tenía dos años con una febrada me dieron convulsiones por causa de la fiebre, entonces, le digo oye mamá y cuando me dieron las convulsiones ¿qué medicamentos te dieron? Me dijo cuáles eran los medicamentos y el médico y tal y era el hospital de San Valeria de la Sierra. Y digo yo ¿cuánto tiempo estuve tomando eso? Y pues te lo estuvimos dando durante dos años y entonces yo ya empecé con la paranoia. ¡Ya está! cuando era bebé me cogieron de San Valeria de la Sierra y ahora, toda mi vida, me han estado vigilando, para organizar mi vida.

Encima hablo con mi ex con el que compré este piso, él estudió sociología después y me dice que ahora estaba trabajando en un grupo de investigación sociológica sobre personas que se sienten solas, bueno total que está en San Valeria de la Sierra, y yo ¡ya está! Pues mi ex era para seguirme en las otras épocas y tal, y seguro que querían que yo hiciera artes marciales para después ser profesora de... bueno no sé... empecé así a imaginarme que toda mi vida había estado dentro del diseño de un experimento. Bueno, pues claro, imagínate yo ahí me imaginaba de todo... todo era una paranoia. Todo a mi alrededor era un montaje que habían hecho para mí.

La paranoia persistió durante todo el verano. La médica le sugirió tomar un antipsicótico o algún fármaco para dormir. Marta únicamente aceptó tomar el medicamento para dormir. Dice que se dio cuenta por sí misma de que se trataba de una paranoia, y no había intentado persuadir a nadie con respecto a sus pensamientos:

Bueno total esto me duró pues todo el verano y pero bueno, ya la médica pues me dijo... uy pues si es mejor que dé algo para que te tomes. Entonces me dijo bueno pues te doy un antipsicótico y te doy algo para para dormir. Y yo uh ¿qué dices? ¿un antipsicótico me voy a tomar yo ahora? Digo no, dame algo para dormir que a lo mejor sí que me va a ir bien dormir un poquito ya que no estoy durmiendo. Le dije tú me das la receta, yo ya compraré lo que yo quiera. Entonces, bueno pues me hizo la receta y fui a la farmacia y me compré lo de dormir. Pero dije, voy a tomar solo dormir porque yo no quiero un antipsicótico. Pero da igual, si después me di cuenta sola de que realmente

todo era una paranoia. Y, además, tampoco yo no intentaba convencer a nadie de eso, ¿sabes? era consciente de que podía ser todo una paranoia.

Durante ese tiempo, Marta plasmaba sus pensamientos y emociones por escrito, al tiempo que canalizaba sus impulsos creativos en el arte. Durante los años que había estado medicalizada, el *Depakine* había arrasado con sus ideas, pero en este estado mental sentía que generaba ideas únicas y se puso a experimentar con la pintura:

Pero, entonces, yo me iba escribiendo las cosas y tal y crear arte también, ¿no? Porque me da el impulso de crear y de plasmar las cosas en el papel. Entonces bueno era guay ¿no? De hecho, creo que si al final hubiera sido artista hubiera sido muy guay provocar estas cosas para crear. Claro, porque creas cosas mucho más interesantes en ese estado. Es que acabas teniendo ideas que la gente no tiene. Incluso, bueno, yo experimenté a pintar en ese momento. Tengo en un cuadro que era un cuadro que tenía mi abuela en su casa que era muy feo. Era una señora con una guitarra y un marco dorado, super grande y el cuadro era feo, pero yo lo tenía guardado en casa. Es que es la única cosa que está en casa de mi abuela, y lo tenía guardado. Hacía unos meses lo había pintado de blanco porque pensé lo voy a pintar todo blanco y voy a dibujar algo en algún momento que me inspire. Y, ahí lo tenía, y era como una pizarra en blanco.

Durante su episodio de delirio, Marta experimentó la sensación de poder comunicarse telepáticamente con otras personas. Utilizaba su «pizarra en blanco» para escribir mensajes dirigidos a personas específicas. Lo sorprendente era que, después de escribir estos mensajes, esas personas le llamaban, lo que le hacía sentir que esta comunicación era real:

Entonces, cuando empecé con esta paranoia y tal, empecé a tener la sensación de que podía comunicarme con la gente, como una telepatía super *heavy*. Entonces, empecé a escribir lo que le quería decir a la gente, en esa pizarra. Y era super *heavy* porque yo escribía pensando en alguien y esa persona me llamaba. Super *heavy*. Lo que escribía en el cuadro, esa persona me llamaba, y ala es como que realmente no sé bueno que en ese momento para mí era como real ¿sabes? porque además ellos me estaban respondiendo.

Además, Marta creía que tenía la capacidad de modificar los algoritmos de internet escribiendo palabras en un papel. Por ejemplo, intentó influir para que las personas fueran menos egoístas escribiendo repetidamente la palabra «ego» con la idea de cambiar el algoritmo. Sin embargo, pronto se dio cuenta de que estaba haciendo lo contrario y comenzó a tachar todas las instancias de «ego» hasta que finalmente se cansó y desistió de este intento:

No sé, y entonces también pensaba que yo podía modificar los algoritmos de internet. Entonces escribiendo en un papel podía modificarlo y empecé a escribir como para que la gente tuviera más... vamos que la gente no fuera tan egoísta, entonces pensé si pongo «ego» escrito muchas veces voy a alterarlo para que la gente no sea tan egoísta. Bueno, entonces luego pensé, ¡no! ¡lo estoy haciendo al revés! porque si es mucho ego entonces la gente va a ser más egoísta. Y entonces me puse a tachar todos los egos. Y hasta que ya me cansé de escribir muchas veces ego hasta que ya pensé bueno da igual, no puedo, el algoritmo se va, ja, ja, ja, ja. Bueno y ya desistí.

### 8.3.3.2. El Derecho al Delirio y Derecho a Respirar

¿Locura? Quizá. Una cierta velocidad de pensamiento, ciertas fugas maravillosas de ideas. Ciertos estados de percepción alterada. ¿Por qué no oír voces? ¿Qué pasa si las oyes? Si rompes una ventana la pagas; violas una ley y acudes a un policía, un abogado y un juez, pagas la multa o vas a la cárcel. Pero es la ley del delito de opinión la que prohíbe, castiga o encierra las opiniones diferentes.

Kate Millett, *Viaje al manicomio*, 2019.

Dentro del activismo loco, emerge una amplia diversidad de voces. El activismo es un mundo heterogéneo y diverso, un mundo plural y cambiante. Por eso, la noción del «derecho al delirio» puede ser interpretada de múltiples maneras. Pude conversar en profundidad sobre esta idea con Rosa y me explicaba algunos de los significados que tiene para ella.

La reivindicación del derecho al delirio encuentra sus raíces en diferentes motivaciones. Por un lado, algunas personas simplemente descubren en el delirio un espacio de placer y significado en sus vidas. Sin embargo, esta noción del derecho al delirio también se origina en una preocupación fundamental, relacionada con la encarcelación y estigmatización de las categorías diagnósticas<sup>489</sup>, y la intensa vigilancia y control por parte del entorno que sufren las personas que tienen un diagnóstico psiquiátrico, lo que puede hacer que sus vidas se tornen angustiantes. Es precisamente este contexto lo que genera la necesidad de defender el derecho al delirio. Rosa lo explica de la siguiente manera:

El derecho al delirio tiene muchas facetas y muchas interpretaciones. Te explico por qué se reivindica el derecho al delirio ¿no? Sí que hay una parte de quien le gusta el delirio y tal pero también hay una parte de que muchas veces los profesionales, los familiares, todo el mundo está tan obsesionado con un síntoma que todo lo relacionan con el síntoma, no ven más allá del síntoma, le dan una importancia tan atroz a combatir un síntoma continuamente, que en ese combate también te destruyen a ti<sup>490</sup>.

Según Rosa, cuando la preocupación por el síntoma se vuelve excesiva y cualquier acción o palabra de la persona desencadena una reacción de alarma en su entorno, esta vigilancia constante puede tener un efecto destructivo en la persona. En este contexto, el derecho al delirio se convierte en la necesidad de no sentirse permanentemente controlada, y que se permita vivir una vida libre de sospecha constante a las personas diagnosticadas:

A ver cuando uno está delirando, está en otro lugar, y si está mal, en brote, los antipsicóticos... pues hombre, ¿por qué no? No voy a decir yo que no ¿no? Pero cuando esa preocupación es extrema que cualquier cosa que tu hagas, digas, comentes, ya están allí en estado de alerta: «tómame esta pastilla» y «por si acaso», «por si acaso», «por si acaso» ... entonces es aplastante. Entonces el derecho al delirio es dejarme respirar. No estéis tan encima de mí siempre pendiente de este síntoma. Yo sé que la alucinación es un síntoma muy llamativo y un síntoma que da miedo, que le da miedo a todo el mundo y es como que «Oh, dios mío» ¿no? Entonces el derecho al delirio es también pedir,

<sup>489</sup> Esta idea se ha desarrollado en profundidad en el capítulo VI, en el apartado de la *violencia del diagnóstico psiquiátrico*.

<sup>490</sup> Comunicación con Rosa: 18 de julio de 2023. Anotación del DC.

oye mira, si ves que deliro un poco, mira igual no pasa nada, ¿sabes?, no hagamos un mundo. ¿Vale? Vivámoslo con un poco de normalidad. Sobre todo para no agobiarte y para no machacarte a ti continuamente. Que no todo el mundo esté ahí pendiente a ver si yo alucino o no. Que cualquier cosa que diga o haga ya estén: ahh estás delirando... estás delirando...<sup>491</sup>

En las elocuentes palabras de Rosa, el derecho al delirio es el derecho a respirar. Asimismo, reflexiona sobre una contradicción en la sociedad actual. Por un lado, algunas personas buscan experiencias de delirio a través de sustancias como la ayahuasca o el LSD, mientras que, por otro lado, existen medicamentos que inducen alucinaciones y se utilizan en el tratamiento de la depresión. Esta contradicción radica en que, aunque las alucinaciones son criticadas en las personas con un diagnóstico psiquiátrico, cada vez más se promueven medicamentos que provocan estas mismas experiencias:

Por otra parte, está la reflexión de que hostia, está la gente por ahí que se toma ayahuasca, ayahuasca jajaja la gente se mete de todo LSD y tal para tener viajes, porque hay muchos viajes que son jodidos pero otros son placenteros. Luego por ahí estoy viendo que están diciendo de una medicación no sé qué que hace tener alucinaciones o viajes y tal, no lo llaman así, pero dicen que ayuda a curar la depresión. Entonces esto es cuestión de analizarlo un poco y decir, hostia me están a mi ahí machacando porque tengo alucinaciones, y por otro lado, estoy viendo que están diciendo que ciertas medicaciones que producen artificialmente estas sensaciones, ah mira resulta que son positivas y va muy bien para la depresión. Igual es un contrasentido ¿no?<sup>492</sup>

Además, Rosa plantea cómo las personas a menudo recurren a diversas estrategias para evadirse cuando están abrumadas o agotadas, desde tomarse una copa hasta creer en algo superior. Desde su experiencia personal, el delirio y la alucinación le dan sentido y propósito a su vida, permitiéndole seguir adelante en los momentos difíciles. En los días más duros, Rosa agradece que al menos tiene la alucinación haciéndole compañía. Por eso, ella enfatiza que el «derecho al delirio» puede interpretarse de múltiples maneras, y cada persona lo vive y lo expresa de la forma que más le conviene y concuerda con su propia experiencia:

Y luego por otro lado, la gente cuando está agobiada, agotada, de vez en cuando hostias, necesito una cerveza, hoy me voy a tomar un cubata, o me voy a tomar una copa o a veces hacemos cosas para evadirnos. A ver, no voy a ser yo la que diga que es bueno emborracharse o tomarse una copa, pero cada uno busca las estrategias que más le convienen para evadirse, para seguir viviendo. Mira, hay gente que cree en dios fervientemente, en un más allá, hay gente que tiene diferentes credos, no sé, todos necesitamos algo a lo que aferrarnos para seguir viviendo. Y yo creo, y hablo desde mi experiencia, que muchas veces estos viajes, estas percepciones nos ayudan a seguir viviendo. A creer que hay algo y que por eso estamos aquí, y que vete a saber pero igual tengo un cometido en la vida, y aquí estoy. Y aquí sigo y tengo días regulares, tengo días de mierda y luego tengo días que dices ¡joder macho! menos mal que tengo a la alucinación ahí haciéndome compañía, porque vaya mierda... y lo digo riéndome. Pero al fin y al cabo nos ayudan a vivir. O sea, es que yo creo el derecho al delirio se puede reivindicar de tantas maneras, y cada uno lo vive de forma diferente y cada uno le da aquella expresión que más le conviene y más concuerda consigo mismo.

---

<sup>491</sup> Comunicación con Rosa: 18 de julio de 2023. Anotación del DC.

<sup>492</sup> Comunicación con Rosa: 18 de julio de 2023. Anotación del DC.

Luego también es verdad que hay delirios que dices, hostia hay que ver la que he liado y la que me he creído que era cierto y luego no es cierto, pero bueno se puede coger por muchos lugares diferentes<sup>493</sup>.

### 8.3.3.3. Tengo una Aurora Boreal en mi Habitación

El hombre es socialmente malvado, un sujeto malvado. Y cuando encuentra una tórtola, cualquiera que habla demasiado lento, alguien que llora; le echa encima sus propias culpas, y, así, nacen los locos. Porque la locura, amigos míos, no existe. Existe solo en los reflejos oníricos del sonido y en aquel terror que todos tenemos, arraigado, de perder nuestra razón.

Alda Merini, *La otra verdad: diario de una diversa*, 2019.

Según Rosa, el derecho al delirio tiene tantas interpretaciones como personas que deseen reivindicarlo. Puede entenderse como la capacidad de una persona para tomar decisiones sobre su vida que difieran de lo que la sociedad considera «normal» o «adecuado». Esta persona elige vivir de manera diferente, con intereses distintos, y esta elección, en sí misma, constituye un ejercicio del derecho al delirio. El derecho al delirio puede ser fugarse del orden normativo. El derecho al delirio es, sin duda, fugarse del orden cuerdo.

Hoy en una entrevista le han preguntado a Rosa si había tenido alguna alucinación recientemente. Me ha encantado su respuesta: «Pues te diría que la alucinación visual de ayer a la noche mismo ¿Sabes la aurora boreal? ¿Las que hay en los países del norte? Pues cuando cierro la persiana de mi habitación, yo las tengo cada noche en mi techo». (DC, 19 de junio 2022)

Las personas psiquiatrizadas, se ven forzadas a seguir las directrices impuestas por el poder psiquiátrico. Cualquier desviación de estas normas, cualquier comportamiento que se perciba como sospechoso, se etiqueta como «desviado», lo que desencadena la sombra del estigma de la locura y provoca preocupación y alarma en el entorno. Para evitar conflictos con la familia y personas cercanas, las colaboradoras a menudo se ven obligadas a seguir las pautas impuestas.

Sin embargo, a medida que transitan por el sistema psiquiátrico, las colaboradoras aprenden cuándo y dónde pueden compartir ciertas experiencias de manera segura. Este aprendizaje es esencial para protegerse de la violencia inherente al sistema psiquiátrico. Reivindicar el derecho al delirio y la posibilidad de experimentar con la locura, como lo ha hecho Marta y como lo hace Rosa, es algo que se consideraría inaceptable desde la perspectiva del poder psiquiátrico y la lógica del *psistema*.

La locura, desde su espacio liminal, revela las costuras del sistema y arroja luz sobre la artificialidad de la frontera que separa lo considerado normal de lo anómalo. Más que costuras, la locura desvela hilvanes, de carácter circunstancial, efímero y variable, que nos atan. La locura, provoca un desbarajuste (Balandier, 1994) y cuestiona las narrativas dominantes, desafiando las normas y estructuras de poder establecidas. Desde la liminalidad, la locura plantea una cuestión ontológica al presentar otro modo existencial de ser. La locura está al margen de las cosas, no

<sup>493</sup> Comunicación con Rosa: 18 de julio de 2023. Anotación del DC.

porque sea inherentemente así, sino porque el sistema la excluye y le arrebató su voz, confinándola en los márgenes. Por eso, la locura no encuentra un lugar definido dentro de la estructura social, y por eso se le han negado sus derechos.

La locura, como señala Martínez-Hernández (2013), desafía una convención que se ha asumido como natural, dejando en evidencia que esa naturalización no es más que un artificio. En este contexto, el delirio cuestiona los límites y las fronteras que la sociedad ha impuesto, por eso se castiga y se patologiza. La locura tiene la capacidad de poner en duda y desafiar la racionalidad establecida, revelando que la división entre la cordura y la locura es un constructo social, y que existen múltiples formas de habitar o transitar la locura.

El problema es que locura ha sido abordada desde el poder psiquiátrico como un problema que debe ser medicado, como un error que debe ser corregido. No obstante, la experiencia de la locura es profundamente compleja y cuestiona la rigidez de estas categorías. La locura son situaciones de fragilidad extrema, un espacio de fragilidad ontológica, experiencias subjetivas de aflicción, son subjetividades no normativas, son comportamientos que se consideran disruptivos. Como menciona Basi, «se sufre con la locura, hombre, claro que se sufre<sup>494</sup>», pero tal como indica Marta, «del delirio también pueden salir ideas y experiencias interesantes». Porque escapar del orden normativo, escapar del orden cuerdo, puede además de dignificar la locura, conducir a la felicidad y a la sabiduría. En este sentido, resultan sugerentes las palabras de Cristina Martín, cuando explica el motivo detrás de su nombre, «Princesa Inca»:

Cuando estaba en pleno delirio, me sentía una reina, una princesa de una tribu, estaba feliz. Me atraen estos pueblos porque son pueblos guerreros, muy profundos. No era princesa por la cuestión del rango en una comunidad, sino que era algo más de corte espiritual, tenía que ver con algo elevado, con sentir a nuestros antepasados... era inspirador, tenía mucho de comunión con el universo. Un delirio de felicidad, lleno de nueva sabiduría. Tenía interés en reivindicar la parte bonita del delirio, que no todo es malo y enfermo, paranoias, la C.I.A que te quiere atrapar, y cosas por el estilo. Del momento delirante del «subidón» han salido cosas interesantísimas, por ejemplo en el terreno del arte... pintura, literatura, música. La psiquiatría y la psicología, a veces, trata el delirio como un fallo, y se tiene que medicar, abortar... Yo digo que no es una enfermedad en la que todo falla. Realmente estás viendo más allá de la realidad que se percibe normalmente, eres un poquito «visionaria», y yo quiero reivindicar esa parte bonita, útil, eso que tienden a castrar y a negar, porque es un error. No es así, de los delirios aprendes mucho, muchas cosas de la vida. (Rey, 2014)

Me gustaría terminar este pequeño alegato de la fuga del orden cuerdo y reivindicación del derecho al delirio, compartiendo un fragmento de una de las *Cartas desde Rodez* de Antonin Artaud (2006). En esta carta, el poeta lamenta la transformación de su antiguo amigo, el Dr. Ferdière, quien solía apreciar su poesía, pero ahora lo somete a innumerables sesiones de electrochoque que, según Artaud, lo van a destruir. En un emotivo llamado, le suplica al doctor que recuerde su verdadera alma y comprenda que una serie más de electrochoques sería devastador para él:

---

<sup>494</sup> 10. Basi: 65.

Los estados místicos del poeta no son delirio Dr. Ferdière. Son la base de su poesía. Tratarme como delirante es negar el valor poético del sufrimiento que desde la edad de quince años surge en mí ante las maravillas del mundo del espíritu que el ser de la vida real jamás puede realizar; y de ese sufrimiento admirable del ser es de donde he sacado mis poemas y mis cantos. ¿Cómo no consigue amar en la persona que soy lo que ama usted en mi obra? Es de mi yo profundo de donde saco mis poemas y mis escritos y a usted le gustan. Todo poeta es un Vidente. De su iluminismo fue de dónde sacó Rimbaud las *Iluminaciones* y la *Temporada den el Infierno*. Y William Blake vio en el mundo místico del Espíritu el objeto de todas las maravillosas visiones transcritas en el *Matrimonio del Cielo y el Infierno*. Si yo no creyese en las imágenes místicas de mi corazón no podría llegar a darles la vida. (...) Periódicamente desde la edad de quince años no he cesado de percibir en torno a mí a Jesucristo y la Santa Virgen y no se lo he ocultado nunca a nadie y en la época en que yo era el poeta Antonin Artaud y era libre todo París conocía las visiones místicas que yo tenía. Y a usted mismo se las describí en París en 1935 y no comprendo que lo que en aquel momento maravilló al Sr. Gaston Ferdière Interno de hospitales y le hizo querer al poeta y místico que yo era sea tratado hoy de delirio por el Dr. Gaston Ferdière Médico Director del Manicomio de Rodez. Usted me prometió en París defenderme en todo momento y me dijo que mis estados místicos eran la verdad y no delirio enfermizo y que habría que caer en una época de crimen, de ignorancia y de locura para tratarlos como enfermedad. Le suplico que recuerde su verdadera alma y comprenda que una serie más de electrochoques me aniquilaría. Y no creo que usted lo desee en conciencia. (Artaud, 2006, pp. 109-110)

## 8.4. APOYO MUTUO: POLITIZAR Y COLECTIVIZAR EL DOLOR



Ilustración 53. Me Cuidan mis Amigas.

Foto de Orgullo Loco Madrid [@orgullolocomadrid] (23 de octubre de 2021)

Pero aquí estamos. Como siempre, porque frente a esas realidades castrantes y dañinas que no nos dejan ser, se alzan la confianza de nuestras amigas, la fuerza descubierta en redes de apoyo mutuo y las prácticas y aprendizajes en activismos locos y feministas. Es ahí donde me recuerdo que mi voz puede sumar, nuestras voces tanto tiempo silenciadas pueden hoy ser semillas de mundos nuevos que necesitamos que broten como hace la primavera, como hacemos las locas también. Allá vamos. (Plaza, 2023, p. 151)

### 8.4.1. Sostenerse Colectivamente: Un Acto Político

... *enfermamos*, dicen, de trastorno límite de personalidad, de brotes psicóticos, trastornos esquizoafectivos, bipolaridad, hipomanía, distimias, adicciones, trastornos del desarrollo, hiperactividad, ansiedad generalizada, depresión mayor, trastorno dismórfico general, trastorno obsesivo-compulsivo... *enfermamos*, digo, de este mundo hostil que nos expulsa porque es invivible, inhabitable, dañino, mordedor, y no nos va a salvar de eso la fluoxetina ni el diazepam ni la quetiapina, amigas. Las amigas... ah, con las amigas es otra cosa.

Marta Plaza, *¿Cuál de todos estos cuerpos seré yo?*, 2023.

