



**UNIVERSIDAD
DE GRANADA**

Tesis doctoral con Mención Internacional

International PhD Thesis

**El apoyo mutuo en salud mental: una etnografía
feminista desde el contexto andaluz**

**Mutual aid in mental health: a feminist ethnography in the
Andalusian context**

Jesús Martínez Sevilla

**Programa de Doctorado en Estudios de las Mujeres, Discursos y Prácticas de
Género**

Directora:

Carmen Gregorio Gil

Granada, julio de 2023

Editor: Universidad de Granada. Tesis Doctorales
Autor: Jesús Martínez Sevilla
ISBN: 978-84-1195-062-6
URI: <https://hdl.handle.net/10481/92111>

Universidad de Granada	
Registro Electrónico	ENTRADA
REGAGE23e00086605284	21/12/2023 - 10:22:43

Diseño de portada y contraportada: Araceli Gómez Castro

Esta tesis doctoral ha sido realizada dentro del programa de Formación de Profesorado Universitario (FPU) del Ministerio de Universidades del Gobierno de España (referencia FPU17/05563) en el Departamento de Antropología Social de la Universidad de Granada. Durante su desarrollo se ha realizado una estancia de investigación en el Centro de Filosofía e Ciências Humanas de la Universidade Federal de Santa Catarina, en Florianópolis (Brasil), con financiación de las ayudas a la movilidad para estancias breves para beneficiarios del programa FPU (referencia de ayuda EST21/00190).

A Manuel Ortega Castro,
por creer en mí y hacer posible esta tesis
y por trabajar siempre con una sonrisa

Índice

Agradecimientos	7
Resumen	13
Abstract	17
1. Introducción: ¿por qué hacer una tesis sobre el apoyo mutuo en salud mental, aquí y ahora?	21
1.1. Aterrizando: construyendo mi objeto de tesis	21
1.2 El contexto: atención a la salud mental y movimientos en primera persona en el Estado español	37
2. Discutiendo (con) los conceptos: construyendo un marco teórico para comprender el apoyo mutuo desde una perspectiva feminista	65
2.1. El apoyo mutuo en salud mental: debates académicos y políticos en torno a un concepto polisémico	65
2.2. El género como condicionante del sufrimiento psíquico y la “enfermedad mental”	89
2.3. La “salud mental” en tiempos neoliberales: movimientos y contramovimientos en la era de la gubernamentalidad	109
3. El cómo: teoría y práctica de una etnografía feminista sobre salud mental en tiempos de pandemia	133
3.1. Mi marco metodológico: la etnografía feminista de la salud	133
3.2. El campo: los espacios, personas y colectivos con quienes he aprendido de apoyo mutuo. SAPAME. (Mal)Estar. Orgullo Loco Graná. Otros	151
3.3. La pandemia: cambios de rumbo y adaptaciones metodológicas a espacios digitales y semipresenciales.....	170
4. Comprendiendo el apoyo mutuo en salud mental: escuchar relatos, analizar prácticas, extraer lecciones	186
4.1. La llegada a los GAMs: vías de acceso, trayectoria previa y relaciones familiares en perspectiva de género.....	194
La llegada a apoyo mutuo: aislamiento, medicación y frustraciones	195
Vías de llegada: derivaciones profesionales, búsquedas independientes y motivación intrínseca	198
Tramas de género en las relaciones familiares: violencias, expectativas y reparto de cuidados	198

.....	203
4.2. El significado del apoyo mutuo: los GAMs como espacio de desestigmatización, agencia y conflicto	228
La llegada al apoyo mutuo: identificación, desestigmatización, resocialización	228
“Yo me desahogo y que le den por culo a todo el mundo”: Pepe y las dificultades para la expresión emocional	236
“Para mí es como una familia”: María y el apoyo mutuo como espacio de comprensión y empoderamiento.....	242
“El apoyo entre iguales es una cosa de mujeres”: Susana, el movimiento en primera persona y la maternización de los roles.....	248
“Vamos a hablar de películas, que no sean siempre problemas”: José Carlos y el GAM como espacio de socialización y comodidad	260
“Yo veo cómo a compañeras se las calla”: Alicia y el machismo en los GAMs	265
4.3. El apoyo mutuo individual: llevando el apoyo mutuo a los servicios de salud mental. El caso del Programa de Apoyo Mutuo en el Hospital Virgen de las Nieves.....	274
1. Breve historia del apoyo mutuo individual en Andalucía.....	275
2. Los retos del apoyo mutuo individual: jerarquías profesionales, obstáculos burocráticos, falta de continuidad y otros conflictos en el PAM.	285
3. El PAM en la actualidad: balance, reflexiones y proyectos de futuro.	308
5. Conclusiones	328
6. Bibliografía	339
7. Anexos	369
Anexo 1: Red de servicios de atención a la salud mental en Andalucía	369
Anexo 2: Imágenes de la campaña #0Contenciones, coordinada por el colectivo LoComún	370
Anexo 3: Cartel de convocatoria y octavillas repartidas por Orgullo Loco en la concentración del 17 de diciembre de 2020	372
Anexo 4: Cartel de convocatoria y octavillas repartidas por Orgullo Loco en la concentración del 23 de febrero de 2021.....	375
Anexo 5: Díptico repartido por LoComún en la presentación de <i>Más allá de las creencias</i> , el 23 de enero de 2020	378
Anexo 6: Imágenes compartidas por Pepe a través de WhatsApp.....	381
Anexo 7: Cuadro de entrevistas y semblanza de personas entrevistadas (ordenadas por fecha de entrevista).....	383

Agradecimientos

Antes que nada, quiero dar las gracias a mi familia.

A mis padres, por su apoyo incondicional a todos los niveles. A mi madre, por enseñarme lo mejor de lo que sé, por ser confidente y faro en los peores momentos, espejo en los mejores y refugio y hogar en todos. A mi padre, por trabajar tantísimo para que tengamos una relación tan bonita. Gracias, especialmente, por haber aprendido a ver mis necesidades y ofrecerte a cuidarme de tantas maneras. Estoy muy orgulloso de ti como hombre y de nuestro vínculo. Y también, gracias por preocuparte siempre por mi futuro, aun cuando a mí no me apeteciese tener tanta previsión.

Gracias a mi hermano Javier y a mi cuñada Victoria, por ser un amor y al mismo tiempo ser referentes en los que mirarme. Me encanta ver cómo vamos creciendo juntos, en todos los sentidos. Y, sobre todo, gracias por tomar la decisión de volver a Granada y por ser padres de Andrés y Alejandro. Sabéis que pocas cosas me hacen más feliz que ser su tito, aunque esto de la tesis me lo haya puesto difícil.

Gracias a mi hermano Rafa, porque aún hoy nos entendemos sin hablar. Y gracias a Paula por darme la certeza de que mi hermano está siempre bien acompañado. ¡Qué alegría saber que os tendremos más cerca a partir de ahora! Mucha suerte en esta nueva etapa.

Gracias a mi abuela por ser una mujer valiente, adelantada a tu época, luchadora incansable y amante de la lectura y el teatro; pero, sobre todo, por ser una abuela tan cariñosa. Y gracias a mis mayores que ya no están, por ser parte de mi historia.

Gracias a Luis Andrés, Marga y Elisa por ser parte de la más perfecta de las familias imperfectas. No hay palabras en el idioma castellano que sirvan para definir nuestros vínculos, y eso es lo que los hace maravillosos.

Gracias al resto de mi familia por darme tanta seguridad. Creedme, no lo doy por sentado: no todas las familias son ese lugar entrañable al que siempre quieres volver. En especial, gracias a Virginia y Ana por ser siempre mis tías guays, y a Paulova y Helena, por ser mis amigas además de ser mis primas.

En segundo lugar, gracias a mis amigxs, empezando por lxs que han tenido algo que ver con esta odisea de la tesis.

Gracias a Ana por meterme en este lío, como en tantos otros, aunque no fueras del todo consciente. Por acompañarme, por estar siempre dispuesta a escuchar y a contarme. Por entenderme mejor que

yo mismo y por superar juntas obstáculos, malos momentos y distancias. Hemos estado la una junto al otro en todos los momentos importantes y nada me gustaría más que seguir estando ahí toda la vida.

Gracias a mis compañeras de fatigas, Julia y Alaia, por las mañanas de biblioteca y, sobre todo, por los desayunos de compartir frustraciones, alegrías, tristezas y risas. Esta tesis habría sido mucho más difícil de escribir sin vuestro apoyo. Julia, gracias por sonreírle a la vida siempre. Alaia, gracias por confiar y dejarte cuidar.

Gracias a Araceli por transmitirme tanta ternura y tanto arte en cada cosa que haces. Gracias por tu admiración constante que, como sabes, es correspondida. Y gracias por darme siempre tres opciones, siendo la tercera lo que a mí se me ocurra. Gracias, en especial, por ayudarme con el aspecto visual de esta tesis con tu extraordinario saber hacer.

Gracias a Rozío por haber sido mi compañera durante tanto tiempo y por todo el trabajo que has hecho para seguir acompañándome de otra manera. Gracias de todo corazón por hacer real el “para siempre”. Y gracias por el regalo de presentarme a muchas de las personas que están en estas páginas.

Hablando de lo cual, gracias a Toñi, por ser tan dicharachera, tan divertida y tan cariñosa. Y por supuesto por ser la mejor cocinera que he conocido en mi vida.

Gracias a Thami por haberme acogido como a un hermano en Floripa. Gracias también a Margarete por darme un techo los primeros días y por ser tan cálida y cercana, y a Sasha por compartir tantas cenas y paseos por la playa. Vocês são a minha família brasileira.

Gracias a mi gente de Zorroco, esa otra familia: a Carlos (y Rober), Ele, Ana M (y Antonio, ¡y Hugo!), Ceci (y Alberto), Clara, David, Antonio y Cris. Y también a Anto por sembrar el caos cada vez que se apunta a algo. Pasan los años y, aunque no nos veamos tan a menudo como en otros tiempos, aún siento que el mejor sitio donde puedo estar es con vosotrxs. Por muchos más Burritos.

Gracias a Maribel y Fran por seguir siendo mi Tribu en Granada. Por las comidas y las sobremesas, por los consejos y las anécdotas, por la confianza y el amor infinitos. Y gracias por traer a Juan al mundo y por permitirme ser su tito Yeso. Gracias también a esos miembros de la Tribu en la distancia. A Aitor, porque tantos años después nos seguimos entendiendo, queriendo y cuidando, quizás mejor que nunca. A Edu, porque a pesar de todo te sigo sintiendo ahí. Va tocando un reencuentro bajo las palmeras.

Gracias a Marina por ser mi persona favorita en el mundo. No importa si vivimos en la misma ciudad, si nos separa un país o un océano; si hablamos en persona, si nos mandamos audios infinitos o si hacemos videollamadas con nueve horas de diferencia: siempre te siento cerca. Me emociona

ver la amistad que hemos construido. ¡Qué ganas de visitarte en Berkeley!

Gracias a Elvira por confiar tanto en mí como yo confío en ti y crear una amistad a prueba de balas. Por tantos años de acompañarnos en la distancia, haciendo listas de lo que queremos contarnos, y por haber vuelto a Granada de una santa vez; y por haberte traído a Chris contigo. And thank you, Chris, for being the best guiri friend I could ask for.

Gracias a Cris por ser la mejor vecina del mundo (aunque aún no me hayas contado tu truco para estafar al Sol). Gracias por cuidarme siempre, por ser un lugar seguro y por hacerme saber que yo también lo soy.

Gracias a mis policías-siempre-en-proceso-de-morir: Ángel, Antonio, Ana, Joserto, Natalí, Álvaro, Elvira, José, Lola, Carmen (día), Carmen (noche) y Alvarito, por darme un nuevo espacio que no sabía que necesitaba. Por los conciertos, los debates encendidos sobre música, las risas y los deportes (!?).

Gracias a mis otrxs amigxs. A Luzma, simplemente, por ser la mejor (y por ser la mamá de Niro, que también es el mejor). A Lucía, por ser tan lawful evil; es decir, por ser tan buena amiga y a la vez estar tan mal de la cabeza. A Irene, por compartir esta amistad tan bonita a lo largo de tantos años, y por la sonrisa más luminosa del mundo. A Mar, porque, aunque estemos tan lejos siempre nos tenemos en mente. A Cristina, por ser tan bonita y por encontrar huecos para vernos en nuestras frenéticas vidas. A Carlos, por las cervezas y el cariño, la poesía y la fantasía. A Lucas, por ser el maestro del storytelling y por haber intentado enseñarme algo sobre I.A. (siento no haber sido mejor alumno). A Elena Oko, por compartir la afición por lo bello y lo sublime. A Mayca, por mantener el vínculo pese a distancias y rupturas y por ser la mejor crítica de cine que conozco. A Raquel, por una amistad inesperada y bienvenida. A Pedro, por querer que nos acompañemos y por tantas comidas en nuestro llorado Molino. A Edu, por ser la mejor persona con la que debatir sobre cualquier cosa y por buscarme de nuevo tras un tiempo de alejamiento (y a Alba, por compartir mi exquisito gusto literario. ¡Enhorabuena, doctora: ya sí que estamos todas!).

Gracias a todas las personas que han participado de mi trabajo de campo.

Gracias infinitas a SAPAME como asociación por el trabajo que hace y por abrirme sus puertas. Gracias especialmente a Manuel, que en paz descanse, por confiar en mí sin apenas conocerme y por ser tan generoso; sin ti, esta tesis no existiría. Gracias a Paola por formar un gran tándem conmigo y por tratarme con todo tu cariño. Gracias a Paco por ser mi amigo a pesar de todas nuestras diferencias. Gracias a María por ser una guía y un referente en todo lo relacionado con el apoyo mutuo, y por tu cariño y simpatía incluso cuando no nos hemos entendido.

Gracias a todas y cada una de las personas entrevistadas por tener la extraordinaria generosidad de hablar conmigo sobre vuestras vidas y sobre el apoyo mutuo. Espero haber sabido reflejar vuestras historias con cuidado. Gracias también a quienes no quisisteis o no pudisteis hacer la entrevista, pero aun así me habéis tratado siempre con simpatía y cercanía.

Gracias a Lala Bono por la entrevista, los contactos y el aliento. Gracias a Juan Carlos Maestro y María Angustias Ramos, por ser libros abiertos, por intentar que el apoyo mutuo transforme la atención en salud mental y por contar conmigo en ese empeño.

Gracias a la gente de Orgullo Loco Graná y, ahora, de Histeria Colectivizada. En primer lugar, por luchar por los derechos de las personas psiquiatrizadas y, en segundo, por haber visto en mí un aliado. Espero estar a la altura de esta etiqueta.

Y, ahora sí, gracias a quienes me habéis acompañado en el ámbito académico y profesional.

Gracias a Carmen por ser una directora ejemplar. Cuando alguien me dice que está pensando en hacer la tesis, siempre le digo lo mismo: si lo vas a hacer, que sea como yo, bien acompañadx. Gracias por cuidarme y guiarme en todos los aspectos, por tu paciencia y comprensión con mis rarezas y por valorarme tanto.

Gracias a mis compañeras de Otras. Sois el mejor espacio que podría soñar para pensar, investigar y luchar y reír juntas en la universidad. Quiero señalar en especial a Ana Alcázar por ser un modelo de cómo estar en la academia de manera feminista. Gracias a las Otras Junior por construir esa cadena de ayuda y enseñanzas que nos vamos pasando las unas a las otras: a Lola, Lorena, Marta Candeias, Marta Fuentes y sobre todo a Samu, Alba y Blanca, por todo lo que no es académico.

Gracias a quienes han compartido docencia conmigo. Gracias a Luca por ser el guía perfecto en mis primeros pasos, por compartir mi obsesividad y por ser también amigo y confidente. Gracias a María por ser una compañera inmejorable, por enseñarme tanto y confiar tanto en mí, por hacerme sentir siempre parte de un equipo. Y, de nuevo, gracias a Carmen por ser un referente en este aspecto y sobre todo por enseñarme a manejar la incertidumbre. Gracias también a mis estudiantes, que me han tratado con un cariño inusitado y de quienes tanto he aprendido.

Gracias al equipo de la Unidad de Docencia y Psicoterapia, en especial a Gloria Roldán y Ángela por confiar en mí para formar parte de este espacio tan especial y a Gloria Laín por ser tan eficiente, tan considerada y tan simpática. Y mil gracias a mis alumnxs, por permitirme aprender a través de vuestras experiencias y por esas cenas de despedida que han acabado a las tantas.

Gracias a Sandra Caponi y a lxs miembros de su grupo de investigación, el NESFHIs, de la

Universidade Federal de Santa Catarina, por tener la osadía de acogerme para hacer una estancia en medio de una pandemia. Gracias por enriquecer esta tesis a través de debates y ejemplos de vuestros propios trabajos, especialmente a Letícia Hummel do Amaral y Diogo de Oliveira Boccardi.

Gracias a mis compañerxs del taller sobre etnografía digital organizado por MediaLab UGR en noviembre de 2020, y sobre todo a Edgar Gómez Cruz, que lo impartió, por aportar tanto a mis reflexiones sobre el impacto de la pandemia y del formato online en mi proceso de tesis.

Gracias a Fran Barros por enseñarme a manejar Atlas.ti y por ser una presencia tan cálida y agradable en el inhóspito mundo de la universidad. Y gracias a Diego Ruedas por tenerme siempre en mente y por los buenos ratos en congresos y jornadas.

Gracias también a toda la gente que ha hecho tareas silenciosas que me han facilitado la vida: a Germán, Eloísa y Mercedes por su diligencia y paciencia con todo lo administrativo; al personal de las bibliotecas de la UGR (principalmente las de la Facultad de Filosofía y Letras, el Instituto de Estudios de las Mujeres y la Escuela Técnica Superior de Arquitectura) y el personal de conserjería de los espacios donde he trabajado (sobre todo las Facultades de Trabajo Social y Filosofía y Letras, y el Instituto); al personal de los Comedores Universitarios; y al personal de limpieza de todos los espacios de la UGR.

Por último: gracias a todas las personas que han luchado por hacer de la carrera académica un camino más digno. Y, por poner nombre y apellidos, gracias a Manolo Heras por estar siempre en la brecha.

Ah, y gracias a María del Mar, mi terapeuta, por ayudarme a entenderme mejor y a ser más benevolente conmigo mismo.

Universidad de Granada

Registro Electrónico	ENTRADA
REGAGE23e00086605284	21/12/2023 - 10:22:43

Resumen

A lo largo de la última década, en España se ha producido una eclosión del movimiento en primera persona en salud mental. Frente a otros movimientos activistas o reformistas en este campo, como el de las asociaciones de familiares, este se caracteriza por estar liderado por las propias personas psiquiatrizadas. Sus prioridades han sido la denuncia de la violencia y las violaciones de los Derechos Humanos que sufren las personas psiquiatrizadas, tanto a manos del sistema de atención en salud mental como por parte de la sociedad general, así como la lucha por su autonomía y por el respeto de su voz y sus saberes. En concreto, se reivindica que la experiencia en primera persona de sufrimiento mental o de experiencias psíquicas inusuales proporciona una forma de conocimiento práctico muy útil, especialmente cuando se comparte esa experiencia colectivamente y se ponen en común estrategias para afrontar mejor dichas dificultades.

En esta línea, desde el movimiento se ha propuesto el apoyo mutuo como una herramienta fundamental para sobrellevar el sufrimiento psíquico. Esta herramienta no está supeditada a los saberes psi, sino que surge de las propias personas psiquiatrizadas, que se reúnen en Grupos de Apoyo Mutuo (GAMs) para hablar de lo que les pasa, escucharse, aportarse comprensión mutua y pensar en maneras alternativas de lidiar con su sufrimiento. Esta forma de enfrentarse en colectivo a los problemas, frente al tratamiento individualizante que se ofrece desde el sistema de atención, tiene un gran potencial político, y de hecho es heredera de los planteamientos de otros movimientos políticos, como el movimiento por los derechos de las personas con discapacidad, el movimiento LGBTIQ+ o el movimiento feminista. La cercanía del movimiento en primera persona con el feminismo se ha plasmado en los últimos años en los escritos y las reivindicaciones de muchxs activistas, que han explorado las conexiones entre la opresión sexo-genérica, el sufrimiento psíquico y la gestión social de este último.

En esta tesis, empleo una metodología etnográfica y feminista para estudiar el apoyo mutuo en salud mental con perspectiva de género. De este modo, intento comprender el apoyo mutuo en tanto que práctica cultural, desentrañando sus significados, y no tanto en tanto que alternativa clínica. Para ello, me centro en el contexto andaluz, donde existen asociaciones y colectivos en primera persona muy potentes. He configurado mi marco teórico-conceptual mediante un estudio del propio concepto de apoyo mutuo, definiéndolo como una forma de reciprocidad generalizada, un análisis de la relación entre el concepto de género y el sufrimiento mental y una revisión de la noción de “salud mental” en clave foucaultiana, caracterizando la salud mental como un dispositivo biopolítico esencial para la gubernamentalidad de los sujetos en este momento histórico-político de dominio del neoliberalismo. Así pues, y en coherencia con el carácter feminista de mi metodología,

he tratado de hacer un análisis con un carácter político, observando las formas en que el género, en tanto que eje esencial de distribución del poder en nuestra sociedad, da forma a la práctica del apoyo mutuo.

La primera gran aportación de mi tesis tiene que ver con la propia definición de su objeto: en el contexto del movimiento en primera persona, se llama “apoyo mutuo” a varias prácticas diferentes. Además de lo que se hace en los GAMs, también se habla de “apoyo mutuo” para describir relaciones de reciprocidad menos estructuradas que surgen en el seno del movimiento como fruto de la socialización; a esta forma de apoyo mutuo se la llama “apoyo mutuo informal”. Por otro lado, existe una práctica muy diferente que consiste en que personas con experiencia acudan a los servicios de salud mental, se entrevisten con pacientes y les proporcionen “apoyo mutuo”; a esto se le llama, entre otras denominaciones, “apoyo mutuo individual” o “*peer support*”. Cada forma de apoyo mutuo tiene sus particularidades, pero lo que las une a todas es la filosofía de buscar no tanto la “curación” de un “trastorno” como la mejora del bienestar de la persona a través del contacto con otras personas con experiencias similares.

He realizado la mayor parte de mi trabajo de campo en Granada, colaborando sobre todo con la asociación de usuarixs SAPAME (Salud para la mente), así como, en menor medida, con el colectivo Orgullo Loco Graná y con otrxs activistas en primera persona. He hecho observación participante en uno de los GAMs de SAPAME, he colaborado con la asociación elaborando proyectos e impartiendo talleres y he entrevistado a seis de sus socixs que participan en alguno de sus GAMs. Por otra parte, he conocido la experiencia del Programa de Apoyo Mutuo del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada (PAM). He entrevistado a profesionales, agentes de apoyo mutuo, investigadorxs y una activista del movimiento asociativo (también participante en GAMs), todxs ellxs vinculadxs al impulso del apoyo mutuo individual en Andalucía, y además he estudiado documentos producidos por el PAM, para comprender las potencialidades y limitaciones de este proyecto.

En mi análisis he estudiado, en primer lugar, la trayectoria que siguen las personas que participan en los GAMs antes de llegar al movimiento en primera persona. La característica que comparten las historias de mis entrevistadxs es el grave aislamiento sufrido. Tras el diagnóstico, la combinación del estigma, el consumo de fármacos en altas dosis y la vergüenza y la culpa por la situación llevaron a que estas personas perdieran gran parte de sus relaciones sociales y de sus intereses o actividades, llegando al punto de no relacionarse con nadie fuera de sus familias. Las relaciones con las propias familias se vieron también gravemente afectadas por esta situación, y en este punto se pueden ver con claridad los efectos de los estereotipos y las relaciones de género en sus vivencias.

Para las personas más jóvenes, el diagnóstico se vio acompañado de una mayor supervisión

y control por parte de sus padres y una fuerte dependencia hacia ellxs. Sin embargo, tanto las expectativas de la familia hacia la persona diagnosticada como el reparto de roles en el cuidado de esta por parte del resto de familiares estuvieron fuertemente condicionados por el género. Las madres y hermanas cargaron con más peso de cuidados, mientras que los padres se convirtieron en figuras de autoridad que resolvían disputas y los hermanos, en general, estuvieron menos implicados. A su vez, las mujeres diagnosticadas tenían también una carga de cuidados mayor dentro de sus familias aun después del diagnóstico en comparación con los hombres. En cuanto a las personas que ya tenían hijxs cuando fueron diagnosticadas, mientras que en el caso del hombre este renunció a toda forma de cuidado o autocuidado y se convirtió en un hijo más para su esposa, en el caso de la mujer ella quedó al cargo de lxs hijxs tras el divorcio, a pesar de su malestar.

Debido al aislamiento previo, todxs mis entrevistadxs identificaban el apoyo mutuo como una práctica fundamental, liberadora y desestigmatizante. No solo sirve para encontrar a otras personas con experiencias similares, sino que además permite recuperar los vínculos sociales perdidos, creando nuevas formas de reciprocidad más allá del propio grupo: lo que llamo apoyo mutuo informal. No obstante, los significados particulares que cada persona le daba al apoyo mutuo estaban atravesados por el género. A la hora de explicar la importancia del apoyo mutuo para ellas, las mujeres dan más peso a la posibilidad de ayudar a otrxs y explican su relación con esta práctica desde marcos familiares o maternales, mientras que los hombres subrayaban más el hecho de que les diera un espacio para desahogarse y hablar con una emocionalidad que normalmente les está vedada por la masculinidad hegemónica. Además, una de mis entrevistadas denunció las dinámicas machistas que afectaban a su GAM, que habían provocado un éxodo de mujeres del grupo.

Por último, el estudio del PAM me ha permitido comprobar que, en Andalucía, el apoyo mutuo individual es una iniciativa conjunta de sectores progresistas de las instituciones sanitarias y del movimiento en primera persona que tiene el objetivo último de cambiar la atención a la salud mental. Pese a las buenas valoraciones del efecto de estos programas en todos los actores implicados, los obstáculos a su desarrollo son importantes. Los principales son las resistencias de lxs profesionales y la dificultad para la profesionalización del apoyo, debido tanto a las complicaciones burocráticas como al reto que supone desempeñar el rol de agente de manera continuada y remunerada. Con todo, tanto profesionales como activistas coinciden en señalar esta forma de apoyo mutuo como esencial para conseguir un cambio profundo en la atención profesional y, de ese modo, evitar en la medida de lo posible que más personas lleguen al punto de aislamiento total en el que se encontraban mis entrevistadxs antes de descubrir el apoyo mutuo.

Palabras clave: Grupos de Apoyo Mutuo; activismo en primera persona; género y salud mental; neoliberalismo y salud mental; etnografía feminista de la salud

Universidad de Granada

Registro Electrónico	ENTRADA
REGAGE23e00086605284	21/12/2023 - 10:22:43

Abstract

Over the last decade, the mental health user/survivor movement has emerged in Spain, where it is known as the “in the first person” movement. Unlike other mental health-related movements, such as the family members associations, the “in the first person” movement is led by affected persons themselves. They have denounced the violence they are subjected to and other Human Rights violations, both by the mental health system and by society at large, and have fought for their individual and collective autonomy, for the right to be heard, and for respect towards their knowledge by experience. This concept refers to the fact that first-hand experience of mental distress and unusual experiences, such as hearing voices, gives the people who go through them useful practical knowledge about how best to deal with such problems. This is especially so when that experience is shared with other people who have also gone through the same, creating common strategies to handle difficult and painful situations.

Mutual aid is one of the main tools that the movement has created and put forth in order to manage mental distress. It is radically independent of psy knowledge, since it takes place among mentally distressed people themselves: they meet in mutual aid groups in order to talk about what they are going through, listen to each other, provide mutual support an understanding, and think of alternative ways to face their realities. This collective way of dealing with their troubles, when compared to the individualized treatment offered them by the mental healthcare system, has an enormous political potential. In fact, it inherits traits from the disability rights movement, the LGBTIQ+ movement, and the feminist movement. In the past years, the intimate connection of the “in the first person” movement and feminism has led to activists of the former picking up concepts and claims from the latter, creating a new set of knowledge on the connection of gender-based and mad oppression, which can be found in the works of these activists.

In this thesis, I have used a feminist ethnographic methodology in order to study mutual aid from a feminist perspective. In this way, I have approached mutual aid as a cultural practice, rather than as a clinical alternative, and so I have attempted to understand the meaning its practitioners ascribe to it. I have focused on Andalusia, for the “in the first person” movement is particularly strong in this region. I have assembled my theoretical framework by discussing “mutual aid,” which I have defined as a form of generalized reciprocity; by exploring the concept of gender and its relation to mental distress and our way of dealing with the latter; and by studying “mental health” from a Foucauldian perspective, as a biopolitical device that is essential in the governance of modern-day neoliberal subjects. As a result of my feminist perspective, my analysis has a political slant: I have observed the ways in which gender, as a basic axis in the distribution of power in our

society, molds the practice of mutual aid.

The first important finding of my thesis has to do with the very object of study: “mutual aid” is an expression that, within the “in the first person” movement, is used to refer to several different practices. Of course, there is mutual aid groups themselves. But beyond that, people also speak of “mutual aid” when they describe less structured and formalized forms of reciprocity which arise as a result of socialization within the movement. This is called “informal mutual aid.” On the other hand, there is an even more distinct practice which is also called “mutual aid:” it is what in English is called “peer support.” What happens is that people with lived experience of mental distress go to mental health services and treat patients there as their “peers,” bringing the spirit of mutual aid into clinical settings. Each form of “mutual aid” has its own characteristics, but they all share this philosophy: that, when facing mental distress, the priority should not be to “cure” an “illness” but rather to improve well-being through contact with other people who are experiencing similar problems.

I have carried out most of my fieldwork in Granada, primarily by collaborating with a user-led association, SAPAME (*Salud para la mente*, or “Health for the mind”), as well as mad activist collective Orgullo Loco Graná and other activists. I have helped the association to secure funds and taught workshops on gender and mental health, I have done participant observation inside a mutual aid group organized by SAPAME and interviewed six members of SAPAME who participate in these groups. On the other hand, I have studied the case of the *Programa de Apoyo Mutuo* (mutual aid program, PAM) at the Virgen de las Nieves Hospital in Granada. I have reviewed documents written by the members of the program and I have interviewed a peer worker, a professional, a researcher and an activist from a user-led association (who was also a member of a mutual aid group), all of whom were had participated in PAM and/or other attempts at promoting peer support in Andalusian mental health services. All of this has helped me understand the potential and limitations of this project.

In my analysis, I have studied in the first place the trajectories that people in mutual aid groups follow before discovering said groups and the user/survivor movement. The main feature that my interviewees' stories shared was the intense isolation they had endured after receiving their diagnosis. The combined effects of stigma, shame, guilt, and the consumption of high dosages of psychiatric drugs led them to losing most of their social networks, as well as any other interests or activities, which eventually meant that they barely spoke to anyone outside of their families. At the same time, their relationships with their relatives were also deeply affected by the diagnosis, a process in which the effects of gender are clearly visible.

In the case of younger people, diagnosis was generally accompanied by an increased degree

of supervision and control from, as well as more dependency on, their parents. However, gendered expectations towards the diagnosed person and a gendered distribution of care for the “ill” created distinct experiences for men and women. Mothers and sisters carried a heavier load in terms of care, while fathers became authority figures who intervened to solve disputes and brothers were less present. At the same time, diagnosed women still had a larger care burden to carry than diagnosed men even after being declared ill. As for people who already had children when they were diagnosed, one man stopped taking care of his children and of himself and functionally became another son to his wife, while a woman was divorced by her husband and left to take care of their children in spite of her being ill.

Due to the previous experiences of isolation, all my interviewees described mutual aid as a liberating, de-stigmatizing, newly essential practice. It not only helped them meet other people with similar experiences, but also allowed them to rebuild their lost social networks, creating forms of reciprocity beyond the setting of mutual aid groups; this is what was called “informal mutual aid.” Nonetheless, the particular meanings each person ascribed to mutual aid were clearly gendered. When explaining why mutual aid was important to them, women especially valued the opportunity it afforded them to help others, while also using familial or maternal similes to explain their relationship with this practice. Meanwhile, men highlighted the fact that mutual aid groups provided a space where they could vent emotions they could not usually express in public, as a result of hegemonic masculinity's suppression of this aspect of men's lives. Additionally, one of the women I interviewed pointed to the sexist dynamics in her mutual aid group, which had basically driven women out of it.

Lastly, my case study of the PAM has allowed me to see that, in Andalusia, peer support (or “individual mutual aid”) is a joint initiative of progressive sectors within healthcare institutions and the “in the first person” movement with the ultimate goal of changing mental healthcare from within. Despite how positively all actors involved valued the effects of these programs, there are serious barriers to their development and success. The main obstacles are professionals' reticence to engage in egalitarian relationships with peer workers and the difficulties in professionalizing peer work, both because of bureaucratic hindrances and to the challenges of working as a peer worker for long periods of time. Still, both professionals and activists point to this form of “mutual aid” as an essential part of the path to changing mental healthcare, which can in turn lead to less people getting to the point of total isolation that my interviewees were at before they found mutual aid.

Keywords: mutual aid groups; psychiatric user/survivor activism; gender and mental health; neoliberalism and mental health; feminist medical ethnography

Universidad de Granada

Registro Electrónico	ENTRADA
REGAGE23e00086605284	21/12/2023 - 10:22:43

1. Introducción: ¿por qué hacer una tesis sobre el apoyo mutuo en salud mental, aquí y ahora?

1.1. Aterrizando: construyendo mi objeto de tesis

En abril de 2018, me encontraba realizando trabajo de campo para mi trabajo fin de máster¹ en un Hospital de Día de Salud Mental en Granada. Llevaba mes y medio asistiendo prácticamente a diario al servicio, familiarizándome con su funcionamiento, con su equipo y con sus pacientes. Todo parecía indicar que había caído muy bien: pese a algunas dificultades menores al inicio del proceso, la mayor parte de personas con las que interactuaba parecían estar contentas con mi presencia allí, y yo tomaba notas con la fruición del descubrimiento (era solo mi segunda experiencia haciendo trabajo de campo antropológico: mi formación de grado es en Filosofía). Sin embargo, sentía una inquietud difícil de nombrar. Había una cierta incomodidad que yo atribuía a varias cuestiones.

Por una parte, mi interés por lo que observaba iba más allá de los objetivos que me había marcado inicialmente para el TFM, a saber, observar la influencia del género en las trayectorias de los y las pacientes por los servicios de salud mental. Al mismo tiempo que intentaba observar esas cuestiones, no podía evitar una fascinación por el conocimiento experto de lxs² profesionales con quienes interactuaba, una necesidad de aprender su lenguaje, de incorporar su manera de mirar el mundo. A pesar de que en mi discurso yo era crítico con la forma en que los diagnósticos servían para encasillar a las personas, deshumanizándolas y convirtiéndolas en un “caso”, sentía la emoción de adquirir nuevos conocimientos: estaba aprendiendo a distinguir a un paciente neurótico de uno psicótico, empezaba a entender la complejidad que implicaban los trastornos de personalidad y,

1 Estaba cursando el Máster GEMMA Erasmus Mundus en Estudios de las Mujeres y de Género.

2 A lo largo de este trabajo, utilizaré la x como sustitutivo de la marca de género gramatical cuando quiera expresar lo que tradicionalmente se ha denominado “género neutro” (expresado habitualmente usando la o del género masculino). Emplearé puntualmente la “e” para reflejar el uso de esta otra alternativa de lenguaje inclusivo por parte de algunxs sujetos de mi estudio. Cuando quiera enfatizar las diferencias de género en puntos concretos, desdoblare en “los y las”, mientras que usaré el plural masculino o femenino para referirme a colectivos formados solo por hombres o por mujeres o, en ciertos casos, para reivindicar una mayoría femenina en un colectivo que, por ello mismo, ha sido discriminado o infravalorado (como al hablar de “las antropólogas feministas”). Cuando cite textos o entrevistas donde se utilice la forma masculina como genérica, mantendré el uso de la misma en las citas, pero quiero dejar claro que, desde mi punto de vista feminista, el uso del masculino genérico debe ser problematizado tanto en el uso cotidiano como en la investigación. Al traducir textos donde no exista una marca de género gramatical, como en ciertas citas en inglés, mantendré el uso de la x para reflejar la neutralidad de género del texto original.

sobre todo, estaba aprendiendo a evaluar lo que decían o hacían estas personas desde la *sospecha*; no todo era lo que parecía en la superficie, había un significado oculto que se podía intentar localizar y verbalizar. Mis sensaciones de placer y de culpa se entremezclaban, ya que, aunque en teoría quería ver la realidad desde la perspectiva de lxs pacientes, en la práctica estaba aprendiendo a clasificarlxs como si fueran especies de animales y a dudar sistemáticamente de ellxs, reforzando el estereotipo según el cual lxs “enfermxxs mentales” no son de fiar. En otras palabras: estaba cayendo en la estigmatización (al menos, en mi cabeza: no creo haber tenido comportamientos hacia ellxs que dejaran traslucir estos juegos mentales).

Por otra parte, mi acceso al servicio se había producido con ciertos padrinzgos y madrinazgos: tanto mi padre como mi madre son médicxs bastante conocidxs en la ciudad, y conocían a muchxs de lxs profesionales y responsables del Hospital de Día y de la Unidad de Gestión Clínica, que aprobó mi presencia allí. Por otro lado, mi amiga Ana estaba en ese momento realizando su residencia como psiquiatra en dicha Unidad, y bastantes otrxs residentes de salud mental y atención primaria formaban parte de mi grupo de amistades. En muchos sentidos, ya era un *insider* desde antes de empezar el trabajo de campo. Por tanto, mis lealtades se encontraban divididas: quería recoger en mi trabajo la perspectiva de lxs pacientes, y quería hacer una crítica de la forma en que los servicios de salud mental construían pacientes generizadxs, pero al mismo tiempo me sentía en deuda con quienes me habían permitido realizar la investigación, en cierta medida por ser hijo y amigo de quien era.

En otras palabras: me estaba enfrentando a lo que Nancy Scheper-Hughes ha llamado “el dilema del agente doble” en antropología médica (1990: 190)³. Con esta expresión, la estadounidense se refiere a la sensación de estar siempre entre dos tierras, tratando de dialogar con públicos diferentes y hasta contrapuestos (lxs profesionales y lxs pacientes), así como a la dificultad para desarrollar una voz propia en ese contexto. Además, me aterraba que se malinterpretaran mis intenciones, o incluso que mi torpeza me llevara a sobrepasarme en mis funciones. Al fin y al cabo, ¿quién era yo, un mocoso sin formación sanitaria de ningún tipo, para decirles cómo tenían que hacer su trabajo? Más aún, ¿qué legitimidad tenía un hombre para explicar a un equipo tan feminizado cómo estaban siendo machistas? Aún no me sentía autorizado para asumir plenamente mi rol como investigador, con todas las posibles consecuencias.

A esas alturas, con todas estas reflexiones en mente, ya había decidido no asistir a las reuniones de equipo que se producían temprano por la mañana y en las que lxs profesionales comentaban la evolución de lxs pacientes. Temía quedar demasiado condicionado por su punto de vista. Pero un viernes de finales de mes, decidí que tenía que acudir: un grupo de ex-pacientes y

3 Las traducciones de citas originalmente en inglés o portugués son mías.

activistas venían a presentar un programa nuevo y tenía muy buena pinta. Lo que vi en esa reunión cambió por completo mi forma de ver la salud mental y mi trayectoria investigadora. Personas diagnosticadas de trastornos mentales graves nos explicaron en qué consistía el tan mencionado paradigma de la recuperación en salud mental y el papel que podía cumplir en el mismo un concepto, para mí, tremendamente sugerente: el apoyo mutuo. No se trataba de pretender curar a enfermxs mediante medicamentos y psicoterapias: se trataba de intentar facilitar procesos de adquisición de autonomía y recuperación de la esperanza. Y en ese sentido, el rol de otras personas que hubieran pasado por lo mismo era crucial.

En otras palabras: un equipo de profesionales estaba recibiendo formación por parte de ex-pacientes suyxs, y lo que estaban aprendiendo es que esxs ex-pacientes tenían un papel que cumplir para ayudar a pacientes actuales a estar mejor. Esto se iba a hacer a través del Programa de Apoyo Mutuo, mediante el cual se iban a designar a pacientes de diversos servicios como receptorxs de apoyo mutuo, y se les iba a asignar a unx de lxs agentes de apoyo mutuo del programa, quien iba a mantener encuentros privados con cada unx para hablar sobre su situación, reflexionar en conjunto sobre su proceso y quizás darle ejemplos de su propia experiencia. En pocas palabras: para prestarle apoyo mutuo. El potencial revolucionario de este enfoque era evidente. Como dijo uno de lxs miembros del programa: “sentarnos a esta mesa de igual a igual, formando equipo, es el punto culminante de este proceso de años”.

En aquel trabajo de fin de máster acabaría por analizar las formas en que el género condicionaba la construcción de las narrativas de enfermedad y recuperación de los y las pacientes del servicio (Martínez Sevilla, 2018). Como antídoto a algunas de mis ansiedades, me impuse no hablar del diagnóstico en ningún momento, y me centré en las narrativas de lxs pacientes a quienes entrevisté, de modo que la mayoría de las críticas que surgían a lxs profesionales eran enunciadas por mis entrevistadxs, lo que me distanciaba lo suficiente de las mismas para sentirme cómodo reflejándolas. Además, hablar de los procesos de recuperación me permitió empezar a estudiar enfoques transformadores en salud mental, si bien no tenía por entonces los conocimientos suficientes para evaluar el paradigma de la recuperación de forma suficientemente crítica⁴. Pero en aquella reunión, aunque no fuera del todo consciente, se habían plantado las primeras semillas de mi posterior investigación doctoral, es decir, los primeros pasos de esta tesis.

4 La interpretación del enfoque de la recuperación en salud mental que nos dieron ese día lxs agentes de apoyo mutuo es sin duda la más progresista, pero este ha sido también cooptado en cierta medida por la institución, vaciándolo de sus contenidos más potentes, como antes ocurrió con planteamientos como el de la rehabilitación (Uriarte y Vallespi, 2017; Rose, 2019: 161-165).

Durante la última década, en España y en otros países, las perspectivas críticas en salud mental han evolucionado en una dirección muy interesante. Históricamente, los movimientos críticos con la psiquiatría, la psicología y en general con la atención a las personas con gran sufrimiento mental los habían protagonizado y capitaneado los propios profesionales. El caso más famoso sería el de la antipsiquiatría, con el matrimonio Basaglia, R.D. Laing o Thomas Szasz a la cabeza (asistidos, en este caso, por ciertos científicos sociales de renombre, como Goffman o Foucault; Whitley, 2012). La gran novedad de los últimos años es que estas posturas críticas las empiezan a protagonizar las propias personas afectadas por las prácticas de la psiquiatría y el sistema de salud mental (Erro, 2021: 107-108). Bajo denominaciones muy diversas en función de sus complejos posicionamientos políticos (activistas locxs, supervivientes de la psiquiatría, personas diagnosticadas, personas psiquiatrizadas, usuarixs de salud mental, personas con sufrimiento mental...⁵), lo cierto es que se está alcanzando una masa crítica de colectivos, asociaciones y grupos donde el peso principal, cuando no exclusivo, lo tienen personas con experiencia “en primera persona”.

¿Por qué es esto tan importante? Porque una de las violencias básicas que se han practicado contra las personas psiquiatrizadas ha sido desposeerlas de su palabra. Como decía antes, la palabra de una persona con diagnóstico se trata como de un valor muy inferior que la de una persona “normal”. La infantilización de estas personas ha sido común incluso entre quienes han dicho luchar por ellas y por sus derechos: anteriormente profesionales que luchaban por reformar el sistema desde dentro, en tiempos más recientes familiares organizados en el movimiento asociativo que reclaman a las instituciones, ante todo, más y mejores servicios, a menudo sin poner en cuestión las violencias de esos propios servicios. Frente a esta tendencia, el movimiento en primera persona ha hecho suyo un lema originario del movimiento por los derechos de las personas con discapacidad: “nada sobre nosotros sin nosotros” (Voronka, 2016: 189; Rose, 2019: 158-159).

Evidentemente, un movimiento así no surge de la nada. Está más allá de las posibilidades de esta tesis describir exhaustivamente el proceso por el que se construye el movimiento español en primera persona. Baste por ahora con señalar que confluyeron un conjunto diverso de experiencias locales previas, que iban desde el asociacionismo al movimiento libertario, y una serie de influencias internacionales, como el mencionado movimiento por los derechos de las personas con discapacidad (Rey Artime, 2021: 10), las experiencias de apoyo mutuo en Irlanda, Reino Unido y

5 Explicaré detalladamente mi elección de terminología en el capítulo teórico dedicado a explicar los conceptos de género y sufrimiento mental. Por ahora, solo deseo señalar que “sufrimiento mental” o “sufrimiento psíquico” son opciones menos medicalizantes y más amplias para hablar de lo que normalmente se llama “enfermedad mental” o “problemas de salud mental”.

EE.UU., el movimiento internacional del Orgullo Loco y sobre todo el *Hearing Voices Movement* (Movimiento de Escuchadores de Voces), que celebró uno de sus congresos anuales en España en 2015 con un impacto decisivo (Erro, 2021: 145-147). El resultado de la confluencia de todos estos factores fue la formación de un frente nuevo con un peso inédito y un discurso propio⁶.

Aunque aún no entendía plenamente las dimensiones de todo esto que estaba ocurriendo, mi experiencia en la presentación del Programa de Apoyo Mutuo⁷ me convenció de que tenía que investigar este fenómeno. Si bien quería seguir investigando cuestiones relativas a la salud mental, deseaba alejarme de los servicios, para evitar las contradicciones antes mencionadas y acercarme de forma más directa, no ya a la perspectiva de “pacientes” en general, sino a la de quienes estaban luchando políticamente para mejorar su situación y la de todas las personas tratadas por el sistema psiquiátrico. Pronto me di cuenta de que algunas de esas mismas personas que estaban poniendo en marcha experiencias tan potentes como el PAM estaban también implicadas en campañas como la de #0Contenciones, que estaba trayendo a la luz pública la brutalidad de las contenciones mecánicas a las personas ingresadas en unidades de agudos de salud mental, así como la falta de regulación y el uso punitivo de las mismas (Federación Andaluza de Asociaciones de Salud Mental “En Primera Persona”, 2 de octubre de 2017). El movimiento estaba en las instituciones, pero también en la calle. Como investigador comprometido con la transformación social, esto era exactamente lo que andaba buscando.

Pero, además, como investigador a secas, había algo más que llamaba mi atención. Las reivindicaciones del movimiento no se limitaban a cuestiones como la denuncia de las prácticas abusivas o reclamar el fin del estigma social. Como pude intuir en aquella presentación y como empecé a comprender en los primeros meses de esta investigación doctoral, desde el movimiento en primera persona existían también reivindicaciones epistemológicas de lo más interesantes. En efecto, no se trataba solamente de que las formas de tratamiento se volvieran más humanas; se trataba también de que las fuentes de conocimientos en las que se basaban los tratamientos se ampliaran, incluyendo saberes distintos a los profesionales. La irrupción de estos “saberes profanos” viene a “promover una cierta apertura para reconocer la existencia de estrategias y formas de producir cuidado que no necesariamente coinciden con las desarrolladas desde las lógicas de los saberes expertos” (Correa-Urquiza, 2018: 583).

6 A lo largo de este trabajo, aparecerán múltiples referencias a la historia de este proceso de construcción del movimiento. Sin embargo, para una exposición más detenida del mismo, véase la obra de Javier Erro (2021), que no solo detalla sus raíces, sino que da un diagnóstico de dónde se encuentra y a dónde puede dirigirse.

7 De ahora en adelante, usaré las siglas “PAM” para referirme a este programa concreto.

En la línea de esa desposesión de la palabra que antes mencionaba, las personas diagnosticadas han visto cómo sus perspectivas, experiencias y vivencias se han convertido, para lxs profesionales que lxs atienden (y por extensión, dado su lugar autorizado de saber, para el resto de la sociedad), en meros síntomas, en manifestaciones patológicas de problemas subyacentes, se conciben estos como problemas en el procesamiento cognitivo, como formaciones protésicas narcisistas o, más frecuentemente, como desequilibrios neuroquímicos. Todo lo que haga una persona diagnosticada es imputable a su “enfermedad ubicua” y, por tanto, potencialmente patológico (Martínez Hernández, 2009). La novedad que introducen los movimientos en primera persona en este sentido es doble. Por una parte, reclaman una despatologización de dichas experiencias subjetivas, que en lugar de ser vistas como producto de enfermedades deben ser entendidas como parte del mundo de sentido particular de la persona que las experimenta. Incluso en el caso de experiencias inusuales, que pueden ser desconcertantes para quienes no las han vivido, como puede ser oír voces (lo que los profesionales psi llaman alucinaciones auditivas; Corstens *et al.*, 2014) o tener creencias inusuales (habitualmente llamadas delirios; Knight, 2019), la perspectiva despatologizadora señala que no son sinónimo de enfermedad y que, incluso cuando son dolorosas o angustiantes, entran dentro del espectro de la experiencia humana y no deben ser eliminadas a toda costa (Cooke, 2017).