En el primer capítulo de la tesis, específicamente en el epígrafe dedicado a *la locura del neoliberalismo*, he profundizado en la patologización y la terapeutización de la vida contemporánea. En este contexto, donde prevalecen la psicologización de la sociedad y el imperativo terapéutico, asistimos a una privatización de las emociones que amenaza y debilita el tejido comunitario.

Frente al comercio de las emociones, el movimiento loco teje redes de apoyo, construyendo espacios de resistencia y solidaridad que sirven para sostenerse colectivamente. Los GAM se erigen como bastiones de lo colectivo, que buscan sostener esas redes, para que nadie se caiga. Sostenerse colectivamente, como un acto político.

A menudo, la familia, lejos de ser un pilar de apoyo, puede ser el epicentro del sufrimiento

que una persona acumula a lo largo de su vida. De ahí surge la reivindicación del *derecho al delirio* y el derecho a respirar del que hablaba Rosa. En contraposición, las redes del activismo se posicionan como un refugio esencial. Tal y como me dijo Diotima, «me salvan mis amigas, no el *Orfidal*» no es solo un lema que se usa en las manifestaciones, es una vivencia real<sup>495</sup>. Sin embargo, el acto de sostener es complejo. Las situaciones de crisis requieren de un entramado sólido de apoyo; se necesita un grupo de cuidadoras para que puedan sostener colectivamente a una persona que atraviesa un profundo sufrimiento. Esas cuidadoras, a su vez, probablemente necesiten ser cuidadas a través de otra red de cuidados, y así sucesivamente, generando una cadena de apoyo interdependiente. Acompañar y sostener es, sin duda, una tarea y un desafío constate.

Estas redes se convierten en refugios para las personas psiquiatrizadas, para garantizar que no enfrentan solas los procesos de sufrimiento psíquico. Son espacios de libertad, donde se puede habitar el dolor y se puede hablar de quererse morir, donde se puede delirar, reconocer la fragilidad humana, compartir el malestar y celebrar las victorias. Más allá de este acompañamiento, estas redes tienen un propósito vital: prevenir ingresos involuntarios y proteger contra las violencias inherentes al sistema psiquiátrico.

A través del apoyo mutuo, se exploran alternativas al paradigma psiquiátrico hegemónico, se imaginan nuevos lugares, nuevos entornos, nuevas formas de posibilidad y *pactos de cuidado* (Tomé, 2014). Sin embargo, los procesos de resistencia y las categorías liminales donde están obligadas a habitar las personas psiquiatrizadas no están exentas de dolor. Son territorios marcados por violencias estructurales, que provocan sufrimiento y discriminación. Así que, incluso con la existencia de estas redes y a pesar de los esfuerzos por reinventar horizontes de sentido, los cuerpos atravesados por el estigma de la locura se encuentran en un espacio peligroso, pues hay un sistema que constantemente pone en jaque sus vivencias y existencias.



Ilustración 54. Autogestión libremente.

Imagen de Autogestión libremente [@autogestionlibremente] (19 de diciembre de 2021).

<sup>495</sup> Comunicación con Diotima: 3 de junio de 2021. Anotación del DC.

«El Real Orgullo Loco, no busca alternativas a la Psiquiatría, sino a toda la Salud Mental y a todxs aquellxs, que por más revolucionarixs y buena onda que se hagan pasar, solo buscan llenarse los bolsillos con el sufrimiento ajeno».

#### **8.4.1.1. Cuerpo Colectivo: Expresar la Fragilidad Humana**

Lo realmente jodido no es perder la cabeza, sino que no haya nadie cerca cuando intentas recuperarla.

Fernando Balius, *Desmesura*. 2018.

Contar. Arrancarle un trozo de vida a tanta muerte.

Fernando Balius, *Desmesura*. 2018.

Marta relata que no fue hasta que en el contexto del activismo loco, verbalizó su historia de vida que tomó plena conciencia de todas las agresiones y vulneraciones de derechos que había sufrido. La participación en el activismo y en los GAM ha sido fundamental en el proceso de Marta, según ella misma destaca. Al escuchar las experiencias de vida de sus compañeras, ha llegado a la revelación de que su situación tenía una base estructural, trascendiendo así el autoestigma y la noción de que era un problema individual y biológico. Además, ha adquirido una comprensión profunda de que muchas de las situaciones que había atravesado y de las que no había hablado mucho precisamente porque se sentía avergonzada, en realidad constituyen formas de violencia psiquiátrica.

Mira, con el *Colectivo A* con las formaciones que hacemos a profesionales, se hace la formación y muchas veces un par de personas empiezan a explicar la historia de vida, entonces me pidieron que lo hiciera y la primera vez que lo hice fue como fue... Después de hacerlo, al hablarlo con mis compañeros dije ostras es que yo no era consciente de todas estas vulneraciones de derechos. Sí era consciente de mi vida, pero no era consciente de que todo esto es una vulneración de derechos. Nunca lo había explicado así porque yo a mis amigos, no les voy a explicar que mientras estaba en el psiquiátrico me tenían atada, o a mi padre o a mi madre, porque les hace sentir mal. Entonces claro es algo que no lo había explicado y al explicarlo en las historias de vida la primera vez que lo hice fue súper liberador. Y de tomar consciencia de joder vaya mierda que siga pasando esto, yo quiero que esto deje de pasar y voy a luchar para que esto se sepa, para que deje de pasar, para que el trato a las personas que están ingresadas sea mejor y también para buscar alternativas. Porque ahora que tengo alternativa a los fármacos y no los estoy tomando tengo una vida mucho mejor que antes, ostras quiero que mucha más gente se atreva a cuestionárselo<sup>496</sup>.

Las colaboradoras, durante los años que han estado psiquiatrizadas, han suscrito la narrativa biomédica de la locura. Han interiorizado una lógica patologizante, determinista y biologicista, que atribuye de forma individualizada el origen de sus malestares. Sumergidas y sedadas en los diferentes *círculos del psistema*, y navegando en las medicalizadas aguas del *Stultifera Neoliberalis*, parece que no se vislumbra ninguna alternativa a esa constante deriva donde la autonomía es una

---

<sup>496</sup> 6. Marta: 93.

promesa perpetuamente lejana. Sin embargo, el activismo y los GAM, mediante una reflexión conjunta y politizada, emergen como un subterfugio de ese poder. Ecllosionan como afloramientos rocosos que desafían la superficie de la hegemonía psiquiátrica que busca individualizar, dando lugar a mecanismos de apoyo mutuo y a redes de cuidados que buscan colectivizar.

Una idea que me han repetido las colaboradoras a lo largo del trabajo de campo ha sido que el autoestigma solo se cura en colectivo. Esa sensación de aislamiento y desamparo conlleva una dificultad para cuestionar los mandatos del *psistema*; retomando las palabras de Marta, «no me lo cuestioné ni nada, vas aceptando lo que te dicen»<sup>497</sup>. Las colaboradoras van sufriendo las consecuencias derivadas de la psiquiatrización, hasta que se llega a ese cuerpo colectivo que permite expresar la fragilidad humana. En palabras de Balius (2018), «Hay una desmesura en el amor, en la lucha, en el afecto. Una fuerza que irrumpe y deshace lo que ha sido hecho, abriendo nuevas posibilidades, inaugurando futuros no escritos en informes clínicos ni recetas» (p. 68).

Numerosas colaboradoras destacan haberse empoderado gracias al activismo. Este sentimiento puede deberse a que el concepto de empoderamiento ha calado profundamente en las teorías sociales actuales. Sin embargo, a través del trabajo de campo, he observado que lo que realmente experimentan dentro del activismo loco va más allá del empoderamiento. Al integrarse en el activismo loco, la verdadera lucha no recae tanto en el empoderamiento personal, sino en desafiar y transformar el sistema existente. Además, el activismo y los GAM no tienen por qué dar una agencia o un empoderamiento exclusivamente, también pueden ser un canal para expresar la fragilidad humana.

Al final, las emociones no son un aspecto privado, sino un proceso relacional que se sintoniza en el cuerpo colectivo mediante la intensidad de los afectos (Ahmed, 2004). El cuerpo colectivo de las colaboradoras es el lugar donde el aprendizaje y las reinterpretaciones de la locura suceden. Son aprendizajes que pasan por las emociones, por el cuerpo y las vivencias compartidas. Aprendizajes que se fundamentan y se legitiman en la experiencia en *primera persona*.

#### **8.4.1.2. Llamé a Ovidio porque Sabía que No iba a Llamar a una Ambulancia**

En una de las entrevistas, Lea me cuenta como recientemente ha tenido una crisis que ha podido pasar hablando por teléfono con Ovidio. Lea explica que era de noche y que no quería despertar a su marido, entonces lo llamó a él:

Mira, igual esto queda muy chungo, pero yo me he salvado gracias al activismo. El activismo es encontrar una comunidad con la que te identificas, que dices no nos pasa nada o bueno si nos pasan muchas cosas, claro que sí nos pasan cosas, pero sales de ese rol de enferma, además, nos tenemos los unos a los otros, sabemos muy bien cómo estar en aquel momento de crisis, lo que queremos y lo que no<sup>498</sup>.

<sup>497</sup> 6. Marta: 50.

<sup>498</sup> 5. Lea: 68.

También es verdad que luego hay que estar curtido para poder acompañar. Mira el otro día, hace unas tres semanas, con el estrés que he estado teniendo últimamente se me fue y me asusté mucho. Era por la noche y no le dije nada a mi marido porque pensé si ahora vas, además ese día dormían juntos la nena con mi marido, y pensé, si ahora subes a la habitación le despiertas y le dices cómo estás, le va a dar un patatús a él, ella va a entrar en pánico, y llamarán a una ambulancia. Y ¿qué hice? Llamé a Ovidio. Porque primero llamé a una chica, a Anastasia que lleva el mail del *Colectivo A* y nos queremos un montón, es una *crack* nos amamos mucho, pero ella no está tan curtida para según qué situación. O sea, ella me insistía mucho en despertar a mi marido. Y yo tenía claro que eso no lo haría. Y tanto ella como yo dijimos a la vez ¿por qué no hablas con Ovidio? Y a mí me jodió porque precisamente yo no quería hablar con Ovidio. Porque digo ahora va y recurro al macho alfa ¿sabes? Eso es lo que no quería, pero coño ja, ja, ja me fue muy bien. Porque, bueno él es macho, todo lo que tú quieras, pero tiene el culo muy curtido ¿sabes? Y lo que te dice lo tiene muy construido, y muy desde el corazón, muy auténticamente. Y yo tenía claro que yo hablando con él, ni me haría despertar a mi marido, ni en ningún caso, aunque yo estuviera muy mal llamaría a una ambulancia para ingresarme. Y sabía que él, vamos que es lo que fue, se estuvo hasta que yo me calmé todo el rato hablando conmigo, y ya está<sup>499</sup>.

Por eso te lo digo, que la ayuda que tenemos entre nosotros, nuestra ayuda mutua, te ayuda el triple. Estamos, nos acompañamos, nos apoyamos, y hablamos hasta que la persona se calma, y ya está. Porque yo, por ejemplo, llevo toda la vida en terapia, bueno toda mi vida, desde los 17 más o menos, hasta el día de hoy. Y, a ver, me han ayudado, sí, claro que me han ayudado y mucho, porque si no yo qué sé. ¿Pero el autoestigma? Eso para nada. El autoestigma solo te lo sacas compartiendo con gente que es como tú, que no te juzga, porque ahí entiendes que no pasa nada. Esto es así<sup>500</sup>.

En esta llamada se materializa la agencia y la capacidad de Lea para construir estrategias cotidianas y formas alternativas de sentido y cuidado para evadir las violencias del encierro psiquiátrico. De las palabras de Lea se intuye la tranquilidad que le da tener una red de apoyo entre iguales. Confía en Ovidio pues aún desde la distancia y por muy mal que ella esté tiene la certeza que no llamará a la ambulancia y sabe que pase lo que pase la va a acompañar y sostener. Como decía, acompañar y sostener es una tarea difícil, en palabras de Lea: «Hay que estar curtido para poder acompañar».

Allá donde la violencia psiquiátrica asfixia, allá donde la psiquiatrización quita la autonomía y la capacidad de decisión de los sujetos que define como patológicos, se alza el apoyo mutuo y la confianza en las redes de amistades que se tejen entre las personas psiquiatrizadas. En esas redes eclosiona un aprendizaje en colectivo que proviene de los saberes locos y permite compartir herramientas de supervivencia y trazar estrategias al margen del sistema psiquiátrico para frenar el horizonte de maltrato en el que viven las personas psiquiatrizadas. Se trata de construir alternativas de acompañamiento en el sufrimiento psíquico, que no pasen por «llamar a la ambulancia» para evitar tener que descender a los *círculos* violentos del encierro psiquiátrico. Por eso, Lea aquella noche llamó a Ovidio, porque sabía que Ovidio no iba a

---

<sup>499</sup> 5. Lea: 69.

<sup>500</sup> 5. Lea: 70.

llamar a una ambulancia. Esto está relacionado con el *derecho al delirio* del que hablaba Rosa; con la idea de crear otras redes de apoyo, que ante situaciones de crisis y dolor, respetan, dan tiempo y acompañan sin alarmarse. Tal y como Ovidio hizo aquella noche con Lea.

Con relación a esta idea, Paula Tomé<sup>501</sup> (2014) se inspira en el pacto de la ficción entre el lector y el escritor de los textos literarios y propone los *pactos de cuidados*, para «las relaciones que se establecen entre quien delira, quien/es pululan alrededor del delirio, y el propio delirio como historia» (p. 17). Según explica, los *pactos de cuidado* son acuerdos, de una duración específica, con unas condiciones específicas. Se trata de construir los pactos, otorgar rol de cuidadoras de confianza a personas que los respeten y sentar unas bases para que el delirio sea lo más llevadero posible:

No quiero volver a un hospital, no solo no me sentí cuidada, sino que sufrí una agresión directa en medio de una contención. Para mí, hospital psiquiátrico es sinónimo de psicosis y terror. Por esta razón, los pactos de cuidados fuera de los espacios clínicos se convirtieron en una necesidad. (p. 17)

#### 8.4.2. La Danza de la Tarantela: Un Antídoto para Colectivizar la Herida

Un brote psicótico es un estallido, es un no puedo más. Una crisis de salud mental es un explotar. Un brote psicótico es un explotar, es una explosión, es un ya no puedo más, mi cerebro ya no aguanta más. Mi alma no aguanta más. Mi corazón no aguanta más. Yo no aguanto más.

Esperanza Parra.

Nunca más correré solo.

Fernando Balius, *Desmesura*. 2018.

Ernesto de Martino (2013) investigó la danza de la Taranta<sup>502</sup>, no solo como una reacción a la picadura de la tarántula, sino también como una forma de expresión colectiva cargada de simbolismo y catarsis, una respuesta ritual que ayudaba a las comunidades a confrontar y canalizar los conflictos y tensiones inherentes a su tiempo.

Este ritual colectivo de la tarantela en el Mezzogiorno encuentra ecos en la estructura y función de los GAM. Ambos fenómenos son respuestas colectivas emergentes en momentos de crisis y desafío. En los GAM, al igual que en los círculos de tarantela, las personas se congregan en un acto de comunión y apoyo mutuo. La tarantela, con su ritmo embriagador y danza frenética, proporciona un espacio para la liberación de emociones, actuando como

<sup>501</sup> Paula Tomé es filóloga, Máster en Educación, Género e Igualdad, redactora del blog «¿Esquizoqué?», forma parte del equipo de Radio Prometea y pertenece a Intervoice Network.

<sup>502</sup> El tarantismo es un fenómeno ritual en el que las personas que habían sido picadas por la tarántula debían curarse mediante la música y el baile. Esta era una manera comunitaria y cultural de abordar los problemas individuales, de curarse y quitarse el veneno del cuerpo a través del trance musical. Ernesto De Martino: la Taranta. Véase: [https://www.youtube.com/watch?v=PTi\\_hAdwsR0](https://www.youtube.com/watch?v=PTi_hAdwsR0) [consulta: 4 enero de 2023].

un bálsamo colectivo para las heridas emocionales. La música y la danza son vehículos que permiten la conexión con los demás y, al mismo tiempo, la reafirmación y reconexión con el yo interno.

Lo que subyace en el trabajo de Ernesto de Martino es la comprensión de que esta danza ritual no es simplemente un acto terapéutico, sino que también cumple roles sociales y culturales, aludiendo y enfrentando las tensiones que son endémicas en la vida de las comunidades del Mezzogiorno.

Del mismo modo, a través de los GAM, las heridas y traumas no se quedan en el ámbito individual, sino que se colectivizan. Estos espacios comunitarios permiten a los individuos reconocer y confrontar conjuntamente el dolor y las violencias estructurales que enfrentan. En ambos contextos —la tarantela y los GAM— es el poder colectivo el que emerge como antídoto contra las narrativas y experiencias individualistas y aislantes.

#### **8.4.2.1. Quitarte las Máscaras: El GAM te Permite Ser Tú Misma**

La danza colectiva de la tarantela, tal como fue descrita por Ernesto de Martino, encuentra resonancia en la naturaleza misma del activismo basado en el apoyo mutuo. Ambos se convierten en manifestaciones tangibles del poder del colectivo, de la solidaridad en acción contra las fuerzas del aislamiento. La práctica del apoyo mutuo no solo desafía las convenciones establecidas en el ámbito de la locura, sino que reafirma la creencia de que los individuos tienen la capacidad intrínseca de apoyarse entre sí. Dentro de esta dinámica, el principio de horizontalidad es fundamental, y se aleja deliberadamente de la tradicional relación jerárquica entre el profesional y la persona psiquiatrizada.

De acuerdo con Rosa, el GAM te permite ser tú misma, te permite quitarte las máscaras y hablar de las derrotas:

El GAM también te permite ser tú mismo, quitarte las máscaras, hablar de ti. Pero realmente de ti. Hablar de derrotas, de tu derrota. Lo que pasa es que el moderador ha pasado también por ahí, ha hecho un proceso, ha hecho una recuperación, y también el moderador se siente identificado con el otro. Entonces, es un espacio que a veces es, no sabría muy bien definirlo aparte de mágico porque también le da a la persona la certeza de que cogerse a la vida es posible. De tener una salida, de ver una salida. Yo creo que la mayor de las claves que hacen que un GAM funcione es, por una parte, la humildad del moderador y además, la experiencia del moderador, cuando digo experiencia no es experiencia en moderar, es experiencia en que se haya dado unas buenas ostias en la vida. Y además el GAM tiene algo, es que cuando una persona cae bajo, cuando dices es que más bajo no puedo caer, pues todavía caes más bajo. Todo eso cuando tú haces ese cambio, esa recuperación, cuando te cojes a la vida, cuando cambias tantas cosas, lo negativo se convierte en positivo. Tu imagínate tantas vivencias, vivencias de mierda, las que te puedas imaginar y más, cuando tú haces ese proceso de cambio, eso lo conviertes en positivo, y luego, además, te sientes, mira yo me siento bien, orgullosa, feliz de compartir todo eso. Yo, por ejemplo, cuando estuve encerrada un año en mi casa, autoencierro eso es horrible, pero el hecho de haber conseguido salir y poder compartir todo eso, me da ese puntito de orgullo. Que a la

vez yo creo que un buen moderador debe tener esa humildad de que aunque haya vivido estas situaciones y las haya superado, no vaya de super algo<sup>503</sup>.

#### **8.4.2.2. Moderar un GAM: Es Como si te Hicieras Mayor**

Cada vez que Rosa entra en un GAM dice que todo es nuevo, que siente que no sabe nada y que le queda mucho por aprender. Al preguntarle qué es lo que le ha aportado moderar grupos de GAM, Rosa responde lo siguiente:

Experiencia. El gran privilegio de ver el proceso de una persona. De llegar estar mal y a empezar ese camino de recuperación, esa lucha contra sí misma. Desde que empieza a hablar, ves que luego va haciendo su caminito, y para mí eso es un privilegio. Y luego también es el poder escuchar historias que la gente está contando por primera vez. Porque hasta ese momento han sentido que no podían hablar de ello con nadie. Y eso es grande. Increíble. Guau. Y la pueden compartir contigo. Eso para mí también es muy bonito. Yo creo que el GAM, yo llevo desde el 2014 y 2015 en grupos GAM y demás y he visto muchos procesos de recuperación. Y ha habido quien se ha quedado. Ha habido quien se ha ido. Por ejemplo, he visto la gente más joven que ha estado allí unos meses y luego se ha ido, porque para ellos ya habían hecho un proceso, y ya a lo mejor estaban en otro momento. Pero para ellos ha sido positivo estar en el grupo. Digamos que he vivido cosas muy bonitas en los GAM.

La moderación de GAM el estar atenta, estar pendiente en las otras personas. El poner mi experiencia, compartirla, el tiempo que dedicas. También me ayuda a mí, y me ayuda mucho. Porque cuando tu pasas a moderar un GAM cojes esa responsabilidad y sales de ese espacio de «dame», «dame», «dame», que decidan los otros, que me digan los otros qué hacer. Al espacio de «hago». Comparto. Tomo una responsabilidad. Ese cambio de lugar es increíble. Es una pasada. Yo he visto que las personas que cambian de ser un simple participante en un grupo, ir con una mentalidad de que los otros me resuelvan, al pasar a hacer una formación, y al tener una responsabilidad de moderar un GAM es que les cambia hasta la postura del cuerpo, más erguida. Hay quien incluso ha cambiado la forma de vestir, más cuidada. El cambio es increíble. Y muchas veces el ser moderador es que te cambia, es que les darías gracias a los otros por ayudarte en tu propio proceso, en ese empoderamiento de la visibilidad, de cuando tomas ese rol de compromiso, de responsabilidad. Es como si te hicieras mayor.

---

<sup>503</sup> 2. Rosa: 352.



## INCONCLUSIONES: ¿QUIÉN LO HA SOÑADO?



Ilustración 55. ¿Quién lo soñó?

Ilustración de Sir John Tenniel para *A través del espejo y lo que Alicia encontró allí*.  
Lewis Carroll, 1987, p. 179.

Ahora veamos, gatito: pensemos bien quién fue el que ha soñado todo esto. Te estoy preguntando algo muy serio, querido mío, así que no debieras de seguir ahí lamiéndote una patita de esa manera... (...) *Tuve* que ser yo o *tuvo* que ser el Rey rojo, a la fuerza. ¡Pues claro que él fue parte de mi sueño! ..., pero también es verdad que yo fui parte del suyo. ¿Fue de veras el Rey Rojo, gatito? Tú eras su esposa, querido, de forma que tú debieras de saberlo... ¡Ay gatito! ¡Ayúdame a decidirlo! Estoy segura de que tu patita puede esperar a más tarde. Pero, el exasperante minino se hizo el sordo y empezó a lamerse la otra. ¿Quién creéis *vosotros* que fue? (Carroll, 1987, p. 183)

## EL MUNDO ESPEJADO

Alicia, despierta de su sueño más allá del espejo y le pregunta a su gato: ¿Quién lo ha soñado? Se pregunta si es ella la soñadora que sueña y habita dentro de su sueño o, por el contrario, somos todos parte de un mismo sueño, donde los límites entre soñadora y sueño se desvanecen. El relato concluye con una enigmática pregunta que se queda sin respuesta. Si todos somos parte de un sueño ¿quién está soñando? Lewis Carroll (1987) nos interpela: «¿Quién creéis *vosotros* que fue?» (p. 183).

Cuando Alicia atraviesa el límite el espejo, este se desvanece entre sus dedos, transformándose en una neblina plateada y brillante. Al otro lado, le espera una partida de ajedrez, un viaje a través de un mundo onírico que tiene una lógica radicalmente diferente a la suya. El mundo del espejo nos abre una nueva perspectiva, nos ofrece una imagen que es, al mismo tiempo, perfectamente reconocible y profundamente extraña. Este mundo reflejado, con su peculiar lógica y sus paradojas, invierte la realidad y desafía nuestras percepciones, invitándonos a desentrañar y reevaluar las categorías con las que venimos pensando. Al perturbar y poner en tela de juicio el orden establecido, el mundo espejado provoca un *desbarajuste* (Balandier, 1994).

Tomando en cuenta que el nombre Alicia proviene del griego antiguo *αλήθεια* (*alētheia*), que significa «verdad», la pregunta de Alicia desvela las arbitrariedades arraigadas en nuestro sentido común. Nos posiciona en el límite del *precipicio de la normalidad*, en el umbral de lo culturalmente aceptado, incitándonos a cuestionar la realidad que asumimos como certeza. Alicia nos sugiere la posibilidad de que el mundo en el que habitamos, la cultura que nos cobija y nuestra propia existencia, podrían ser solo un sueño, quizá el sueño del Rey Rojo.

El espejo de Alicia, al igual que la locura, despliega una lógica que desafía lo cotidiano. Representa un espacio liminal que nos muestra la paradoja de los sistemas de clasificación: lo que se considera la *normalidad* no es sino una inconsistente construcción colectiva, que se puede transformar en una bruma brillante, similar a un sueño o una paranoia colectiva. Las *voces de la locura* ponen en entredicho el sentido común y sus más arraigadas asunciones, mostrando que las clasificaciones no son más que construcciones de apariencias basadas en representaciones intrínsecamente arbitrarias. Esta percepción quizá sea la que explique la pulsión clasificatoria (Douglas, 1991) y el ímpetu por sancionar y controlar lo que cada cultura considera que está al otro lado de su espejo.

### Discusión por Objetivos y Preguntas de Investigación

En esta tesis, he profundizado en el alcance de la clasificación entre lo normal y lo patológico, explorando los efectos que tiene esta categorización en la vida de las personas psiquiatrizadas. He descrito, analizado e interpretado cómo sobreviven y se superponen a esta clasificación las colaboradoras de la investigación. Mi problematización ha sido analizar los impactos que generan dichos procesos, desde el punto de vista y las interpretaciones de las personas que los enfrentan

y que participan en los Grupos de Apoyo Mutuo (GAM) o están vinculadas con algún colectivo de activismo loco.

A lo largo de estas páginas, que remiten a múltiples voces, textos, citas, autoras, ilustraciones y diálogos narrativos que cito, evoco, interpreto o metamorfoseo, se ha puesto de manifiesto que, si bien el discurso biomédico de la psiquiatría pretende establecer una clasificación objetiva entre lo que considera normal y patológico, a menudo encubre errores de clasificación y desigualdades sociales y estructurales, así como una variedad de experiencias personales que pueden generar dolor y angustia. Esta visión desemboca en una mirada predominantemente patologizadora y determinista que tiende a individualizar el origen de diversos malestares. Esta perspectiva —que convierte en fijas y objetivas realidades que son en esencia fluidas, cambiantes y subjetivas— se propaga, se internaliza y se adopta de manera incuestionable. Esto ocurre a pesar de que las fronteras de esta categorización se desafíen constantemente, lo que hace que sea difícil romper con ellas.

Para enmarcar y contextualizar mejor las *inconclusiones*<sup>504</sup> de esta tesis, y sobre todo para que sirvan de pre-texto para continuar dialogando e investigando, voy a retomar los objetivos y las preguntas de investigación vinculados a los siguientes epígrafes:

1. Historización y Categorización de la Locura
2. Violencia Institucional en la Psiquiatrización
3. Impacto de la Patologización y la Medicalización
4. Poder Psiquiátrico y Procesos de Resistencia
5. Resignificación de la locura y Reconfiguración Identitaria
6. Recuperación de las Voces Inhabilitadas

### **Historización y Categorización de la Locura**

*Objetivo 1:* Conocer y comprender las repercusiones de las clasificaciones de la psiquiatría hegemónica y las consecuencias de la representación del modelo biomédico de la locura en las vidas de las personas psiquiatrizadas.

*Pregunta de Investigación asociada:* ¿Cómo se ha construido y perpetuado la percepción de la locura a lo largo de la historia, y qué roles sociales cumplen las normativas relacionadas a esta percepción? ¿Qué mecanismos sancionatorios se han erigido con relación a estas normas?

La historización y categorización de la locura nos lleva a un profundo análisis de las concepciones, prácticas y representaciones hegemónicas en torno a la articulación de este fenómeno. En el transcurso de la investigación, se ha puesto de manifiesto cómo el modelo biomédico de la locura, con sus categorizaciones y clasificaciones, no solo ha definido lo que se considera patológico, sino que también ha establecido los parámetros para su tratamiento y gestión.

<sup>504</sup> El concepto de *inconclusiones* se lo debo a Pepi Soto (2021), quien a su vez lo aprendió de Verena Stolcke. Mi agradecimiento se extiende a ambas por esta idea de un «cierre abierto e inconcluso» (p. 310).

Estas clasificaciones, fundamentadas en los regímenes de verdad en torno al poder psiquiátrico y fuertemente teñidas de biologicismo clínico, establecen el marco del saber hegemónico sobre la locura, impactando profundamente en las vidas de las personas psiquiatrizadas. Al abordar la experiencia de la locura, se tiende a obviar los determinantes sociales, culturales o políticos, favoreciendo en su lugar una perspectiva reduccionista. Esta visión promueve un sentido de cronicidad determinista, que atribuye las causas de los malestares principalmente a desbalances neuronales, desatendiendo así otras dimensiones relevantes de la experiencia humana.

Convergiendo con la pregunta de investigación planteada, se ha explorado cómo estas percepciones y construcciones culturales y colectivas de la experiencia de la locura se han perpetuado y transformado a lo largo de la historia. Al analizar el entramado histórico y social de estas categorizaciones, se puede apreciar una estructura de poder que ha buscado controlar, sancionar y, en muchos casos, marginar a quienes no se ajustan a la *normalidad* establecida.

La perspectiva foucaultiana revela cómo la locura, en tanto experiencia y fenómeno, ha sido aprisionada, marginada y patologizada a lo largo de la historia occidental. La arqueología crítica del saber nos desvela la evolución de las lógicas y mecanismos de poder que han legitimado la institucionalización y control de la experiencia de la locura. Es evidente que las categorías, más allá de ser meros sistemas clasificatorios, cumplen roles sociales específicos, estableciendo límites y definiendo lo que es «aceptable» o «no aceptable» dentro de cada cultura y periodo de episteme. Estas reflexiones han sido fundamentales para desentrañar cómo los mecanismos de control de la locura se han manifestado a lo largo de la historia y cómo se ha establecido y legitimado el dispositivo psiquiátrico. Al cuestionar la historicidad de estas instituciones, se revela que las concepciones sobre la naturaleza humana, la moralidad y lo que se considera «normal» no son verdades universales, sino construcciones cambiantes a lo largo del tiempo. Los mecanismos sancionatorios, ya sean institucionales, médicos o sociales, se erigen en torno a estas clasificaciones, perpetuando la visión hegemónica y, a menudo, subyugando a quienes caen fuera de ella.

En síntesis, abordar este objetivo y la pregunta de investigación asociada, nos proporciona una visión crítica y detallada acerca de cómo las representaciones hegemónicas del fenómeno y la experiencia de la locura han impactado y determinado la vida de las personas a lo largo de la historia. Este análisis destaca que estas representaciones de la locura, de lo que se define como normal o anormal en cada cultura y contexto, son en realidad construcciones históricas y contingentes en constante evolución. Más allá del análisis de la investigación, quisiera subrayar que este enfoque crítico se extiende como una invitación a cuestionar las narrativas hegemónicas y a desafiar estas estructuras de poder existentes.

## Violencia Institucional en la Psiquiatrización

*Objetivo 2:* Conocer y comprender las consecuencias de la violencia institucional psiquiátrica y las vulneraciones de derechos en las vidas de las personas que las sufren.

*Pregunta de Investigación asociada:* En el ámbito de la institucionalización psiquiátrica, ¿cuáles son las repercusiones directas e indirectas de la violencia institucional y las transgresiones a los derechos en el día a día y bienestar de las personas sometidas a estos sistemas?

A lo largo de la investigación, se ha evidenciado que la institucionalización psiquiátrica y la violencia intrínseca a ella no se trata de un acto aislado, sino un *continuum* que se manifiesta en múltiples dimensiones, tanto visibles como subyacentes. La profundidad de esta violencia reside en cómo afecta a la identidad, bienestar y el rol social de las personas psiquiatrizadas. Desde el momento del diagnóstico, se crea una discontinuidad (Spindler, 2007) o un tránsito (DeVos, 1981) a un sujeto patologizado, que marca la trayectoria vital de la persona, relegándola a roles desacreditados y marginalizados.

El diagnóstico psiquiátrico, que a primera vista podría parecer una simple clasificación clínica, tiene connotaciones más profundas. Tal como se expone en la tesis, el diagnóstico puede desencadenar una serie de violencias estructurales y simbólicas. Al etiquetar a alguien con un diagnóstico psiquiátrico, se traza una línea de discontinuidad, un umbral que determina y limita su identidad patológica, en términos de «normalidad» y «anormalidad», «cuerdo» y «loco», que en la perspectiva fanoniana delimitaría la línea del ser y del no ser. Esta clasificación se convierte en una armadura conceptual que roba el horizonte de vida y encarcela a la persona dentro de los confines del estigma y el autoestigma.

No se puede problematizar la violencia psiquiátrica sin aludir las prácticas evidentes como las contenciones, la sobremedicación, el aislamiento, el encierro forzoso y el electrochoque, todas ellas analizadas en la tesis. Sin embargo, más allá de esta violencia física, que podría ser vista como la manifestación más evidente, hay niveles subyacentes de violencias que permanecen invisibles. Estas violencias, de carácter simbólico y estructural, impregnan la cotidianidad de las personas psiquiatrizadas, aunque a menudo pasen desapercibidas.

La psiquiatría ha desempeñado un papel crucial en la estigmatización de la locura, asociándola a características como la peligrosidad, la imprevisibilidad y la irracionalidad. Esta imagen distorsionada se perpetúa y refuerza por estructuras culturales y sociales, que llevan a la exclusión y marginación de las personas psiquiatrizadas. Esta estigmatización sirve como justificación para ejercer violencia sobre sus cuerpos, especialmente en aquellos que tienen los diagnósticos percibidos como más «graves».

Si bien he abordado las múltiples dimensiones de la violencia psiquiátrica y he tratado de considerar todos los temas relevantes para la perspectiva de quienes han sufrido esta violencia, es posible que ciertos matices y enfoques no se hayan explorado en su totalidad. Las narrativas que se presentan en la tesis me han permitido ilustrar ideas que son clave en torno a cómo se

gestiona la locura por parte de la institución psiquiátrica, según se desprende de las mismas historias de vida de las colaboradoras. No obstante, la complejidad del fenómeno exige un continuo ejercicio de reflexión y revisión. Desde la perspectiva de la antropología aplicada y comprometida a la que me adhiero, permítaseme subrayar un imperativo ético que considero crucial: hay una necesidad urgente de cuestionar y revisar la prevalente cultura de la coerción del *psistema* y de repensar cómo se aborda y se entiende la locura. En este proceso hacia la revisión, transformación o abolición, es esencial que las *voces de la locura*, las voces de las personas psiquiatrizadas y sobrevivientes de la psiquiatría ocupen un lugar central.

### **Impacto de la Patologización y Medicalización**

*Objetivo 1:* Conocer y comprender las repercusiones de las clasificaciones de la psiquiatría hegemónica y las consecuencias de la representación del modelo biomédico de la locura en las vidas de las personas psiquiatrizadas.

*Pregunta de Investigación asociada:* Considerando las representaciones de la psiquiatría hegemónica sobre la locura, ¿cómo afectan los procesos de patologización y medicalización en la vida de quienes han sido etiquetados desde esta perspectiva, especialmente desde su propia experiencia y punto de vista?

A través de la tesis, se ha desvelado el profundo impacto que ha tenido la patologización y medicalización en la vida de las colaboradoras. La perspectiva biomédica de la psiquiatría hegemónica no solo dictamina cómo se deben interpretar las experiencias de la locura, sino que también dirige las respuestas y tratamientos a estas experiencias. Diagnóstico y medicalización no operan en el vacío, sino inmersos en un marco cultural y económico que favorece ciertas narrativas y prácticas.

La creciente psicologización y la patologización de la sociedad actual ha conducido a una estructura que fomenta una proliferación de discursos terapéuticos, una cultura de autoayuda y un abanico de prácticas orientadas a «curar» y «optimizar» la experiencia emocional individual. Esta corriente cultural, al patologizar la infelicidad y el sufrimiento, desvía el foco de las causas estructurales del problema y coloca en los individuos la carga de su propio malestar. En el marco neoliberal, se observa una tendencia hacia la privatización y mercantilización de las emociones, eclipsando la consideración de soluciones de carácter colectivo o comunitario.

Dentro del avance del capitalismo y la expansión comercial de la psicofarmacología, las tecnologías disciplinarias han evolucionado desde la regulación externa de los cuerpos hacia su integración interna. La investigación ha demostrado que los psicofármacos, más que simples herramientas terapéuticas, pueden funcionar como barreras invisibles que encierran a los sujetos. La medicalización opera como un mecanismo de control y contención neuroquímica que, a base de pastillas e inyectables, disciplina, regula y moldea la subjetividad y las experiencias de las personas psiquiatrizadas. El tradicional modelo de encierro manicomial se ha desterritorializado, deviniendo en la *zombificación* y la cronificación psiquiátrica. Esta sobremedicación se ha

denominado en la tesis como *Stultifera Neoliberalis*, refiriéndose a una prisión polifarmacológica y cronificada en el actual contexto somatopolítico.

En síntesis, la tesis ha analizado empíricamente las afectaciones de la patologización y medicalización de la locura en la vida de las colaboradoras. Se ha mostrado que la encarcelación del diagnóstico puede convertirse en una sentencia para toda la vida que limita el potencial de ser, de hacer y de devenir. No obstante, cada experiencia es única, y hay también quien encuentra significado o dirección a través de sus diagnósticos.

### **Poder Psiquiátrico y Procesos de Resistencia**

*Objetivo 3:* Conocer y comprender las trayectorias, vivencias de vida y aprendizajes de varias personas que han sido psiquiatrizadas y actualmente están vinculadas al activismo loco y a los GAM en salud mental en *primera persona*.

*Pregunta de Investigación asociada:* Frente al poder hegemónico de la psiquiatría, ¿qué estrategias de evasión y resistencia emergen y cómo se manifiestan en procesos de cambio?

Las narrativas de las colaboradoras muestran que, a pesar del poder aplastante y aparente invulnerabilidad de la institución psiquiátrica, siempre emergen espacios para la resistencia. Su percepción de este contexto opresivo les permite construir tácticas y estrategias que se convierten en *líneas de fuga*. Ya sea a través del enmascaramiento de síntomas, como en la situación de Esperanza, o la manipulación de percepciones, tal y como hace Mariona, las colaboradoras buscan y encuentran brechas y resquicios para evadir el control y las restricciones del poder psiquiátrico. Estas micro-resistencias posibilitan la creación de espacios donde se puede alcanzar un grado de autonomía y libertad, incluso en un ambiente tan limitante como el psiquiátrico.

No obstante, en estas intrincadas escenas de poder, la resistencia no es simplemente una reacción al poder dominante. Las colaboradoras, a través de su capacidad de acción, no solo responden o se oponen al poder psiquiátrico; también generan y construyen nuevas formas de ser, existir y reinventarse dentro de los confines que este poder impone. Porque, al final, resistir es crear, y donde hay resistencia —siguiendo la máxima foucaultiana— hay poder, pero también hay un proceso de aprendizaje en el que los saberes, las estrategias y la agencia de las colaboradoras emergen como subterfugio del poder psiquiátrico, y propician espacios creativos de adaptación, resignificación, emancipación y supervivencia cultural.

En el escenario actual, las modalidades de control se han vuelto más difusas y menos perceptibles. Siguiendo a Deleuze (2006), si la resistencia en las sociedades disciplinarias foucaultianas se enfrentaba a barreras físicas claramente demarcadas, como el muro del manicomio, en las actuales sociedades de control, la vigilancia se ha desmaterializado. Estos *muros neuroquímicos* hacen que sea más complejo oponerse a ese poder. En este contexto, se

podría sostener que es más desafiante resistir a esta *camisa de fuerza química* que confrontar los infranqueables muros de un manicomio.

A través de la tesis, se ha constatado que las instituciones y disciplinas de encierro aún persisten con fuerza en nuestra sociedad. No obstante, su presencia no se limita únicamente a las estructuras clásicas de encierro, sino que, han mutado hacia otras formas más sibilinas y expansivas. Estos mecanismos, que abarcan desde la asistencia domiciliaria hasta la psicoterapia, aunque otorgan una ilusión de libertad, no hacen sino ejercer nuevas formas de vigilancia y control, fomentando la adherencia al tratamiento y consolidando una identidad diagnóstica que refuerza el sentido de la enfermedad.

En la tesis, sostengo que el individuo psiquiatrizado queda atrapado en lo que podría denominarse la *Nave de locos del siglo XXI: el Stultifera Neoliberalis*. Un buque polifarmacia que, pese a ofrecer una sensación de apertura, realmente somete al individuo a un confinamiento interno, mientras inmutablemente navega, en un deambular zombi, a través de los circuitos terapéuticos. El recorrido farmacológico se convierte en el viaje vital, y la promesa de rehabilitación se vincula al cumplimiento constante y acrítico de esta travesía medicalizada. En este panorama, resistir va más allá de simplemente oponerse; implica cuestionar y desafiar la estructura que somete al sujeto psiquiatrizado en un ciclo perpetuo de búsqueda de autonomía que parece quimérica. Aquellos que logran desentrañar este laberinto y resistir activamente son quienes, desde su experiencia en *primera persona* y activismo loco, nos invitan a redefinir y repensar el actual paradigma del sufrimiento psíquico conectándolo con el contexto social. La resistencia, por lo tanto, no se encuentra en el simple acto de negar y oponerse al poder hegemónico, sino en el proceso reflexivo, activo y colectivo de cuestionar, comprender y proponer otros horizontes de sentido que devuelven a las personas psiquiatrizadas un horizonte de posibilidad. La resistencia, o más apropiadamente, las resistencias, no son un empoderamiento título individual, sino un embate que es sistémico y que politiza el malestar.

### **Resignificación de la Locura y Reconfiguración Identitaria**

*Objetivo 4:* Conocer y comprender el activismo loco y los colectivos que se autodefinen en *primera persona*: sus marcos culturales, reivindicaciones, discursos y prácticas.

*Objetivo 5:* Comprender el funcionamiento de los GAM: sus valores y significados, explorar qué efectos tienen en la vida cotidiana.

*Pregunta de Investigación asociada:* En el contexto de resistencia al poder psiquiátrico, ¿cómo se despliegan las relaciones de resistencia y qué impacto tienen sobre la identidad y vida de las personas psiquiatrizadas?

En el análisis de la resignificación de la locura y la reconfiguración identitaria, se observa una intersección vital entre la resistencia y la identidad. El poder psiquiátrico, en su afán por homogeneizar y controlar, establece categorías diagnósticas que a menudo restringen y reducen a las personas a meras etiquetas. No obstante, frente a esta realidad opresiva, se alza la voz del

activismo y la resistencia, que no solo desafían estos sistemas de poder y de clasificación, sino también buscan resignificar la locura.

El activismo loco y los colectivos que se autodefinen en *primera persona* emergen como un bastión de resistencia. Estos colectivos no solo ofrecen un espacio seguro para las personas psiquiatrizadas, sino que también se convierten en un medio para desafiar y contrarrestar las narrativas hegemónicas en torno a la locura. Estos espacios colectivos abren una brecha en la hegemonía psiquiátrica y subvierten la perspectiva estigmatizante de la locura del prisma biomédico. En este proceso, se imaginan otras categorías y se resignifica el concepto de locura, convirtiéndolo en un espacio de resubjetivación política y en la afirmación de una identidad social positiva, pues las colaboradoras se reivindican orgullosamente locas.

Los GAM, como espacios de apoyo mutuo, son cruciales en la resignificación de la locura y la reconfiguración identitaria. Las estrategias de autoenunciación que emergen en los GAM, plantean una reflexión profunda sobre los procesos de categorización, identificación y pertenencia. Al pensarse de manera colectiva, y generar nuevos conceptos, palabras y narrativas, se despliega una multiplicidad de posibilidades que amplían las formas de interpretar las propias experiencias vitales. Este proceso facilita a los activistas una evolución en su percepción, una metamorfosis figurativa que los reubica en una posición más favorable, una transición que los sitúa en un lugar de posibilidad, en un renovado horizonte de sentido.

Así las cosas, una conclusión de la investigación vinculada a estos objetivos es que elementos como la colectividad, el apoyo mutuo, el activismo, el lenguaje —entendido como forma de expresión y de acción política—, se transforman en un lugar de resistencia y de cambio y, a su alrededor, se despliegan múltiples acciones y prácticas que devienen en distintas formas de transmisión cultural y de emergencia de saberes que derivan en una reconfiguración identitaria más o menos sólida. Esta idea —la del activismo y el aprendizaje como catalizadores de la transformación identitaria— constituye la esencia de los resultados, según la cual la colectividad, la reciprocidad y el apoyo mutuo en sus diversas, inconstantes y versátiles formas, se convierten en estrategias y redes relacionales de influencia que propician transformaciones, nuevos significados y adaptaciones contextuales, y devienen en espacios de resubjetivación política que se convierten también en un canal para expresar la fragilidad humana, haciendo que el mundo de vida de las colaboradoras sea un lugar más habitable.