Pero desde estos movimientos se va aún más allá: no es solo que la experiencia de quienes sufren deba ser respetada, es que precisamente el hecho de tener esa vivencia en primera persona de lo que supone convivir con el sufrimiento mental da acceso a una forma de conocimiento específico. Este conocimiento, históricamente despreciado, es reivindicado como un saber valioso para enfrentar el sufrimiento mental, en particular gracias a su puesta en común con otras personas que hayan pasado por experiencias similares de sufrimiento y psiquiatrización. Se habla, así, de la existencia de “expertxs por experiencia”, con lo que se llega a reclamar una democratización de las relaciones entre saberes, desplazando a los saberes psi de su lugar de preeminencia absoluta y exigiendo un “reconocimiento” para estos saberes profanos, lo cual pasa por

la necesidad de suponer al otro en tanto productor de sentido y significación sobre el dolor y la experiencia; un reconocimiento que entienda a ambos en su condición de productores de cuidados⁸, que los observe como sujetos activos en la búsqueda de un mejor estar y que

8 Debo aclarar que aquí Correa-Urquiza no está hablando de “cuidados” en el sentido en que se usa el concepto desde los feminismos, concepto al que haré referencias a lo largo de la tesis. Aquí, por el contrario, el autor está usando la palabra como alternativa democratizadora a “atención”: se refiere a las necesidades de cuidado que experimenta una persona que está atravesando un sufrimiento psíquico intenso. Lo que quiere subrayar Correa-Urquiza es que esos “cuidados” pueden ser “producidos” tanto por profesionales como por las propias personas con experiencia.

habilite procesos de intersubjetividad equilibrados. (Correa-Urquiza, 2018: 572)

En ninguna otra práctica es más central esta reivindicación epistemológica que en el apoyo mutuo. Frente a la idea de que el sufrimiento mental solo puede ser atendido y gestionado por profesionales con conocimientos expertos debidamente acreditados, el apoyo mutuo presenta una idea sencilla y revolucionaria: ¿quién mejor para ayudar a quienes sufren que ellxs mismxs? Mediante encuentros grupales o individuales, de forma más o menos formalizada, el apoyo mutuo permite a personas diagnosticadas compartir sus experiencias en sus propios términos, acabando con la sensación de aislamiento y desesperanza que genera el diagnóstico (Alegre-Agís, 2016), creando nuevas perspectivas sobre su situación y construyendo colectivamente herramientas para convivir con e incluso superar sus dificultades. En otras palabras, se señala cómo la puesta en común entre iguales puede transformar dichas experiencias de traumáticas en significativas, de estigmatizantes en transformadoras. En lugar de individualizar el sufrimiento y tratar el síntoma como algo a eliminar, a la manera de los saberes expertos, quienes practican el apoyo mutuo señalan que la socialización de los síntomas entre quienes los experimentan permite reducir la angustia y, en último término, dar un sentido a experiencias atípicas y difíciles de sobrellevar, pero no necesariamente patológicas, como la de oír voces (Dillon y Longden, 2012).

No se pretende con ello reemplazar la atención profesional y el conocimiento experto, sino complementarlos con una necesaria dosis de cercanía al fenómeno que se pretende atender, además de mejorarlos al señalar los abusos de poder que se cometen aprovechando esa posición de superioridad que se les asigna (Verbeke, Vanheule, Cauwe, Truijens y Froyen, 2019). Al mismo tiempo, al otorgar a las personas diagnosticadas un papel activo en su propia mejoría y en la de otras personas, estas prácticas ayudan a reducir el impacto del estigma (Sampietro y Sicilia Matas, 2019: 10, 64-65). Así pues, en vez de pensar sobre la enfermedad mental como un problema a gestionar por parte de profesionales, lo que se propone es pensar el bienestar psíquico como un bien a preservar en común y la experiencia de sufrimiento como un bagaje a compartir. Se trata, en resumen, de politizar el sufrimiento psíquico.

Había una tercera cuestión que hacía muy atractivos para mí los planteamientos del movimiento en primera persona, con el apoyo mutuo como idea fuerza. Como se empieza a observar al final del anterior párrafo, en línea con la inspiración kropotkiniana del concepto de apoyo mutuo, desde esta perspectiva “la cooperación y la ayuda mutua constituyen las bases de la supervivencia y el desarrollo de las sociedades humanas” (Canals Sala, 2002: 30)⁹. Como

9 En su tesis sobre los Grupos de Ayuda Mutua, Josep Canals Sala (2002) hablaba de “ayuda mutua” antes que de

investigador formado en estudios de género, esta manera de entender las bases de la reproducción social tiene fuertes resonancias con la noción de cuidados. Esta afinidad me llevó a pensar que, para comprender el apoyo mutuo en salud mental en profundidad, sería conveniente pensar en sus conexiones con el feminismo.

No en vano, el auge del movimiento en primera persona ha coincidido con una ola internacional de movilizaciones feministas que ha tenido en España uno de sus nodos más potentes. Durante estos últimos años, estas movilizaciones se han caracterizado, entre otras cosas, por situar en el centro de sus reivindicaciones esta noción de “cuidados”. Dada la coincidencia de ambos movimientos, no sorprende encontrar en textos escritos desde el movimiento en primera persona en salud mental afirmaciones como esta: “desde una mirada feminista se considera que esta manera de autoorganizarse para enfrentar el malestar colectivo y construir el bienestar entre todas, generando espacios políticos de resistencia, es vital no solo para mejorar nuestro bienestar, sino también para construir una sociedad más justa” (Fernández, Serra y Grup de Dones Radio Nikosia, 2020: 37).

Esta conexión entre apoyo mutuo en salud mental y feminismo, que hunde sus raíces en la historia de ambos movimientos en el siglo XX (Guzmán Martínez, Pujal i Llombart, Mora Malo y García Dauder, 2021), se ha explorado igualmente en estos años desde múltiples espacios y puntos de vista. Desde el desarrollo de posturas teóricas como el “feminismo loco” (Castillo Parada, 2019) a la aparición de espacios no mixtos de distinto tipo, como el Grup de Dones de Radio Nikosia o Grupos de Apoyo Mutuo no mixtos como las madrileñas InsPiradas¹⁰, pasando por la creación del documental sobre la relación entre el sufrimiento mental y el género *Zauria(k)*¹¹ (Irigoien Ulaiar, Oiz Elgorriaga y Sáez Pérez, 2019).

Así pues, estudiar el apoyo mutuo en salud mental desde una perspectiva feminista no solo es coherente, sino que incluso constituye un reclamo de una parte del propio movimiento en primera persona. En esta tesis, voy a intentar comprender de qué manera las relaciones de género,

“apoyo mutuo”. Sin embargo, como explicaré más adelante, se está refiriendo en esencia al mismo fenómeno; el cambio terminológico se ha producido en el ámbito de la salud mental debido a una evolución en las formas de entender las implicaciones de cada expresión, pero “apoyo mutuo” designa las mismas prácticas que hace unas décadas se denominaban “ayuda mutua”.

10 Fuera del contexto español, habría que destacar por carácter pionero al colectivo chileno “No es lo mismo ser loca que loco”, surgido en 2016 y autoras del manifiesto “Locura feminista”, donde afirman: “Luchamos por despatologizar las respuestas de las mujeres hacia el trauma y la opresión, apoyándonos sobre todo en el feminismo, corriente que nos ha dado la claridad para comprender que tantos de nuestros malestares subjetivos y objetivos, tienen como trasfondo causas culturales y sociales completamente removibles y no, desequilibrios bioquímicos o falta de litio” (*Manifiesto “Locura Feminista”*, 2017).

11 En euskera, “Herida(s)”.

entendidas como una forma de construcción y reconstrucción constante de la distribución de poder en torno a categorías sexo-genéricas, afectan a las personas que realizan apoyo mutuo, tanto en sus trayectorias previas a la llegada al movimiento en primera persona y a que descubran esta práctica, como en su forma de entender la propia práctica del apoyo mutuo. Para ello, será necesario comprender la situación social en la que se encuentran estas personas, por lo que trataré de explicar las consecuencias que tienen en sus vidas el sufrimiento psíquico, las experiencias psíquicas inusuales y (como resultado de experimentar ambas, pero con un impacto desproporcionado) el recibir un diagnóstico psiquiátrico. Así, espero usar la perspectiva de género para contestar preguntas como: ¿por qué deviene esencial el apoyo mutuo, entendido como una forma de cuidados prestados por las propias personas psiquiatrizadas entre sí? ¿Qué ocurre en las vidas de estas personas que las lleva a necesitar estos cuidados? ¿Qué significados adopta esta práctica para estas personas, y por qué?

Para poder contestar estas preguntas, sin embargo, habría que poder definir adecuadamente el propio apoyo mutuo. Veremos que esto no es tan fácil como podría parecer, entre otras cosas porque “apoyo mutuo” es una expresión polisémica, utilizada para hablar de prácticas con elementos en común, pero muy diferentes entre sí. La práctica paradigmática a la que se llama “apoyo mutuo” en salud mental, en la que podríamos decir que se inspiran las demás, es la que se lleva a cabo en los Grupos de Apoyo Mutuo¹². Dos activistas de la asociación catalana en primera persona ActivaMent, en una guía para la realización de este tipo de grupos, los definen así: “Un Grupo de Ayuda Mutua¹³ (GAM) es un espacio de escucha y comprensión, en el cual varias personas que compartimos un mismo problema, dificultad o preocupación nos reunimos para intentar superar o mejorar nuestra situación” (Sampietro y Sicilia Matas, 2019: 8). Las tres características definitorias que destacan de estos grupos serían su carácter *colectivo* (“Requiere de un conjunto pequeño de personas que asumimos el compromiso de reunirnos periódicamente para explicarnos nuestras vivencias, compartir experiencias y construir un vínculo social basado en la confianza y el respeto por las demás”; *Idem*), el hecho de que se preste apoyo o ayuda ante un *problema compartido* y la *mutualidad* o *reciprocidad* de dicho apoyo, que implica una *horizontalidad* (“No hay personas usuarias de GAM, sino compañeras, y nadie ejerce un rol de profesional, el saber lo aporta la experiencia”; *Idem*).

12 De ahora en adelante, “GAM” en singular y “GAMs” en plural.

13 Las expresiones “apoyo mutuo” y “ayuda mutua” se han usado históricamente de manera intercambiable. En esta tesis, optaré por la primera denominación, por razones que argumentaré en el capítulo teórico dedicado al concepto de apoyo mutuo.

Si hablamos particularmente de los “GAMs de salud mental en primera persona”, se acota de forma más específica el “problema” compartido: en dicho tipo de grupos “nos reunimos quiénes [sic] hemos pasado o estamos pasando por una situación de sufrimiento psicológico y/o diversidad mental. Supone haber vivido un problema de salud mental y las consecuencias psicosociales que puede comportar” (Sampietro y Sicilia Matas, 2019: 8). En otras palabras: si nos fijamos en los GAMs en primera persona, parecería que el apoyo mutuo es lo que se hace en las reuniones periódicas de estos grupos en que personas con sufrimiento psíquico “intentan superar o mejorar su situación”. Llegado el momento, veremos exactamente qué tipo de cosas se hacen en dichas reuniones y de qué manera resultan de ayuda para estas personas.

Pero antes, hay que señalar que esto no es lo único a lo que se le llama apoyo mutuo. En primer lugar, porque existe una práctica, también llamada habitualmente apoyo mutuo, que no es grupal, y que de hecho ni siquiera está al margen de los servicios de salud mental: el “apoyo mutuo individual”, también llamado “apoyo mutuo intencional”, “*peer support*” o “*peer to peer*”. Esto es lo que se hace en el PAM que presentaron en el Hospital de Día: una persona, a la que se denomina “agente de apoyo mutuo” (o, en el contexto anglosajón donde esta práctica está mucho más instaurada, *peer worker*; esto ha llevado a usar en ocasiones la denominación “par” en castellano), que tiene experiencia en primera persona pero que está en un momento avanzado de recuperación, se entrevista una o más veces con unx paciente ingresadx en un servicio, a quien se llama “receptorx”, y que es seleccionadx por el equipo de profesionales del propio servicio. En el contexto de dichos encuentros, “agente y receptor/a tratan de compartir experiencias, dificultades, inquietudes, conocimientos, afecto e información con el objetivo de favorecer en ambos/as las dinámicas de fortalecimiento, crecimiento y recuperación” (SAPAME y UGC Salud Mental HU Virgen de las Nieves, 2019: 4). Para ello es necesario “un ambiente que favorezca la confianza y la intimidad”; crear dicho ambiente es responsabilidad del/de la agente: “Gracias a la actitud de respeto, escucha activa y empatía desarrollada por el agente, la persona que recibe el apoyo puede sentirse comprendida, puede expresar vivencias que a menudo no logra compartir con otras personas” (*Idem*).

Muchos elementos de esta práctica de “apoyo mutuo” son inmediatamente llamativas por el contraste con lo que se hace en los GAMs. Para empezar, no solo se realiza en una relación uno a uno, frente al carácter grupal y colectivo de los GAMs; además, existe una direccionalidad manifiesta en este apoyo, que lleva a preguntarse por el significado de “mutuo” en este contexto. En efecto, quien ejerce como “agente” de apoyo mutuo es, ya desde su denominación, quien presta el apoyo, mientras que quien se designa como “receptor” lo recibe. Por no hablar del hecho de que, en algunos casos, quien es agente cobra por ello. Aunque se intente señalar la mutualidad de fondo,

apelando a los aprendizajes que quien llamamos “agente” adquiere en su intercambio con quien llamamos “receptor”, parecería que la horizontalidad y la simetría características de los GAMs desaparecen y, con ello, se pone en cuestión la mutualidad del apoyo. Y qué decir del hecho de que se lleve a cabo por mediación de servicios de salud mental, lo cual condiciona inevitablemente la práctica y pone en relación, y en general una relación de subordinación, a lxs agentes con dichos servicios y sus profesionales. Esta cuestión es fruto de debates profundos dentro del propio movimiento, donde hay quienes no terminan de considerar que a esto se le pueda llamar, propiamente, apoyo mutuo.

Sin embargo, en la práctica, esta denominación se ha consolidado, y hay multitud de programas similares al granadino por todo el Estado español, en general gracias a la colaboración de integrantes del movimiento en primera persona con profesionales críticxs de confianza (“¿Por qué la necesidad de apostar por mantener (o incluir) la figura de par en los servicios de atención en salud mental?”, 2018). Así pues, considero que el “apoyo mutuo individual” o “intencional” es parte del conjunto de prácticas que, desde el movimiento en primera persona, se denominan “apoyo mutuo”, y que mi tesis tiene por objeto estudiar. Pero esto despierta nuevas preguntas: ¿quién puede participar del apoyo mutuo individual? ¿La misma población que participa en los GAMs, o solo una pequeña parte de ellxs? ¿Qué consecuencias tiene su inserción en los servicios? ¿Qué implica el hecho de que algunxs agentes cobren por su labor? Esta tesis también se plantea como objetivo abordar estas cuestiones.

Pero el universo semántico del apoyo mutuo es aún más rico: existen otras prácticas que también se califican, en ocasiones, de apoyo mutuo. Los GAMs y el apoyo mutuo individual son contextos muy acotados: ¿acaso es solo apoyo mutuo lo que sucede dentro de las reuniones de los grupos o de las sesiones de apoyo mutuo individual? ¿Qué ocurre con todo lo que se da en las periferias de dichos contextos? Por ejemplo, supongamos que unx agente establece una relación de apoyo mutuo individual con unx receptorx; la relación va bien, es satisfactoria para ambas partes; pero entonces lx receptorx es dadx de alta del servicio en que está ingresadx. Desde ese momento, el vínculo formal de apoyo mutuo individual ha desaparecido, por definición. Pero si estas dos personas mantienen una relación, siguen viéndose y hablando, siguen compartiendo experiencias y pensando sobre sus respectivas situaciones y dificultades en común, ¿no es esto apoyo mutuo?

Pensemos en otro caso: un colectivo activista en primera persona que, entre otras actividades, tiene un GAM. Evidentemente el GAM es el espacio designado por el colectivo para realizar apoyo mutuo. Pero ¿acaso no se darán interacciones e intercambios que podrían ser descritos como “apoyo mutuo” en el transcurso de otras actividades, como organizar una manifestación o pintar una pancarta? E incluso, ya que estamos, ¿por qué solo considerar que una

relación es apoyo mutuo cuando se da entre personas que tienen diagnóstico? ¿Qué pasa con las relaciones que pueden construir personas con sufrimiento psíquico grave con otras que no lo han experimentado? ¿Acaso las personas psiquiatrizadas están condenadas a solo obtener apoyo de sus “iguales”; a realizar prácticas de apariencia muy emancipatoria, pero cuya condición de existencia es mantenerlas en un gueto del que no pueden escapar?

Aquí nos enfrentamos a un problema familiar para quienes trabajamos con el concepto de cuidados: en parte debido a su popularidad en los contextos activistas, sus contornos se pueden desdibujar hasta llegar al punto en que todo es cuidado, con lo cual el concepto deja de ser efectivo (Esteban, 2017). Sin embargo, como nos recuerda Rosana Guber, “[e]l investigador puede predefinir un campo de estudio según sus intereses teóricos o su sentido común [...] pero el sentido último del campo estará dado por la reflexividad de los nativos [sic]” (2011: 47). Mi objetivo no es llegar a una definición teórica cerrada y limpia del apoyo mutuo en salud mental; mi objetivo más bien es documentar los múltiples usos del término, investigar las prácticas que son descritas como tales por parte de los actores relevantes y entender qué tienen que ver con el sostenimiento de la vida de quienes las realizan.

En el transcurso de mi investigación, he conversado con multitud de personas, con y sin diagnóstico, que tienen alguna vinculación con el mundo de la salud mental, y que han hablado de apoyo mutuo en muchos sentidos. Mi trabajo de campo ha incluido colaboraciones de diverso tipo con organizaciones del movimiento en primera persona, como la asociación SAPAME o el colectivo Orgullo Loco Graná; el impulso y participación en un espacio de activismo en salud mental donde confluíamos profesionales, personas con experiencia e investigadorxs, llamado (Mal)Estar; entrevistas a participantes en GAMs; entrevistas con participantes del PAM y otras personas que conocen las experiencias andaluzas de apoyo mutuo individual; y múltiples conversaciones, más o menos formales, con activistas en primera persona¹⁴. Ha sido siguiendo los hilos que dejaban esas conversaciones como he llegado a configurar mi objeto de tesis: el apoyo mutuo en salud mental como un conjunto diverso y a veces contradictorio de prácticas que sirven para hacer más vivibles las vidas de quienes experimentan un gran sufrimiento psíquico.

Con esta afirmación, comienzo a abordar la última gran cuestión de esta introducción: la metodología que he seguido. Como denota el espíritu inductivo y empírico, apegado a las prácticas y las palabras de los sujetos estudiados, del párrafo anterior, he optado por una metodología etnográfica para mi investigación. Considero que esta era la herramienta más adecuada, dado que lo

14 Detallaré más mi trabajo de campo en el segundo capítulo del bloque metodológico.

que me proponía era comprender el apoyo mutuo acercándome a las propias personas que lo protagonizan, tratando de captar y analizar las implicaciones que tiene para ellas. Ha sido prestando atención a las conductas de las personas con las que he trabajado en su contexto concreto (Geertz, 1973/1997: 30) como he podido conocer el universo de prácticas y significados que me propongo reflejar y analizar en este trabajo. Con ello, además, pretendía cumplir ese objetivo original de escapar de la alargada sombra de la perspectiva médica sobre la realidad de las personas con diagnóstico en salud mental. En palabras de Ángel Martínez Hernáez, “la aplicación de la mirada etnográfica devuelve a los procesos de salud, enfermedad y atención su condición de hechos sociales y a la vez desvela críticamente las estrategias de encubrimiento que permiten la naturalización de estos fenómenos” (2008: 186). Mi mirada, por tanto, ha estado dirigida al estudio de la comprensión subjetiva y social de la enfermedad, antes que a la biológica o médica. En otras palabras: siguiendo la terminología introducida por Marshall Marinker (1975) y popularizada por Arthur Kleinman (1988), me centro en la enfermedad entendida como *illness* y *sickness*, dejando en segundo plano la enfermedad como *disease*.

Pero dentro de la etnografía, me posiciono en unos planteamientos metodológicos y teóricos concretos: los de la etnografía feminista. Desde luego, la perspectiva feminista permea todos los aspectos de mi investigación: al fin y al cabo, mi objetivo es hacer un análisis con perspectiva de género del apoyo mutuo. Pero hacer etnografía feminista implica, además, unos determinados compromisos, una manera de investigar. Para empezar, a nivel epistemológico, adopto de la etnografía feminista su apuesta por radicalizar la reflexividad, esa herramienta esencial de la metodología etnográfica, y poner lo que tiene que ver con el género y, en general, con el reparto de poder en la sociedad en el centro del proceso de reflexión de lx etnógrafx (Gregorio Gil, 2006). De este modo, entiendo la etnografía como un proceso situado, que más que desvelar una verdad objetiva oculta, parte de un encuentro intersubjetivo concreto para generar, siguiendo la imagen de Carmen Gregorio Gil, un *patchwork*, esto es, una amalgama “de conocimientos diversos, mestizos y subalternos (retales o trozos de tela considerados inservibles) unidos con trazos disímiles (puntadas, costuras, calados y remiendos) mediante los que escribir, narrar, testimoniar y actuar con un «pensamiento con cuidado»” (2019: 4).

En este mismo sentido, el compromiso de la etnografía feminista va más allá de lo teórico. Hacer etnografía feminista entraña una manera de entender la propia investigación que, en primer lugar, persigue la transformación social. En este caso, me he centrado en las violencias e injusticias que afectan a las personas con sufrimiento mental grave, así como en las respuestas de estas mismas personas a su situación y sus reivindicaciones políticas. Pero, además, la etnografía feminista se preocupa por la ética de la investigación en todas sus etapas. Esto me parece particularmente

importante para mi proyecto dado que he trabajado con personas psiquiatrizadas, cuya perspectiva ha sido tradicionalmente silenciada o apropiada por otros actores. Mi compromiso feminista en la investigación me obliga a estar atento a las dinámicas extractivistas que a menudo se dan en la investigación social, y a la responsabilidad que acompaña todo ejercicio de representación del otro. Para mí no había otra manera de plantearse esta investigación que desde el compromiso con las personas participantes, cuyas perspectivas quiero reflejar y a cuyos reclamos quiero prestar un altavoz. Por ello, he tratado de dialogar con sus propuestas para mostrar su potencial y, al mismo tiempo, para comprender sus limitaciones, de modo que esta investigación pueda ser útil al movimiento en su propio proceso de reflexión y conocimiento. Esto es lo que significa, para mí, que esta tesis sea una etnografía feminista.

Hasta ahora, a lo largo de esta introducción, he tratado de aclarar el sentido de mi tesis a través de la explicación del objeto que estudio, de los conceptos esenciales que empleo para comprenderlo y de la metodología que he empleado. Para cerrar este capítulo, paso ahora a resumir los contenidos del resto de la tesis. Como decía hace un momento, una de las cuestiones clave para hacer un buen acercamiento etnográfico a un tema es describir adecuadamente el contexto. Por ello, este bloque introductorio se completa con una contextualización histórica explicando, por un lado, la situación en que se encuentra la atención en salud mental en la actualidad y, por otro, la emergencia del movimiento en primera persona en el Estado español. La combinación de ese panorama institucional y de esa respuesta autoorganizada al mismo es el contexto más amplio en el que el apoyo mutuo se ha podido desarrollar de la forma en que lo ha hecho.

A continuación, en el bloque teórico-conceptual, expongo los conceptos esenciales que me servirán para cumplir mis objetivos. En el primer capítulo, entro en más detalle en el concepto de apoyo mutuo, explorando las distintas tradiciones que le han dado forma, examinando sus distintas aristas y exponiendo las aplicaciones del concepto que se hacen desde el movimiento en primera persona en salud mental, tratando de entender el significado de los múltiples usos del término. El segundo capítulo me servirá para exponer mi concepto de género, así como el concepto de sufrimiento mental, y ver en qué sentido estudiar la relación entre ambos puede ser iluminador para comprender en mayor profundidad el apoyo mutuo. Por último, dedicaré un capítulo a caracterizar la “salud mental” como un movimiento que pugna por definir el campo de la atención al sufrimiento mental, situando a las disciplinas psi en el lugar hegemónico para su comprensión, estudio y atención, y hablaré del movimiento en primera persona como un contra-movimiento democratizador. Para ello, me valdré de los conceptos foucaultianos de gubernamentalidad y biopolítica.

En el tercer bloque expongo mi metodología. En el primer capítulo del mismo, profundizo en las características de la etnografía feminista de la salud como enfoque metodológico y en la forma en que la he aplicado a mi investigación. Después dedico un capítulo a explicar la construcción de mi campo: los actores individuales y colectivos que me han servido para investigar mi objeto de estudio, prestando atención también a los obstáculos, los errores, los caminos que no han fructificado pero, pese a ello, han dado forma al resultado final. El tercer capítulo lo dedico a comentar el impacto de la pandemia del Covid-19 en mi investigación, prestando especial atención al desarrollo y aplicación de herramientas de investigación digital, a lo cual me vi obligado por las circunstancias pero que me sirvió para hacer descubrimientos nuevos y diferentes en mi proceso.

El último bloque contiene el análisis de los datos recabados durante mi investigación, tratando de mostrar las formas en que las relaciones de género condicionan la práctica del apoyo mutuo. En el primer capítulo, hago un recorrido por el proceso que siguieron las personas a las que entrevisté antes de conocer el apoyo mutuo y el movimiento en primera persona. Expongo la situación de aislamiento en que se encontraban, examino las formas en que descubren la existencia del movimiento y analizo las tramas de género que condicionan sus relaciones familiares (las cuales constituyen, en muchos casos, el total de su vida social). En el segundo capítulo, me centro en los significados que dan mis entrevistadxs al apoyo mutuo, en particular al que se practica en los GAMs, que son el espacio fundamental que el movimiento consagra al afrontamiento colectivo del sufrimiento mental. Examino los aspectos desestigmatizadores del apoyo mutuo, pero también observo los conflictos que se producen dentro de los GAMs, tratando de comprender el modo en que las relaciones de género condicionan lo que ocurre en los grupos. Por último, en el tercer capítulo, me centro en el apoyo mutuo individual. A partir de un estudio centrado en el PAM del Hospital Virgen de las Nieves de Granada, usando tanto entrevistas como material documental, trato de comprender las potencialidades y limitaciones de esta práctica, que caracterizo como una estrategia para intentar cambiar los servicios de atención de salud mental desde dentro.

Universidad de Granada

Registro Electrónico	ENTRADA
REGAGE23e00086605284	21/12/2023 - 10:22:43

1.2. El contexto: atención a la salud mental y movimientos en primera persona en el Estado español

Para comprender adecuadamente un fenómeno, como es el apoyo mutuo, relacionado con la atención a la salud y el malestar mental en el contexto español a inicios del siglo XXI, es necesario hablar de la Reforma psiquiátrica. Esta transformación del sistema público de salud mental, aun con sus deficiencias y limitaciones, y en algunos sentidos precisamente debido a ellas, supuso un cambio decisivo en la manera de entender y practicar la atención a la llamada “enfermedad mental”. Como veremos, estos cambios no afectan únicamente a la atención profesional en sentido estricto, sino que incluyen también ciertas actitudes y concepciones acerca del rol que pueda jugar la “comunidad” y, con ella, los Grupos de Apoyo Mutuo.

La reforma psiquiátrica fue un fenómeno internacional (Desviat, 2020: 23-68, 189-242) por el que, a lo largo de las últimas décadas del siglo XX, en multitud de países se transformó la atención en salud mental, teniendo como principal eje el cierre de las instituciones manicomiales (hospitales psiquiátricos) y la transferencia de la atención a los “enfermos mentales” al ámbito comunitario. La configuración de este cambio de orientación como el objetivo central de la reforma fue el producto de varias fuerzas, en algunos casos de signo ideológico contrario o cuando menos ambiguo, que actuaron de forma coincidente en el tiempo entre las décadas de 1950 y 1980.

Por una parte, el descubrimiento de los neurolépticos en los años 50 del siglo XX había permitido, por primera vez, una disminución efectiva y, al menos en apariencia, menos coercitiva de las conductas disruptivas por parte de los pacientes psiquiátricos (Caponi, 2021). Aclamados como una innovación “revolucionaria”, su introducción tuvo dos grandes efectos: uno, teórico, fue dar indirectamente mayor credibilidad a la perspectiva biologicista acerca de los problemas en salud mental, dando lugar a la aún hoy influyente hipótesis dopaminérgica del origen de la esquizofrenia, la primera gran hipótesis que planteaba el desequilibrio bioquímico como explicación de los trastornos mentales¹⁵; el otro, práctico, fue que permitió pacificar las salas de los manicomios

15 Posteriormente, y de forma similar, aparecería la hipótesis según la cual la depresión sería causada por un déficit de serotonina, partiendo del efecto de los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina, los fármacos que más habitualmente se usan como antidepresivos (Caponi, 2009a: 334). Es decir, en ambos casos, la hipótesis acerca de la causa fisiológica subyacente del trastorno mental se desarrolla con posterioridad a la aparición del medicamento; dada la efectividad del mismo para lidiar con algunos de los síntomas del trastorno, se postula que el trastorno está causado originalmente por una alteración en el área de influencia del medicamento. En otras palabras: “los psicotrópicos preceden siempre la búsqueda del origen biológico de la enfermedad” (*Ibid.*: 335). Estas hipótesis siguen sosteniéndose a día de hoy a pesar de las nulas evidencias encontradas en su favor (Moncrieff *et al.*, 2022).

creando unas nuevas condiciones para el desarrollo de la atención psiquiátrica (Caponi, 2019: 80-86, 95-109).

En esta transformación fue clave el hecho de que la clorpromazina y demás neurolépticos de primera generación, al ser medicamentos, constituían una herramienta de aspecto terapéutico, cuya legitimidad era mayor (y sus efectos secundarios menos incapacitantes, al menos de forma inmediata) que las habituales hasta ese momento: electroshocks, lobotomías, terapia de choque por insulina... Este efecto legitimador se logró a pesar de que el principal efecto que se apreciaba, antes que el descenso de los síntomas específicos de los trastornos psicóticos, era la sedación de los pacientes (Caponi, 2021). Además, y de manera decisiva, los neurolépticos no solo servían para calmar al paciente en el manicomio, sino que abrían la puerta al tratamiento ambulatorio: su consumo continuado cortaba de raíz las conductas más molestas y socialmente inconvenientes de los pacientes, tornando innecesario su ingreso. El paciente psiquiátrico prototípico pasó de la agitación a la indiferencia; un paciente indiferente podía ser manejado sin necesidad de una institución total.

Esto sucedió en un contexto en que se habían empezado a producir profundos procesos de reforma sanitaria en Francia y Reino Unido. Después de la Segunda Guerra Mundial, tanto en un país como en otro se reestructuraron los modelos asistenciales, creando sistemas menos centrados en el hospital como institución y más asentados en el territorio. En Francia a través de la llamada política de sector y en Reino Unido a través de los conceptos de “comunidad terapéutica” y Sistema Nacional de Salud (Desviat, 2020: 27-55), se produjo un cambio de orientación que sirvió de base para inspirar los movimientos posteriores. Desde este nuevo punto de vista, eran tres los conceptos fundamentales en torno a los cuales se definía el proyecto de reforma: la zonificación, que permite tomar el territorio como base; la continuidad de cuidados, que permite acabar con la institucionalización sin abandonar a los pacientes; y la integración de los tres niveles de atención sanitaria (a saber, primaria, hospitalaria y de urgencias), para posibilitar una atención articulada y holística (Desviat, 2020: 26).

Al mismo tiempo que se producían estos cambios, se estaba gestando el amplio movimiento que suele denominarse como antipsiquiatría. La publicación simultánea en 1961 de *Asylums*, el clásico de Erving Goffman (1961) donde se describía en detalle el funcionamiento interno de estos hospitales a partir de la experiencia del autor trabajando en uno de ellos, y de la primera gran obra de Michel Foucault (1961/1998), *Historia de la locura en la época clásica*, que estudiaba la evolución de las concepciones sobre la locura y su manejo en Occidente a lo largo de la historia, da muestras del creciente interés por el examen crítico de la gestión del sufrimiento mental en las sociedades occidentales de la posguerra. Este interés fue incorporado por psiquiatras críticos, que

comenzaron a señalar como inaceptables e impropias de profesionales de la medicina, en teoría encargados de velar por el bienestar de sus pacientes, las prácticas represivas y controladoras de su disciplina. Autores como Franco y Franca Basaglia en Italia, Thomas Szasz en EE.UU. o David Cooper y Ronald Laing en Reino Unido comenzaron a conformar un corpus teórico que abogaba por rechazar el modelo de la “enfermedad mental” para entender la locura, defendía esta como una forma más de estar en el mundo que sin embargo era reprimida socialmente usando a la psiquiatría como brazo ejecutor y luchaba por crear otras formas posibles de atención o tratamiento (Szasz, 1961/1974; Cooper, 1967/2001; Laing, 1967/1990, 1971; Basaglia, 1970; Nasser, 1995).

Estos autores estaban lejos de ser uniformes a nivel ideológico: no hay más que recordar que Szasz era un libertario de derechas, creyente en el libre mercado, mientras que Cooper y Laing se inspiraban en la teoría marxista y la filosofía existencialista (Szasz, 2004/2017; Cooper, 1968/2015; Double, 2006). Sin embargo, con el surgimiento a mediados de los sesenta de la contracultura y el impulso político de los movimientos sociales de base, el signo que tomó la antipsiquiatría fue inequívoco. Su traducción en medidas prácticas, empero, fue de nuevo de lo más variado. Por citar los ejemplos más conocidos, Cooper y Laing, partiendo de la idea de que el delirio y la locura no son problemas adaptativos sino, al contrario, intentos activos de los sujetos por no amoldarse a una situación social insostenible, impulsaron comunidades terapéuticas, como las de Villa 21 y Kingsley Hall, donde la intención era permitir al psicótico que atravesase su “viaje a la locura” (Desviat, 2016: 137-143). Las experiencias en estos centros, que se convirtieron en puntos de encuentro de la contracultura londinense, han sido ampliamente criticadas por su tendencia a la mistificación de la locura, minimizando el sufrimiento que casi siempre la acompaña, además de por su deriva hacia una ideología de cambio personal más que hacia un intento serio de cambiar las instituciones psiquiátricas (Double, 2006). Por no hablar de su falta de perspectiva de género, que los llevó a la reproducción de dinámicas sexistas en la relación entre terapeutas y pacientes (Showalter, 1987: 244-247).

En cambio, el impacto del trabajo de Franco Basaglia fue mucho más allá, ya que consiguió unir la potencia crítica de la antipsiquiatría con el impacto político a gran escala de las reformas sanitarias francesa y británica, antes comentadas. Partiendo de su experiencia como director del hospital psiquiátrico de Gorizia (cargo que asumió, de nuevo, en el seminal año 1961) e inspirado en un inicio por las experiencias de las comunidades terapéuticas británicas y la obra de Maxwell Jones (Desviat, 2020: 57-58), Basaglia acabaría liderando una revolución desde dentro de la institución que conseguiría su propia destrucción (o, por usar la terminología de su conocido libro, su “negación”; Basaglia, 1970). Tras la constitución, en 1973, del movimiento Psiquiatría Democrática, integrado por profesionales de la salud mental, pero con un fuerte vínculo con los

potentes movimientos políticos de base de la Italia de la época, se consiguió forzar la aprobación de la llamada Ley 180 o “Ley Basaglia” en 1978, que marcaría un antes y un después en la atención psiquiátrica en Italia.

Esta ley prohibió la construcción de hospitales psiquiátricos y los ingresos en los ya existentes, lo cual debía desembocar en la desaparición completa de los manicomios; además, se pusieron las bases legales para la creación de equipos de salud mental comunitaria potentes y completamente integrados, donde todos los tipos de atención sanitaria y social se prestaran de manera articulada (Desviat, 2020: 63-65). Y es que Basaglia no se limitó a la crítica de la institución, sino que pensó detenidamente en qué hacer con la atención al sufrimiento mental una vez eliminado el manicomio; su objetivo no era “el simple cierre del hospital psiquiátrico sino [...] negar el mandato de la sociedad a los psiquiatras para aislar, exorcizar y anular a los sujetos al margen de la normalidad social” (Rotelli, 1992; citado en Desviat, 2020: 65-66). Desde Trieste, donde había comenzado a trabajar en 1971, lideró una transformación en la atención que, tras su temprana muerte en 1980, otrxs compañerxs de lucha como Franco Rotelli y Peppe Dell'Acqua se encargaron de continuar. El resultado es una red de centros de salud mental abiertos las veinticuatro horas, que integran todos los tipos de servicios socio-sanitarios que antes estaban dispersos, incluyendo tanto la hospitalización breve para situaciones de crisis como los recursos laborales (Desviat, 2020: 66-68).

Este caso, sin embargo, no es representativo de lo sucedido en toda Italia. Como veremos, el desigual desarrollo territorial de la reforma en este país, con regiones donde las limitaciones económicas han impedido su completa implantación y otras donde se han producido procesos de privatización (Evaristo, 2011: 348), se convertiría en un patrón repetido en muchos otros países, incluida España. Sin embargo, el impacto de la reforma italiana en lugares como Brasil, Chile o la propia España ha sido profundo y decisivo.

Y es que mientras sucedía todo esto, la situación política en España, aún inmersa en los últimos estertores del régimen franquista, dificultaba el impacto de estos movimientos, pero no pudo impedir su llegada. En el clima de movilización política general del tardofranquismo y la Transición, la llegada de psiquiatras y profesionales de la salud mental jóvenes y críticxs a las instituciones, articuladxs en la Coordinadora Psiquiátrica, llevó a una serie de conflictos laborales con un importante trasfondo político, que se articularon con intentos de crear formas de asistencia en salud mental más democráticas en lugares como Oviedo o Conxo (Santiago de Compostela), entre otros (Erro, 2021: 78-83; González de Chávez, 2003; Desviat, 2020: 81-84). Estos profesionales-activistas consiguieron, en 1977, hacerse con el control de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, convertida desde entonces en el espacio institucional de referencia para lxs

profesionales críticxs españolxs – con lo positivo y lo negativo de esta institucionalización (González de Chávez, 2003; Lázaro, 2000; Rendueles, 1997).

El efecto de estos movimientos se vio reforzado por los importantes cambios institucionales que empezaron a sucederse con la llegada de la democracia. Por un lado, se transformó definitivamente la profesión médica: de profesionales liberales con poca o ninguna supervisión, lxs médicxs pasaron a ser trabajadorxs por cuenta ajena con, en algunos casos, una profunda vocación de servicio público. Al igual que en la psiquiatría, en la medicina en su conjunto, y en la nueva especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria en particular, una nueva generación formada con el sistema MIR (médicx internx residente) y cercana o participante directa en organizaciones políticas, sindicales y/o vecinales se lanzó a la reforma del sistema de atención sanitaria, transformando el entramado disperso y lleno de duplicidades del franquismo en un Sistema Nacional de Salud integrado y financiado vía impuestos (Fajardo Alcántara, 2007; Comelles, 10 de mayo de 2019)¹⁶. La Ley General de Sanidad¹⁷ (1986) fue el documento esencial en este proceso: sus distintos borradores fueron un campo de batalla entre los sectores más progresistas y los más conservadores de la profesión médica, y su aprobación fue al mismo tiempo punto culminante de los años de lucha previos y punto de partida de las reformas institucionales subsiguientes.

Este texto estaba claramente imbuido del espíritu de la época: el reflejado en la Conferencia de la Organización Mundial de la Salud en Alma Ata en 1978, donde se había apostado por convertir la atención primaria de salud en el centro de los sistemas de atención sanitaria. La conferencia fue producto de un renovado interés en los condicionantes sociales de la salud de la población, y su celebración estuvo condicionada por el contexto de la Guerra Fría. De fondo existía una disputa acerca de la manera en que debían desarrollarse los sistemas de atención sanitaria en los países del Tercer Mundo: si debían seguir el modelo occidental hospitalocéntrico y tecnologizado o desarrollar más bien estrategias de atención a la salud capilares y no necesariamente medicalizadas, aprovechando los recursos de la propia población, como defendía el equipo del director general Halfdan Mahler¹⁸. La declaración de Alma Ata (Organización Mundial de la Salud, 1978) partía del

16 Es reseñable que estos proyectos de reforma no surgieron de la nada, sino que se encontraron con un sistema ya en proceso de transformación a partir de la creación de la Seguridad Social en 1967, un primer intento de unificación de la provisión de atención sanitaria (Perdigueiro-Gil y Comelles, 2020). Existía, por tanto, un terreno abonado por años de debates acerca de la mejor manera de reformar el sistema, si bien esta nueva generación expandió las ambiciones políticas de estos esfuerzos apoyándose en la movilización de base y el espíritu de la declaración de Alma Ata, sobre la cual hablaré enseguida.

17 De ahora en adelante, “LGS”.

18 Los soviéticos, cuyo modelo propio no se correspondía realmente con esta segunda propuesta, fueron sin embargo

reconocimiento del vínculo entre desigualdades en salud y desigualdades socioeconómicas; se trataba por tanto de un documento profundamente progresista y contrario al biologicismo que, como veremos más adelante, en la actualidad vuelve a ser hegemónico. Basándose en el amplio concepto de salud de la Constitución de la propia Organización Mundial de la Salud, que incluía sus aspectos sociales¹⁹, la declaración perseguía el ambicioso objetivo de conseguir “Salud para todos en el año 2000”, e

[i]nsistía en su condición de derecho universal y en su naturaleza multifactorial, que trascendía el sector sanitario. Se inspiraba en el deseo de que la justicia social acabara con las desigualdades de salud y subrayaba la necesidad de desarrollo social. Dicho de otro modo, instrumentalizaba la salud como motor de cambio social. (Fajardo Alcántara, 2007: 81)

Estos ambiciosos objetivos se vieron reforzados en un documento posterior, la Carta de Ottawa, publicada en 1986, el mismo año que la LGS. En ella se explicitaba la herramienta esencial para esa instrumentalización de la salud como motor de cambio: la promoción de la salud, definida ampliamente como “proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma” (Organización Mundial de la Salud, 1986). Entre esos medios podía encontrarse, entre otros, el apoyo mutuo, una estrategia radicalmente comunitaria, sin implicación profesional, para la llamada “autoatención en salud”; sin embargo, en su propio desarrollo, la promoción de la salud se fue traduciendo en estrategias e iniciativas desplegadas y controladas por profesionales (Canals, 2002: 83-87). Esto es un reflejo de la deriva general de los principios de Alma Ata, que como insinuaba antes acabaron siendo adoptados en el mundo occidental principalmente por médicos de familia y salubristas, impulsando reformas institucionales de mayor o menor alcance, pero sin cuestionar la centralidad de lo médico y en general lo sanitario en la administración de la salud, como originalmente se había pretendido (Fajardo Alcántara, 2007: 88-89).

En este punto es necesario señalar que esa tendencia al tratamiento ambulatorio y la descentralización, defendida sobre bases ideológicas progresistas, también conllevaba otro efecto: el ahorro económico. Un sistema sanitario centrado en la atención primaria tiene la capacidad de

los primeros en presionar para que se celebrase una conferencia de estas características, ya en 1970, con vistas a debilitar el poder del modelo occidental. De hecho, la conferencia se celebró finalmente en la república soviética de Kazajistán (Fajardo Alcántara, 2007: 76-81).

19 Según reza el primer principio de la Constitución: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Organización Mundial de la Salud, 1948/2014: 1). Esta definición ha sido criticada, entre otras cosas, por su laxitud y falta de concreción, pero también defendida por su apertura de miras, que posibilita abordajes interdisciplinarios de la salud; véase Alcántara Moreno (2008).

resolver una inmensa cantidad de problemas de salud (e incluso, dirían muchxs defensorxs de este enfoque, de prevenirlos mediante acciones de promoción de salud ancladas en la comunidad) antes de que lleguen a los hospitales, donde los gastos se disparan. En el intento por dar legitimidad a esta postura, este tipo de argumentos relativos al coste económico se vuelven centrales. Esto resultaría en una paradoja importante, dado que durante esta misma década de los ochenta se estaba consolidando en Occidente un proyecto político cuyo triunfo marcará un antes y un después: el neoliberalismo²⁰.

En efecto, todas estas formulaciones reformistas sobre la sanidad pública que sitúan la atención primaria y el ámbito comunitario como el centro fueron planteadas en Occidente desde un paradigma del Bienestar. El contrato social que había marcado los llamados “Treinta Gloriosos” (entre el final de la Segunda Guerra Mundial y la crisis del petróleo de 1973 y la famosa estancación), según el cual el crecimiento económico sostenido debía suponer un reparto de beneficios entre las rentas del trabajo y las del capital y al mismo tiempo debía traducirse en sistemas de protección social extensos y potentes, se estaba disolviendo. Con la llegada al poder de Thatcher en Reino Unido y Reagan y Bush padre en EE.UU., los experimentos previos en países dictatoriales como Chile se empezaron a aplicar en países del Norte global y a imponer, mediante los Planes de Ajuste Estructural del Fondo Monetario Internacional (FMI), en los países del Sur. Una reducción brutal del gasto público, justificada por el postulado ideológico de que la privatización llevaría necesariamente a una mayor eficiencia, y unida a ello una negación de la idea misma de “justicia social”, fueron los aspectos del nuevo planteamiento político que convirtieron en papel mojado las grandes declaraciones contra las desigualdades sociales de Alma Ata y Ottawa. Sus ambiciosos objetivos quedaron desprovistos de apoyo político o económico²¹, lo que redujo su desarrollo al señalamiento del impacto de los “estilos de vida” individuales en la salud, sin que lo acompañase un análisis de los determinantes estructurales que condicionan esos estilos de vida (López-Fernández y Solar Hormazábal, 2017).

España había llegado tarde al sistema del bienestar, y de hecho nunca llegó a desarrollar el tipo de sistema robusto contra el que se plantearon las políticas neoliberales durante los ochenta y noventa en Reino Unido, Francia, Alemania o los países nórdicos, siendo más bien un ejemplo del “modelo meridional de estado del bienestar, con una importante subsidiariedad con respecto a la

20 En este capítulo, me referiré al neoliberalismo puramente en este sentido: como un proyecto político-económico. En el capítulo teórico sobre la salud mental en tiempos neoliberales, exploraré los significados más profundos del concepto, en relación con sus efectos en la subjetividad contemporánea.

21 E incluso profesional: las propias asociaciones médicas no vieron con buenos ojos las propuestas de convertir la Atención Primaria en el centro del sistema sanitario, por cuanto les restaba poder e influencia, y se unieron a la reacción contra Alma Ata (Segura del Pozo, 18 de abril de 2018: 3; Fajardo Alcántara, 2007: 84-88).

familia” (Calero, 2021: 477)²². Esto se reflejó en las importantes limitaciones y obstáculos que experimentó la reforma sanitaria: pese al fortísimo impulso inicial tras la aplastante mayoría absoluta del Partido Socialista Obrero Español en 1982, la promulgación de la ley experimentó interminables atrasos a causa de las disputas entre las organizaciones médicas conservadoras, reacias a la pérdida de independencia y poder debidas a la concentración en el Estado de “la provisión de los servicios de salud sobre la población” (Fajardo Alcántara, 2007: 117) que suponía la reforma, y los sectores progresistas, frustrados ante la lentitud del proceso y las concesiones que se hicieron. El impulso comunitario, que pretendía llevar la participación ciudadana al sistema sanitario, quedó bloqueado cuando la gestión del mismo quedó concentrada en las Comunidades Autónomas, desplazando a los municipios que constituían el espacio lógico para dicho tipo de participación (Fajardo Alcántara, 2007: 120).

Pese a todo, el balance de la reforma dejó un sistema sanitario público unificado y radicalmente transformado, de cobertura universal en la práctica²³ y financiado esencialmente con impuestos en lugar de mediante contribuciones de la Seguridad Social (Elola Somoza, 1991: 291; Sevilla, 2006: 16-17). Se desarrolló un sistema de atención primaria con fuerte implantación territorial y, a partir de 2002 con la desaparición del INSALUD, gestionado íntegramente por las Comunidades Autónomas (Tonaco Borges, López Fernández y de Sousa Campos, 2018: 722). Eso sí, la base del sistema la constituían unos centros de salud más tecnificados y menos comunitarios de lo que se deseaba en un principio, tras el fracaso del intento de vehiculizar la participación comunitaria a través de los Consejos de Salud (Canals, 2002: 83-87; Irigoyen, 1994; Fajardo Alcántara, 2007: 239-250). Con todo, el sistema sanitario español ha sido y sigue siendo valorado

22 Por supuesto, como bien ha mostrado Dolors Comas D'Argemir (2015) observando especialmente el caso del desarrollo del sistema de atención a la dependencia en Cataluña, este “familismo” del sistema de bienestar español se basa fundamentalmente en el trabajo de cuidados no remunerado de las mujeres, además de haber permitido la expansión del papel del mercado en el cuidado de la población en los últimos años. Hablaré sobre la carga que suponen los cuidados como un condicionante del sufrimiento mental de las mujeres en el capítulo teórico sobre el género y el sufrimiento psíquico.

23 Desafortunadamente la extensión de la cobertura se consiguió sin eliminar la Seguridad Social como puerta de entrada. A nivel administrativo, la incorporación al sistema nunca llegó a depender simplemente de la condición de ciudadanx o residente, sino que se conseguía mediante un número de la Seguridad Social; para quienes no trabajaban y, por tanto, no tenían número propio, se conseguía haciéndolxs “beneficiarixs” de alguien que sí lo tuviese (pareja, progenitorx...), lo que muestra una vez más el sesgo “familista” del Estado del Bienestar español, asentado en un modelo familiar patriarcal del hombre como asalariado y la mujer e hijxs como dependientes (el modelo del salario familiar o *breadwinner*; Fraser, 2016). Además, este método dejó abierta la puerta a la desuniversalización que se llevó a cabo con el Real Decreto 16/2012, que volvió a supeditar el derecho a la asistencia sanitaria a la condición de “aseguradx” (Sevilla, 2006), con las consecuencias que esto tuvo especialmente para las personas migrantes (Moreno Fuentes, 2015).

muy positivamente por la opinión pública española, que aprecia su importancia como el brazo mejor desarrollado de nuestro Estado del Bienestar, como atestiguan los diversos *rankings* internacionales que, aun después de años de recortes, sitúan el sistema español como uno de los mejores y más eficientes de Europa y del mundo (Guillén y Luque Balbona, 2019).