Si bien esta grieta que se abre, este horizonte emergente, pueda parecer a momentos incierto y fluctuante, representa sin duda una oportunidad para caminar y avanzar. En ocasiones, el acto de caminar se convierte en un testimonio de que la vida es un viaje y que emprender ese recorrido es una desviación para redescubrirnos, como señalaba Le Breton (2022). Quizá, en ese caminar conjunto, en ese *devenir autre*, en los devenires de las *otras*, es donde el cuerpo colectivo encuentra algo de libertad, donde construye un horizonte de comunidad.

## Recuperación de Voces Inhabilitadas

*Objetivo 6:* Entender la influencia del activismo loco y las formas de transmisión cultural de los GAM en la emergencia de los saberes locos y su impacto en las trayectorias de vida de las personas psiquiatrizadas.

*Pregunta de Investigación asociada:* ¿De qué forma se pueden recuperar y valorar las voces que han sido opacadas por sistemas sancionatorios, y qué perspectivas nos ofrecen acerca de sus reivindicaciones y experiencias?

El reconocimiento de las voces que han sido históricamente silenciadas y desacreditadas forma el núcleo de este análisis sobre el activismo loco y los mecanismos de transmisión cultural en los GAM. A menudo, estas voces, ocultas bajo el peso del estigma y autoestigma, enfrentan una ironía agravante: son opacadas por el mismo sistema que supuestamente pretende «tratarlas».

Para recuperar estas voces que han sido inhabilitadas, se debe de problematizar cómo las voces de lo que se ha denominado la experiencia de la locura, han sido negadas e invisibilizadas a lo largo de la historia. La subalternidad no carece de voz debido a la imposibilidad intrínseca de estas personas para expresarse, sino debido a una estructura social que las silencia sistemáticamente (Asensi, 2009). Al desentrañar estas sujeciones que silencian a las *voces de la locura*, se abre una perspectiva para promover acciones políticas destinadas a desafiar las interpretaciones hegemónicas y erosionar los *precipicios* de la normatividad simbólica dominante. Pues, después de todo, estos discursos que inhabilitan no son mundos inmutables; siguiendo la lógica foucaultiana, son creaciones culturales históricamente constituidas, por ende, son susceptibles de ser desafiadas e impugnadas.

A lo largo de esta investigación, se destaca que la colectividad de las colaboradoras se convierte en una fuente de experiencias y en el origen de una comunidad cultural desde la cual emerge este saber específico que se comparte en los grupos de activismo loco y los GAM. Los «saberes locos» emergen del cuerpo colectivo del activismo como una fuente legítima para la interpretación de la locura, y representan un giro epistemológico en la jerarquía del conocimiento, desafiando el discurso psiquiátrico hegemónico. El saber derivado de la experiencia y las interpretaciones de la locura en *primera persona* no se limita a ser un saber en *primera persona*, como se ha impuesto desde la psiquiatría a partir de la dicotomía «saber experto» y «saber de la experiencia». Más bien, el de la *primera persona* constituye un tipo de conocimiento que va más allá y trasciende estas categorías, convirtiéndose en una *primera persona colectiva* que suma todos los relatos. Se trata de un saber y un aprendizaje cultural fluido, transversal y en constante proceso de resignificación. Esto es especialmente valioso, ya que les permite trascender las categorías biomédicas individualizadoras y abordar sus experiencias desde una perspectiva más libre y un sentido más comunitario, que va más allá de su propio relato individual.

En la tesis, se muestra que las *voces de la locura* son voces, vivencias, interpretaciones y resignificaciones de la locura que se fundamentan en la voluntad de existir y en la necesidad de reconocimiento, y que muestran la capacidad humana de adaptación, de resistencia y de

transformación. El contexto del activismo proporciona a las colaboradoras un espacio de sociabilidad y solidaridad mutua que se convierte en un camino hacia la exploración de nuevos horizontes de sentido. Son procesos de aprendizaje en los que *se aprende mientras tanto* (Soto, 2021), y en los que las colaboradoras construyen y reelaboran sus propios sentidos sobre sus experiencias y sobre el mundo. Procesos de aprendizaje individuales y colectivos vinculados a la propia vida (Soto, 2021), que se articulan en el apoyo mutuo, en la sociabilidad y las acciones compartidas, y que propician procesos de transformación identitaria que devienen en espacios de resubjetivación política, que abren una brecha en el sistema y que contribuyen a la construcción de un sentido de comunidad.

### Continuidades...

—Lee esos versos —ordenó el Rey.

El Conejo Blanco se puso las gafas.

—Con la venia de Su Majestad, ¿por dónde tengo que comenzar? —preguntó.

—Comienza por el comienzo —dijo el Rey con tono grave—, y continúa hasta que llegues al fin; entonces para.

Lewis Carroll, *Alicia en el País de las Maravillas*, 1985.

El Rey dice: «Comienza por el comienzo y continúa hasta que llegues al fin; entonces para» (Carroll, 1985, p. 159). Sin embargo, en la elaboración de una tesis, determinar ese «fin» no es tan sencillo, pues se presenta como un horizonte en perpetuo desplazamiento. Quizá sea esa la razón de ser de las continuidades: esbozar ese horizonte y señalar caminos para seguir avanzando. Pues si algo he aprendido en este viaje etnográfico, es que como indica el Gato de Cheshire, si caminas lo suficiente siempre llegas a alguna parte.

Una de mis directoras, Pepi Soto, me ha dicho en más de una ocasión: «las tesis son proyectos inacabados que abren caminos nuevos para seguir explorando». Así, el cierre de una tesis no representa un punto final, sino más bien un interludio que nos incita a descubrir nuevas madrigueras y lugares de mutación. Al final, el espejo siempre estará ahí, invitándonos a cruzar de nuevo y seguir explorando el onírico tablero de ajedrez.

En la introducción, describía este trabajo como una etnografía mutante, un mosaico interconectado de voces, contextos, tramas, vivencias y tránsitos de vida rememorados y relatados. Un texto lleno de palabras de *otras*, entrelazadas en un amasijo de fragmentos de imaginación y reflexión, donde las conclusiones son *inconclusiones* que muestran la naturaleza parcial, inacabada y discutible del conocimiento.

Este es un texto permeado de ausencias; cada relato que incluyo inevitablemente implica otro que queda omitido, una historia no contada o que podría haberse contado mejor. Geertz (1989) refirió la inadecuación de las palabras a la experiencia como *la cárcel del lenguaje*. Esta cárcel nos muestra lo parcial y lo relativo de cada etnografía, pues en la construcción de cada apartado, en cada recorte, en cada exclusión, en cada interpretación una se pierde en la insalvable distancia entre el lenguaje y el mundo. Evidenciando —como decía en el epígrafe del *Cubo de Rubik*—

lo fragmentario e inabarcable que resulta tratar de trasladar un mundo inconmensurable a un texto cerrado. Quizá esta sea otra razón de ser de las continuidades: tratar de retomar lo omitido, aunque eso conlleve nuevas y sucesivas ausencias, creando un ciclo interminable de vacíos, en una espiral de eclipses.

En una tesis, las preguntas con frecuencia se metamorfosean en respuestas, y esas respuestas, paradójicamente, plantean nuevos interrogantes. Vuelvo a recordar a Artaud (1980), para revelar que escribir una tesis es *arder en preguntas*. Comencé este trabajo con la intención de explorar la proliferación de etiquetas diagnósticas en el contexto escolar, pero la madriguera del conejo quiso llevarme por otros caminos. A este respecto, Foucault (2013) reflexionaba:

No creo que sea necesario saber con exactitud qué soy. (...) Si uno supiera, cuando empieza a escribir un libro, lo que va a decir al final, ¿cree que tendría el valor de escribirlo? Lo que vale para la escritura y para una relación amorosa vale también para la vida. La cosa solo vale la pena en la medida en que ignoramos como terminará. (Foucault, 2013, p. 231)

Otro autor al que profunda y personalmente aprecio, Cioran, señalaba con su penetrante y lúgubre lucidez que un libro es un suicidio postpuesto. Encuentro en la tarea de redactar una tesis ecos de ese sentimiento. Al confrontar el desenlace, es inevitable sentir un abismo de vacío. Cioran, en su particular introspección reflexionaba: «deberíamos cambiar de nombre después de cada experiencia importante» (Liiceanu, 1995, p. 33). Me pregunto cuál será mi nombre tras esta experiencia. Cioran contemplaba su pasado no como un recuerdo, sino como un delirio; una perspectiva que, en su renovación, le empujaba a renegar de su yo previo. Esta tesis podría haber tomado 43 trillones de combinaciones distintas, tal vez mejores. Y sospecho que, una vez asentado el punto final, me abstendré de volver sobre estas líneas durante un lapso, evitando así torturarme con fallos no vistos y, al estilo Cioran, repudiar mi yo previo.

Decía que lo mejor que se le puede desear a un texto es que cuente con buenas lectoras. Para este trabajo, del que ahora debo desprenderme, es mi sincero deseo. Espero que encuentre lectoras dispuestas a mantener vivo el diálogo, que se aventuren a reinterpretar, debatir y cuestionar las ideas aquí plasmadas, propiciando la construcción de un conocimiento colectivo que sirva como puente hacia la transformación. Con esa esperanza en mente, quisiera proponer algunas posibles continuidades y nuevos derroteros para este trabajo.

\* \* \*

Impacto a largo plazo en las trayectorias de vida: Dentro de las profundidades de cualquier investigación, siempre emergen nuevas curiosidades y oportunidades para expandir la comprensión. El activismo loco y los GAM han surgido como espacios de resistencia y resignificación de la locura. Una aproximación inicial sugiere que, efectivamente hay transformaciones significativas. No obstante, para comprender de manera más integral el efecto de la participación en estos espacios, un estudio longitudinal sería interesante. Este enfoque no solo permitiría rastrear los cambios en la vida de las colaboradoras a lo largo del tiempo, sino que también ofrecería una visión más amplia de cómo estos espacios contribuyen a la reconfiguración de sus trayectorias

de vida. Por ejemplo, una línea particularmente sugerente de investigación sería entender cómo la sobremedicación que algunas colaboradoras pueden haber experimentado previamente se compara y contrapone con las vivencias post-inclusión en los GAM y el activismo loco. Sería interesante realizar una exploración más profunda, que permita no solo entender el impacto más inmediato de la participación, sino también cómo estas experiencias continúan moldeando las trayectorias de vida de las colaboradoras. Dicho estudio podría ofrecer herramientas para el diseño y mejora de futuros GAM y otras intervenciones.

Profundizar en las voces que siguen silenciadas: Hay una diversidad de experiencias y voces que convergen en la vastedad del ámbito del malestar psíquico. Mi trabajo ha buscado dialogar con las voces de activistas que participan en los GAM, de forma que, tienen un discurso más o menos politizado. No obstante, más allá de los grupos activistas, existen otras voces, personas muy cronificadas, que no tienen este discurso politizado. Voces que deambulan en los *círculos del psistema*, que siguen silenciadas y que merecen ser escuchadas.

Comparaciones geográficas y culturales: Dado que he abordado el activismo loco y los GAM en el contexto específico del Estado español, sería interesante comparar estos movimientos y saberes en distintos contextos culturales. Profundizar en comparaciones geográficas puede ser interesante por varias razones. Por una parte, aporta una diversidad de experiencias y variaciones. Asimismo, se produce una transferencia de conocimientos, en la que se podrían aplicar y adaptar experiencias que han demostrado ser significativas en otros contextos. Además, al expandir el alcance geográfico y cultural de la investigación, no solo se enriquece la comprensión sobre los movimientos, sino también se fomenta un diálogo global que puede ayudar a tejer conexiones y construir solidaridades.

Interseccionalidad en el activismo loco: La lucha del activismo loco, no es aislada, sino que se sitúa dentro de un entramado más amplio de luchas y experiencias individuales y colectivas. La noción de interseccionalidad, propuesta por Kimberlé Crenshaw (1989), nos ofrece una herramienta conceptual para entender cómo las múltiples identidades —como la clase social, género, raza, orientación sexual y otras— se entrelazan, interactúan y a menudo se amplifican, delineando patrones únicos de opresión y resistencia. Abordar la interseccionalidad dentro del activismo loco implica desentrañar una diversidad de experiencias para analizar cómo las estructuras de poder influyen en la psiquiatrización y el estigma relacionado.

Tecnología y activismo loco: En un mundo cada vez más digital, sería relevante analizar cómo las plataformas digitales y las redes sociales están siendo utilizadas en el activismo loco y en los GAM y cómo están impactando en la visibilidad en la difusión de los saberes locos. Por una parte, las narrativas que anteriormente estaban confinadas a espacios físicos ahora tienen el potencial de alcanzar audiencias globales en un instante. El escenario digital presenta la democratización de la voz, las redes sociales proporcionan una plataforma desde la cual compartir experiencias y hacer denuncias. Además, la tecnología permite la formación de comunidades virtuales en las que las personas pueden encontrar apoyo, compartir recursos y construir redes más allá de las limitaciones geográficas. También resulta relevante en este contexto, la difusión de saberes locos,

poder compartir materiales educativos como las guías para la desmedicalización, guías para situaciones de crisis, entre otras. Haciendo que sean fácilmente accesibles ampliando su alcance. Aunque esta visibilidad también puede traer consigo desafíos, pues si bien las plataformas digitales aumentan la visibilidad, también pueden dar lugar a la sobrexposición o a que se desvíe el mensaje central del activismo.

La última continuidad que propongo retoma mis propias raíces en este proyecto: el estudio sobre la proliferación de etiquetas diagnósticas en el ámbito escolar. Como he detallado en la introducción, al principio de este viaje, mi objetivo se centraba precisamente en desentrañar cómo se originan y estructuran estos diagnósticos en el contexto escuela. Si bien, con la pandemia mi tesis cambió de rumbo y me caí por la madriguera del conejo, este tema sigue siendo una cuestión no resuelta que deseo retomar. Me gustaría profundizar en los modelos de diagnóstico, así como en las consecuencias e impactos de la patologización y la medicalización en el contexto escolar.

\* \* \*

El sueño de Alicia es una brecha que se abre, un horizonte lleno de posibilidades. Tal y como destacó Judi Chamberlin, (1979), el sistema psiquiátrico no solo lacera a quienes están directamente inmersos en él; su alcance se extiende a toda la sociedad, perpetuando estigmas y alimentando miedos. Mi principal anhelo ha sido dialogar, escuchar y aprender de las *voces de la locura*. He sostenido que para abordar la locura es esencial visibilizar y confrontar las violentas estructuras sistémicas que atraviesan a los cuerpos de las «locas» y los «locos». Mi propósito ha sido investigar para comprender y comprender para tratar de transformar. Mientras continúo reivindicando el inalienable *derecho al delirio*, permítaseme recordar que la libertad es una verdad colectiva: nadie es verdaderamente libre a menos que lo seamos todas. Además, créanme que cualquiera puede enloquecer, o más bien, a cualquiera la pueden enloquecer en determinadas circunstancias. Como bien escribe Kate Millett (2019), hay un destino que, al fin y al cabo, tenemos antes nosotras toda la vida, que es «perder la razón».

*Game Over... Continue?...*



## BIBLIOGRAFÍA

- Abu-Lughod, Lila. (1991). Writing Against Culture, en Fox, Richard G. (Ed.) *Recapturing Anthropology*, (pp. 137-161). School of American Research Press.
- Achotegui, Joseba. (2000). Los duelos de la migración. *Jano, Psiquiatría y Humanidades*, 2, 15-19.
- Achotegui, Joseba. (2004). Emigrar en situación extrema: el Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). *Norte de Salud Mental*, 5(21), 39-52.
- Ahmed, Sara. (2004). Collective feelings: or, the impressions left by others. *Theory, culture & society*, 21(2), 25-42. <https://doi.org/10.1177/026327640404042133>
- Ahmed, Sara. (2019). *La promesa de la felicidad. Una crítica cultural al imperativo de la alegría*. Caja Negra.
- Arjona, Ángeles & Checa, Juan Carlos. (1998). Las historias de vida como método de acercamiento a la realidad social. *Gazeta de antropología*, 14, (10), 1-16. <http://hdl.handle.net/10481/7548>
- Alegre, Elisa. (2021). *Stultifera Domus. Del manicomio a la institución doméstica total: vida cotidiana, familia y esquizofrenia. [Tesis doctoral]*. Universitat Rovira i Virgili. <http://hdl.handle.net/10803/673090>
- Alighieri, Dante. (2021). *La Divina Comedia*. Edición bilingüe anotada de Juan Barja y Patxi Lanceros. Abada editores.
- Allan, William. (2013). *Euripides: Medea*. Bloomsbury Publishing.
- Álvarez, José María. (2008). *La invención de las enfermedades mentales*. Gredos.
- Anderson, Benedict. (1993). *Comunidades imaginadas. Reflexiones sobre el origen y la difusión del nacionalismo*. FCE.
- Angrosino, Michael. (2012). *Etnografía y observación participante en Investigación Cualitativa*. Ediciones Morata.
- Antonucci, Giorgio. (2018). *El prejuicio psiquiátrico. Katrakak*.
- Anzaldúa, Gloria. (1999). *Borderlands/la frontera. The new mestiza*. Aunt Lute Books.
- Appadurai, Arjun. (1988). Putting Hierarchy in Its Place. En *Cultural Anthropology*, Volume 3, 1, (pp. 36-49). Place and Voice in Anthropological Theory.
- Appadurai, Arjun. (1990). Disjuncture and Difference in the Global Cultural Economy. *Public Culture*, 2, 1-24.

- Appadurai, Arjun. (1991). Global Ethnoscapes. Notes and Queries for a Transnational Anthropology. En Fox, R. (ed.) *Recapturing Anthropology. Working in the Present*. School of American Research Press.
- Appadurai, Arjun. (1996). *Modernity at Large: Cultural Dimensions of Globalization*. University of Minnesota Press.
- Ardèvol, Elisenda, Beltrán, Marta, Callén, Blanca, & Pérez, Carmen. (2003). Etnografía virtualizada: la observación participante y la entrevista semiestructurada en línea. *Athenea digital*, 3, 72-92. <https://raco.cat/index.php/Athenea/article/view/34111>
- Ardèvol, Elisenda, & Gómez-Cruz, Edgar. (2012). Digital ethnography and media practices. *The international encyclopedia of media studies: research methods in media studies*, Volume 7, (pp. 498-518). Fabienne Farling-Wolf.
- Ardèvol, Elisenda, & Lanzeni, Débora. (2014). Visualidades y materialidades de lo digital: caminos desde la antropología. *Anthropologica*, 33, 11-38.
- Arendt, Hannah. (1999). *Eichmann en Jerusalén. Un estudio sobre la banalidad del mal*. Lumen.
- Artaud, Antonin. (1980). El pesa-nervios. Visor de poesía.
- Artaud, Antonin. (2005). *El arte y la muerte / Otros escritos. Caja negra*.
- Artaud Antonin. (2006). Cartas desde Rodez III. Fundamentos.
- Asensi, Manuel. (2009). La subalternidad borrosa. Un poco más de debate en torno a los subalternos. En G. Spivak, *¿Pueden hablar los subalternos?* (pp. 9-41). Macba.
- Augé, Marc. (1995). *Los «no lugares»: Espacios del anonimato. Una antropología de la sobremodernidad*. Gedisa.
- Augé, Marc. (2005). *Qué es la antropología*. Paidós.
- Augé, Marc. (2007). *Por una antropología de la movilidad*. Gedisa.
- Bajtín, Mijaíl. (2004). *The Dialogic Imagination*. University of Texas Press.
- Balandier, Georges. (1993). *El desorden. La teoría del caos y las ciencias sociales*. Gedisa.
- Balandier, Georges. (1994). *El poder en escenas. De la representación del poder al poder de la representación*. Paidós.
- Balius, Fernando. (2018). *Desmesura. Una historia cotidiana de locura en la ciudad*. Bellaterra.
- Balius, Fernando. (11 de diciembre de 2020). 75 horas. *Ctxt. Contexto y acción*. Recuperado el 20 diciembre de 2021, de <https://ctxt.es/es/20201201/Firmas/34410/Andreas-Fernandez-muerte-psiquiatria-hospital-asturias-Fernando-Balius.htm>
- Balius, Fernando. (15 de noviembre de 2022). ‘Por si las voces vuelven’: de bruces contra el fenómeno editorial del año. *Ctxt. Contexto y acción*. Recuperado el 20 diciembre de 2022, de <https://ctxt.es/es/20221101/Firmas/41255/por-si-las-voces-vuelven-locura-brote-psicotico-estructural-individualismo-autoayuda-fernando-balius.htm>

- Barcala, Cristina. (10 de mayo de 2023). Dos años sin medicación: entre la autodefensa y la sanación. *Pikara Magazine*. Recuperado el 3 de agosto de 2023, de <https://www.pikaramagazine.com/2023/05/dos-anos-sin-medicacion-la-autodefensa-la-sanacion/>
- Barley, Nigel. (1989). *El antropólogo inocente. Notas desde una choza de barro*. Anagrama.
- Barth, Frederick. (1976). *Los Grupos Étnicos y sus Fronteras*. Fondo de Cultura Económica.
- Basaglia, Franco. (1972). *La institución negada. Informe de un hospital psiquiátrico*. Barral Editores.
- Bastide, Roger. (1983). *Sociología de las enfermedades mentales*. Siglo XXI.
- Bataille, Georges. (1988). *Inner experience*. Suny press.
- Bataille, Georges. (1988a). *Guilty*. Lapis press.
- Bataille, Georges. (1989). *The accursed share: an essay on general economy*. Zone books.
- Baudelaire, Charles. (2008). *Spleen de París. Pequeños poemas en prosa*. Visor libros.
- Baudelaire, Charles. (1982). *Las flores del mal*. Orbis.
- Bauman, Zygmunt. (7 de noviembre de 2016). En el mundo actual todas las ideas de felicidad acaban en una tienda. *El mundo*. Recuperado el 22 de abril del 2021, de <https://www.elmundo.es/papel/lideres/2016/11/07/58205c8ae5fdeaed768b45d0.html>
- Bhabha, Homi K. (2002). *El lugar de la cultura*. Manantial.
- Blake, William. (2020). *Augurios de Inocencia*. Cátedra.
- Blanchot, Maurice. (1992). *The step not beyond*. Suny press.
- Blanchot, Maurice. (1993). *The infinite conversation*. University of Minnesota Press.
- Blanchot, Maurice. (1995). *The madness of the day*. Station Hill press.
- Belloc, Marcio Mariath. (2011). *Homem-sem-história. A narrativa como criação de cidadania. [Tesis doctoral]*. Universitat Rovira i Virgili. <http://hdl.handle.net/10803/32220>
- Benjamin, Walter. (2018). *Iluminaciones*. Taurus.
- Bentall, Richard. 2011. *Medicalizar la mente. ¿Sirven de algo los tratamientos psiquiátricos?* Herder.
- Beorlegui, David. (2019). Capítulo 7. *Historia oral e historias de vida: subjetividad, memoria y feminismo(s)*. En *Otras formas de (des)aprender: investigación feminista en tiempos de violencia, resistencias y decolonialidad*, (pp.129-146). Universidad del País Vasco — Hegoa — Simiref.
- Beresford, Peter. (7 de octubre de 2014). Mad studies brings a voice of sanity to psychiatry. *The Guardian*. Recuperado el 9 de noviembre de 2021, de <https://www.theguardian.com/society/2014/oct/07/mad-studies-voice-of-sanity-psychiatry>
- Beresford, Peter. (2020). 'Mad', Mad studies and advancing inclusive resistance. *Disability and Society*, 35(8), 1337-1342. <https://doi.org/10.1080/09687599.2019.1692168>
- Bertaux, Daniel. (2005) *Los relatos de vida. Perspectiva etnosociológica*. Bellaterra.
- Blech, Jörg. (2005). *Los inventores de enfermedades. Cómo nos convierten en pacientes*. Destino.