Sin embargo, y como han señalado algunos de los propios artífices de la reforma sanitaria, desde los años noventa comenzó a popularizarse un nuevo discurso sobre la administración de lo sanitario, que acabaría por ser hegemónico: el discurso de la gestión (López Fernández y Aranda Regules, 1994; López Fernández y Jiménez Martín, 1997; Fajardo Alcántara, 2007: 124). La introducción de una racionalidad de corte empresarial en la forma de pensar la financiación y gestión sanitarias²⁴ allanó el camino a las privatizaciones en algunas comunidades autónomas, así como a los recortes que se dieron a partir de la crisis de 2008, y en particular con los gobiernos del Partido Popular, pese a la respuesta ciudadana y profesional (Bandrés y González, 2015; Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública, 2011; Tonaco Borges, López Fernández y de Sousa Campos, 2018). La llamada “austeridad” se cebaría especialmente con la atención primaria, debilitándola gravemente; en el momento de llegada de la pandemia por el Covid-19, esta debilidad se hizo manifiesta (Amnistía Internacional, 2020). Como veremos más adelante, la gestión de la pandemia acentuó aún más esta precariedad, lo cual llevó no solo a un deterioro palpable de la atención sino incluso a una fuga de personal, particularmente de profesionales jóvenes y comprometidxs que no veían sentido a trabajar en esas condiciones, tan alejadas de cualquier forma de atención primaria efectiva (Plaza Casares, 29 de octubre de 2020).

Si volvemos a fijarnos concretamente en la salud mental, no obstante, los obstáculos al ambicioso proyecto de reforma inicial y los problemas en el desarrollo del mismo se hacen aún más palpables. Hay que recordar que se partía de una situación poco propicia:

Cuando España llega a las primeras elecciones democráticas (1977), la asistencia a los problemas de salud mental se reducía a los hospitales psiquiátricos –a cargo en su mayoría de las diputaciones y de centros religiosos concertados–, las consultas de neuropsiquiatría del S.O.E.²⁵ y un pequeño conjunto heterogéneo de centros de salud mental municipales y

24 La cual no deja de ser un reflejo de la penetración del discurso neoliberal en la política española durante los gobiernos de Felipe González. Como afirma Yolanda Meyenberg Leycegui, en especial a partir de su segundo período de gobierno “[l]os socialistas fueron abandonando su insistencia inicial en el discurso moral para remplazarlo por uno eficiente en el que la idea de la democracia se asociaba cada vez menos a la presencia de la sociedad en el gobierno y se traducían en actuación económica” (1996: 143).

25 Seguro Obligatorio de Enfermedad, el primer sistema de aseguramiento de salud impulsado por el franquismo, instituido en 1942 a instancias del Ministerio de Trabajo, a cargo del falangista José Antonio Girón de Velasco

de la red benéfica estatal, así como unas pocas camas en hospitales generales universitarios, sin una población determinada que atender. (Desviat, 2020: 85)

La LGS únicamente dedica un artículo a la salud mental, el artículo 20, recogido, eso sí, en un capítulo propio. Como explica Francisco Torres González (2012: 3), en coherencia con las conclusiones de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica, este artículo marcaba como objetivo “la plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general” (Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad). El objetivo de esta forma de actuación era acabar con cualquier tipo de discriminación o excepcionalidad, convirtiendo la atención en salud mental en una parte más de la red de atención sanitaria; fue por ello por lo que no se propuso una normativa específica sobre salud mental, sino que se integraron las cuestiones relativas a salud mental en la LGS²⁶. En particular, en coherencia con el espíritu general de la LGS inspirado por Alma Ata, se pretendía descentralizar la atención, cerrando los psiquiátricos en favor de una red de servicios comunitarios coordinados con los servicios sociales (Desviat, 2020: 71-72; 87-88); así, el artículo 20.1 reza:

La atención a los problemas de salud mental de la población se realizará en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización. (Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad)

La estructura del Estado de las Autonomías llevó, sin embargo, a un desarrollo tremendamente desigual, de tal modo que mientras algunas comunidades como Andalucía o Asturias llegaron a contar con un entramado complejo, si bien claramente insuficiente, de servicios comunitarios y de segundo nivel, en otras ni siquiera se ha completado el proceso de cierre de psiquiátricos (Torres González, 2012: 4-5; Desviat, 2020: 89-90). En cualquier caso, en ningún punto del Estado existe, más allá del nombre, una verdadera red de atención comunitaria en salud mental: el sistema que se planeó en 1986 está incompleto (Desviat, 2016: 250-254), como reflejo del hecho de que la salud mental ha sido históricamente la última prioridad en el ámbito sanitario.

Observando concretamente el caso andaluz, donde se ha producido la mayor parte de mi

(Comelles, 10 de mayo de 2019; Redondo Rincón, 2013).

26 Con la misma idea en mente, se hicieron modificaciones del Código Penal y el Código Civil que acabaron con la excepcionalidad jurídica en el caso de las personas diagnosticadas y se reformó la sanidad penitenciaria, cerrando hospitales psiquiátricos penitenciarios en favor de “unidades de custodia en hospitales generales” (Desviat, 2020: 88-89). Sin embargo, persisten dos hospitales psiquiátricos penitenciarios, uno en Sevilla y otro en Alicante, y además se ha planteado en tiempos recientes la construcción de uno más en Valencia, como denunciaron en un manifiesto más de doscientas asociaciones y colectivos sociales (“Stop centro psiquiátrico penitenciario Siete Aguas”, 2021).

investigación, podremos ver que el proceso de reforma sufrió importantes reveses durante los años noventa. El organismo creado en 1984 para coordinar la reforma, el Instituto Andaluz de la Salud Mental (IASAM), fue disuelto con la aprobación de los presupuestos de 1991. En ese momento, si bien el proceso de cierre de los psiquiátricos públicos estaba encaminado²⁷, la construcción de la red de servicios comunitaria apenas se encontraba en sus primeros compases: “la cantidad de recursos [...] humanos y de dispositivos, aunque mejoraron, cuando se disolvió el IASAM en diciembre de 1990, eran todavía muy deficientes para cumplir las necesidades de salud mental de los ciudadanos andaluces” (Carmona Calvo y del Río Noriega, 2011a: 337). Las competencias del Instituto fueron transferidas al Servicio Andaluz de Salud (SAS); esta integración estaba prevista en la propia normativa que había fundado el IASAM (Ley 9/1984, de 3 de julio, por la que se crea el Instituto Andaluz de la Salud Mental), pero como apuntan los propios José Carmona y Francisco del Río, la transición no se llevó a cabo de manera planificada, lo que hizo que no fuera muy fluida, llevando a la insatisfacción de lxs profesionales de la salud mental (Carmona Calvo y del Río Noriega, 2011a: 338).

Dos años después de la disolución del IASAM, se creó la Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental (FAISEM), teniendo como objetivo “el desarrollo y gestión de recursos de apoyo social para personas con discapacidades derivadas de padecer trastornos mentales graves”²⁸ (Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental, s.f.). El apoyo unánime de las fuerzas políticas del momento a la creación de la Fundación reflejaba los reclamos de las asociaciones de familiares y profesionales (Carmona Calvo y del Río Noriega, 2011b: 342), dada la manifiesta incapacidad de los servicios sociales y sanitarios para hacerse cargo de las necesidades de las personas que estaban siendo dadas de alta y las que ya no estaban siendo ingresadas en los manicomios (Conejo Trujillo, 2021: 283-285). En la actualidad, FAISEM desarrolla un total de seis programas, entre los cuales destaca por

27 No obstante, el cierre definitivo del último hospital psiquiátrico de la red asistencial pública andaluza, el de Miraflores (Sevilla), no se daría hasta el año 2000 (Carmona Calvo y del Río Noriega, 2011b: 346).

28 La expresión “Trastorno Mental Grave” (de ahora en adelante, “TMG”), a veces sustituida por “Trastorno Mental Severo”, se usa a menudo de forma eufemística para hablar de lxs pacientes cronicadxs y en especial de lxs pacientes psicóticxs (Alegre-Agís, 2016: 196). FAISEM define los TMG en torno a tres dimensiones: la “sintomatología, que podríamos resumir en un sentido amplio como «psicótica»” y suele traducirse en diagnósticos de esquizofrenia, trastorno bipolar y/o trastorno de la personalidad; una “evolución prolongada”, entendida como más de dos años de uso intensivo de los recursos de atención sociosanitaria en salud mental; y “un componente de discapacidad, que implica la presencia de alteraciones en varios aspectos funcionales, como el alojamiento, la conducta social, el funcionamiento en la vida cotidiana, las relaciones sociales y el empleo” (*Manual para profesionales*, 2020: 2).

su peso presupuestario²⁹ el Programa Residencial, dentro del cual gestionan viviendas supervisadas y casas hogar, además de realizar atención domiciliaria³⁰. Los programas son gestionados por las delegaciones provinciales de la Fundación, que son autónomas las unas respecto a las otras, mientras que existe una gerencia central que coordina los servicios a nivel autonómico (Junta de Andalucía, 2021: 9).

El papel de la Fundación ha sido cuestionado desde diversos puntos de vista. Por un lado, su propia creación volvió a introducir “por la puerta de atrás” la segregación que se había eliminado mediante la integración de la atención en salud mental en el Servicio de Salud. En este punto encontramos siempre una tensión entre el afán universalista que tan claramente quedó plasmado en la LGS y la necesidad, más allá de ese deseo general de no discriminación, de abordar las especificidades de la atención en salud mental (Vázquez-Barquero, García y Torres-González, 2001: 93). La negociación de esta tensión no es sencilla, dado que además se puede argumentar a favor de una u otra postura con objetivos bastante contrapuestos en mente.

Por otro lado, se ha señalado que FAISEM supone una alternativa más barata al robustecimiento de los servicios sociales y sanitarios que abordan la situación de las personas psiquiatrizadas (Torres González, 2012: 5). Rafael Conejo Trujillo señala cómo el uso de la figura jurídica de las fundaciones formaba parte de una estrategia más amplia que “[introdujo] en el sistema sanitario [...] políticas de mercado y contractuales de manera que los riesgos y beneficios se trasladan del financiador público (administración pública) al proveedor público (los profesionales y las profesionales)” (2021: 281)³¹. Este es un producto de la ya mencionada normalización, durante los años noventa y 2000, del discurso de gestión empresarial en la administración sanitaria. Entre otras ventajas, la figura de fundación permitía una gestión más liberal del personal, lo cual ha conducido a una gran precariedad de lxs trabajadorxs de FAISEM, con “un alto grado de temporalidad en las contrataciones” (Junta de Andalucía, 2021: 8), tal como refleja la reciente auditoría de la Fundación.

Esto por no hablar de la situación del Trabajo Social, la disciplina de la que provienen la

29 Según la auditoría realizada a la Fundación en 2021, el 77% del presupuesto se lo lleva este programa (Junta de Andalucía, 2021: 7).

30 Los otros programas son: el Programa Soporte Diurno (que incluye centros de día y clubes sociales), el Programa de Apoyo a Instituciones Tutelares, el Programa de Empleo (al que haré alguna referencia en el bloque de análisis), el Programa de Recursos a Domicilio y el Programa de Fomento de Asociaciones.

31 Esto refleja una tendencia general con la reforma psiquiátrica, que en otros países fue incluso más acentuada, con privatizaciones más abiertas: “la desinstitucionalización fue [...] en parte un ejercicio de transferencia del cuidado de lxs discapacitadxs mentales crónicxs del Estado al sector privado” (Moncrieff, 2022: 5); véase también Cummins (2020).

mayoría de sus empleadxs, en el contexto sanitario (Conejo Trujillo y Zambrano, 2019). Pese a los intentos de plantear la tarea de FAISEM en términos de “espacio sociosanitario”, el contexto de mayor desarrollo y robustez del sistema sanitario frente al de servicios sociales sitúa a lxs trabajadorxs de la Fundación en una posición de subalternidad (Conejo Trujillo, 2021: 284-285). La alta feminización de la plantilla, con casi un 75% de empleadxs mujeres (Junta del Patronato de FAISEM, 2021: 50), es otra característica que nos habla de esa subalternidad. Todo ello se traduce en una clara insuficiencia de personal para atender a la población objetivo³², por no hablar de la clasificación de dicho personal en una categoría profesional, la de monitorx, que no se corresponde, según reclaman los sindicatos, con el tipo de trabajo desempeñado, más propio de técnicxs de integración social, por lo que se exige la integración de la plantilla de FAISEM en el Servicio Andaluz de Salud (Federación de Servicios Públicos de UGT, 10 de noviembre de 2021).

Pero además, FAISEM destinaba hasta el año 2020 (cuando la gestión de estas ayudas pasó a depender directamente del Servicio Andaluz de Salud; Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental, 2020: 34-35) un porcentaje de su presupuesto al apoyo al sector asociativo a través del Programa de Fomento de Asociaciones³³. Estas asociaciones hacen un trabajo de atención y cuidado sustitutivo del de la administración a través de la contratación de profesionales para impartir talleres y realizar consultas psicológicas, y también a través del establecimiento de relaciones de apoyo mutuo, tal como ocurre también en otros ámbitos, como el de las enfermedades crónicas (Canals, 2002: 110-115). Esta crítica es análoga a la que se ha hecho en general para señalar cómo el auge del llamado Tercer Sector ha servido para facilitar la retirada del Estado del Bienestar (Marbán, 2007; Marbán y Rodríguez, 2006), y como veremos en el bloque de análisis existe una conciencia de esta dinámica dentro del propio movimiento en primera persona.

Al mismo tiempo, es importante tener en cuenta que mientras se producían las diversas reformas psiquiátricas, se estaba consolidando una contrarrevolución epistemológica en el seno de la psiquiatría: la adopción de un esquema neokraepeliniano, operacional y “ateórico” para la clasificación de los trastornos mentales (Martinhago y Caponi, 2019a). En consonancia con la

32 En FAISEM hay unx empleadx por cada 31 personas usuarias, frente a las 18 personas usuarias por empleadx de la Fundación Sociosanitaria de Castilla-La Mancha y las 9 de la Fundación Manantial de Madrid. El presupuesto por usuarix de FAISEM es 1.354€, mientras que en la FSCLM es de 4.945€ y el de la Fundación Manantial es de 8.441€ (Junta de Andalucía, 2021: 18).

33 En 2019, último año en que estas ayudas las vehiculó FAISEM, la cuantía de las mismas fue de 1.153.496,47€, según la convocatoria (<https://www.faisem.es/wp-content/uploads/2018/12/BASES-AYUDAS-2019-FEDERACIONES-ASOCIACIONES.pdf>), cerca del 2,5% de su presupuesto total de 46.925.629,00€ (Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental, 2020: 56).

emergencia del neoliberalismo antes comentada, y en el marco de la medicalización general de la vida fomentada por la industria farmacéutica en connivencia con sectores importantes de lxs profesionales (Busfield, 2017; Desviat, 2020: 179-181), este giro hacia una psiquiatría supuestamente vaciada de contenidos teóricos, pero preñada de un biologicismo no reconocido, serviría para situar poco a poco a la disciplina como el adalid de la “salud mental” como un dispositivo biopolítico, en el sentido foucaultiano, con nuevas funciones en la gobernanza de la población respecto a las que tenía en la era del manicomio (Esposito y Pérez, 2014). Exploraré esta cuestión en detalle en el capítulo destinado a ello en el bloque teórico-conceptual; aquí solo quiero señalar que estas nuevas funciones han llevado a que se atiendan desde las consultas de salud mental un número creciente de problemas que van más allá de lo que en su momento se gestionaba desde la institucionalización.

Así pues, y en conclusión, lo que encontramos en la actualidad en Andalucía es un sistema de atención pública, integrado en el sistema sanitario general (Servicio Andaluza de Salud, SAS), que aunque ha acabado con los hospitales psiquiátricos (al menos los públicos), no ha conseguido desarrollar una atención comunitaria suficientemente robusta para deshacer las lógicas manicomiales e institucionalizantes (ver Anexo 1). Los servicios y FAISEM, infradotados a nivel financiero y de personal y con una integración deficiente entre sus distintas ramas, han heredado muchas características del antiguo sistema custodial (Conejo Trujillo, 2021: 285; Desviat, 2020: 141-143), y en la práctica operan más como gestores de un “problema social” que como agentes de un trabajo comunitario que lleve a un cambio en la situación y la percepción pública de las personas diagnosticadas, que sería lo coherente con el espíritu original de la reforma (Desviat, 2020: 148). Al mismo tiempo, la medicalización de la vida cotidiana ha llevado a añadir aún más cargas sobre un sistema de atención enclenque. Las serias limitaciones de dicho sistema y la persistencia de actitudes estigmatizantes han llevado a que, por una parte, las “familias”³⁴ carguen con una parte importante de los cuidados; y por otra, se haya producido una transinstitucionalización a otros espacios, ya fueran residenciales, sanitarios generales o incluso penitenciarios (Torres González, 2012: 5; López, Laviana y García-Cubillana, 2006), por no hablar de la cantidad de personas

34 En este punto, considero necesario señalar una vez más que hablar de “familias” es una manera sutil de invisibilizar el peso notoriamente mayor de las mujeres en el cuidado de las personas diagnosticadas de trastornos mentales graves. Tal como señala Elisa Alegre Agís en los “Apuntes sobre el lenguaje” de su tesis doctoral, de lo que hablamos cuando decimos “familias cuidadoras” en la mayoría de casos es de “madres cuidadoras” (2021: 19). Dado que el término *emic* para hablar de este actor en la salud mental, particularmente a través del asociacionismo, es “familias”, seguiré utilizando este término, pero es importante tener siempre presente esta realidad que se esconde detrás del término, y que emergerá con claridad en el capítulo de análisis dedicado a las trayectorias previas y las relaciones familiares de lxs participantes en los GAMs.

diagnosticadas en situación de calle. En efecto, y reflejando una tendencia global (Salvador-Carulla, Bulbena, Vázquez-Barquero, Muñoz, Gómez-Beneyto y Torres, 2002: 305), en Andalucía lxs locxs salieron de los manicomios para convertirse en una “patata caliente” que se pasan entre los servicios sanitarios, los servicios sociales y las familias.

Esta situación condujo, primero, a la formación de asociaciones de familiares de personas diagnosticadas a lo largo de las últimas décadas del siglo XX³⁵. Este desarrollo se dio de manera similar en otros casos relacionados con la salud, como los de las enfermedades crónicas o las enfermedades raras. El nacimiento de estas asociaciones es fruto del desamparo de muchas familias que no encontraban respuestas a las necesidades sobrevenidas por el sufrimiento de uno de sus miembros, y comenzaron a federarse a raíz de la “necesidad de agrupar fuerzas, coordinar actuaciones o mejorar el intercambio de información” (Canals, 2002: 91), hasta convertirse en importantes actores políticos. Es decir, las asociaciones cumplían dos funciones: una asistencial, proveyendo acceso a información y a recursos como la atención psicológica o la orientación laboral (y en muchas ocasiones apoyo mutuo entre familiares); y otra de lobby político, luchando por conseguir una mejor provisión pública de dichos recursos (Canals, 2002: 88-93).

Como he esbozado en la introducción, en el caso de las asociaciones relacionadas con la salud mental, esta hegemonía de las asociaciones de familiares ha sido puesto en cuestión con la emergencia del movimiento en primera persona. Como recoge Javier Erro, las críticas siguen dos vertientes. Por una parte, frente a la idealización de la familia como espacio de cuidados, y en línea con la toma de conciencia feminista de la última década, se señala cómo

[u]na parte de las personas con sufrimiento psíquico han visto en sus familiares un factor promotor del malestar antes que del bienestar. Este entorno tiende a otorgar a los profesionales de la salud mental una legitimidad que no le otorgan a sus seres queridos. De este modo, cuando la opinión de los profesionales es contraria a la de la persona con sufrimiento psíquico, las familias tienden a posicionarse a favor de los profesionales. Para muchos activistas, sus parientes han sido una extensión de los profesionales, puesto que a menudo cumplen funciones similares (por ejemplo, en la administración de la medicación o en el control de las conductas). Esto es debido a la creencia de que los especialistas tienen las respuestas adecuadas o el saber correcto acerca del sufrimiento psíquico. [...] Además, el entorno familiar puede ser el escenario en el que han sucedido los traumas de la infancia y la adolescencia. Abusos sexuales, maltrato, negligencia, frialdad emocional, abandono,

35 La Confederación Salud Mental España, referente a nivel nacional, fue fundada en 1983 (Confederación Salud Mental España, s.f.: 2).

sobreprotección o crítica extrema son algunos ejemplos de experiencias que pueden traducirse en problemas de salud mental. (Erro, 2021: 108-109)

Por otra parte, y en consonancia con esta mayor cercanía de la perspectiva de lxs familiares con la de lxs profesionales, se critica la forma en que las asociaciones han posicionado las necesidades de lxs familiares en el centro de sus reivindicaciones. Al ser el interlocutor privilegiado de las administraciones en lo referente a salud mental, el que hayan focalizado los reclamos en aspectos “cuantitativos (más profesionales, más presupuesto en salud mental, más centros, etc.), dejando de lado aspectos cualitativos (eliminar prácticas coercitivas, sobremedicación, replanteamiento de los roles familiares, debate, etc.)” (Erro, 2021: 109-110) ha conducido a que la situación de las propias personas con sufrimiento mental se pierda de vista. Pareciera así que el “problema social” del que hablan las asociaciones con el Estado fuera no ya la falta de recursos para atender al sufrimiento mental de forma adecuada, sino la desgracia de las propias familias de que les haya tocado unx enfermxx mental. Esto perpetúa, evidentemente, la estigmatización social del sufrimiento mental, transmitiendo la idea de que el problema son las propias personas que sufren y no la inadecuada (y violenta) respuesta de la sociedad ante el sufrimiento.

A esto habría que añadir que, como señala Canals, en el contexto de retirada del Estado del Bienestar, la progresiva consolidación de los vínculos entre las asociaciones y el Estado, en forma de subvenciones por parte del segundo que acaban por constituir un porcentaje significativo de los presupuestos de las primeras, con el objetivo de “[delegar] a entes surgidos de la sociedad civil [...] determinadas responsabilidades asistenciales, [...] en cierto modo limita el alcance del componente reivindicativo de las [asociaciones de salud]” (Canals, 2002: 91). El ambiguo papel político en que se coloca de esta manera a las asociaciones se ve como un serio problema a la hora de emprender críticas y exigir cambios más profundos, como puede ser el fin de las contenciones mecánicas, además de hacerlas “muy dependientes de los cambios políticos de las administraciones” (Desviat, 2016: 254)³⁶.

Este problema no es, eso sí, algo exclusivo de las asociaciones de familiares. Como mencionaba en la introducción, la actual efervescencia del movimiento en primera persona es fruto de la confluencia de al menos dos gérmenes previos, ambos gestados durante la década de los 2000. Uno de ellos está fuertemente ligado al movimiento libertario, y concretamente a la tendencia insurreccionalista, y era por tanto ajeno a la lógica de reclamación a las instituciones (Erro, 2021: 136-144). El otro, en cambio, adquirió desde un principio una estructura asociativa, paralela a la de las asociaciones de familiares, pero con una voluntad de autorrepresentación de las personas

36 Desviat (2016: 254) también señala como problemática la tendencia a la fragmentación asociativa en función del diagnóstico, acabando con la lógica comunitaria en la atención.

diagnosticadas. Estas asociaciones, que tienen especial fuerza en Andalucía (donde se agrupan en la Federación “En Primera Persona”³⁷) y Cataluña (donde destacan la Federació Veus y la Associació ActivaMent)³⁸, incluían por lo general el apoyo mutuo entre sus pilares: la mayoría de ellas organizan GAMs, y muchas de hecho surgen a partir de GAMs previos³⁹. En el capítulo dedicado a la definición del apoyo mutuo, veremos cómo esta diferencia entre movimientos y colectivos de base y asociaciones con financiación pública y capacidad de interlocución con el Estado debe ser tomada en cuenta a la hora de contextualizar y comprender mejor qué es exactamente el apoyo mutuo, qué formas puede adquirir y qué dificultades puede encontrar para su desarrollo.

En cualquier caso, dado que mi contacto directo con asociaciones de familiares ha sido mínimo, la tensión entre estas y el movimiento en primera persona ha estado más bien en el trasfondo de mi investigación. El ejemplo más espectacular que he conocido, de hecho, no lo presencié. Fue un incidente ocurrido justo antes de la pandemia, el 11 de marzo de 2020. Yo me encontraba de viaje fuera del país⁴⁰ y no pude asistir a la sesión que se celebraba ese día de un ciclo de charlas sobre salud mental organizado por una asociación cultural de Granada. Dentro de ese ciclo habían intervenido todo tipo de actores relacionados con la salud mental: en una sesión anterior, sugerentemente titulada “Profesionales quemados, pacientes y familiares desamparados”, en noviembre de 2019, habían participado un profesional de la atención primaria, el presidente de una asociación de familiares y el presidente de una asociación en primera persona. En aquella ocasión sí estuve presente, y había notado diferencias discursivas evidentes entre estos últimos (me llamó especialmente la atención que el presidente de la asociación de familiares hablase de que organizaban “GAMs conducidos por psicólogos”, lo cual desde luego me parecía un contrasentido), pero todo se mantuvo en un tono correcto.

Unos meses más tarde, la cosa se fue un poco más de las manos. Esta vez se hizo una mesa redonda para comentar la película *Joker* (2019), por entonces muy de moda por su forma de interpretar al clásico personaje de DC Comics en clave de enfermedad mental. Moderaba la mesa

37 La más potente de las asociaciones andaluzas, con bastante diferencia, es la granadina SAPAME, con la que he colaborado estrechamente durante el proceso de tesis. En muchos sentidos esta asociación es el alma de la Federación.

38 Otras asociaciones relevantes de este corte en otros puntos del Estado serían la Asociación Hierbabuena en Asturias o la Asociación Mejorana de Navarra.

39 Esto es lo que Canals denomina “modelo clásico de formación de las [asociaciones de salud]” (2002: 68): la necesidad de apoyo mutuo reúne a las personas afectadas en un GAM, pero después forman una asociación para intentar dar respuesta a otras necesidades compartidas que requieren de una estructura organizativa más compleja que un simple grupo.

40 Hablaré con más detalle sobre esta situación en el capítulo del bloque metodológico dedicado a la pandemia.

redonda un conocido activista en primera persona, e intervenían varios profesionales comprometidos. La asistencia, según me contaron, fue bastante nutrida. Si bien nunca se me explicó bien cómo se llegó a ese punto, el acto concluyó con el presidente de la asociación de familiares, que se encontraba entre el público, vituperando al activista en primera persona. La declaración del Estado de Alarma tres días después cortó de raíz esta confrontación abierta, pero es evidente que las razones de fondo para que se llegase a esa situación, que llevaban tiempo gestándose, no se disolvieron. Como veremos en el análisis, los roces de este tipo no son excepcionales, pero se dan fundamentalmente en espacios públicos similares al descrito; en mi experiencia durante esta investigación, la distancia entre lxs activistas en primera persona y las asociaciones de familiares se evidencia sobre todo en la escasa interacción directa entre unxs y otras.

Podemos rastrear la progresiva extensión del movimiento en primera persona durante la pasada década observando la aparición de GAMs, asociaciones creadas en torno a GAMs y otros colectivos activistas por diversos puntos del territorio español. A inicios de la década encontramos casos pioneros, como el blog Primera Vocal, creado en 2010 por la Asamblea Psiquiatrizadxs en Lucha, quienes constituían ese núcleo de precursores libertarios del movimiento antes mencionado (Erro, 2021: 142-145); la Xarxa GAM de Cataluña o Radio Prometea⁴¹, nacidas en 2012; o Xixón Voices, de 2014.

El proceso se acelera a partir de dos grandes hitos. Primero, el Congreso Mundial de *Hearing Voices*⁴² de 2015 en Madrid; en los meses posteriores surgirían FlipasGAM (y después su organización pariente, InsPiradas) en Madrid, la Red GAM de Valencia, el colectivo LoComún (con integrantes repartidos por todo el territorio nacional), la Asociación Caleidoscopio en Valladolid, el GAM no mixto Oito Marías en A Coruña, la Red Icaria en Ourense... A partir de 2018, cuando se celebró por primera vez en España el día del Orgullo Loco, se produce una segunda oleada: Orgullo

41 Inspirada a su vez por un precedente aún más antiguo, Radio Nikosia, surgida a inicios de la década de los 2000, en torno al mismo momento en que nacieron algunas de las asociaciones en primera persona antes mencionadas, como SAPAME o Hierbabuena; véase Correa Urquiza (2010).

42 Este es el congreso anual en el que se reúne el *Hearing Voices Movement*. Este movimiento, que se ha desarrollado especialmente en Reino Unido, nació en Países Bajos y “se originó por la colaboración entre el psiquiatra social neerlandés Marius Romme, la investigadora Sandra Escher y la escuchadora de voces Patsy Hage, en asociación con numerosos individuos con experiencia vivida de escuchar voces (alucinaciones auditivas verbales)” (Corstens *et al.*, 2014: S285). En esencia, se trata de una aproximación despatologizante a la experiencia de escuchar voces, basada en la creación de “grupos de escuchadorxs de voces”, con metodologías muy similares a las de los GAMs, donde se pueden compartir estas experiencias y tratarlas como una parte más de la vida de quien las tiene, en lugar de como algo a silenciar o eliminar. En particular, hay un énfasis en generar herramientas para poder convivir con las voces desde un lugar de mayor control, en lugar de verse sometidxs a ellas.

Loco Madrid, Orgullo Loco Astur, Orgullo Loco Cartagena, el colectivo GAMMA de Albacete, Tenerife GAM, el GAM Compostela, la asociación En el Límite Región de Murcia, los perfiles Acción DeMente y Las LoLes AntiPsistema (alias de dos activistas de Albacete que comparten memes y diversos materiales “antiPsistema” por redes sociales), el colectivo Zoroa en Bilbao, el colectivo Insania en Barcelona, Orgullo Loco Graná...⁴³ Si bien la vida de algunas de estas iniciativas no fue muy larga, esta efervescencia era indicativa de un renovado interés por la salud mental que, sumado a la fuerza de las asociaciones preexistentes, propició nuevas posibilidades, como por ejemplo la capacidad de incidir en la opinión pública.

Los dos hechos más destacados, e interrelacionados, en cuanto a la comunicación pública sobre salud mental en los años 2015-2020 fueron la muerte de Andreas Fernández y la campaña #0Contenciones. Andreas Fernández, paciente ingresada en el área de Psiquiatría del Hospital Universitario Central de Asturias, falleció el 24 de abril de 2017 a los 26 años por una meningitis tras pasar 75 horas atada a su cama. Según denunció su hermana Aitana, Andreas había acudido a urgencias muy angustiada, con un diagnóstico previo de amigdalitis; al afirmar que oía ruidos y voces y comprobarse que su madre tenía un diagnóstico de esquizofrenia, se asumió un origen psiquiátrico para su situación. Ingresó voluntariamente, pero cuando al día siguiente insistió en que lo que le estaba pasando tenía origen somático y exigió irse, su ingreso pasó a ser involuntario y fue atada a la cama donde moriría tres días más tarde, sin que se atendieran los síntomas físicos de que estaba gravemente enferma (López Trujillo, 19 de abril de 2019).

Las numerosas irregularidades denunciadas, incluyendo la tramitación del ingreso involuntario fuera de los plazos legales y la excesiva duración de la contención, escandalizaron a las asociaciones y colectivos en primera persona, así como a algunxs profesionales críticxs; sin embargo, inicialmente el caso no obtuvo demasiado difusión a nivel nacional. Unido a otro caso de un paciente muerto en febrero de ese año durante una contención mecánica en A Coruña, respecto al cual se denunció la falta de transparencia de las autoridades (Federación Andaluza de Asociaciones de Salud Mental “En Primera Persona”, 16 de marzo de 2017), esta fue la chispa que prendió la mecha de la campaña #0Contenciones, coordinada por el colectivo LoComún y en la que participaron gran cantidad de colectivos a nivel nacional.

43 Para esta recopilación de colectivos me he basado principalmente en un hilo de Twitter lanzado por FlipasGAM (1 de julio de 2017) en respuesta al ninguneo por parte del presidente de Salud Mental España. Según reportó por Facebook la activista en primera persona Patricia Rey, durante un acto organizado por dicha confederación, su presidente contestó a una pregunta de la psiquiatra italiana Morena Furlan sobre el “movimiento de personas afectadas” en España afirmando que “no existe más representación de usuarios/as en España que la de su propia organización, aduciendo vagamente que «algo hay por Andalucía y algo por Cataluña»” (Patricia Rey, 1 de julio de 2017).

Esta campaña, que articuló manifestaciones ante hospitales con una gran presencia en redes sociales ayudada por un excelente diseño gráfico (ver Anexo 2), logró situar la cuestión de las contenciones mecánicas y de la coerción en los servicios de salud mental en la agenda del activismo político general y, con el tiempo, en los medios generalistas. Tiempo más tarde, a punto de cumplirse dos años desde la muerte de Andreas, el diario *El País* publicó un artículo donde se entrevistaba a su hermana y se señalaban las irregularidades del caso (López Trujillo, 19 de abril de 2019). A raíz de este nuevo impulso al caso, se elaboró un manifiesto denunciando las negligencias cometidas y cuestionando el uso de las contenciones en el ámbito de la salud mental, que fue firmado por decenas de entidades, muchas de ellas no vinculadas específicamente a la salud mental (“65 entidades apoyan a la familia de la joven que murió atada a la cama en un hospital”, 2019).

Por desgracia, el Juzgado de Instrucción nº 4 de Oviedo dictaminó el sobreseimiento del caso en noviembre de 2020 (López Trujillo, 30 de noviembre de 2020). La familia prosiguió con el procedimiento, recabando un informe de cincuenta profesionales sanitarios que apoyaba sus conclusiones frente a los peritajes encargados por el Juzgado y recurriendo este sobreseimiento ante la Audiencia Provincial de Oviedo; cuando este recurso fue igualmente desestimado, se presentó recurso de amparo ante el Tribunal Constitucional (López Trujillo, 27 de mayo de 2021). En el momento de escribir estas líneas, no he podido encontrar confirmación de si este último recurso fue admitido a trámite.

Además de la coerción, otros temas sobre los que se ha intentado concienciar a la opinión pública han sido los problemas asociados al uso excesivo y a menudo impuesto de la medicación o la situación de las personas diagnosticadas de trastornos mentales y/o con discapacidad intelectual que son incapacitadas judicialmente. En cambio, llama la atención la escasa atención dedicada por estos colectivos a la propuesta por parte de la coalición Unidas Podemos de una Ley de Salud Mental, que comenzó a ser debatida antes incluso de su llegada al gobierno en enero de 2020. La Proposición de Ley General de la Salud Mental (2021) fue admitida a trámite en el Congreso de los Diputados en septiembre de 2021 y que se quedó estancada, tras las duras críticas vertidas por la Sociedad Española de Psiquiatría, el organismo profesional conservador, y las llamadas del PSOE a un “amplio debate” sobre el tema (“Proposición de Ley General de Salud Mental: una iniciativa estancada”, 2022). Con la celebración de elecciones en julio de 2023, la tramitación de esta ley fue bloqueada definitivamente: para aprobarla, tendría que ser planteada de nuevo en la nueva legislatura.

Debo decir que la única persona a la que he oído hablar al respecto fue a un profesional progresista, por entonces militante en Podemos, que expresó sus reticencias a la existencia de dicha ley sobre la base del argumento antes comentado según el cual una ley específica de salud mental

corre el riesgo de perpetuar el estigma. Esta opinión la expresó ante varios miembros de asociaciones en primera persona, en el contexto de una conversación sobre cómo arreglar el sistema de atención (ver el apartado dedicado a la experiencia (Mal)Estar, en el capítulo del bloque metodológico sobre el trabajo de campo), y recibió escaso *feedback*: el interés de las personas diagnosticadas presentes estaba en cuestiones más inmediatas, como la situación en determinados servicios.

Por otra parte, la emergencia de tantos colectivos y el renovado interés por el apoyo mutuo facilitaron la implantación de programas de apoyo mutuo individual a nivel institucional. Si bien España va con mucho retraso en este asunto en comparación con los países anglosajones, e incluso los germanoparlantes y escandinavos (Eiroa-Orosa y Sánchez-Moscona, 2023: 7-15), el fomento de este tipo de programas ha pasado a formar parte de Planes de salud mental en diversos puntos del Estado e incluso tímidamente en la Estrategia nacional (Carmona, García-Cubillana y Millán, 2016: 88-93; Pla Director de Salut Mental i Addiccions, 2018; *Plan de Salud Mental de Castilla-La Mancha 2018-2025*, 2018: 98, 114; *Plan de Salud Mental de Asturias 2022-2030*, 2022: 49, 93; Suárez Alonso, 2022: 107), de modo que, aunque de forma modesta, se han empezado a desarrollar algunos intentos⁴⁴. Algunos han surgido mediante la colaboración entre asociaciones y/o GAMs e instituciones; otros han sido impulsados por las instituciones, pero han dado lugar a movimientos que han cristalizado en GAMs o asociaciones; por último, algunos han mantenido un perfil puramente institucional.

Las dos experiencias pioneras (Zabaleta González, Lezcano Barbero y Perea Bartolomé, 2021) fueron el proyecto EMILIA, en Barcelona (Palomer, Izquierdo, Leahy, Masferrer y Flores, 2010), y los proyectos Ayuda Mutua en los Servicios de Salud Mental (Bono del Trigo, Navarro Martillas y Mena Jiménez, 2012) y Peer2Peer (Christie *et al.*, 2015) en Andalucía. El objetivo de estos proyectos era fundamentalmente formativo: la idea era proporcionar una formación reglada que permitiese a personas diagnosticadas en proceso de recuperación elaborar su experiencia en primera persona, acreditar su *expertise* y, de esa forma, aspirar a un empleo como agentes de apoyo mutuo. Tanto EMILIA como Peer2Peer recibieron financiación del programa de la Unión Europea para la formación continuada. Fueron, por tanto, productos de la colaboración entre diversos socios europeos, pero se instanciaron en experiencias concretas en cada país o ciudad.

44 La mayoría de estas experiencias las conocí gracias al documento anónimo “¿Por qué la necesidad de apostar por mantener (o incluir) la figura de par en los servicios de atención en salud mental?” (2018). Posteriormente profundicé en muchas de las experiencias a través de los artículos de Zabaleta González, Lezcano Barbero y Perea Bartolomé (2021) y de Eiroa-Orosa y Sánchez-Moscona (2023).

En Barcelona, el proyecto EMILIA se tradujo en una formación para personas diagnosticadas de TMG, consistente en diez sesiones de hora y cuarenta y cinco minutos de duración, impartidas por profesionales, en torno al modelo de la recuperación. El objetivo era que quienes recibieran los cursos se convirtieran a su vez en formadorxs, con vistas a abrir dos vías de inserción laboral: la de la docencia y la de “expertx por experiencia” en los servicios. Si bien esto no resultó inmediatamente en la incorporación de agentes a los servicios, se desarrolló un programa de formación complementaria con implicación de profesionales y docentes universitarixs (Palomer *et al.*, 2010). La influencia de esta experiencia en Cataluña ha sido profunda: bajo la denominación de “paciente expertx”, encontramos múltiples casos en que personas formadas con estos cursos y otros similares han desarrollado una labor como pares en servicios (“Programa ‘Paciente Experto’ en el Hospital Sagrat Cor de Martorell”, 2017; Ballesteros-Urpí, 2020). Incluso, se están planteando la posibilidad de incorporarlos a la plantilla como profesionales (Nova, 29 de agosto de 2022; Martín y Punzano, 22 de septiembre de 2022)⁴⁵. Además, la experiencia del proyecto dio lugar a la formación de la Associació Emilia, conformada por personas con experiencia, profesionales y familiares, que sigue muy activa a día de hoy⁴⁶.

En Andalucía, por su parte, el proyecto Ayuda Mutua en los Servicios de Salud Mental se enmarcó en el II Plan Integral de Salud Mental de Andalucía, 2008-2012, y lo llevaron a cabo la Escuela Andaluza de Salud Pública y la Federación “En Primera Persona” de manera coordinada. Consistió primero en un curso de formación de cuarenta horas impartido a un total de ciento veinticuatro personas con experiencia; de entre ellas, se seleccionó a diecinueve que recibieron doce horas adicionales de formación focalizada en ensayar sesiones de apoyo mutuo individual. De estas diecinueve, catorce personas fueron quienes finalmente llevaron a cabo una experiencia piloto en cinco Unidades de Gestión Clínica (UGC) de salud mental en diversos puntos de Andalucía, realizando apoyo mutuo individual con un total de cincuenta y nueve pacientes de dichas UGCs. La valoración fue en general muy positiva para todas las partes, si bien lxs agentes señalaron que en una de las UGC no se llegó a desarrollar la experiencia piloto por reticencias de lxs profesionales (quienes por su parte alegaban “falta de tiempo”) y en una de las que sí se llegó a desarrollar detectaron “falta de interés” (Bono del Trigo *et al.*, 2012: 4-14).

Esta falta de entusiasmo profesional podría explicar por qué la experiencia apenas tuvo

45 Según Eiroa-Orosa y Sánchez-Moscona, “algunas entidades proveedoras del sistema de salud han iniciado contrataciones, estableciendo convenios con entidades «En primera persona» sin ánimo de lucro, a través de figuras laborales como el técnico de acompañamiento, inicialmente pensada para el campo de la integración laboral de personas con discapacidad” (2023: 14). Sin embargo, no dan detalles de estas contrataciones; como veremos en el capítulo sobre el apoyo mutuo individual del bloque de análisis, este formato tiene sus propias complicaciones.

46 Puede consultarse la web de la asociación: <https://emiliaonline.org/>

continuidad, salvo en el Hospital de Día de Motril (Granada), donde se consolidó un programa de apoyo mutuo que desembocó en la creación de un GAM y posteriormente una asociación en primera persona (entrevista a Juan Carlos Maestro, 8 julio 2022). Mientras tanto, y en paralelo, se desarrolló el proyecto Peer2Peer, cuyo objetivo era generar materiales con los que impartir un curso reglado para agentes de apoyo mutuo con la vista puesta en la profesionalización. Usando dichos materiales, el movimiento en primera persona, a través de la Red de Apoyo Mutuo de Andalucía (RAMA), organismo cercano a (pero independiente de) la Federación, organizó múltiples cursos formativos a partir de mediados de la década.

Algo más tarde, ya en plena ola de movilización en primera persona, se aprovechó la experiencia del psicólogo clínico Juan Carlos Maestro en el programa de Motril para poner en marcha, a principios de 2018, el Programa de Apoyo Mutuo del Hospital Virgen de las Nieves descrito en la introducción. En él, lxs profesionales trabajaron mano a mano con lxs agentes y con la asociación SAPAME. En coherencia con los objetivos del proyecto Peer2Peer, se llegó incluso a contratar a una agente a través de la Federación. Como parte del mismo impulso, se contrató a agentes en otras partes de Andalucía (Motril, Málaga y Almería); sin embargo, este experimento no prosperó y, aunque algunos de los programas perviven, no se ha vuelto a contratar a nadie. En la actualidad, Maestro está tratando de dar un nuevo impulso a este tipo de iniciativas desde su papel como asesor del Programa de Salud Mental del Servicio Andaluz de Salud. Exploraré todas estas experiencias en mayor detalle en el capítulo sobre el apoyo mutuo individual del bloque de análisis.

En cuanto a otras experiencias en otros puntos del Estado español, está el caso del programa ¡ACOMPÁÑAME!, un programa formativo basado en la recuperación y el apoyo mutuo y dirigido específicamente a personas “con Trastorno Mental Severo que participan en entidades sociales”, desarrollado y certificado desde la Universidad de Burgos a raíz del trabajo de investigación doctoral de Rebeca Zabaleta González (2021: 23). Este programa de doce sesiones de entre noventa y ciento veinte minutos se ha puesto en práctica en asociaciones de familiares, como ASAM Burgos y ASAM Madrid, así como entidades en primera persona como la Asociación Mejorana, de Navarra. El curso no se ha traducido, por el momento, en contrataciones de agentes, aunque desde Mejorana reclaman la inclusión de esta figura en la red de salud mental de Navarra (Saldaña Soto, 2022: 13).

En Madrid, Rosillo Herrero y Alonso Martos (2018) cuentan la experiencia del “programa mentor” en dos Centros de Rehabilitación Psicosocial (el equivalente de las Unidades de Rehabilitación de Área andaluzas). Entre 2012 y 2018 se habían llevado a cabo cuatro cursos breves, de cuatro o cinco sesiones, impartidos por profesionales del servicio, donde se formó a un total de diecisiete pacientes sobre apoyo mutuo, recuperación y el rol que de lo que allí llaman

“mentor”. Quienes completan el curso ejercen entonces como agentes de apoyo mutuo en el contexto de la acogida de nuevos pacientes en los centros. Las valoraciones del programa a partir de grupos focales y encuestas de satisfacción con escala de Likert fueron muy positivas, tanto para agentes como para receptores y profesionales, y las autoras recomendaban extender el programa más allá de sus reducidas dimensiones, incluyendo a más personas, otorgando más responsabilidades, ampliando la formación y allanando el camino hacia la contratación de lxs agentes (Rosillo Herrero y Alonso Martos, 2018: 113). Sin embargo, incluso cuando de hecho se ha implementado en esta comunidad autónoma la figura de agente profesionalizadx, ha sufrido sus reveses: tras un pilotaje de año y medio, la Unidad de Atención Temprana gestionada por la Fundación Manantial⁴⁷ puso fin a la contratación de una agente, pese a los esfuerzos por mantener esta experiencia en el tiempo (“¿Por qué la necesidad de apostar...?”, 2018).

El caso donde la contratación ha sido más sistemática es el de la Fundación Sociosanitaria de Castilla-La Mancha, el equivalente de FAISEM en aquella comunidad autónoma, que puso en marcha en 2016 un programa de “Expertos por experiencia en salud mental”. Dentro de este programa se contrató a personas diagnosticadas de trastornos mentales graves para trabajar como “profesionales expertos por experiencia” en catorce centros de rehabilitación de la Comunidad. En un primer momento se contrató a dieciséis personas; a fecha de 2019, se había contratado a cuarenta y una, aunque no parece que esto sea fruto de un aumento de la plantilla sino de una rotación de la misma (“Sanidad pone en marcha un proyecto de ‘Paciente experto’ con personas con enfermedad mental”, 2016; “El programa del Gobierno de Castilla-La Mancha ‘Profesional Experto por Experiencia en Salud Mental’, galardonado en la V Edición de los premios ‘Albert Jovell’”, 2019; “Documental experto x experiencia”, s.f.). En cualquier caso, se trata de la experiencia más avanzada en la formalización del trabajo de par/agente de apoyo mutuo en el Estado español (Zabaleta González *et al.*, 2021).

Sin embargo, según contó una activista en primera persona que conoció de cerca la experiencia castellano-manchega en un evento sobre apoyo mutuo en Madrid, lxs expertxs por experiencia que participaron se quejaban de que en la mayoría de casos, se lxs trató como subalternxs. Además, la financiación para llevar a cabo las contrataciones vino de proyectos europeos; después de tres ediciones, el programa quedó en *standby* (notas de campo, 18 de febrero

47 Experiencia piloto puesta en marcha en 2014 como unidad especializada en la intervención temprana con personas que pasan por sus primeros episodios psicóticos. En su desarrollo trabajan de manera conjunta la Fundación (creada en 1995 por diversas asociaciones de familiares de personas diagnosticadas), el Servicio Madrileño de Salud (a través de los Centros de Salud Mental de Alcalá de Henares y el Hospital Universitario Príncipe de Asturias) y la Universidad Carlos III, y cuenta con financiación de la Obra Social “La Caixa”. Más información aquí: <https://www.fundacionmanantial.org/unidad-de-atencion-temprana/>.

de 2023). Esto refleja una tónica general: los proyectos académicos o de intervención que tratan de impulsar estas innovaciones en la atención en salud mental duran lo que duran y, después, dejan un vacío. Esta falta de continuidad, como veremos, es el principal reto al que se enfrentan las iniciativas para impulsar el apoyo mutuo individual en los servicios.

Por supuesto, todos estos distintos fenómenos y movimientos que vengo comentando se vieron afectados de manera radical por la pandemia. Las muertes ocasionadas por el virus, el miedo a infectarse y la dureza de las medidas tomadas para controlar su expansión, además del brutal impacto en las condiciones de vida que tuvo la posterior crisis económica, supusieron un shock para toda la población, pero afectaron de forma particular a las personas con diagnósticos de salud mental. No solo tenían un mayor riesgo de contagio, de tener complicaciones y de morir debido al virus (riesgo que aumentaba para las mujeres con diagnóstico frente a los hombres con diagnóstico), sino que la sintomatología empeoró gravemente en todo tipo de diagnósticos, como cabía esperar ante la gravedad de la situación, y los suicidios aumentaron una vez pasado el confinamiento (Ruiz-Pérez, 2022: 229-230). Nada de esto es sorprendente, dado que estos diagnósticos son más frecuentes entre las personas con una mala situación socioeconómica o con otros factores que favorecen la vulneración de sus derechos, y han sido estos los colectivos más afectados por la pandemia (Buitrago Ramírez, Ciurana Misol, Fernández Alonso y Tizón García, 2021).

La precariedad antes comentada en las redes asistenciales de salud mental y atención primaria también se vio acentuada con la pandemia. Por una parte, al volcar todos los esfuerzos organizativos del sistema hacia la atención al Covid-19, otro tipo de problemáticas de salud, como las enfermedades crónicas o los trastornos mentales, quedaron desatendidas. Por otra, la transformación de la atención de presencial a no presencial, fundamentalmente telefónica, que en algunos casos ha sido permanente, ha llevado a un doble deterioro de la misma: primero por todo lo que se pierde al no haber presencialidad⁴⁸, segundo porque ha permitido una precarización aún mayor de las condiciones de trabajo de lxs profesionales, aumentando su número de citas y disminuyendo el tiempo disponible para cada una de ellas de forma dramática (Ruiz-Pérez, 2022: 231-232; Coll Benejam *et al.*, 2021).