- Boltanski, Luc, & Chiapello, Ève. (2002). *El nuevo espíritu del capitalismo*. Akal.
- Borges, Jorge Luis. (1932). *Discusión*. Ediciones Neperus.
- Borges, Jorge Luis. (1977). *El libro de arena*. Alianza.
- Borges, Jorge Luis. (2005). *Ficciones*. Alianza.
- Bourdieu, Pierre. (2007). *La miseria del mundo*. Fondo de Cultura Económica.
- Bourdieu, Pierre, & Wacquant, Loïc. (1995). *Respuestas por una antropología reflexiva*. Grijalbo.
- Bourdieu, Pierre & Wacquant, Loïc. (2005). *Una invitación a la sociología reflexiva*. Siglo XXI.
- Bracken, Patrick, & Thomas, Philip. (2001). Postpsychiatry: a new direction for mental health. *BMJ*, 322(7288), 724-727. <https://doi.org/10.1136/bmj.322.7288.724>
- Brant, Sebastian. (1998). *La nave de los necios*. Akal.
- Burstow, Bonnie. (1992). *Radical feminist therapy: working in the context of violence*. Sage Publications.
- Burstow, Bonnie. (2014). The whitening away of psychiatry: an attrition model for antipsychiatry. En Burstow, Bonnie, LeFrançois, Brenda y Diamond, Shaindl. (eds.) *Psychiatry disrupted. Theorizing resistance and crafting the (R)evolution* (pp. 34-51). McGill-Queen's University Press.
- Butler, Judith. (1997). *Lenguaje, poder e identidad. Síntesis*.
- Butler, Judith. (2002). *Cuerpos que importan: sobre los límites materiales y discursivos del sexo*. Paidós.
- Butler, Judith. (2007). *El género en disputa: El feminismo y la subversión de la identidad*. Paidós.
- Caellas, Marc. (2022). *Notas de suicidio*. La uña rota.
- Calvino, Italo. (2013). *Las ciudades invisibles*. Siruela.
- Campos, Ricardo, & Huertas, Rafael. (2008). Los lugares de la locura: reflexiones historiográficas en torno a manicomios y su papel en la génesis y desarrollo de la psiquiatría. *Arbor*, 184(731), 471-480. <https://doi.org/10.3989/arbor.2008.i731.197>
- Camus, Albert.** (2003). *Calígula*. Alianza.
- Canals, Josep. (2002). *El regreso de la reciprocidad. Grupos de ayuda mutua y asociaciones de personas afectadas en la crisis del Estado de Bienestar. [Tesis doctoral]*. Universitat Rovira i Virgili. <https://www.tdx.cat/handle/10803/8411>
- Canals, Josep. (28 de junio de 2015). Los Grupos de Apoyo Mutuo: una presentación actual de la reciprocidad, de Josep Canals. *Primera vocal*. Recuperado el 4 de noviembre de 2021, de <https://primeravocal.org/los-grupos-de-apoyo-mutuo-una-presentacion-actual-de-la-reciprocidad-de-josep-canals/>
- Canclini, Néstor. (2001). *Culturas híbridas*. Gedisa.
- Canetti, Elias. (2005). *La lengua salvada*. Debolsillo.

- Canguilhem, Georges. (2005). *Lo normal y lo patológico*. Siglo XXI.
- Caplan, Paula. (1995). *They say you 're crazy: How the worlds most powerful psychiatrists decide who 's normal*. Addison-wesley.
- Carroll, Lewis. (1985). *Alicia en el país de las maravillas*. Evidal.
- Carroll, Lewis. (1987). *A través del espejo y lo que Alicia encontró al otro lado*. Alianza.
- Casadó, Lina Cristina. (2011). *Los discursos del cuerpo y la experiencia del padecimiento: acciones corporales autolesivas en jóvenes*. [Tesis doctoral]. Universitat Rovira i Virgili. <http://hdl.handle.net/10803/37364>
- Casas, Ana. (2012). El simulacro del yo: la autoficción en la narrativa actual. *La autoficción. Reflexiones teóricas*. Universidad de Alcalá.
- Castañeda, Martha Patricia. (2019). Capítulo 1. Perspectivas y aportes de la investigación feminista. En *Otras formas de (des)aprender: investigación feminista en tiempos de violencia, resistencias y decolonialidad* (pp. 19-40). Universidad del País Vasco — Hegoa — Simiref.
- Castel, Françoise, Castel, Robert & Lovell, Anne. (1980). *La sociedad psiquiátrica avanzada: el modelo norteamericano*. Barcelona: Anagrama.
- Castillo-Parada, Tatiana. (2019). De la locura feminista al «feminismo loco»: Hacia una transformación de las políticas de género en la salud mental contemporánea. *Investigaciones feministas* 10(2), 399-416. <https://doi.org/10.5209/infe.66502>
- Cea-Madrid, Juan Carlos. (2019). *Por el derecho a la locura. La reinención de la salud mental en América Latina*. Proyección.
- Cea-Madrid, Juan Carlos, & Castillo-Parada, Tatiana. (2016). Materiales para una historia de la antipsiquiatría. Balance y perspectivas. *Teoría y Crítica de la Psicología*, 8(2), 169-192. <http://www.teocripsi.com/ojs/> (ISSN: 2116-3480)
- Cea-Madrid, Juan Carlos, & Castillo-Parada, Tatiana. (2021). Enloqueciendo la academia: Estudios Locos, metodologías críticas e investigación militante en salud mental. *Revista Latinoamericana de Metodología de las Ciencias Sociales*, 11(2). <https://doi.org/10.24215/18537863e097>
- Cerecedo, María Jesús, Tovar, Margarita, & Rozadilla, Aurora. (2013). Medicalización de la vida en la consulta. «Etiquetas de enfermedad: todo un negocio». *Atención Primaria*, 45(8), 434-438.
- Cervantes, Miguel de (1966). *Don Quijote de la Mancha*. Bruguera.
- Chamberlin, Judi. (1979). *On Our Own: Patient-Controlled Alternatives to the Mental Health System*. McGraw Hill.
- Chamberlin, Judi. (1998). Confessions of a noncompliant patient. *Journal of psychosocial nursing*, 36(4), 49-52. <https://cpr.bu.edu/wp-content/uploads/2011/11/chamberlin1998b.pdf>
- Chamberlin, Judi. (1994). A psychiatric survivor speaks out. *Feminism & psychology*. 4(2), 282-287. <https://doi.org/10.1177/0959353594042008>

- Chéjov, Antón. (1994). *El pabellón número 6*. Alianza.
- Chesler, Phyllis. (2005). *Mujeres y locura*. Continta Me Tienes.
- Cioran, Emil. (2014). *Del inconveniente de haber nacido*. Taurus.
- Cioran, Emil. (2017). *En las cimas de la desesperación*. Titivillus.
- Clifford, James. (1999). *Itinerarios transculturales*. Gedisa.
- Clifford, James, & Marcus E. George. (1986). *Writing Culture: The Poetics and Politics of Ethnography. A School of American Research Advanced Seminar*. University of California Press.
- CS Info Centre. (2008). Information for consumer/survivors of the mental health system, those who serve us, and those who care about us. *Bulletin*, 374, 1-10.
- Csordas, Thomas J. (1990). Embodiment as a Paradigm for Anthropology. *Ethos*, 18 (1), 5-47.
- Csordas, Thomas J. (1994). *Embodiment and Experience. The Existencial Ground of Culture and Self*. Cambridge University Press.
- Csordas, Thomas J. (1999). Embodiment and cultural fenomenology. En Gail Weiss and Honi Fern Haber (coords.). *Perspectives on Embodiment: The Intersections of Nature and Culture*, (pp. 143-162). Routledge.
- Coll, César (1996). Psicopedagogía: Confluencia disciplinar y espacio profesional. En Monereo, Carles y Solé, Isabel (coords). El asesoramiento psicopedagógico: una perspectiva profesional y constructivista. *Psicología y Educación*. Madrid: Alianza Editorial.
- Coll, César y Miras, Mariana (2001). Diferencias individuales y atención a la diversidad en el aprendizaje escolar, en Marchesi, Álvaro; Coll, César y Palacios, Jesús (comps), *Desarrollo psicológico y educación*, Tomo 2. Madrid: Alianza Editorial.
- Combahee River Collective. (2012). Un manifiesto feminista Negro. *Intersecciones: cuerpos y sexualidades en la encrucijada*, 75-86.
- Comelles, Josep María. (1972). Terapéutica y sociedad. Un caso gallego. *Ethnica*, 4, 49-88.
- Comelles, Josep María. (1977). Interacción familiar y esquizofrenia: Aplicación de un modelo antropológico-social al análisis y terapéutica de un caso clínico. *Revista del Departamento de Psiquiatría*, 4, 23-43.
- Comelles, Josep María. (2006). *Stultifera navis: la locura, el poder y la ciudad*. Milenio.
- Comelles, Josep María, & Martínez-Hernández Ángel. (1994). The Dilemmas of Chronicity: the Transition of Care Policies From the Authoritarian State to the Welfare State in Spain. *International Journal of Social Psychiatry*, 40(4), 283-295. <https://doi.org/10.1177/002076409404000406>
- Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. (2017) Informe de la investigación relacionada con España bajo el artículo 6 del Protocolo Facultativo.
- Conrad, Peter. (2007). *The medicalization of society: on the transformation of human conditions into medical disorders*. Johns Hopkins University Press.

- Cooper, David. (1972). *Psiquiatría y antipsiquiatría*. Paidós.
- Cordero, Alberto. (13 de enero de 2022). La gran evasión y la imposibilidad de escapar. *El salto*. Recuperado el 6 de junio de 2023, de <https://www.elsaltodiario.com/salud-mental/la-gran-evasion-y-la-imposibilidad-de-escapar#:~:text=El%20hombre%2Dmáquina%20ha%20triunfado,más%20flu%C3%ADdo%20entre%20el%20dolor>
- Corominas, Joan. (1987). *Breve diccionario etimológico de la lengua castellana. Tercera edición muy revisada y mejorada*. Gredos.
- Correa-Urquiza, Martín. (2009). *Radio Nikosia: La rebelión de los saberes profanos (Otras prácticas, otros territorios para la locura)*. [Tesis doctoral]. Universitat Rovira i Virgili. <http://hdl.handle.net/10803/8437>
- Correa-Urquiza, Martín (2014). La irrupción posible del saber profano. Hacia una construcción colectiva del conocimiento en salud mental. *Temps d'Educació*, 47 pp. 83-95. <https://radionikosia.org/content/uploads/2019/03/La-irrupci3n-posible-del-saber-profano.pdf>
- Correa-Urquiza, Martín. (2015). *Radio Nikosia: La rebelión de los saberes profanos*, Grupo 5.
- Correa-Urquiza, Martín (2018). La condición del diálogo. Saberes profanos y nuevos contextos del decir. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 38(134) pp. 567-585. <https://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v38n134/2340-2733-raen-38-134-0567.pdf>
- Correa-Urquiza, Martín, Silva, Thomas, Belloc, Márcio & Martínez Hernández, Ángel. (2006). La evidencia social del sufrimiento. Salud mental, políticas globales y narrativas locales. *Quaderns de l'Institut Català d'Antropologia*, 22, 47-69. <https://raco.cat/index.php/QuadernsICA/article/view/121042/201089>
- Correa-Urquiza, Martín, Pié, Asunción, Coll-Florit, Marta, Hernández i Encuentra, Eulàlia & Climent, Salvador. (2020). Orgullo loco y metáforas para una disidencia: un análisis lingüístico y simbólico. *Salud colectiva*, 16, 1-15. <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2886>
- Crawford, Joanne. (1983). *Antropología psicológica. El estudio de la personalidad en la cultura*. Anthropos.
- Crenshaw, Kimberlé Williams. (1989). Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics. *University of Chicago Legal Forum*, 8(1), 139-167.
- Davis, Angela. (2013). *Mujeres, raza y clase*. Akal.
- Dazai, Osamu. (2022). *Indigno de ser humano*. Sajalín.
- de Jong, Joop, & van Ommeren, Mark. (2005). Mental health services in a multicultural society: interculturalization and its quality surveillance. *Transcult Psychiatry*, 42(3), 437-456. <https://doi.org/10.1177/1363461505055625>
- de Juan, Eburne (2008). Bajo una mirada antropológica desterritorializada: imágenes imaginadas de la cultura hip hop en la Cova da Moura. *E-cadernos*, 2, 1-11. <https://doi.org/10.4000/eces.1308>

- de Juan, Edurne (2008a). Prácticas creativas y de intervención: el Rap político en la Cova da Moura, Lisboa. *Forum Sociológico*, 18, 59-66. <https://doi.org/10.4000/sociologico.266>
- de Juan, Edurne. (2021). «(Sobre)vivencias de la psiquiatría»: una aproximación a las subjetividades de la violencia institucional y los activismos locos. *Ponto Urbe*, 29, 1-24. <https://doi.org/10.4000/pontourbe.11029>
- De la Mata, Iván. (2017). Salud mental y neoliberalismo. En R. Huertas, *Salud mental y capitalismo*, (pp.145-160). Cisma Editorial.
- De Martino, Ernesto. (2013). *Sud e magia. Feltrinelli*.
- Deleuze, Gilles. (1990). Qué es un dispositivo, *Michel Foucault filósofo*. Gedisa.
- Deleuze, Gilles. (2000). *Nietzsche. Arena*.
- Deleuze, Gilles. (2006). Post-scriptum sobre las sociedades de control. *Polis. Revista Latinoamericana*(13), 1-4. <http://journals.openedition.org/polis/5509>
- Deleuze, Gilles. (2015). *Foucault*. Paidós.
- Deleuze, Gilles, & Guattari, Félix. (2010). *Mil mesetas: capitalismo y esquizofrenia*. Editorial Pre-Textos.
- Deleuze, Gilles, & Guattari, Félix. (2018). *El Anti-Edipo: Capitalismo y esquizofrenia*. Paidós.
- Derrida, Jacques. (1971). *De la gramatología*. Siglo veintiuno.
- Descola, Philippe. (2005). *Las lanzas del crepúsculo*. FCE.
- de Sousa, Boaventura. (2011). *Introducción: las epistemologías del sur*. CIDOB.
- Desviat, Manuel. (1994). *La Reforma Psiquiátrica*. DOR.
- Devereux, Georges. (1973). *Ensayos de etnopsiquiatría general*. Barral Editores.
- DeVos, George. (1981). *Antropología psicológica*. Anagrama.
- Dick, Philip K. (1988). *Valis*. Ultramar.
- Dillon, Jacqui, Johnstone, Lucy, & Longden, Eleanor. (2012). Trauma, dissociation, attachment and neuroscience: A new paradigm for understanding severe mental distress. *The Journal of Critical, Psychology, Counselling and Psychotherapy*, 12(3), 145-155.
- Dolader, Jose Manuel. (1 de junio de 2021). La calle la toma el orgullo loco. *La Barandilla*. Recuperado el 11 de noviembre de 2021, de <https://www.labarandilla.org/la-calle-la-toma-el-orgullo-loco/>
- Doncelot, Jacques. (1998). *La policía de las familias*. Pre-Textos.
- Donolo, Danilo. (2009). Triangulación: procedimiento incorporado a nuevas metodologías de investigación, *Revista Digital Universitaria*, 10(8), 53. <https://www.revista.unam.mx/vol.10/num8/art53/art53.pdf>
- Double, Duncan. (2002). The limits of psychiatry, *BMJ (Clinical research ed.)*, 324(7342), 900-904. <https://doi.org/10.1136/bmj.324.7342.900>

- Douglas, Mary. (1991). *Pureza y peligro. Un análisis de los conceptos de contaminación y tabú*. Siglo XXI.
- Douglas, Mary. (2009). *Estilos de pensar*. Gedisa.
- Dueñas, Gabriela. (2013). *Niños en peligro: la escuela no es un hospital*. Noveduc.
- Dueñas, Gabriela (2014). *La patologización de la infancia. ¿Niños o síndromes?* Noveduc.
- Durkheim, Emile. (2008). *El suicidio*. Akal.
- Eliade, Mircea. (1988). Lo sagrado y lo profano: naturaleza de la religión*. Labor.
- Ellen, Roy. (2008). *The Categorical Impulse: Essays on the Anthropology of Classifying Behavior*. Berghahn Books.
- Erro, Javier. (2017). Guardar el secreto. Abuso sexual infantil y salud mental, *Kamchatka. Revista de análisis cultural*. 379-393. DOI: 10.7203/KAM. 10.10565 ISSN: 2340-1869
- Erro, Javier. (2021). *Pájaros en la cabeza. Activismo en salud mental desde España y Chile*. Virus.
- Espluga, Eudald. (2021). *No seas tú mismo: apuntes sobre una generación fatigada*. Paidós.
- Esquirol, Josep María. (2005). *Uno mismo y los otros. De las experiencias existenciales a la interculturalidad*. Herder.
- Esteban, Mari Luz. (2004). *Antropología del cuerpo. Género, itinerarios corporales, identidad y cambio*. Bellaterra.
- Esteban, Mari Luz. (2004a). Antropología encarnada. *Antropología desde una misma. Papeles del CEIC*, 12, 1-21.
- Esteban, Mari Luz. (2008). Etnografía, itinerarios corporales y cambio social: apuntes teóricos y metodológicos. En Imaz Martínez M. E. *La materialidad de la identidad*, (pp.135-158). Alianza.
- Esteban, Mari Luz. (2019). Antropología feminista: diálogos y tensiones con la antropología y el feminismo. En *La imaginación feminista. Debates y transformaciones disciplinares*, (pp. 79-113). Los libros de la catarata.
- Fanon, Frantz. (1999). *Los condenados de la tierra*. Txalaparta.
- Fanon, Frantz. (2009). *Piel negra, máscaras blancas*. Akal.
- Farber, Seth. (2012). *The spiritual gift of madness: The failure of psychiatry and the rise of the mad pride movement*. Inner Traditions.
- Favret-Saada, Jeanne. (1990). Être Affecté. *Gradhiva: revue d'histoire et d'archives de l'anthropologie*, 8, 3-9.
- Feixa, Carles. (2006). *De Jóvenes, Bandas y Tribus*. Ariel.
- Fernández, Eloy. (2022). *Los brotes negros. En los picos de ansiedad*. Anagrama.
- Fernández de Rota, José Antonio. (2012). *Una etnografía de los antropólogos en EEUU. Consecuencias de los debates posmodernos*. Akal.

- Ferrándiz, Francisco. (2011). *Etnografías contemporáneas. Anclajes, métodos y claves para el futuro*. Anthropos.
- Fernández, Jaime. (13 de enero de 2018). El relato de Chéjov que horrorizó a Lenin cuando todavía no era Lenin, *La cola de rata*. Recuperado el 10 de enero de 2023, de <https://www.lacoladerata.co/cultura/el-relato-de-chejov-que-horrorizo-a-lenin-cuando-todavia-no-era-lenin/>
- Fernández, James. (1986). *Persuasions and performances: the paly of tropes in culture*. Indiana University Press.
- Fisher, Mark. (2018). *Realismo capitalista. ¿No hay alternativa?* Caja Negra.
- Foucault, Michel. (1966). *Las palabras y las cosas: una arqueología de las ciencias humanas*. Siglo XXI.
- Foucault, Michel. (1977). Historia de la medicalización. *Educación Médica y Salud*, 11(1), 3-25.
- Foucault, Michel. (1984). *Enfermedad mental y personalidad*. Paidós.
- Foucault, Michel. (1984a). De los espacios otros «Des espaces autres». Conferencia dictada en el Cercle des études architecturales, 14 de marzo de 1967, publicada en *Architecture, Mouvement, Continuité*, (5), 46-49.
- Foucault, Michel. (1988). *Un diálogo sobre el poder*. Alianza.
- Foucault, Michel. (1994). *Vigilar y castigar*. Siglo XXI.
- Foucault, Michel (1990). *Tecnologías del yo y otros textos afines*. Paidós.
- Foucault, Michel. (1990a). *La verdad y las formas jurídicas, cuarta conferencia*.
- Foucault, Michel. (1999). *Estrategias de poder*. Paidós.
- Foucault, Michel. (2001). *Los anormales: Curso del Collège de France (1974-1975)*. Akal.
- Foucault, Michel. (2001a). *Nacimiento de la Clínica: una arqueología de la mirada médica*. Siglo XXI.
- Foucault, Michel. (2003). *Hay que defender la sociedad: Curso del Collège de France (1975-1976)*. Akal.
- Foucault, Michel. (2005). *El poder psiquiátrico: Curso del Collège de France (1973-1974)*. Akal.
- Foucault, Michel. (2008). *Seguridad, territorio y población: Curso del Collège de France (1975-1976)*. Akal.
- Foucault, Michel. (2009). *Nacimiento de la biopolítica. Curso en el Collège de France (1978-1979)*. Akal.
- Foucault, Michel. (2011). *El gobierno de sí y de los otros. Curso en el Collège de France (1982-1983)*. Akal.
- Foucault, Michel. (2013). *La inquietud por la verdad. Escritos sobre la sexualidad y el sujeto*. Siglo XXI.