El resultado final de todo esto es un deterioro palpable en la atención en salud mental. Los tiempos entre consultas, que ya se consideraban excesivos, han pasado a exceder los cuatro meses

48 Entre otras cosas, se pierde parte del efecto terapéutico de la mera atención, que proviene del simple encuentro con unx profesional con quien se tiene un vínculo de confianza (Martínez, 2016), sin necesidad de que exista intervención sanitaria más allá. Este componente era particularmente importante en salud mental, y más en una situación donde las circunstancias imponían un aislamiento de base.

en muchos casos (Entrevista a María, 11 de mayo de 2021). En una entrevista realizada más de un año después del inicio de la pandemia, Noelia me contaba que aún no conocía en persona a su psiquiatra, con la que llevaba en torno a un año, dado que “en este año solo hemos hablado por teléfono, con la cosa de la pandemia” (Entrevista a Noelia, 1 de junio de 2021). Lxs propi@s profesionales señalan este deterioro, hasta el punto de que algunxs consideran que en muchos sentidos el sistema ha colapsado: no se pueden atender ni siquiera las cuestiones mínimas que antes se atendían, pero se sigue adelante atrapadxs en un “como si” (Ana López Peralta, comunicación personal). Todo esto viene a reforzar los déficits que exploraré en detalle en el bloque de análisis al explorar los cuidados que ofrece el Estado para personas con sufrimiento mental.

Al mismo tiempo, la pandemia ha hecho que se hable más que nunca de salud mental. Ya desde los inicios del confinamiento, se nos advertía de que después de la pandemia por el Covid-19, habría que atender “la pandemia de la salud mental”, refiriéndose a ella como “la eneava ola” (véanse, por ejemplo, Ruiz, 6 de mayo de 2020; López, 21 de abril de 2020). Sin embargo, esta atención al tema no se ha traducido necesariamente en una perspectiva más crítica sobre qué elementos de nuestra forma de organización social provocan sufrimiento mental y cómo se ha de gestionar socialmente el mismo. Como señaló Christel Keller Garganté (29 de julio de 2020), la corriente dominante ha tendido más bien a reforzar una visión patologizante del malestar, individualizando sus causas y medicalizando las emociones negativas. Desde el movimiento en primera persona, se ha señalado que los llamamientos a invertir más en salud mental dejan de lado la cuestión de qué hacer con esa inversión: nuestra atención y nuestras acciones, se arguye, no deberían estar tan orientadas a responder a los síntomas (la gente que pide consultas en salud mental porque sufre), sino que se debería actuar sobre las causas (la precariedad vital que facilita ese sufrimiento, particularmente en el desolador escenario económico postpandémico). La mejor política en salud mental sería garantizar la cobertura de las necesidades vitales a toda la población.

Se trata, pues, de evitar la medicalización, es decir, el abordaje desde una perspectiva médica de problemas que, en origen, son más bien de carácter social y que, por tanto, difícilmente obtendrán una solución adecuada desde la medicina (Busfield, 2017). En efecto, uno de los efectos de la visibilización pública de la salud mental desde esta óptica ha sido que las discusiones previas sobre la coerción y la violencia psiquiátrica han pasado a un segundo plano en favor de esas llamadas inespecíficas a financiar el sistema de atención, sin estudiar los defectos del mismo, reforzando la idea de que la única respuesta adecuada al sufrimiento mental es la de la mirada experta. De este modo, por una parte, se silencian las quejas de las personas con sufrimiento mental grave acerca del tipo de atención que reciben, mientras por la otra se definen problemas sociales

emergentes como problemas médicos o psicológicos, coartando su politización⁴⁹.

En cuanto a los efectos de la pandemia sobre el movimiento en primera persona, se puede decir que han sido similares a los sufridos por otras formas de activismo político. La suma de las medidas de prevención contra el Covid-19, que han coartado los desplazamientos y el contacto social, y la precarización económica, que ha agudizado la preocupación por la mera supervivencia, dificultando la participación política, han llevado a un clima de desmovilización que ha dejado un panorama bastante menos esperanzador que el previo a la pandemia. Los colectivos con formas de organización más flexibles y espontáneas han tendido a disminuir su actividad hasta casi desaparecer (en el caso de la salud mental, es especialmente sensible la pérdida de LoComún, quizás el colectivo más potente surgido en la pasada década), mientras que las estructuras asociativas han podido sobrevivir, pero no sin dificultades y estrecheces. Como veremos en el capítulo del bloque metodológico dedicado al efecto de la pandemia sobre mi investigación, la actividad en SAPAME se mantuvo durante el confinamiento a través de Zoom; pero esto no fue en absoluto representativo de lo sucedido en el resto de asociaciones: aquellas más frágiles vieron su actividad totalmente detenida, con la pérdida que eso supuso en términos del apoyo mutuo que se prestan sus integrantes. Retomar la actividad después no ha sido fácil. Por otra parte, la mencionada dependencia respecto a subvenciones públicas ha llevado a que SAPAME estuviera varios meses sin poder pagar a sus trabajadorxs ante los retrasos en el pago por parte de las administraciones.

Todas estas dificultades sugieren que el activismo en primera persona entra, tras la pandemia, en una fase de reorganización interna, donde parte de lo conseguido con anterioridad sobrevive, pero se ha perdido algo del ímpetu y de la fuerza organizativa. El anuncio, en septiembre de 2022, por parte de Orgullo Loco Madrid de que iban a cesar sus actividades de cara al exterior, con intención de “reconstruirse”, parece característico de esta fase (Orgullo Loco Madrid, 29 de septiembre de 2022). No obstante, apenas unos meses más tarde, el colectivo anunció su vuelta a la actividad tras una reconstitución, iniciando una “segunda etapa de Orgullo Loco Madrid” en la que mantendrían los objetivos, pero cambiarían el funcionamiento interno para “intentar en la medida que podamos evitar reproducir las violencias de este sistema” (Orgullo Loco Madrid, 9 de enero de 2023). Algo similar ha ocurrido con Orgullo Loco Graná, que aunque ha disminuido su actividad, ha dado lugar a un nuevo colectivo, Histeria Colectivizada, que comenzó su andadura con la proyección del documental *Zuaria(k)* en la Biblioteca Social Hermanos Quero, una biblioteca y editorial libertaria de Granada, en marzo de 2023 (Histeria Colectivizada, 18 de marzo de 2023).

49 Este es un efecto de la emergencia de la salud mental como un dispositivo biopolítico a partir de las últimas décadas del siglo XX, coincidiendo, de forma paradójica, con las reformas psiquiátricas esbozadas al inicio del capítulo. Este proceso lo exploraré detalladamente en el capítulo dedicado a ello en el bloque teórico-conceptual.

Dado que desde el verano de 2020 han seguido surgiendo iniciativas nuevas en esta línea, todo parece indicar que el movimiento tiene aún recorrido. Esto hace aún más importante la reflexión sobre lo conseguido hasta ahora y los retos a futuro, un debate abierto ya por Javier Erro (2021: 223-235) y para el que espero que este trabajo ofrezca material valioso.

2. Discutiendo (con) los conceptos: construyendo un marco teórico para comprender el apoyo mutuo desde una perspectiva feminista

2.1. El apoyo mutuo en salud mental: debates académicos y políticos en torno a un concepto polisémico

El concepto central en torno al cual se articula mi tesis es el de apoyo mutuo. Como he adelantado, no se trata de un concepto unívoco o fácil de delimitar. Mi objetivo en este capítulo es poner las bases conceptuales para que comprendamos de qué estamos hablando al decir “apoyo mutuo”. Sin embargo, dada la diversidad de prácticas a las que se nombra como apoyo mutuo, no se trata de llegar a una definición absolutamente exhaustiva, sino de ver cuáles son las líneas maestras del concepto y qué tensiones emergen cuando se intenta aplicar a actividades tan diferentes entre sí.

Lo primero que considero que hay que poner sobre la mesa es que no solo hay ambigüedades en el concepto, sino incluso en cuanto a los propios términos. Lo que voy a llamar “apoyo mutuo” se ha designado y sigue designándose a través de toda una serie de alternativas terminológicas que iré abordando a lo largo del capítulo. La más importante sería la expresión “ayuda mutua”. Esta formulación y la de “apoyo mutuo” se usan a menudo de forma intercambiable, aunque existen matices entre ambas. De hecho, durante buena parte de la investigación he hablado tanto en contextos académicos como en el trabajo de campo de “ayuda mutua en salud mental”; la decisión definitiva de usar “apoyo mutuo” la tomé en el último año del proceso de investigación doctoral.

Con este cambio quiero reflejar una evolución en la comprensión colectiva de quienes realizan (y quienes estudian) el apoyo mutuo a lo largo de las últimas décadas. En trabajos como los de Canals Sala (2002; 2003) y en el primer proyecto de investigación desarrollado en Andalucía (Bono del Trigo, *et al.*, 2012) se hablaba de “ayuda mutua”, que era la terminología empleada en la época en los grupos y asociaciones. La lógica de este cambio la expresó Águila Bono en nuestra entrevista así:

la evolución hacia “apoyo mutuo”, porque la palabra apoyo como que tiene una... hace referencia mucho más a reciprocidad entre las personas, ¿no? Y la palabra ayuda es una palabra de que ves a alguien que necesita algo y entonces tú ayudas a que la persona lo resuelva, ¿no? Entonces ya no hablamos de... en Anda[lucía]... yo intento no hablar, a veces se me escapa. [...] Yo creo que el movimiento asociativo la ha incorporado, “apoyo mutuo”, totalmente. (Entrevista, 26 de abril de 2022)

Desde luego, en el caso del activismo andaluz, por lo que he podido comprobar, en efecto se ha producido este cambio terminológico: la Red de Apoyo Mutuo de Andalucía (RAMA) ha incorporado esta expresión a su nombre, y en mi trabajo de campo he encontrado un mayor uso de esta terminología y distintas expresiones de este mismo razonamiento básico⁵⁰. Sin embargo, en Cataluña, por ejemplo, sigue privilegiándose la denominación “ayuda mutua”, como reflejan la “Guía para los Grupos de Ayuda Mutua de Salud Mental en primera persona” elaborada por miembros de ActivaMent (Sampietro y Sicilia Matas, 2019) u otros trabajos escritos desde el contexto catalán, incluso con una perspectiva muy crítica, como es la de la Xarxa GAM (Martínez-Pereda, 19 de abril de 2016). De hecho, como hemos visto, la propia Águila Bono reconocía en la entrevista que “a veces se me escapa” la expresión “ayuda mutua”, a pesar de su convicción de que la terminología que mejor capta el núcleo del concepto es la de “apoyo mutuo”.

A esta intercambiabilidad ayuda el parecido entre ambas expresiones, y en particular el hecho de que las siglas “GAM” se mantengan con ambas denominaciones. Además, está el hecho de que “ayuda mutua” sea una traducción más natural de dos expresiones inglesas: *mutual aid*, que usó en su obra seminal Kropotkin, y *self-help groups*, que a menudo se usa para hablar de los GAMs. No obstante, dado que concuerdo con las razones presentadas por muchas de las personas con las que he conversado sobre el concepto y expuestas ejemplarmente por Águila Bono, he decidido optar por hablar de “apoyo mutuo” en mis enunciaciones. Dado que el mismo concepto ha sido históricamente denominado también como ayuda mutua, voy a caracterizarlo empleando los trabajos de quienes lo han teorizado usando la expresión “ayuda mutua” y mantendré sus palabras originales bajo el sobreentendido de que lo que llamaron o llaman “ayuda mutua” se corresponde con lo que yo denomino “apoyo mutuo”.

Como mencionaba hace un momento, el concepto de apoyo mutuo fue acuñado por el pensador anarquista ruso Piotr Kropotkin en su clásico *El apoyo mutuo. Un factor de evolución* (1902/1970). En esta obra, el también biólogo realiza un repaso histórico-natural del peso del apoyo mutuo en la evolución de las especies animales y de la sociedad humana. Si bien no define de forma clara el apoyo mutuo, su idea, inspirada en el trabajo de varios biólogos de finales del siglo XIX, es que sería aquella conducta contrapuesta a la “la lucha cruel por los medios de subsistencia *entre los animales pertenecientes a una misma especie*”⁵¹ (Kropotkin, 1902/1970: 11) que muchos autores darwinistas consideraban la única ley que condicionaba la evolución de las especies.

50 Pepe, uno de mis entrevistados, me señaló durante nuestra entrevista que en SAPAME llaman “apoyo mutuo” a lo que en Proyecto Hombre denominan “ayuda mutua”.

51 Cursivas en el original.

Esta supuesta ley biológica estaba siendo proyectada además al orden social, dando lugar al conocido como “darwinismo social”: la naturalización de la desigualdad social al presentarla como el resultado (justo, puesto que se corresponde a una ley biológica) de esa lucha por los recursos. Contra estas dos ideas, la biológica en primer lugar, y su corolario sociológico seguidamente, desarrolla Kropotkin su prolijo argumento, dando múltiples ejemplos de cómo el apoyo mutuo y la colaboración intraespecie, antes que la competición entre individuos en una lucha de todos contra todos, había permitido la supervivencia colectiva de las especies y sociedades y, por lo tanto, era un factor de peso en la evolución.

Ahora bien, la indefinición del concepto de apoyo mutuo en el momento mismo de su génesis intelectual se tornaría un problema crónico, como señaló Canals Sala en su tesis sobre los GAMs en el contexto español de inicios de este siglo (2002: 27-32). Esto se debe en no poca medida a su polivalencia: es un concepto usado por investigadorxs, por teóricxs y activistas políticxs, por asociaciones de familiares y de pacientes afectadxs por múltiples problemas de salud diferentes... En cada uno de estos casos, el concepto se adapta a las necesidades de quien lo emplea. Por tanto, es más fácil que abordemos la definición del concepto por esta misma vía, examinando cómo y por qué se emplea en distintos casos.

Se podría empezar por su uso más político, dada su mayor generalidad y, al mismo tiempo, su importante influencia en el movimiento en primera persona. Es precisamente refiriendo a las necesidades como define el apoyo mutuo Dean Spade, en su libro recientemente traducido al castellano *Apoyo mutuo. Construir solidaridad en sociedades en crisis*, que ha tenido un importante impacto en los ambientes de izquierda ligados a los movimientos sociales en los que se mueven muchxs de lxs activistas en primera persona con quienes he trabajado. Para Spade, “[e]l apoyo mutuo es la coordinación colectiva dirigida a satisfacer las necesidades de cada cual, por lo general a partir del conocimiento de que los sistemas implementados no van a satisfacerlas” (2022: 17). Se articulan aquí tres ideas: la de necesidades⁵², la de coordinación colectiva y la de sistemas. Se parte de la existencia de unas necesidades, se afirma que los “sistemas” (que podemos interpretar como el *statu quo* asistencial, con la combinación de servicios estatales y privados a los que tienen acceso

52 En la expresión usada, “necesidades de cada cual”, además de en la posterior “necesidades de supervivencia” (Spade, 2022: 19) parece deslizarse hacia un individualismo epistemológico y una referencia a la supervivencia biológica que evocan la noción malinowskiana de “necesidades básicas” (Malinowski, 1939). No obstante, y como nos han enseñado las autoras feministas que han estudiado los cuidados, la definición de qué constituye una necesidad puede abordarse desde una perspectiva holística, de conjunto. Lo necesario es aquello que no favorece únicamente el bienestar de esta o aquella persona, sino que permite la continuidad de la vida humana (y no humana) en su conjunto en términos de “universalidad y singularidad: nos preguntamos por las vidas de todxs, consideramos que son igualmente relevantes, aunque reconocemos su diversidad” (Pérez Orozco, 2014: 79).

las personas que viven en una sociedad dada) no las satisfacen y se define el apoyo mutuo como la coordinación colectiva para afrontar ese déficit en la atención a las necesidades.

Spade también señala tres “elementos clave” del apoyo mutuo. El primero nos habla de la doble función del apoyo mutuo: la ya señalada de satisfacer las necesidades no cubiertas, por un lado, pero también la de “generar un entendimiento compartido sobre por qué las personas no tienen lo que necesitan” (Spade, 2022: 19). Este carácter *politizador* del apoyo mutuo es una de las cuestiones que más destacan lxs activistas en primera persona: en un colectivo tradicionalmente infantilizado y tutelado, la idea de que no solo se satisfagan las necesidades horizontalmente, sino que además este proceso despierte conciencias es muy atractiva⁵³. Como veremos, sin embargo, esta toma de conciencia política no acompaña siempre ni necesariamente la participación en un GAM, ni en otros formatos de apoyo mutuo.

El segundo elemento clave que destaca Spade es la capacidad del apoyo mutuo para construir solidaridad política y así ampliar la capacidad de movilización del tejido social (2022: 22-25). Esta cuestión para Spade abre una brecha entre lo que ocurre con las movilizaciones de base y lo que ocurre en el Tercer Sector o “sector sin ánimo de lucro profesionalizado” (2022: 23), donde la especialización en un solo ámbito de acción política permite aumentar la efectividad de las organizaciones como lobby/interlocutores de las instituciones, pero disminuye esta solidaridad y por tanto atomiza las luchas, quedando atrapadas en la lógica de la caridad y la ayuda vertical que caracteriza a los servicios sociales y la protección estatal (*Ibid.*: 31-38). En el contexto de mi tesis, este fenómeno se ha manifestado en las diferencias estratégicas entre los colectivos activistas y las asociaciones de usuarixs, en las cuales finalmente he centrado mi análisis; como expondré enseguida, Canals Sala (2002) ya desarrolló el aparataje conceptual para explicar esta cuestión al analizar el apoyo mutuo desde la contraposición clásica en antropología económica entre la reciprocidad y la redistribución.

Lo mismo ocurre con el tercer elemento clave para Spade: la vocación autogestiva del apoyo mutuo, que ayuda a desarrollar habilidades de participación política y fomenta la resolución de los problemas por parte de la propia población, sin esperar la ayuda del “Estado salvador” (2022: 25-29). En cuanto a este punto, no solo saltaban a la vista las diferencias entre las distintas ramas del movimiento en primera persona, sino que estas ponían de manifiesto, para lxs propixs activistas, las limitaciones de esta práctica. Como veremos al llegar al, las diferencias en cuanto a bagaje político de lxs miembros, el grado de implicación en el desarrollo de los GAMs y las expectativas respecto a

53 El carácter concientizador, de *consciousness raising*, de los GAMs revela una de las más importantes confluencias histórico-políticas entre el apoyo mutuo en salud mental y el feminismo, como han señalado Guzmán Martínez *et al.* (2021).

los mismos son tres factores interrelacionados que permiten contextualizar y explicar mejor el tipo de práctica que se da realmente en cada grupo que hace “apoyo mutuo” y poner en perspectiva los distintos significados que les dan sus participantes.

Esta caracterización eminentemente política del apoyo mutuo nos sirve para entender el porqué del interés por el concepto por parte de colectivos activistas en general, y en primera persona en particular. Sin embargo, seguimos sin tener una idea suficientemente clara de qué caracteriza el apoyo mutuo en tanto práctica social; la idea de “coordinación colectiva” nos dice poco, más allá de señalar que se trata de algo que se hace en grupo. Para encontrar una noción más técnica, podemos recurrir al trabajo de Josep Canals Sala, quien, inspirado fuertemente en la obra de Eduardo Menéndez, interpretó el apoyo mutuo a partir del concepto antropológico de reciprocidad. Concretamente, dentro de todas las posibles formas de reciprocidad que pueden darse, para este autor “la ayuda mutua puede definirse por la existencia de relaciones de reciprocidad *entre iguales* o, en todo caso, entre *equivalentes*”⁵⁴ (Canals Sala, 2002: 34). Es decir, frente a otras formas de reciprocidad que pueden darse entre personas ubicadas en lugares sociales jerárquicamente distintos, el apoyo mutuo exige “horizontalidad en las posiciones relativas de los participantes y simetría en sus intercambios” (*Idem*).

La idea clave que emplea aquí Canals (vía Menéndez) sería la de “equivalencia”. Según explica, la horizontalidad y simetría que se requieren se operacionalizan en la práctica creando una noción de equivalencia *ad hoc*, es decir, construyendo un plano en el cual las personas que se embarcan en una relación de apoyo mutuo pueden reconocerse como iguales. Citando a Phyllis Silverman, que también estudió los GAMs, Canals habla de la “historia de un mismo problema” (2003: 76) como aquello que las personas comparten y que les permite construir su equivalencia. Es importante señalar que esta “historia” no es reducible a una serie descriptiva de hechos, sino que “abarca a las vivencias, experiencias y circunstancias asociadas al problema, incluida la experiencia de relación con los profesionales y los servicios” (*Idem*). En el caso concreto del apoyo mutuo en el campo de la salud mental esto se concreta, en las palabras de las propias personas implicadas, de la siguiente manera:

En un GAM de salud mental en 1ª persona nos reunimos quiénes hemos pasado o estamos pasando por una situación de sufrimiento psicológico y/o diversidad mental. Supone haber vivido un problema de salud mental y las consecuencias psicosociales que puede comportar. (Sampietro y Sicilia Matas, 2019: 8)

Como veremos en más detalle en el bloque de análisis, una de las cuestiones clave de la centralidad

54 Cursivas en el original.

del apoyo mutuo para quienes lo practican es el hecho de compartir ese historial no solo de sufrimiento mental, sino también de las transformaciones vitales que implica ser diagnosticadx. No tener que explicar ciertas cosas, dado que el resto de personas con las que se comparte el espacio las han vivido también, es uno de los elementos que hacen de los grupos de “iguales” donde se lleva a cabo el apoyo mutuo un espacio de confianza y seguridad.

Ahora bien, otra característica del apoyo mutuo es que los intercambios recíprocos no son puntuales y claramente predeterminados, sino que se dan de manera prolongada en el tiempo y abordan necesidades difíciles de prever (Canals Sala, 2002: 35). Es un lugar común que las personas que entran por primera vez a un GAM suelen acaparar el uso de la palabra y requerir mucho más apoyo del grupo del que son capaces de brindar a sus compañerxs (Sampietro y Sicilia Matas, 2019: 60; *Guía de apoyo para el moderador de Grupos de Ayuda Mutua*, 2014: 94); sin embargo, una vez pasada esa situación, es imposible saber quién requerirá más apoyo en un momento dado, o qué formas exactas tomará ese apoyo. Esto significa que, dentro de la tipología de formas de reciprocidad propuesta por Marshall Sahlins, el apoyo mutuo sería una forma de *reciprocidad generalizada*, es decir, intercambios realizados en el marco de una relación altruista, de los que no se lleva una cuenta. En este tipo de reciprocidad, si bien el don de una parte implica que la otra parte está obligada, implícitamente, a corresponder, “esa contraobligación no se estipula por tiempo, cantidad o calidad; la expectativa de reciprocidad es indefinida” (Sahlins, 1983: 212). Como señala el propio Sahlins:

Un buen indicador pragmático de la reciprocidad generalizada es una corriente sostenida de una sola dirección. La falta de reciprocidad no hace que el que da algo deje de hacerlo; los bienes se mueven en una sola dirección, favoreciendo al que no tiene, durante un largo período⁵⁵. (*Idem*)

Por lo tanto, la idea es que, en el marco de una relación de apoyo mutuo, las personas se apoyan mutuamente, pero no de formas totalmente pautadas y delimitadas. En resumen: para que podamos hablar de apoyo mutuo, es necesario que se den intercambios recíprocos en el marco de relaciones de horizontalidad y simetría en las que exista “la posibilidad de devolución de la ayuda recibida sin estipulaciones de tiempo” (Canals Sala, 2002: 35). En este sentido, más que la

55 Cabe señalar, no obstante, que incluso estas relaciones son susceptibles de romperse si la mutualidad nunca llega a hacerse efectiva. Quienes han teorizado sobre el apoyo mutuo en salud mental han previsto esta posibilidad, lo cual, dado el carácter basado en la práctica de dichas teorizaciones, sugiere que esto ocurre de hecho, como cuando una persona acapara la palabra (*Guía de apoyo para el moderador de Grupos de Ayuda Mutua*, 2014: 94), cuando se incumplen las normas del grupo (*Ibid.*: 96) o cuando las expectativas de alguien respecto al GAM no se corresponden con la realidad (Sampietro y Sicilia Matas, 2019: 61).

contraprestación inmediata o la equivalencia exacta entre los bienes intercambiados, en el apoyo mutuo, en tanto forma de reciprocidad generalizada, “lo más importante [es] la disposición a dar y a retribuir las deudas, que ha de ser simbólicamente manifestada de algún modo” (Canals Sala, 2002: 36). Es decir: el apoyo mutuo no es simplemente una forma de intercambio, sino que es una forma de sociabilidad que genera ciertas disposiciones recíprocas entre los actores que se embarcan en él.