- Foucault, Michel. (2016). *Del gobierno de los vivos. Curso en el Collège de France (1979-1980)*. Akal.
- Foucault, Michel. (2016a). *Enfermedad mental y psicología*. Paidós.
- Foucault, Michel. (2018). *Historia de la locura en la época clásica*. Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, Michel. (2019). *Historia de la sexualidad. Volumen I: La voluntad del saber*. Siglo XXI.
- Foucault, Michel. (2019a). *Microfísica del poder*. Siglo XXI.
- Frances, Allen. (2019). *¿Somos todos enfermos mentales? Manifiesto contra los abusos de la psiquiatría*. Planeta.
- Frank, Leonard Roy. (1990). Electroshock: Death, Brain Damage, Memory Loss, and Brainwashing. *The Journal of Mind and Behavior*, 11(3-4), 489-512.
- Freire, Paulo. (2003). *Pedagogía del oprimido. Siglo XXI*.
- Friedrich, Sebastián. (2018). *La sociedad del rendimiento. Cómo el neoliberalismo impregna nuestras vidas*. Katakarak.
- Frisch, Michael. (1990). *A Shared Authority: Essays on the Craft and Meaning of Oral and Public History*. University of New York Press.
- Fromm, Eric. (1993). *El arte de escuchar*. Paidós Ibérica.
- Furedi, Frank. (2003). *Therapy culture: cultivating vulnerability in an uncertain age*. Routledge.
- Gadamer, Hans-Georg. (1977). *Verdad y método. Sígueme*.
- Gago, Verónica. (2017). Intelectuales, experiencia e investigación militante. Avatares de un vínculo tenso. *Nueva Sociedad* (268), 65-76. <https://nuso.org/articulo/intelectuales-experiencia-e-investigacion-militante/>
- Gaiman, Neil. (2022). *Sandman: País de sueños*. ECC.
- Galeano, Eduardo. (1993). *El libro de los abrazos. Siglo XXI*.
- Galeano, Eduardo. (1998). *Patatas arriba: la escuela del mundo al revés. Siglo XXI*.
- Galtung, Johan. (1998). *Tras la violencia 3R: reconstrucción, reconciliación, resolución. Afrontando los efectos visibles e invisibles de la guerra y la violencia*. Red Gernika 6, Bakeaz y Gernika Gogoratuz.
- Gandarias, Itziar. (2014). *Habitar las incomodidades en investigaciones feministas y activistas desde una práctica reflexiva*. *Athenea Digital*, 14 (4), 289-304. <http://dx.doi.org/10.5565/rev/athenea.1489>
- García, Mar. (2019). Prólogo. Mujeres y locura. En Kate Millet, *Viaje al manicomio*, (pp. 13-20). Seix Barral.
- García, Rosa. (12 de febrero de 2020). ¿Quiénes son los diferentes, los que no valen nada, los usables y desechables? *Fundación espacio público*. Recuperado el 20 de noviembre de 2022, de <https://espacio-publico.com/intervencion/quienes-son-los-diferentes-los-que-no-valen-nada-los-usables-y-desechables>

- García Márquez, Gabriel. (1998). *Doce cuentos peregrinos*. Penguin Random House.
- García Márquez, Gabriel. (2002). *Vivir para contarla*. Mondadori.
- Geertz, Clifford. (1989). *El antropólogo como autor*. Paidós.
- Geertz, Clifford. (2005). *La interpretación de la culturas*. Gedisa.
- Giddens, Anthony. (1993). *Consecuencias de la modernidad*. Alianza Universidad.
- Giddens, Anthoy. (1999). *Un mundo desbocado: los efectos de la globalización en nuestras vidas*. Taurus.
- Gibert, Sandra & Gubar, Susan. (2020). *The madwoman in the attic. The woman writer and the nineteenth imagination*. Yale University Press. <https://doi.org/10.2307/j.ctvxkn74x>
- Gillis, Alex. (2015). *The rise of Mad Studies*. <https://www.universityaffairs.ca/features/feature-article/mad-studies/>
- Gluckman, Max. (1978). *Política, derecho y ritual en la sociedad tribal*. Akal.
- Goffman, Erving. (2004). *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Amorrortu.
- Goffman, Erving. (2006). *Estigma. La identidad deteriorada*. Amorrortu.
- Goffman, Erving. (2019). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Amorrortu.
- Gómez-Ullate, Martin. (2009). *La comunidad soñada. Antropología social de la contracultura*. Plaza y Valdés.
- González, Emilio. (2000). *A unidade de Saúde Mental como «broker» cultural. Alternativas a xestión da loucura nun municipio rural galego. [Tesis doctoral]*. Universidade de Santiago de Compostela.
- Gardoki, Itxaso. (24 de mayo de 2023). Gestión colectiva del malestar para hacer la revolución. *Pikara Magazine*. Recuperado el 1 de junio de 2023, de <https://www.pikaramagazine.com/2023/05/gestion-colectiva-del-malestar-para-hacer-la-revolucion/>
- González, Aurora. (2009). *La dicotomía emicletic: Historia de una confusión*. *Anthropos*.
- González, Rebeca. (2014). Trastorno Límite de la Personalidad y violencia de género. En *Las voces que hay que oír. Alternativas a la psiquiatrización* (pp. 43-45). Monográfico de la Revista Mujeres y Salud. <https://matriz.net/mys36/img/MYS36.pdf>
- Gorman, Rachel, & LeFrançois, Brenda. (2017). Mad studies. En B. Cohen, *Routledge International Handbook of Critical* (pp. 107-114). Routledge.
- Gotzsche, Peter. (2015). *Psicofármacos que matan y denegación organizada*. Libros del lince.
- Gracián, Baltasar. (2012). *El arte de la prudencia*. Planeta.
- Gramsci, Antonio. (2009). *Cuadernos de la cárcel: pasado y presente*. Casa Juan Pablos.
- Greenwood, Davydd. (2000). De la observación a la investigación-acción participativa: una visión crítica de las prácticas antropológicas. *Revista de Antropología Social*, vol. 9, 27-49.
- Guber, Rosana. (2001). *La etnografía. Método, campo y reflexividad*. Norma.
- Guerra, Itxi. (2021). *Lucha contra el capacitismo*. Imperdible.

- Guillén, Claudio (1985). *Entre lo uno y lo diverso. Crítica*.
- Gupta, Akhil & Ferguson, James. (1997). «Más allá de la «cultura»: Espacio, identidad, y la política de la diferencia», *Cultura, Power, Place*. Duke University Press.
- Guyotat, Jean. (1994). *Estudios de antropología psiquiátrica*. FCE.
- Guzmán, Grecia. (2021). Perspectivas y luchas antirracistas en el Movimiento Loco y los Estudios Locos: una revisión. *Quaderns de Psicologia*, 23(3), 1-19. <https://doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.1781>
- Guzmán, Grecia, Pujal, Margot, Mora, Enrico, & García, Dau. (2021). Antecedentes feministas de los grupos de apoyo mutuo en el movimiento loco: un análisis histórico-crítico. *Salud Colectiva*, 17, 1-16. <https://doi.org/10.18294/sc.2021.3274>
- Hacking, Ian. (1986). Making up people. T. Heller (ed.), *Reconstructing Individualism: Autonomy, Individuality in Self Investigation Thought*, (pp. 161-171). Standford University Press.
- Hall, Will. (2012). *Discontinuación del uso de drogas psiquiátricas: una guía basada en la reducción del daño. The icarus Project & Freedom center*.
- Han, Byung-Chul. (2014). *Psicopolítica: neoliberalismo y nuevas técnicas de poder*. Herder.
- Han, Byung-Chul. (2017). *La sociedad del cansancio*. Herder.
- Han, Byung-Chul (2018). *La sociedad de la transparencia*. Herder.
- Han, Byung-Chul (2020). *La desaparición de los rituales*. Herder.
- Hannerz, Ulf. (1998). *Conexiones transnacionales: cultura, gente, lugares*. Cátedra.
- Haraway, Donna. (1995). *Ciencia, cyborgs y mujeres: la reinención de la naturaleza*. Cátedra.
- Harwood, Valerie. (2009). *El diagnóstico de niños y adolescentes problemáticos. Una crítica a los discursos sobre los trastornos de conducta*. Morata.
- Harding, Sandra. (1996). *Ciencia y feminismo*. Morata.
- Harding, Sandra. (2002). ¿Existe un método feminista? En E. Bartra, *Debates en torno a una metodología feminista* (pp. 9-34). UNAM.
- Harding, Sandra. (2004). *The Feminist Standpoint Theory Reader: Intellectual and Political Controversies*. Psychology Press.
- Hayne, Yvonne. (2015). Experiencing diagnosis. En M. van Manen, *Writing in the dark: phenomenological studies in interpretative inquiry* (pp.180-195). Routledge.
- Henry, Jules. (1955). Culture, education and communication theory. En Spindler, G.D. (ed) *Education and anthropology*. Standford University Press.
- Hill Collins, Patricia. (1990). *Black feminist thought: knowledge, consciousness and the politics of empowerment*. Unwin Hyman.
- Hill Collins, Patricia. (2012). 4. Rasgos distintivos del pensamiento feminista negro. En M. Jabardo, *Feminismos negros. Una antología* (pp. 99-134). Traficantes de Sueños.
- Hooks, bell. (2004). 1. Mujeres negras. Dar forma a la teoría feminista. En B. Hooks, A. Brah, & C. A. Sandoval, *Otras inapropiables. Feminismo desde las fronteras* (pp. 33-50). Traficantes de Sueños.

- Hooks, bell. (2017). *El feminismo es para todo el mundo*. Traficantes de sueños.
- Holmes, Douglas & Marcus, George. (2008). Collaboration Today and the Re-Imagination of the Classic Scene of Fieldwork Encounter. *Collaborative Anthropologies*, 1, 81-101.
- Holt, John. (1987). *El fracaso de la escuela*. Alianza.
- Huertas, Rafael. (2008). *Los laboratorios de la norma. Medicina y regulación social en el Estado liberal*. Octaedro.
- Huertas, Rafael. (2011). En torno a la construcción social de la locura. Ian Hacking y la historia cultural e la psiquiatría, *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 3, 437-456.
- Huertas, Rafael. (2020). *Locuras en primera persona: Subjetividades, experiencias, activismos*. Catarata.
- Huxley, Aldous. (1932). *Un mundo feliz*. Seix Barral.
- Ingram, Richard. (2016). Doing Mad Studies: Making (non)sense together. *Intersectionalities*, 5(3), 11-17. <https://journals.library.mun.ca/ojs/index.php/IJ/article/view/1680>
- Illich, Iván. (1975). *Némesis médica. La expropiación de la salud*. Seix Barral.
- Illouz, Eva. (2007). *Intimididades congeladas. Las emociones en el capitalismo*. Katz.
- Illouz, Eva. (2010). *La salvación del alma moderna. Terapia, emociones y la cultura de la autoayuda*. Katz.
- Illouz, Eva, & Cabanas, Edgar. (2019). *Happycracia. Cómo la ciencia y la industria de la felicidad controlan nuestras vidas*. Paidós.
- Jacobson, Ken. (2002). ADHD in Cross-Cultural Perspective: Some Empirical Results. *American Anthropologist*, 104(1), 283-287.
- Jaggar, Alison. (1989). Love and knowledge: Emotion in feminist epistemology. *Inquiry*, 32(2), 151-176. <http://dx.doi.org/10.1080/00201748908602185>
- Jain, Sumeet & Orr, David. (2016). Ethnographic perspectives on global mental health. *Transcultural Psychiatry*.53(6), 685-695. doi:10.1177/1363461516679322
- Juliano, Dolores. (2004). *Excluidas y marginales: una aproximación antropológica*. Cátedra.
- Juliano, Dolores. (2016). Feminismo y sectores marginales. Logros y retrocesos de un diálogo difícil. *Cadernos pagu*(47), 1-31. <https://doi.org/10.1590/18094449201600470004>
- Kleinman, Arthur. (1981). *Patients and Healers in the context of culture. An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*. University of California Press.
- Klossowski, Pierre. (1997). *Nietzsche and the vicious circle*. Athlone press.
- Kropotkin, Piotr (2016). *El apoyo mutuo. Un factor de evolución. Pepitas de calabaza*.
- Lafargue, Paul. (2011). *El derecho a la pereza*. Maia ediciones.
- Lagarde y de los Ríos, Marcela (2005). *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. Universidad Nacional Autónoma de México.

- Lather, Patti. (1986). Research as Praxis. *Harvard Educational Review*, 56(3), 257–278. <https://doi.org/10.17763/haer.56.3.bj2h231877069482>
- Lavant, Christine. (2018). *Notas desde un manicomio. Errata naturae*.
- Le Breton, David. (2016). *El silencio: aproximaciones. Sequitur*.
- Le Breton, David. (2022). *Elogio del caminar. Siruela*.
- LeFrançois, Brenda, Menzies, Robert, & Reaume, Geoffrey. (2013). *Mad matters: A critical reader in Canadian Mad Studies*. Canadian Scholars' Press.
- LeFrançois, Brenda, Beresford, Peter, & Russo, Jasna. (2016). Editorial: Destination Mad Studies. *Intersectionalities: a Global Journal of Social Work Analysis, Research, Polity and Practice*, 5(3), 1-10. <https://journals.library.mun.ca/ojs/index.php/IJ/article/view/1690>
- Le Guin, Ursula K. (1969). *La mano izquierda de la oscuridad. Minotauro*.
- Le Guin, Ursula K. (1976). *El nombre del mundo es bosque. Minotauro*.
- Le Guin, Ursula K. (2018). *Contar es escuchar. Círculo de Tiza*.
- Lehmann, Peter. (2013). Alternativas a la psiquiatría. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 33(117), 137-150. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352013000100010>
- Lévi-Strauss, Claude. (1962). *El totemismo en la actualidad*. FCE.
- Lewis, Bradley. (2006). A mad fight: Psychiatry and disability activism. En L. J. Davis, *The Disability Studies Reader* (pp. 331-354). Routledge.
- Lewis-Fernández, Roberto, & Kleinman, Arthur. (1995). Cultural Psychiatry: Theoretical, Clinical, and Research Issues. *Psychiatric Clinics of North America*, 18(3), 433-448. [https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(18\)30033-9](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(18)30033-9)
- Ley 180 de 1978. (1978, 13 de mayo). Parlamento della Repubblica Italiana. [http://www.ctr.it/back\\_end/file\\_documentazione/Legge%20180-1970.pdf](http://www.ctr.it/back_end/file_documentazione/Legge%20180-1970.pdf)
- Liiceanu, Gabriel. (1995). *E.M. Cioran. Itinerarios de una vida. Los continentes del insomnio. Entrevista con E.M. Cioran. Michalon*.
- Lins, Gustavo. (1989). Descotidianizar. Extrañamiento y conciencia práctica. *Un ensayo sobre la perspectiva antropológica. Cuadernos de Antropología Social* 3,65-69.
- Lispector, Clarice. (1998). *A Paixão Segundo G.H. Rocco*.
- Longden, Eleanor. (2014). Las voces en mi cabeza. En *Las voces que hay que oír. Alternativas a la psiquiatrización* (pp. 5-7). Monográfico de la Revista Mujeres y Salud. <https://matriz.net/mys36/img/MYS36.pdf#page=5>
- Longden, Eleanor, Corstens, Dirk, Escher, Sandra, & Romme, Marius. (2012). Voice hearing in a biographical context: A model for formulating the relationship between voices and life history. *Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches*, 4(3), 224–234. <http://dx.doi.org/10.1080/17522439.2011.596566>
- Longden, Eleanor, Madill, Anna, & Waterman, Mitch G. (2012). Dissociation, trauma, and the role of lived experience: Toward a new conceptualization of voice hearing. *Psychological Bulletin*, 138(1), 28-76. <https://doi.org/10.1037/a0025995>

- Lorde, Audre. (2003). *La hermana, la extranjera. Horas y horas*.
- Lugones, María. (2011). *Hacia un feminismo descolonial. La manzana de la discordia*, 6(2), 105-119.
- Lugones, María. (2011). *Peregrinajes: teorizar una coalición contra múltiples opresiones*. Ediciones del Signo.
- Lynd, Robert. (1939). *Knowledge for What? The Place of Social Sciences in American Culture*. Princeton University Press.
- Lyotard, Jean François. (2006). *La condición postmoderna. Cátedra*.
- Machado, Antonio. (1982). *Campos de castilla*. Cátedra.
- Mad in (S)pain. (12 de marzo de 2017). *Construyendo en común, construyendo lo común. El congreso de Hearing Voices de Alcalá de Henares (Madrid) al completo*. Recuperado el 30 de octubre de 2022, de <https://madinspain.org/congresohearingvoices/>
- Mad in (S)pain. (29 de marzo de 2018). *#0Contenciones: Se agitan porque atamos. Entrevista a Olaia Fernández*. Recuperado el 17 de noviembre de 2022, de <https://madinspain.org/0contenciones-se-agitan-porque-atamos-entrevista-a-olaia-fernandez-redaccion-mad-in-america-hispanohablante/>
- Mainetti, José. (2006). La medicalización de la vida. *Electroneurobiología*, 14(3), 71-89.
- Malo, Marta. (2004). *Nociones comunes. Experiencias y ensayos entre investigación y militancia*. Traficantes de Sueños.
- Marcus, George. (2001). Etnografía en/del sistema mundo. El surgimiento de la etnografía multilocal. *Alteridades*, 11 (22), 111-127.
- Márquez, Soledad, & Meneu, Ricard. (2003). La medicalización de la vida y sus protagonistas. *Gestión y Clínica y Sanitaria*, 5(2), 47-53.
- Martín, Ángel. (2021). *Por si las voces vuelven*. Planeta.
- Martín, Itxaso. (2015). *Eromena, azpimemoria eta isiltasuna(k) idazten: Hutsune bihurtutako emakumeak garaiko gizartearen eta moralaren ispilu*. [Tesis doctoral]. Universidad del País Vasco. <https://addi.ehu.es/handle/10810/17543>
- Martínez-Hernández, Ángel. (1998). *¿Has visto cómo llora un cerezo? Pasos hacia una antropología de la esquizofrenia*. Universitat de Barcelona.
- Martínez-Hernández, Ángel. (1998a). Antropología versus psiquiatría: el síntoma y sus interpretaciones. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 18(68), 645-659.
- Martínez-Hernández, Ángel. (2000). *What's Behind the Symptom? On Psychiatric Observation and Anthropological Understanding*. Harwood Academic Publishers.
- Martínez-Hernández, Ángel. (2008). *Antropología médica: teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Anthropos.
- Martínez-Hernández, Ángel. (2013). Fuera de escena: la locura, lo obs-ceno y el sentido común. En *Evidencias y narrativas en la atención sanitaria. Una perspectiva antropológica*, (pp.199-220). Publicaciones URV — Redeunida. <http://digital.publicacionsurv.cat/index.php/purv/catalog/book/59>

- Martínez-Hernández, Ángel, Perdiguero, Enrique y Comelles, Josep. (2015). Genealogía de la Antropología Médica en España. *Revista de Dialectología y Tradiciones Populares*, 70(1), 205-233. <https://doi.org/10.3989/rdtp.2015.01.010>
- Marx, Karl. (1845). *Tesis sobre Feuerbach*. Recuperado el 17 de noviembre de 2021, de <https://www.marxists.org/espanol/m-e/1840s/45-feuer.htm>
- Marzano, Michela. (2011). *Programados para triunfar: nuevo capitalismo, gestión empresarial y vida privada*. Tusquets Editores S.A.
- Masoud, Fátima. (18 de octubre de 2019). Racismo y salud mental. *El salto diario*. Recuperado el 4 de noviembre de 2021, de <https://www.elsaltodiario.com/opinion/racismo-salud-mental>
- Masoud, Fátima. (28 de abril de 2022). La voz en primera persona. *Orgullo Loco Madrid WordPress*. Recuperado el 30 de octubre de 2022, de <https://orgullolocomadrid.wordpress.com/2022/04/28/la-voz-en-primera-persona%EF%BF%BC/>
- Mbembe, Achille. (2011). *Necropolítica*. Melusina.
- McRuer, Robert. (2006). *Crip Theory: Cultural signs of queerness and disability*. New York University Press.
- McWade, Brigit. (2020). Was it autoethnography? The classificatory, confessional and mad politics of lived experience in sociological research. *Social Theory and Health*, 18(2), 123-137. <https://doi.org/10.1057/s41285-019-00090-4>
- Mead, George Herbert. (1934). *Mind, self and society*. University of Chicago Press.
- Mead, Margaret. (1990). *Adolescencia y cultura en Samoa*. Paidós.
- Mead, Margaret. (1994). *Masculino y femenino*. Biblioteca nueva.
- Medina, Rocío. (2019). Capítulo 6. Aplicaciones metodológicas en feminismos y de(s) colonialidad. En *Otras formas de (des)aprender: investigación feminista en tiempos de violencia, resistencias y decolonialidad*, (pp.111-128). Universidad del País Vasco — Hegoa — Simiref.
- Menéndez, Eduardo. (1984). El modelo médico hegemónico: transacciones y alternativas hacia una fundamentación teórica del modelo de autoatención en salud. *Arxiu d'etnografia de Catalunya*, 3, 84-119.
- Merini, Alda. (2019). *La otra verdad: diario de una diversa*. Mármara.
- Merini, Alda. (2021). *La loca de la puerta de al lado*. Tránsito.
- Merton, Robert. (2003). *Teoría y estructura sociales*. FCE.
- Millett, Kate. (1995). *Política sexual*. Cátedra.
- Millett, Kate. (2019). *Viaje al manicomio*. Seix Barral.
- Mills, C. Wright. (1959). *The Sociological Imagination*. Oxford University Press.
- Moncrieff, Joanna. (2007). Co-opting psychiatry: The alliance between academic psychiatry and the pharmaceutical industry. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 16(3), 192-196. <http://dx.doi.org/10.1017/S1121189X00002268>

- Moncrieff, Joanna. (2008). *The myth of the chemical cure: a critique of psychiatric drug treatment*. Palgrave macmillan.
- Moncrieff, Joanna. (2013). *Hablando claro: Una introducción a los fármacos psiquiátricos*. Herder.
- Moore, Henrietta L. (2009). *Antropología y feminismo*. Cátedra.
- Morin, Edgar. (2000). *Introducción al pensamiento complejo*. Gedisa.
- Morrison, Linda. (2013). *Talking back to psychiatry: The psychiatric consumer/survivor/ex-patient movement*. Routledge.
- Morrison, Toni. (2004). *Beloved*. Debolsillo.
- Murphy, Henry B. (1982). *Comparative psychiatry: the international and intercultural distribution of mental illness*. Springer-Verlag.
- Nathan, Tobie. (1986). *La folie des autres*. Dunod.
- Nietzsche, Friedrich. (1978). *Thus spoke Zarathustra: a book for all and none*. Penguin.
- Nietzsche, Friedrich. (1980). *Mi hermana y yo*. Rueda.
- Nietzsche, Friedrich. (1992). *Ecce homo: how one becomes what one is*. Penguin.
- Nietzsche, Friedrich. (2007). *Aurora*. Edaf.
- Nietzsche, Friedrich. (2011). *La genealogía de la moral*. Alianza.
- Nietzsche, Friedrich. (2012). *Más allá del bien y del mal*. Alianza.
- Okely, Judith. (1992). Anthropology and autobiography. Participatory experience and embodied knowledge. *Anthropology and autobiography*, (pp. 1-27). Routledge.
- Okely, Judith, & Callaway, Helen. (1992). *Anthropology and autobiography*. Routledge.
- Orgullo Loco Madrid. (23 de mayo de 2021). *Manifiesto del Día del Orgullo Loco 2021*. Consultado el 29 de octubre de 2022, en <https://orgullolocomadrid.wordpress.com/2021/05/23/manifiesto-del-dia-del-orgullo-loco-2021/>
- Orgullo Loco. (2021). *Orgullo Loco Denuncia*. Recuperado el 29 de octubre de 2022, de <https://orgullolocodenuncia.wordpress.com>
- Ortner, Sherry. (2016). *Antropología y teoría social. Cultura, poder y agencia*. Unsam Ediciones.
- Pagés, Anna. (2022). *Queda una voz. Del silencio a la palabra*. Herder.
- Palmié, Stephan. (2023). *Thinking with Ngangas: what Afro-Cuban ritual can tell us about scientific practice and vice versa*. University of Chicago Press.
- Panero, Leopoldo María. (1987). *Poemas del manicomio de Mondragón*. Blok.
- Papalini, Vanina. (2014). Culturas terapéuticas: de la uniformidad a la diversidad. *methaodos. Revista De Ciencias Sociales*, 2(2). <https://doi.org/10.17502/m.rcs.v2i2.53>
- Pedersen, Dunca. (2005). Estigma y exclusión social en la enfermedad mental: apuntes para el análisis e investigación. *Revista de psiquiatría y salud mental Hermilia Valdizan*, 5(1), 3-14.

- Pelbart, Peter. (1990). Manicomio mental: a outra fase da clausura, *Saúde e loucura*, 2, 131-138.
- Perdiguero, Enrique y Comelles, Josep M. (eds.). (2000). *Medicina y cultura*. Bellaterra.
- Pérez-Soto, Carlos. (2009). *Sobre la condición social de la psicología. Psicología, epistemología y política*. Lom.
- Pérez-Soto, Carlos. (2012). *Una nueva Antipsiquiatría: Crítica y conocimiento de las técnicas de control psiquiátrico*. Lom.
- Perkins, Charlotte. (2017). *El papel de pared amarillo*. Jon Rouco.
- Rey, Patricia. (2014). Escribo poesía de salvación. En *Las voces que hay que oír. Alternativas a la psiquiatrización* (pp. 11-15). Monográfico de la Revista Mujeres y Salud. <https://matriz.net/mys36/img/MYS36.pdf>
- Pizarnik, Alejandra. (1993). *Pizarnik. Obras completas. Poesía y prosa. Corregidor*.
- Pizarnik, Alejandra. (2019). *Diarios*. Lumen.
- Platón. (1998). *Obras completas de Platón*. Aguilar.
- Plaza, Marta. (24 de mayo de 2020). *Orgullo Loco: incordiando hasta la victoria*. *Pikara Magazine*. Recuperado el 9 de noviembre de 2021, de <https://www.pikaramagazine.com/2020/05/orgullo-loco-incordiando-hasta-la-victoria/>
- Plaza, Marta. (13 de enero de 2021). Algunos colectivos de activismo loco y GAMs en el territorio estatal. *Pikara Magazine*. Recuperado el 22 de abril de 2021, de <https://www.pikaramagazine.com/2021/01/algunos-colectivos-de-activismo-loco-y-gams-en-el-territorio-estatal/>
- Plaza, Marta. (2023). ¿Cuál de todos estos cuerpos seré yo? (La psiquiatrización violenta — también— de nuestros cuerpos). En *(h) amor<sup>8</sup> gordo*, (pp. 147-181). *Continta Me Tienes*.
- Popper, Karl (1994). *Búsqueda sin término: una autobiografía intelectual*. Tecnos.
- Porter, Roy. (1985). The Patient's View: Doing Medical History from below. *Theory and Society*, 14(2), 175-198.
- Porter, Roy. (1989). *Historia social de la locura*. Crítica.
- Porter, Roy. (2003). *Breve historia de la locura*. Turner-FCE.
- Preciado, Paul. (2008). *Testo Yonqui. Sexo, drogas y biopolítica*. Anagrama.
- Preciado, Paul. (2011). *Manifiesto contrasexual*. Anagrama.
- Preciado, Paul. (2020). *Yo soy el monstruo que os habla. Informe para una academia de psicoanalistas*. Anagrama.
- Primera Vocal. (8 de agosto de 2014). *TAI (Tratamiento Ambulatorio Involuntario)*. Recuperado el 11 de agosto de 2022, de <https://primeravocal.org/tai-tratamiento-ambulatorio-involuntario/>
- Primera Vocal. (17 de abril de 2021). *Breve comunicado sobre demandas académicas y activismo en Salud Mental*. Recuperado el 17 de noviembre de 2021, de <https://primeravocal.org/breve-comunicado-sobre-demandas-academicas-y-el-activismo-en-salud-mental/>

- Primera Vocal. (6 de febrero de 2022). *Apuntes previos a la creación de un Grupo de Apoyo Mutuo en Salud Mental*. Recuperado el 7 de noviembre de 2022, de <https://primeravocal.org/apuntes-previos-a-la-creacion-de-un-grupo-de-apoyo-mutuo-en-salud-mental/#:~:text=GRUPOS%20DE%20APOYO%20MUTUO%3A,de%20confidencialidad%20y%20absoluto%20respeto>
- Primera Vocal. (2022). *¿Qué es Primera Vocal?* Recuperado el 30 de octubre de 2022, de <https://primeravocal.org/about/>
- Proust, Marcel. (2011). *En busca del tiempo perdido: Por el camino de Swann*. Alianza.
- Pujadas, Joan, Comas, Dolors, & Roca, Jordi. (2004). *Etnografía*. UOC.
- Rabinow, Paul. (1992). *Reflexiones sobre un trabajo de campo en Marruecos*. Júcar.
- Read, John. (2022). How important are informed consent, informed choice, and patient-doctor relationships, when prescribing antipsychotic medication? *Journal of Mental Health*, <https://doi.org/10.1080/09638237.2022.2069708>
- Restrepo, Eduardo. (2016). *Etnografía: alcances, técnicas y éticas*. Envión editores.
- Rich, Adrienne. (1996). *Nacemos de mujer. La maternidad como experiencia e institución*. Cátedra.
- Rodulfo, Ricardo. (2004). *El psicoanálisis de nuevo. Elementos para la reconstrucción del psicoanálisis tradicional*. Eudeba.
- Romaní, Oriol. (1982). *Droga i subcultura: una història cultural del «haix» a Barcelona, 1960-1980. [Tesis doctoral]*. Universitat de Barcelona. <http://hdl.handle.net/10803/665623>
- Romme, Marius, & Escher, Sandra. (2012). *Psychosis as a personal crisis: An experience-based approach*. Routledge/Taylor & Francis Group.
- Romme, Marius, Honig, Adriaan, Noorthoorn, Eric, & Escher, Sandra. (1992). Coping with hearing voices: an emancipatory approach. *The British Journal of Psychiatry: the Journal of Mental Science*, *161*, 99-103. <https://doi.org/10.1192/bjp.161.1.99>
- Rose, Geoffrey. (1994). *La estrategia de la medicina preventiva*. Masson-Salvat Medicina.
- Rose, Nikolas. (2012). *Políticas de la vida. Biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI*. UNIPE: Editorial Universitaria.
- Rose, Nikolas. (2020). *Nuestro futuro psiquiátrico*. Morata.
- Rosenberg, Charles. (2006). Contested boundaries: psychiatry, disease, and diagnosis. *Perspectives in Biology and Medicine*, *49*(3), 407-424. [https://dash.harvard.edu/bitstream/handle/1/4730323/Rosenberg\\_Contested.pdf;jsessionid=B6AAA4A4CFD79CCDC3A06F2A38632D2D?sequence=2](https://dash.harvard.edu/bitstream/handle/1/4730323/Rosenberg_Contested.pdf;jsessionid=B6AAA4A4CFD79CCDC3A06F2A38632D2D?sequence=2)
- Rostagnol, Susana. (2018). Antropología feminista o cuando el adjetivo se torna sustantivo. *Feminismos*, *6*(1), 117-126.
- Roy Frank, Leonard (1990). Electroschock: Death, brain damage, memory loss, and brainwashing. *Journal of Mind and Behavior*, *11*(3-4), 489-512.

- Ruiz-Cantero, María Teresa, & Cambroner-Saiz, Belén. (2011). La metamorfosis de la salud: invención de enfermedades y estrategias de comunicación. *Gac Sanit*, 25(3), 179-181.
- Russo, Jasna. (2012). Survivor-controlled research: A new foundation for thinking about psychiatry and mental health. *Forum: Qualitative Social Research*, 13(1), 1-29. <https://doi.org/10.17169/fqs-13.1.1790>
- Russo, Jasna. (2016). In dialogue with conventional narrative research in psychiatry and mental health. *Philosophy, psychiatry and Psychology*, 23(3-4), 215-228. <http://dx.doi.org/10.1353/ppp.2016.0021>
- Sacristán, Cristina (2009). La locura se topa con el manicomio. Una historia por contar. *Cuicuilco*, 16(45), 163-189.
- Said, Edward. (1982). *Orientalismo*. Anagrama.
- Salas, Miguel. (2017). *Acción socioeducativa y locura. Tramas, narrativas y experiencias en el ámbito de la salud mental en Galicia*. [Tesis doctoral]. Universitat de Barcelona. <http://hdl.handle.net/2445/115644>
- Salas, Miguel, Pié, Asun, Morán, & Carmen, Morán. (2021). *La locura rev(b)elada. Narrativas, experiencias y saberes encarnados*. Cambalache.
- Sandín, Bonifacio. (2013). DSM-5: ¿Cambio de paradigma en la clasificación de los trastornos mentales? *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 18, 255-286.
- San Román, Teresa. (1990). *Vejez y cultura hacia los límites del sistema*. Fundación caja de pensiones.
- San Román, Teresa. (2000). *El mundo que compartimos, nuevas alternativas*. *Revista de Antropología Social*, 9, 193-197. <https://www.redalyc.org/pdf/838/83800910.pdf>
- Sautu, Ruth. (2003). *Todo es teoría. Objetivos y métodos de investigación*. Lumiere.
- Scheper-Hughes, Nancy (1997). *La muerte sin llanto. Violencia y vida cotidiana en Brasil*. Ariel.
- Scheper-Hughes, Nancy, & Bourgois, Philippe. (2004). Introduction: Making Sense of Violence. In *Violence in War and Peace: An Anthology*, (pp. 1-31). Blackwell.
- Schlemenson, Silvia. (2009). *La clínica en el tratamiento psicopedagógico*. Paidós.
- Schön, Donald. (1998). *El profesional reflexivo. Cómo piensan los profesionales cuando actúan*. Paidós.
- Scott, James. (2003). *Los dominados y el arte de la resistencia*. Txalaparta.
- Sennet, Richard. (2001). *La corrosión del carácter. Las consecuencias personales del trabajo en el nuevo capitalismo*. Anagrama.
- Soto, Pepi. (1999). Explorant les possibilitats transformatives de la pràctica educativa: el coneixement antropològic aplicat a la formació de mestres. *Educar*, 24, 131-155. <https://raco.cat/index.php/Educar/article/view/20707>

- Soto, Pepi. (2011). Intersecciones entre la antropología de la educación y la antropología del parentesco. Una primera aproximación. En Grau, J. Rodríguez, D. y Valenzuela, H. (Eds.), *Parentescos. Modelos culturales de reproducción* (pp. 87-110). E.P.U.
- Soto, Pepi. (2014). Entre la profesión y la vida: sujetos culturales, (docentes) y profesionales de la inmigración. En Cristina Blanco (Ed.), *Movilidad humana y diversidad social en un contexto de crisis económica internacional* (pp. 213-233). Trotta.
- Soto, Pepi. (2021). *Creecer y aprender mientras tanto. El dominio teórico y etnográfico de una Antropología Sociocultural de la Educación*. Bellaterra.
- Spandler, Helen, & Poursanidou, Dina. (2019). Who is included in the Mad Studies Project? *The Journal of Ethics in Mental Health*, 10, 1-10.
- Spindler, George. (2007). La transmisión de la cultura. En Velasco, Honorio, García, Javier & Díaz de Rada, Ángel (Eds.) *Lecturas de antropología para educadores. El ámbito de la antropología de la educación y de la etnografía escolar*. (pp. 205-241). Trotta.
- Spivak, Gayatri. (1984-1985). Criticism, feminism and the institution, *Thesis Eleven*, 10/11, 175-189. <https://doi.org/10.1177/072551368501000113>
- Spivak, Gayatri. (2011). *¿Puede hablar el subalterno?* El cuenco de plata.
- Stoller, Paul. (1989). *The taste of ethnographic things: the senses in Anthropology*. University of Pennsylvania Press.
- Stroman, Duane. F. (2003). *Disability rights movement: from deinstitutionalization to self-determination*. University Press of America.
- Sutton, David y Fernández, James. (27 de octubre 2020). Capturing the imagination: an interview with James W. Fernández. *Anthropological theory commons*. Recuperado el 1 de septiembre de 2023, de <https://www.at-commons.com/2020/10/27/capturing-the-imagination-an-interview-with-james-w-fernandez/>
- Szasz, Thomas. (2008). *El mito de la enfermedad mental. Bases para una teoría de la conducta personal*. Kairós.
- Szasz, Thomas. (1974). *La fabricación de la locura. Estudio comparativo de la Inquisición y el movimiento en defensa de la salud mental*. Amorrortu.
- Szymborska, Wistawa. (1999). *Lecturas dominicales, El tiempo*.
- Tedlock, Dennis. (1991). Preguntas concernientes a la antropología dialógica. En C. Reynoso, *El surgimiento de la antropología posmoderna* (pp. 275-287). Gedisa.
- Toboso, Mario. (2017). Capacitismo (ableism). En *Barbarismos queer y otras esdrújulas*, (pp. 73-81). Bellaterra.
- Todorov, Tzvetan. (1995). *La vida en común. Ensayo de antropología general*. Taurus.
- Tomé, Paula (2014). Pactos de cuidado. En *Mujeres y salud*, 36, 16-18. <https://matriz.net/mys36/img/MYS36.pdf#page=16>
- Tseng, Wen-Shing. (2001). *Handbook of cultural psychiatry*. Academic Press.
- Turner, Bryan. (1994). Avances recientes en la Teoría del cuerpo. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 68, 11-40.

- Turner, Victor. (1988). *El proceso ritual. Estructura y antiestructura*. Taurus.
- Tyler, Stephen. (2003). Acerca de la «descripción/desescritura» como un «hablar por». En Clifford Geertz & James Clifford (coords.), *El surgimiento de la antropología posmoderna* (pp. 289-294). Gedisa.
- Untoiglich, Gisela. (2013). En la infancia los diagnósticos se escriben con lápiz. La patologización de las diferencias en la clínica y la educación. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 3(2), 163-173. <https://www.redalyc.org/pdf/4758/475847410009.pdf>
- van Manen, Max. (1996). Phenomenological pedagogy and the question of meaning. En D. Vandenberg, *Phenomenology and educational discourse* (pp. 39-64). Heinemann Higher and Further Education.
- van Manen, Max. (2004). *El tono en la enseñanza: El lenguaje de la pedagogía*. Paidós.
- Van Zuylen, Marina. (2019). *A favor de la distracción*. Elba.
- Vaquero, Esmeralda. (1 de mayo de 2019). *Violencia machista y psiquiatría sin visión de género*. Ctxt. Contexto y acción. Recuperado el 3 de agosto de 2023, de <https://ctxt.es/es/20190501/Politica/25851/Esmeralda-R-Vaquero-trastorno-psiquiatrico-violencia-machista-revictimizacion.htm>
- Vaquero, Esmeralda. (13 de enero de 2021). Frente a la fuerza, cuidados. *Pikara Magazine*. Recuperado el 9 de noviembre de 2021, de <https://www.pikaramagazine.com/2021/01/frente-a-la-fuerza-cuidados/>
- Vasen, Juan. (2007). *La atención que no se presta: el mal llamado «ADD»*. Series Interlíneas.
- Vasen, Juan. (2008). *Las certezas perdidas. Padres y maestros ante los desafíos del presente*. Paidós.
- Velasco, Honorio, García, Javier & Díaz de Rada, Ángel. (1999). *Lecturas de antropología para educadores. El ámbito de la antropología de la educación y de la etnografía escolar*. Trotta.
- Velasco, Honorio & Díaz de Rada, Ángel. (2006). *La lógica de la investigación etnográfica. Un modelo de trabajo para etnógrafos de la escuela*. Trotta.
- Villasante, Tomás. (2006). *Desbordes creativos: estilos y estrategias para la transformación social*. La Catarata.
- Villasante, Tomás. (2017). *Democracias transformadoras: Experiencias emergentes y alternativas desde los comunes*. El Viejo Topo.
- Walsh, Catherine. (2007). ¿Son posibles unas ciencias sociales/culturales otras? Reflexiones en torno a las epistemologías decoloniales. *Nómadas*, 26, 102-113.
- Warner, Michael. (2000). *The trouble with normal: Sex, Politics and the Ethics of Queer Life*. Harvard University Press.
- Weber, Max. (2011). *La ética protestante y el espíritu del capitalismo*. FCE.
- Weiner, Diane. (2005). Antipsychiatric activism and feminism: The use of film and text to question biomedicine. *Journal of Public Mental Health* 4(3), 42-47.

- Whitaker, Robert, & Cosgrove, Lisa. (2015). *Psychiatry under the influence: Institutional corruption, social injury, and prescriptions for reform*. Palgrave Macmillan.
- Wise, Sarah. (2012). *Inconvenient people. Lunacy, liberty and the mad-doctors in Victorian England*. Randon House.
- Wittkower, E. D., & Prince, R. H. (1974). A review of transcultural psychiatry. En G. Caplan, *American handbook of psychiatry. Volume 2. 2nd ed.* (pp. 535-550). Basic Books.
- Wolcott, Harry. (1987). The Anthropology of Learning. En Spindler, G.D. (Ed.), *Educational and Cultural Process. Anthropological approaches* (pp. 26-52). Waveland Press.
- Wolcott, Harry. (2007). Sobre la intención etnográfica. En Velasco, Honorio, García, Javier & Díaz de Rada, Ángel (Eds.) *Lecturas de antropología para educadores. El ámbito de la antropología de la educación y de la etnografía escolar*. (pp. 127-144). Trotta.
- Woods, Angela. (2013). The voice-hearer. *Journal of Mental Health*, 22(3), 263-270. <https://doi.org/10.3109/09638237.2013.799267>
- Yuval-Davis, Nira. (2006). Intersectionality and Feminist Politics. *European Journal of Women*, 13(3), 193-209. doi:<https://doi.org/10.1177%2F1350506806065752>
- Zambrano, María. (2000). *Hacia un saber sobre el alma*. Alianza.
- Zapata, Laura & Genovesi, Mariela. (2013). Jeanne Favret-Saada: «ser afectado» como medio de conocimiento en el trabajo de campo antropológico. *Avá. Revista de Antropología*, 23, 49-67. <https://hdl.handle.net/20.500.12219/1707>
- Zapata Hidalgo, María. (2019). *La depresión y su recuperación. Una etnografía feminista y corporal [Tesis doctoral]*. Universidad del País Vasco UPV-EHU. <http://hdl.handle.net/10810/32923>
- Zemplini, A. & Rabain, J. (1965). L'enfant Nit Ku Bon. Un tableau psycho-pathologique traditionnel chez les Wolof et Lebou du Sénégal. *Psychopathologie Africaine*, 1-3, 329-441. <https://doi.org/10.1177/136346156700400117>

## Webgrafía

- Acción Demente. (6 de marzo de 2022). *Post de Instagram*. Recuperado el 20 de noviembre de 2022, de <https://www.instagram.com/p/CaxY4r7q5OR/>
- Acción Demente. (5 de julio de 2021). *Post de Instagram*. Recuperado el 15 de noviembre de 2022, de [https://www.instagram.com/p/CQ9Jh8YjhHU/?img\\_index=1](https://www.instagram.com/p/CQ9Jh8YjhHU/?img_index=1)
- Acción Demente. (13 de diciembre de 2021). *Post de Instagram*. Recuperado el 20 de abril de 2022, de [https://www.instagram.com/p/CXbs\\_PAKOKV/?img\\_index=1](https://www.instagram.com/p/CXbs_PAKOKV/?img_index=1)
- Autogestión Libremente. (19 de diciembre de 2021). *Post de Instagram*. Recuperado el 27 de diciembre de 2022, de [https://www.instagram.com/p/CXpcj\\_3upGO/](https://www.instagram.com/p/CXpcj_3upGO/)
- Colectivo Locomún. (17 de abril de 2018). *87 ore (Subtitulada en castellano)*. Recuperado el 29 de octubre de 2021, de <https://www.youtube.com/watch?v=fecC6BCVL5M>
- 0Contenciones. (2021). *La Campaña*. Recuperado el 9 de noviembre de 2021, en <https://www.0contenciones.org>

- Diagnostic: Schizophrène. (24 de diciembre de 2021). *Lives Worth Living — Documentary (VOSTFR)*. Recuperado el 29 de octubre de 2022, de <https://www.youtube.com/watch?v=zS6qsGRqdhs>
- Entrevoces. (2015). *Congreso*. [https://entrevoces.org/es\\_ES/congreso/](https://entrevoces.org/es_ES/congreso/)
- FlipArte GAM. (8 de febrero de 2017). *Manifiesto Flipas GAM*. Recuperado el 9 de noviembre de 2021, de <https://flipartegam.wordpress.com/2017/02/08/manifiesto-flipas/>
- Galeano, Eduardo. (23 de mayo de 2011). De una entrevista en la TV catalana. Recuperado el 2 de marzo de 2022, de <https://trianarts.com/eduardo-galeano-el-derecho-al-delirio/#sthash.9qY13PSN.dpbs>
- Insania\*. (29 de enero de 2021). *Post de Instagram*. Recuperado el 4 de febrero de 2022, de <https://www.instagram.com/p/CKoJimvDtC/>
- Insania\*. (27 de marzo de 2023). *Post de Instagram*. Recuperado el 28 de marzo de 2023, de <https://www.instagram.com/p/CqRRFrTjOmw/>
- Las Loles Antipsistema. (11 de abril de 2021). *Post de Instagram*. Recuperado el 20 de abril de 2021, de <https://www.instagram.com/p/CNhXUyZjyJG/>
- Las Loles Antipsistema. (2 de enero de 2023). *Post de Instagram*. Recuperado el 4 de enero de 2023, de <https://www.instagram.com/p/Cm7NurpDZXn/>
- Longden, Eleanor. Talent Search: Ted@London. 2012. Eleanor Longden: Learning from the voices in my head.
- Mad in America. (18 de diciembre de 2021). *Post de Instagram*. Recuperado el 4 de enero de 2021, de <https://www.instagram.com/p/CXmko1HrGpe/>
- Mad in America. (24 de febrero de 2023). *Post de Instagram*. Recuperado el 18 de febrero de 2023, de <https://www.instagram.com/p/CnzineEL9tL/>
- No es lo mismo ser Loca que Loco. (2021). *Blog Colectivo No es lo mismo ser Loca que Loco*. Recuperado el 11 de noviembre de 2021, de <https://locurafeminista.wordpress.com>
- Orgullo Loco Madrid. (23 de octubre de 2021). *Post de Instagram*. Consultado el 10 de noviembre de 2021, en <https://www.instagram.com/p/CVXss2-jQy5/>
- Orgullo Loco. (10 de enero de 2022). *Post de Instagram*. Recuperado el 13 de enero de 2023, de <https://www.instagram.com/p/CYjvqtQqeaB/>
- Orgullo Loco Madrid. (29 de septiembre de 2022). *Post de Instagram*. Recuperado el 13 de enero de 2023, de <https://www.instagram.com/p/CjFunt2D4y4/>
- Orgullo Loco Madrid. (16 de mayo de 2023). *Post de Instagram*. Recuperado el 23 de mayo de 2023, de <https://www.instagram.com/p/CsTWq1yqAsv/?hl=es>
- Rebelión Feminista. (30 de abril de 2021). *Psistema*. Recuperado el 10 de noviembre de 2021, de <https://rebellionfeminista.org/2021/04/30/psistema/>
- Rebelión Feminista. (21 de julio de 2020). *Cuerdismo*. Recuperado el 11 de noviembre de 2021, de <https://rebellionfeminista.org/2020/07/21/cuerdismo/>

- Rendueles, Guillermo, & González, Hector. (2017). *Necesitas un sindicato, no un psiquiatra*. [Mesa redonda]. <https://archive.org/details/20170201GuillermoYHector>
- Resistencia Loca. (10 de noviembre de 2021). *Post de Instagram*. Recuperado el 20 de noviembre de 2021, de [https://www.instagram.com/p/CWEr3J3AmQyb5IC506IryopDNSj\\_kMBAntHtPQ0/](https://www.instagram.com/p/CWEr3J3AmQyb5IC506IryopDNSj_kMBAntHtPQ0/)
- Zoroa GAM. (26 de enero de 2023). *Alegato en favor de la rabia. Suelta la olla: salud mental, Hala Bedi*. Recuperado el 4 de marzo de 2023, de <https://halabedi.eus/es/salud-mental-alegato-en-favor-de-la-rabia/>

# ANEXOS

## ANEXO I. CONSENTIMIENTO INFORMADO

XX/XX/XXXX.

Mi nombre es Edurne de Juan, soy doctoranda del Programa de Antropología Social y Cultural de la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB) y trabajo como profesora en la facultad de Trabajo Social en la Universidad del País Vasco (UPV-EHU).

Estoy planteando una investigación para conocer y comprender los procesos de diagnóstico y derivaciones y el malestar psíquico desde la perspectiva de las personas que lo han vivido en primera persona.

A este respecto, me interesa comenzar por problematizar el contexto escolar, pues en las últimas décadas se ha producido una extensión de las categorías del DSM, la cultura del diagnóstico y las taxonomías psiquiátricas a la institución escolar, convirtiéndose en herramientas de control social y patologización de las infancias. No obstante, estoy abierta a ir realizando adaptaciones y dejar que el transcurso del trabajo vaya definiendo los puntos clave de la investigación.

Como metodología para llevar a cabo este trabajo, y siguiendo un procedimiento etnográfico, se realizarán entrevistas en profundidad, con el enfoque biográfico de la historia vida. Con relación a las entrevistas, se podrían hacer presencialmente en Barcelona en el País Vasco o telemáticamente, a través de Skype o cualquier otro sistema de comunicación online. La duración de las entrevistas se consensuará según la disposición de la persona entrevistada, normalmente suelen ser de entre una y tres horas. Con la posibilidad siempre abierta y flexible de realizar las entrevistas que ambas partes crean convenientes. En las entrevistas se grabará el audio y serán transcritas por la propia investigadora. Si la persona participante prefiere que no se grabe el audio, se recogerán anotaciones por escrito. Los materiales serán devueltos a la persona participante tanto las grabaciones de audio, como las transcripciones y los resultados de la investigación.

Por supuesto toda la información será tratada con estricta confidencialidad y me comprometo personalmente a realizar un uso responsable y confidencial de los datos y las informaciones compartidas. La participación es voluntaria y altruista, y en cualquier momento de la investigación la persona participante tiene derecho a retirarse del proyecto, sin ninguna obligación de tener que dar una explicación. Esto no tendrá consecuencias para la persona participante. Para hacer efectiva la revocación, simplemente tendrá que contactar conmigo a través de los datos facilitados en este documento.

Os agradezco muchísimo vuestro tiempo y dedicación y si tenéis cualquier duda o sugerencia, estaré encantada de responder por email XXXXXXXX o por teléfono: XXXXXX.

Atentamente,

Fecha y firma: XXXXXX

## ANEXO II. TABLA ENTREVISTAS

Tabla 1: Entrevistas

ENTREVISTAS					
CÓDIGO	NOMBRE	COLECTIVO	FECHA	FORMATO	DURACIÓN
E1	Mariona	<i>Colectivo C</i>	09/04/2021 14/05/2021 15/06/2021 29/06/2021 06/07/2021	Skype Skype Skype Skype Skype	1h 40 min. 1h 10 min. 1h 24 min. 1h 10 min. 1h 25 min.
E2	Mari	<i>Colectivo C</i>	20/04/2021 1/06/2021 18/06/2021 27/09/2021 2/03/2022	Jitsi Jitsi Jitsi Jitsi Meets	2h 41 min. 1h. 2h 45 min. 1h 25 min. 1h 34 min.
E3	Dunia	<i>Colectivo B</i>	23/04/2021 18/05/2021 05/04/2022	Meets Meets Meets	3h 40 min. 1h 35 min. 1h 10 min.
E4	Sora	<i>Colectivo C</i>	19/05/2021 06/06/2021	Presencial Presencial	1h. 1h 30 min.
E5	Rosa	<i>Colectivo C</i>	21/05/2021 23/06/2021 18/03/2022 26/05/2022	Presencial Meets Presencial Presencial	1h 40 min. 1h 45 min. 2h. 2h 35 min.
E6	Basi	<i>Colectivo B</i>	24/05/2021 29/07/2021 24/08/2021 3/09/2021 21/10/2021 22/02/2022 19/10/2022	Jitsi Jitsi Jitsi Jitsi Jitsi Jitsi Jitsi	2h 10 min. 1h 20 min. 1h 30 min. 2h 15 min. 1h. 2h 20 min. 1h 20 min.
E7	Esperanza	<i>Colectivo B</i>	31/05/2021 4/07/2021 21/10/2022 29/10/2022	Jitsi Jitsi Jitsi Jitsi	2h 41 min. 1h. 2h 10 min. 1h 34 min.
E8	Marcos	<i>Colectivo C</i>	1/07/2021	Jitsi	2h 12 min.
E9	Irene	<i>Colectivo A</i>	11/08/2021	Meets	3h 20 min.
E10	Lea	<i>Colectivo A</i>	12/08/2021 04/10/2021 22/11/2021 25/04/2022	Meets Meets Meets Presencial	2h 19 min. 1h. 2h 10 min. 2h.
E11	Marta	<i>Colectivo A</i>	18/08/2021	Jitsi	3h 26 min.
E12	Diotima	<i>Colectivo X</i>	30/05/2021 3/06/2021 11/02/2022	WhatsApp Jitsi Meets	1h. 2h. 10 min. 1h 09 min.

### ANEXO III. GUION DE ENTREVISTAS

- Fecha y lugar: xxxxxxxxx
- Persona entrevistada: xxxxxxxxxxx
- Formato de la entrevista: xxxxxxxxx
- Duración: xxxxxxxx
- Anotaciones: xxxxxxxxxxx

1. Aclaración sobre el proceso:

- a. Con relación a la entrevista: confidencialidad, grabación, tiempos, preguntar necesidades específicas si las hubiera.
- b. Recordar algunos puntos clave de la investigación, sobre la antropología, sobre el tratamiento de los datos, sobre opciones de observación participante.
- c. Responder posibles preguntas y aclarar dudas.

2. Presentación: dejar que la persona se presente y comparta los datos que crea conveniente.

3. Entrada libre: dejar que la persona comience a narrar su historia por donde crea conveniente. Opciones: comenzar por el contexto escuela, contexto familia, contexto psiquiatría, contexto activismo. Trazar el relato en el orden que a la persona entrevistada le parezca adecuado. Que comparta los aportes que según su punto de vista son más importantes. Dejar a las personas hablar desde la libertad.

4. Aspectos clave: sería interesante recoger aportes sobre los procesos de diagnóstico, problemáticas en la escuela, procesos de normalización y patología, contexto familiar, institucionalización psiquiátrica, participación en el activismo y Grupos de Apoyo Mutuo (GAM).

## ANEXO IV. TABLA DE SÍNTESIS DE OBSERVACIONES Y OTRAS INTERACCIONES DE CAMPO

**Tabla 2: Síntesis de Observaciones y Otras Interacciones de Campo**

JORNADAS, FORMACIONES Y COLOQUIOS				
COLECTIVO	OBJETIVO	FORMATO	FECHA	DURACIÓN
<i>Colectivo C</i>	Participación GAM	Jitsi	16/04/2021	2h 20 min.
<i>Colectivo C</i>	Formación GAM	Jitsi	25/04/2021	2h 30 min.
<i>Colectivo B</i>	Formación Desmedicalización	Jitsi	29/04/2021	2h.
<i>Orgullo Loco</i>	Jornada activismo y GAM	Meets	08/10/2021	Todo el día
<i>Activament</i>	Maternidades, locura y psiquiatrización	Meet	14/04/2021	2h.
<i>Activament</i>	Presentación libro. Locura revelada	Zoom	07/07/2021	2h.
<i>Activament</i>	Presentación libros. Pájaros en la cabeza	Zoom	21/07/2021	2h.
<i>Activament</i>	Locura: un elogio de la diferencia	La Central	13/04/2022	2h.
<i>Orgullo Loco</i>	Conversatorio sobre derechos humanos y activismo en salud mental.	Zoom	26/11/21	1h.
La Contramarató	Lo que no quieren que sepas Salud mental	Directo Instagram IG @xxxxxx	19/12/2021	4h.
Salud Mental una cuestión de género	Feminismo para desatar: feminismo contra la psiquiatrización.	Webminar	30/12/2021	1h 30min.
<i>Colectivo Z</i>	Presentación libro. Apuntes para una psiquiatría destructiva.	Zoom.	15/02/22	2h.
Fundación cuidados dignos	Encuentro online centros sin sujeciones, X aniversario FCD.		3, 4, 5 de marzo de 2021	Todo el día

### OBSERVACIONES E INTERACCIONES CONTINUAS

<i>Colectivo C</i>	Etnografía digital. Observaciones e interacciones en el Chat de Grupo.	Chat de Whatsapp y Jitsi	11/04/2021- -12/01/2022	1h. x semana
Cuentas y Perfiles Activistas y páginas de <i>memes</i> sobre activismo loco	Visualidades de lo digital y etnografía digital. Observaciones e interacciones sobre activismo loco	@Instagram @Telegram	11/05/2021- -12/10/2022	3h. x semana

**Tabla 3. Artículos que se hicieron eco en el Día del Orgullo Loco del año 2022**

Algunos de los artículos y los medios de comunicación que hicieron eco del Día del Orgullo Loco del año 2022

<i>El País</i>	Flamarique, Leyre. (30 de mayo de 2022). <i>Orgullo Loco: los activistas de la salud mental se rebelan por un trato digno</i> . Consultado el 1 de julio de 2022, en <a href="https://elpais.com/salud-y-bienestar/2022-05-30/orgullo-loco-los-activistas-de-la-salud-mental-se-rebelan-por-un-trato-digno.html">https://elpais.com/salud-y-bienestar/2022-05-30/orgullo-loco-los-activistas-de-la-salud-mental-se-rebelan-por-un-trato-digno.html</a>
<i>La Vanguardia</i>	La Vanguardia. (28 de mayo de 2022). <i>Orgullo Loco protesta contra “las violencias del sistema de salud mental”</i> . Consultado el 1 de julio de 2022, en <a href="https://www.lavanguardia.com/vida/20220528/8300962/orgullo-loco-protesta-violencias-sistema-salud-mental.html">https://www.lavanguardia.com/vida/20220528/8300962/orgullo-loco-protesta-violencias-sistema-salud-mental.html</a>
El Confidencial	Martínez, Guillermo. (28 de mayo de 2022). <i>El Orgullo Loco de Madrid: la reivindicación de un modelo psiquiátrico diferente</i> . Consultado el 1 de julio de 2022, en <a href="https://www.elconfidencial.com/espana/madrid/2022-05-28/orgullo-loco-reivindicacion-modelo-psiquiatrico-diferente_3432164/">https://www.elconfidencial.com/espana/madrid/2022-05-28/orgullo-loco-reivindicacion-modelo-psiquiatrico-diferente_3432164/</a>
La revista <i>20 minutos</i>	Rodero, Pablo. (7 de julio de 2022). <i>‘Orgullo Loco’: “Si la gente fuese consciente de la violencia que sufrimos, no lo aprobaría”</i> . Consultado el 3 de julio de 2022, en <a href="https://www.20minutos.es/noticia/5011455/0/orgullo-loco-gente-fuese-consciente-violencia-sufrimos-no-aprobaria/">https://www.20minutos.es/noticia/5011455/0/orgullo-loco-gente-fuese-consciente-violencia-sufrimos-no-aprobaria/</a>
<i>Tercera Información.es</i>	Tercera Información. (8 de mayo de 2022). <i>El Orgullo Loco de Madrid celebra su quinto aniversario contra la violencia psiquiátrica, la sobremedicación y el silencio</i> . Consultado el 3 de julio de 2022, en <a href="https://www.tercerainformacion.es/articulo/actualidad/08/05/2022/el-orgullo-loco-de-madrid-celebra-su-quinto-aniversario-contra-la-violencia-psiquiatrica-la-sobremedicacion-y-el-silencio/">https://www.tercerainformacion.es/articulo/actualidad/08/05/2022/el-orgullo-loco-de-madrid-celebra-su-quinto-aniversario-contra-la-violencia-psiquiatrica-la-sobremedicacion-y-el-silencio/</a>

## ANEXO V. DOCUMENTOS GENERADOS EN CONTEXTO

**Tabla 4. Materiales Generados en Contexto**

VISUALIDADES DE LO DIGITAL
@ Post de Instagram
Las Loles Antipsistema. (11 de abril de 2021). <i>Post de Instagram</i> . Recuperado el 20 de abril de 2021, de <a href="https://www.instagram.com/p/CNhXUyZjyJG/">https://www.instagram.com/p/CNhXUyZjyJG/</a>
Acción Demente. (13 de diciembre de 2021). <i>Post de Instagram</i> . Recuperado el 20 de abril de 2022, de <a href="https://www.instagram.com/p/CXbs_PAKOKV/?img_index=1">https://www.instagram.com/p/CXbs_PAKOKV/?img_index=1</a>
Las Loles Antipsistema. (2 de enero de 2023). <i>Post de Instagram</i> . Recuperado el 4 de enero de 2023, de <a href="https://www.instagram.com/p/Cm7NurpDZXn/">https://www.instagram.com/p/Cm7NurpDZXn/</a>
Acción Demente. (6 de marzo de 2022). <i>Post de Instagram</i> . Recuperado el 20 de noviembre de 2021, de <a href="https://www.instagram.com/p/CaxY4r7q5OR/">https://www.instagram.com/p/CaxY4r7q5OR/</a>
Resistencia Loca. (10 de noviembre de 2021). <i>Post de Instagram</i> . Recuperado el 20 de noviembre de 2021, de <a href="https://www.instagram.com/p/CWEr3J3AmQyb5IC506IryopDNSj_kMBAntHtPQO/">https://www.instagram.com/p/CWEr3J3AmQyb5IC506IryopDNSj_kMBAntHtPQO/</a>
Mad in America. (18 de diciembre de 2021). <i>Post de Instagram</i> . Recuperado el 4 de enero de 2021, de <a href="https://www.instagram.com/p/CXmko1HrGpe/">https://www.instagram.com/p/CXmko1HrGpe/</a>
Mad in America. (24 de febrero de 2023). <i>Post de Instagram</i> . Recuperado el 18 de febrero de 2023, de <a href="https://www.instagram.com/p/CnzineEL9tL/">https://www.instagram.com/p/CnzineEL9tL/</a>
Insania*. (29 de enero de 2021). <i>Post de Instagram</i> . Recuperado el 4 de febrero de 2022, de <a href="https://www.instagram.com/p/CKoJimvDtC-/">https://www.instagram.com/p/CKoJimvDtC-/</a>
Orgullo Loco. (10 de enero de 2022). <i>Post de Instagram</i> . Recuperado el 13 de enero de 2023, de <a href="https://www.instagram.com/p/CYjvqtQqaB/">https://www.instagram.com/p/CYjvqtQqaB/</a>
Autogestión Libremente. (19 de diciembre de 2021). <i>Post de Instagram</i> . Recuperado el 27 de diciembre de 2022, de <a href="https://www.instagram.com/p/CXpcj_3upGO/">https://www.instagram.com/p/CXpcj_3upGO/</a>
Insania*. (27 de marzo de 2023). <i>Post de Instagram</i> . Recuperado el 28 de marzo de 2023, de <a href="https://www.instagram.com/p/CqRRFrTjOmw/">https://www.instagram.com/p/CqRRFrTjOmw/</a>
Videos y Documentales
87 ore subtitulada al castellano. Véase: <a href="https://www.youtube.com/watch?v=fecC6BCVL5M">https://www.youtube.com/watch?v=fecC6BCVL5M</a> [consulta: 29 de octubre 2021].
The Inmates Are Running the Asylum. Madness Canada. Véase: <a href="https://www.youtube.com/watch?v=JwyaRU1svrA">https://www.youtube.com/watch?v=JwyaRU1svrA</a> [consulta: 29 de enero 2023].
Recopilación de vídeos del Congreso de Escuchadores de Voces celebrado en Alcalá de Henares en noviembre de 2015: <a href="https://vimeo.com/entrevoces">https://vimeo.com/entrevoces</a> [consulta: 15 de noviembre 2022].
Zauria(k): Locura, cuerpo, feminismos (Maier Irigolen, Isabel Sáez, Iker Oiz, 2019). <a href="https://www.filmin.es/pelicula/zauriak">https://www.filmin.es/pelicula/zauriak</a>

El desencanto, Jaime Chavarri, 1976. Sale Leopoldo maría panero. Véase: <https://www.toky-video.com/es/video/el-desencanto-jaime-chavarri-1976> [consulta: 24 de enero 2023].

Madspottin- Elige el Psistema. Véase: <https://www.youtube.com/watch?v=0dO62PJxzN4> [consulta: 5 de noviembre 2022].

### Materiales y Guías

Discontinuación del uso de drogas psiquiátricas. Una guía basada en la reducción del daño (Icarus Project): <http://willhall.net/files/GuiaReducciondelDanoDiscontinuaciondeDrogasP-siquiatricas2EdOnline.pdf> [consulta: 6 de noviembre 2022].

Fanzine sobre Mapas Locos (editado por La Cortamambo). [https://drive.google.com/file/d/1JQwaXvID\\_UepDFehuZ\\_hkgWie2RIcsG/view?usp=sharing](https://drive.google.com/file/d/1JQwaXvID_UepDFehuZ_hkgWie2RIcsG/view?usp=sharing) [consulta: 6 de noviembre 2022].

Fanzine “Navegando en las crisis. Autocuidados y apoyo entre iguales en momentos difíciles <https://primeravocal.org/navegando-en-las-crisis-autocuidados-y-apoyo-entre-iguales-en-momentos-dificiles/> [consulta: 6 de noviembre 2022].

Guía para hablar con las voces. Ideas para personas que oyen voces y quieren dialogar con ellas. <https://primeravocal.org/guia-de-autoayuda-para-hablar-con-las-vozes-ideas-para-personas-que-oyen-vozes-y-quieren-dialogar-con-ellas-de-rufus-may-y-elisabeth-svanholmer/> [consulta: 9 de noviembre 2022].

Más allá de las creencias. Maneras alternativas de trabajar con delirios, ideas obsesivas y experiencias inusuales (Tamasin Knight). <https://madinspain.org/mas-alla-de-las-creencias-tamasin-knight/> [consulta: 13 de mayo 2022].

Guía (básica) de creación de Grupos de Apoyo Mutuo en salud mental (ActivaMent) [https://issuu.com/activament/docs/gu\\_a\\_grupos\\_ayuda\\_mutua](https://issuu.com/activament/docs/gu_a_grupos_ayuda_mutua) [consulta: 9 de noviembre 2022].

Guía (detallada) de creación de Grupos de Apoyo Mutuo en Salud Mental (ActivaMent). [https://activatperlasalutmental.org/wp-content/uploads/2020/01/guia-GAM-salutmental-1a-persona\\_cast.pdf](https://activatperlasalutmental.org/wp-content/uploads/2020/01/guia-GAM-salutmental-1a-persona_cast.pdf) [consulta: 9 de noviembre 2022].

*Prácticas transformadoras de apoyo mutuo. Manual T-MAPS*, <https://primeravocal.org/practicas-transformadoras-de-apoyo-mutuo-t-maps/> [consulta: 9 de noviembre 2022].

Locura y opresión. Rutas para la transformación personal y la liberación colectiva (Icarus Project). <http://www.rompiendolaetiqueta.com/recursos/> [consulta: 15 de noviembre 2022].

Guía de “Planificación anticipada de decisiones en Salud Mental. Guía de apoyo para profesionales y personas usuarias de los servicios de salud mental” <https://www.easp.es/project/pla-nificacion-anticipada-de-decisiones-en-salud-mental-guiade-apoyo-para-profesionales-y-personas-usuarias-de-los-servicios-de-salud-mental/> [consulta: 9 de noviembre 2022].

Guía de derechos en salud mental, elaborada desde Federacio Veus y ActivaMent, <https://www.activament.org/materials/#guia-drets> [consulta: 3 de marzo 2022].

Navegando las crisis. Guía para la gestión colectiva de las experiencias de sufrimiento (Abilis). [https://abilis.cat/wp-content/uploads/2022/01/ESP-Navegando-las-crisis-1\\_compressed.pdf](https://abilis.cat/wp-content/uploads/2022/01/ESP-Navegando-las-crisis-1_compressed.pdf) [consulta: 13 de mayo 2022].