Con esta definición hemos caracterizado qué tiene que ocurrir entre los actores sociales que entran en relación para que algo que hacen pueda ser considerado apoyo mutuo. Sin embargo, no hemos hablado del contenido, de qué tipo de cosas son apoyo mutuo. Se entiende que hablamos de intercambios recíprocos en condiciones de horizontalidad y simetría garantizadas mediante la construcción de una equivalencia y prolongados en el tiempo, pero más allá de esto no hemos dicho exactamente *qué* se intercambia. Es cierto que acabo de señalar que, desde la perspectiva de los actores, lo importante no es el detalle de *qué* se intercambia, sino más bien el *cómo* (las predisposiciones que se generan); sin embargo, desde la perspectiva de esta investigación, habría que preguntarse al menos qué tipos de cosas se intercambian en las relaciones de apoyo mutuo en salud mental. Esto no es sencillo: hablábamos antes de cierta indefinición del concepto de apoyo mutuo, y en parte esta tiene que ver con que casi cualquier tipo de intercambio que cumpla con las notas antes descritas puede ser considerado como tal. Esto se plasma en la definición de apoyo mutuo que podemos leer en una guía para moderadorxs de GAMs de la Federación “En Primera Persona”:

La ayuda mutua es una expresión utilizada en la teoría de organizaciones que describe cómo la cooperación, *la reciprocidad (en el intercambio de recursos, habilidades y servicios)* y el trabajo en equipo significa un beneficio mutuo para los individuos cooperantes⁵⁶. (*Guía de apoyo para el moderador de Grupos de Ayuda Mutua*, 2014: 12)

De este modo empezamos a entrever que hay prácticas muy distintas entre sí, por su contenido y también por el contexto en el que se dan, que podemos llamar apoyo mutuo. En salud mental, existen al menos tres tipos: el apoyo mutuo de los GAMs; el apoyo mutuo informal; y el apoyo mutuo individual o *peer support*.

Empezaremos, por ser la faceta del apoyo mutuo en salud mental más explorada y teorizada, por el apoyo mutuo que se da en los GAMs. Su mayor grado de definición se debe probablemente a su carácter más estructurado y formalizado, que permite estudiarlo de manera más sistemática, además de a su éxito como planteamiento alternativo al Modelo Médico Hegemónico (MMH;

56 Cursivas añadidas.

Menéndez, 2005) en el abordaje de problemas de salud. Como explicó Eduardo Menéndez (1984: 86-89), la emergencia de este tipo de grupos (a los que por entonces él denotaba mediante la expresión “grupos de autoayuda en salud”) responde a menudo al fracaso del MMH a la hora de dar soluciones o incluso explicaciones satisfactorias a un problema de salud. El ejemplo más conocido es el del alcoholismo, que tras décadas de respuestas médicas insatisfactorias pasó a abordarse con un modelo grupal de tratamiento *folk*, el de Alcohólicos Anónimos (AA), con un alto grado de reconocimiento social e incluso profesional. En el caso de la salud mental, la frecuente cronificación de los trastornos, su carácter tabú y estigmatizante y la consecuente pérdida de redes sociales sin duda contribuyen a hacer de los GAMs una alternativa o, al menos, un complemento interesante al mero tratamiento profesional.

Recuperando la definición de la guía para GAMs de salud mental de ActivaMent, que ya comenté en la introducción, un GAM sería “un espacio de escucha y comprensión, en el cual varias personas que compartimos un mismo problema, dificultad o preocupación nos reunimos para intentar superar o mejorar nuestra situación” (Sampietro y Sicilia Matas, 2019: 8). En esta definición encontramos un requisito para la participación (la “historia del mismo problema” antes comentada); un objetivo (“superar o mejorar nuestra situación”); y dos actividades, que son la *escucha* y la *comprensión*; ambas actividades presuponen una tercera que queda elidida: el *habla*. Por lo tanto, podríamos decir que un GAM es un “conjunto pequeño de personas” (*Idem*) unidas por tener una misma problemática (en este caso, sufrimiento mental⁵⁷), que se reúne periódicamente para hablar sobre dicho problema y, mediante la escucha y comprensión mutuas, tratar de ponerle solución o, al menos, hacerlo más sobrellevable. Parecería así que el principal recurso que se intercambia de forma recíproca es la *atención*: mediante el habla y la escucha, quienes participan en un GAM tratan de afrontar sus dificultades comunes de una manera más amable.

Podemos profundizar en este análisis observando los cuatro objetivos de la participación en un GAM de los que habla esta misma guía. El primero es “compartir experiencias y aprender colectivamente” (Sampietro y Sicilia Matas, 2019: 9); se refiere a cómo ese proceso de hablar y escuchar permite construir colectivamente una serie de conocimientos sobre la experiencia de vivir con sufrimiento psíquico y/o con un diagnóstico. Lxs autorxs incluyen aquí tanto la “información” como las “experiencias”, de tal manera que se otorga una importancia a las vivencias y los significados subjetivos de las personas con sufrimiento mental que normalmente queda fuera de los

57 Los criterios para entrar a cada GAM pueden variar, de tal manera que algunos no exijan tener un diagnóstico como tal. Sin embargo, en muchos GAMs de salud mental, gran parte de lo que supone la “historia común del mismo problema” es no solo el sufrimiento psíquico sino las experiencias estigmatizadoras que acompañan al diagnóstico. Como veremos, los GAMs en los que he centrado mi análisis son de este último tipo.

enfoques profesionales (Martínez Hernáez, 1998b; García-Valdecasas Campelo y Vispe Astola, 2017). El segundo objetivo es “dar y recibir apoyo”, lo cual se señala como “la esencia de un GAM”. Aquí se explicita que lo que se da es “saber, escucha y empatía”, y lo que se recibe es la “experiencia y comprensión” de lxs demás integrantes (Sampietro y Sicilia Matas, *Idem*).

El tercer objetivo es “mejorar en bienestar” (Sampietro y Sicilia Matas, 2019: 9), que es una reformulación del objetivo recogido en la definición antes comentada. Lo que más destaca de la forma de expresar este objetivo es que se señala la conexión entre participar de espacios y relaciones de reciprocidad y horizontalidad y sentirse mejor. Se ve con ello que el valor asignado a los GAMs no se debe meramente a la información que se comparte o al conocimiento que se elabora en ellos, sino a que en su propio desarrollo se construyen relaciones de reciprocidad que, en el caso de las personas diagnosticadas y psiquiatrizadas, suelen estar muy deterioradas. En conexión con ello, el cuarto objetivo, en este caso específico de los GAMs en primera persona en salud mental, es “abandonar el rol del enfermo” (*Ibid.*: 10). Participar serviría así para deshacer el efecto desocializador del diagnóstico, adquiriendo nuevos roles y responsabilidades y dando un sentido positivo a la experiencia de tener sufrimiento mental, el cual podría servir como contrapeso a las connotaciones casi siempre negativas y estigmatizantes de ese sufrimiento.

Ahora bien, hay una serie de características que se deberían cumplir para que un grupo pudiera ser calificado como GAM, además de la “historia del mismo problema” y de la dinámica de hablar y escuchar. Estas características, exploradas por Canals Sala (2002: 61-66), se corresponden de forma bastante exacta con lo que Sampietro y Sicilia Matas denominan los “principios básicos de un GAM” (2019: 11-12). Estos principios nunca pueden plasmarse de forma perfecta en la realidad, pero constituyen los ideales hacia los que se dirige el accionar de los GAMs. Los más importantes serían la horizontalidad⁵⁸ y la ausencia de jerarquías (que implica prescindir de profesionales para su desarrollo), la voluntariedad (y, asociada a ella, la asunción de responsabilidades por el desarrollo del grupo) y el respeto (que indica la importancia atribuida a la escucha de cada una de las voces que componen el grupo y a acoger la diversidad de puntos de vista).

58 Existe una figura que puede matizar esta falta de jerarquías en algunos casos: la de facilitadorx o moderadorx, una o varias personas que se encargan de garantizar la fluidez de las dinámicas grupales y con frecuencia de las tareas logísticas. A menudo tienen una formación específica, generalmente producida por el propio movimiento en primera persona en el caso de los GAMs de salud mental (por ejemplo, *Guía de apoyo para el moderador de Grupos de Ayuda Mutua*, 2014; *Apuntes previos a la creación de un Grupo de Apoyo Mutuo en Salud Mental*, 6 de febrero de 2022). Según cómo se ejerza este rol (y, al mismo tiempo, según qué actitudes asuman el resto de miembros del GAM) la dinámica puede desembocar en una pérdida de horizontalidad que ponga en cuestión el estatus de GAM genuino del grupo. Como veremos en el bloque de análisis, esta cuestión ha aparecido de forma bastante relevante en mi trabajo de campo.

Para terminar con esta caracterización del apoyo mutuo que se produce en los GAMs, habría que hablar de una precondition para que se produzca el intercambio de habla, escucha y comprensión que constituye su forma central de reciprocidad: la confianza. Hay que tener en cuenta que el tipo de intercambios recíprocos que se tienen que producir en este espacio normalmente están reservados a otro tipo de vínculos: “[l]a existencia de reciprocidad generalizada presupone unas relaciones estables constituidas por fuertes vínculos estructurales, emocionales y morales, cuyo mejor paradigma serían los lazos de parentesco” (Canals Sala, 2002: 36). No es fácil llegar al nivel de confianza que se requiere para que los individuos sigan conductas de reciprocidad generalizada en este contexto nuevo; la construcción de dicha confianza se lleva buena parte de los esfuerzos de un GAM. Sampietro y Sicilia Matas (2019: 20-23) recogen lo que es necesario hacer y lo denominan “normas básicas de funcionamiento de un GAM”.

Estas normas apuntan hacia el delicado equilibrio que es necesario mantener para que un GAM funcione realmente. Por una parte, tenemos normas que nos hablan del marco general: el requisito de confidencialidad y el compromiso de asistencia (Sampietro y Sicilia Matas, 2019: 23). Como es lógico, una parte esencial de la construcción de confianza en un grupo es que dicho grupo sea estable, por lo que quienes entren a formar parte del GAM deben ser constantes en su asistencia y permanecer en el mismo al menos a medio plazo. Aún más decisivo es que exista la seguridad de que lo que se comparte en el grupo no saldrá de ahí: el tipo de experiencias que se comparten son muy íntimas y, a menudo, dolorosas, por lo que será mucho más difícil que las personas se abran y el GAM cumpla su función si existen suspicacias en este punto.

Pero además de estas normas marco, hay otras que tienen que ver con el desarrollo de las propias sesiones y la forma de diálogo que se establezca en ellas. Por una parte, es necesario que las intervenciones sean respetuosas y cordiales, amén de ordenadas; hay que abstenerse de realizar juicios o de dar consejos, dado que no a todo el mundo le funcionan los mismos trucos⁵⁹; y por supuesto se prohíben conductas discriminatorias (Sampietro y Sicilia Matas, 2019: 21). Por otra, se considera esencial que el GAM sea inclusivo. Con ello se señalan cuestiones relacionadas con el uso de la palabra: se subraya la importancia de que todo el mundo tenga ocasión de hablar, pero también se destaca que hay que respetar a quien prefiera no hacerlo, pues no todo el mundo necesita lo mismo de un GAM. Además, se advierte sobre las dinámicas de acaparamiento de la palabra por

59 Se recomienda siempre hablar de unx mismx (“pues a mí me ha pasado...”, “yo lo que normalmente hago...”), en lugar de hablar de lo que la otra persona debería hacer. Esto está íntimamente ligado con la reivindicación, desde el movimiento en primera persona, de que no se debe infantilizar a quienes tienen un diagnóstico: “Todas las personas participantes en los grupos somos adultas, racionales e inteligentes para hacer nuestro propio proceso de aprendizaje” (Sampietro y Sicilia Matas, 2019: 21).

una o unas pocas personas. Al mismo tiempo, se apunta que hay que estar pendientes de que todo el mundo entienda tanto la dinámica de conjunto del GAM como los temas concretos que se están comentando (Sampietro y Sicilia Matas, 2019: 22).

Todas estas normas y rasgos nos hablan de que los GAMs son realmente algo más complicado que “reunirnos a hablar de nuestras cosas”. Gracias a estas reglas podemos delimitar los GAMs y distinguirlos de otro tipo de espacios: a diferencia de las terapias grupales, no se cuenta con profesionales; a diferencia de una mera tertulia, su propósito no es lúdico (Sampietro y Sicilia Matas, 2019: 16). Pero crear un GAM que funcione, en el que la confianza permita construir esas relaciones de reciprocidad que, más que con cada miembro del grupo uno a uno, se dan con el propio grupo (Canals Sala, 2002: 271-275), exige compromiso, responsabilidad y una vigilancia constante para asegurarse de que no se están dando exclusiones, además del desarrollo de unas formas de comunicación bastante específicas que no resultan evidentes por sí mismas. Como se refleja en la guía para moderadorxs antes citada:

La participación no se da de inmediato, es un proceso dinámico que cambia y que se hace efectivo a medida que transcurre el tiempo y se permite. Inicialmente, el grupo tiene una actitud de expectativa en la cual sólo responde a sus propias inquietudes. Con la presentación de las personas, por lo general se rompe el hielo y se inicia la adaptación e incorporación al grupo; las personas pierden el miedo. Después de la dinámica de presentación, se da un primer nivel de confianza en los participantes que los lleva a formular preguntas sobre la base de aclarar sus dudas. De acuerdo con el aumento de la confianza, se llega al nivel de la crítica, en donde el grupo cuestiona la información que recibe, sugiere nuevas ideas y propone alternativas ante los planteamientos presentados. A partir de este punto la cohesión del grupo es más fuerte y hay una apropiación de la práctica de la participación hasta el nivel de autogestión, en donde el grupo toma decisiones. (*Guía de apoyo para el moderador de Grupos de Ayuda Mutua*, 2014: 90)

En general, documentos como estos que cito son el producto de mucha experiencia y de muchos esfuerzos por sortear los obstáculos que constantemente aparecen a la marcha de un GAM. En el análisis mostraré cómo incluso GAMs que llevan mucho tiempo funcionando tienen muchas dificultades para responder a estas exigentes normas y características definitorias.

Aun así, Canals nos señala una confusión habitual que todo este examen de las características de los GAMs nos debe ayudar a aclarar: la que se da entre los GAMs en salud (y en salud mental) y las asociaciones de salud. Como he mostrado en el capítulo de anterior, en el contexto español hay multitud de asociaciones relacionadas con salud mental, tanto de familiares como en primera persona, y muchas de ellas cuentan con GAMs. Pero es esencial distinguir entre

una cosa y otra, además de identificar claramente lo que define un GAM, pues aunque muchas asociaciones anuncien que cuentan con GAMs, estos no siempre reúnen los requisitos para ser considerados como tales.

Los GAMs son grupos pequeños y no jerárquicos, mientras que toda asociación tiene por fuerza que estructurarse de modo jerárquico (contar con una Junta Directiva, los roles de presidencia, vicepresidencia, secretaría y tesorería...). Esto no significa que no puedan funcionar de manera democrática; solo indica que la propia noción de asociación está atravesada por una burocratización jerárquica de su funcionamiento interno. A menudo, las asociaciones de salud nacen de GAMs previos (el “modelo clásico de formación de las [asociaciones de salud]”, según Canals Sala, 2002: 68), cuando la estructura de grupo pequeño y no jerárquico se muestra insuficiente para responder a algunas de las necesidades de sus miembros. Para el caso de la salud mental estas necesidades pueden incluir desde la voluntad de ejercer presión política como interlocutores directos de las instituciones hasta el deseo de expandir las actividades para ir más allá del apoyo mutuo, incluyendo talleres o espacios terapéuticos con profesionales que los miembros no pueden permitirse de manera individual (Canals Sala, 2002: 89-91).

Pero no todas las asociaciones nacen de GAMs preexistentes; en España es más frecuente que se adopte directamente la fórmula de asociación (Canals Sala, 2002: 93). Aun así, las asociaciones pueden acabar incluyendo el apoyo mutuo entre sus actividades. No obstante, puede suceder tanto que el apoyo mutuo tenga un lugar marginal en la asociación como que la asociación hable de que organiza GAMs cuando en realidad oferta grupos terapéuticos coordinados por profesionales (Canals Sala, 2002: 181-186). En salud mental, esto tiene un matiz particular: es frecuente que en las asociaciones de familiares esta marginalización del apoyo mutuo para personas diagnosticadas, así como la puesta bajo tutela del mismo o la confusión entre GAMs y grupos terapéuticos, sea una parte más del proceso general de infantilización de las personas diagnosticadas en dichas asociaciones.

En cualquier caso, la cuestión de fondo para Canals es que mientras que los GAMs, como ya hemos visto, apuntan a la construcción de relaciones de *reciprocidad*, las asociaciones se encuadran más bien en la lógica de la *redistribución*: el tipo de intercambio que se produce cuando se da una centralización de los bienes intercambiados, los cuales se reparten después desde dicho centro siguiendo criterios particulares (Polanyi, 1957/1976: 299-300). Ambas formas de intercambio coexisten de hecho en el contexto de muchas asociaciones de salud, incluidas las asociaciones en primera persona en salud mental, inclinándose más a un polo u otro en función de sus características internas, sus prioridades, su historia... (Canals Sala, 2002: 18-22). Pero esta coexistencia no siempre es fácil. De hecho, algunas de las características de las asociaciones que las acercan a la lógica de la

redistribución, como la captación de fondos públicos para su funcionamiento desde un entendimiento mutuo de que cumplen funciones cuasi-asistenciales⁶⁰, entran en conflicto directo con algunos de los principios y características de los GAMs, lo cual genera tensiones que son señaladas por los propios actores.

Decía que redistribución y reciprocidad coexisten en las asociaciones de salud, y en concreto en las asociaciones en primera persona en salud mental. La redistribución aparece al menos de dos maneras: una directa, en el sentido de que lxs socixs pagan su cuota y este dinero se dedica después a actividades que benefician a todxs; y otra indirecta, la antes apuntada por la cual las asociaciones se convierten en mediadoras del Estado de Bienestar, captando fondos a través de subvenciones que cumplen un papel indirecto en la integración y legitimación del sistema (Canals Sala, 2002: 110-115). Pero la reciprocidad también se da en diversas formas. Además de la reciprocidad que se da dentro de los muy concretos límites de los GAMs, también se genera reciprocidad en la mera construcción de relaciones cercanas entre actores con objetivos comunes, en las cuales se establecen intercambios “altruistas” de diverso tipo, muchos de ellos por fuera de los propios GAMs. Esto, que tanto destacan muchas de las personas con las que he trabajado, es a lo que me refería antes con “apoyo mutuo informal”.

Una cuestión teórica que se puede plantear es: si ya existe un concepto antropológico previo, el de “reciprocidad generalizada” antes comentado, para caracterizar este tipo de prácticas, y dado que no hay un contexto tan particular como el de los GAMs que medie su significado concreto, ¿por qué hablar aquí de “apoyo mutuo informal”? La respuesta más inmediata podría ser decir que los propios sujetos hablan de apoyo mutuo, y sin duda esto debe quedar reflejado en una etnografía sobre el apoyo mutuo. Pero más allá de una simple cuestión terminológica, creo que el contraste entre la categoría *emic* “apoyo mutuo” (aplicada a las simples relaciones de reciprocidad entre personas con diagnóstico fuera de los GAMs) y la categoría *etic* “reciprocidad generalizada” nos puede revelar matices que es importante tener en cuenta.

Para entender esto, voy a introducir una nueva distinción. Cuando las personas pertenecientes al movimiento en primera persona hablan de apoyo mutuo, en este sentido más informal, a veces señalan que este se encuentra en cualquier contexto, que no es algo exclusivo de

60 “Las [asociaciones de salud] tienen un papel político en el sentido de intentar modificar aspectos de la política social o sanitaria y de erigirse en vías de participación de sectores minoritarios, pero también lo tienen en otro sentido cuando se ven involucradas por las administraciones del Estado en la gestión de los recursos públicos. Las [asociaciones de salud] entran en el engranaje administrativo a medida que devienen mecanismos subsidiarios de redistribución a través de las subvenciones” (Canals Sala, 2002: 91).

la salud mental. Es decir, son conscientes de que en el fondo no hablan más que de un mecanismo básico de construcción de sociabilidad, casi un universal antropológico, que en este sentido no parecería diferenciarse de lo que sucede en otros contextos y con otras poblaciones⁶¹. Sin embargo, es también habitual que señalen a continuación cómo sí que existen ciertas diferencias. Por su ejemplaridad, voy a citar un *verbatim* bastante extenso de una entrevista con una activista de Orgullo Loco Graná:

Luego tenemos una parte que podría decirse de apoyo mutuo, que no tiene por qué ser una cosa *separá*, sino que surge en las mismas reuniones, que es como crear una alianza entre nosotres. O sea, nosotres no simplemente vamos a las reuniones a organizar, pues yo qué sé, una concentración, o a organizar una acción, sino que vamos a hablar de lo que es *nuestra realidad, una cosa que por lo general cuesta compartir, o que no es bienvenida en según qué espacios*. Entonces nosotras hemos creado una amistad, entonces no sé, es como... puede que no haya sido una cosa que digamos, “vamos a hacer, aparte del activismo, un Grupo de Apoyo Mutuo”, por ejemplo, como tal. Realmente tuvimos durante un año, luego este año ha sido un poquito más complicado, pero aun así es como que nos hemos juntado a compartir. Y desde ahí lo que hacemos es *crear lazos*. Crear lazos en los que si alguien necesita algo, si alguien necesita acompañamiento, si alguien necesita, por ejemplo, preguntar: *he empezado a tomar esta medicación, ¿alguien la ha tomado, me puede comentar?* Pues estamos todas ahí, estamos todas pendientes y al final *lo que hemos creado ha sido una alianza, somos compañeras de grupo pero somos más que eso, nos cuidamos entre nosotras*. Entonces eso es una de las cosas también súper importantes del colectivo, *la cohesión*⁶². (Entrevista a activista de Orgullo Loco Graná, 27 de junio de 2022)

Vemos en esta explicación cómo lo obvio y común del apoyo mutuo, en tanto lazo de reciprocidad generalizada, convive con lo específico del apoyo mutuo *en salud mental*. Del mismo modo que en los GAMs, parte de ello tiene que ver con la posibilidad de hablar de ciertas experiencias relacionadas con el sufrimiento y/o el diagnóstico, experiencias que “no son bienvenidas” en otros ambientes. Al preguntarle por más ejemplos, la activista entrevistada plantea otros aún más concretos:

61 Un buen ejemplo podría ser esta definición de apoyo mutuo informal que aparece en un informe sobre el funcionamiento del Programa de Apoyo Mutuo del Hospital Virgen de las Nieves durante su primer año de funcionamiento: “El [apoyo mutuo] informal se encuentra presente en las relaciones humanas de todo tipo, también en las relaciones que los usuarios de los servicios de salud mental establecen de forma espontánea en el día a día entre ellos” (SAPAME y UGC Salud Mental HU Virgen de las Nieves, 2019a: 4).

62 Cursivas añadidas.

Te puedo decir como cosas que han surgido, como por ejemplo ofrecerte a limpiar la casa a tu compañera, porque está en una situación en la que no puede y mantener el entorno ordenado, limpio, es una parte importante para sentirte bien porque muchas veces entramos en bucle por eso. O simplemente, no sé, cuando alguna compañera ha cepillado el pelo a otra amiga, le ha lavado el pelo y se lo ha cepillado porque no se encontraba bien y llevaba mucho tiempo sin cepillarse el pelo, le dolía, le hacía, daño, entonces pues *dedicarte el tiempo, el cuidado, la hora a simplemente peinar a tu compañera*, pues ya le quitas una carga. Es una liberación, ¿no?, *del dolor, la culpa y el bucle*, ¿no?⁶³ (*Idem*)

Son interesantes los paralelismos con la definición de “apoyo mutuo informal” que se da en un documento sobre GAMs: “Es espontáneo. Forma parte de la naturaleza humana (cuando estamos ingresados y nos echamos un cigarro, en la sala de espera de la consulta del psiquiatra cuando conversamos con la persona que está sentada al lado...)” (*Apuntes previos a la creación de un Grupo de Apoyo Mutuo en Salud Mental*, 6 de febrero de 2022). De nuevo, se señala que es algo que se da de manera general entre los seres humanos, pero al mismo tiempo se ponen ejemplos muy concretos que tienen que ver con la situación de las personas psiquiatrizadas.

Las especificidades del apoyo mutuo en salud mental como forma de reciprocidad abarcan por tanto distintos aspectos. Uno de ellos es el del *contenido*, el tipo de cosas que se intercambian. Yendo un poco más allá de la simple atención o escucha que vimos que era central en los GAMs, aquí identificamos gestos específicos que tienen que ver con aquello que agrava el sufrimiento psíquico en determinados momentos (lo que alimenta “el dolor, la culpa y el bucle”), o con situaciones particularmente angustiantes (“cuando estamos ingresados y nos echamos un cigarro”).

La segunda especificidad del apoyo mutuo informal en salud mental tiene que ver con su dimensión subjetiva o, de forma más precisa, con sus *efectos subjetivadores*. Toda forma de reciprocidad generalizada genera efectos subjetivadores de algún tipo: como veíamos antes, los intercambios de este tipo se dan en el contexto de vínculos con una dimensión emocional y moral, y de hecho la propia experiencia del intercambio recíproco contribuye a la construcción de esa dimensión de las relaciones; en otras palabras, el intercambio recíproco es al mismo tiempo *resultado de y generador de* formas de sociabilidad concretas, que llevan aparejadas subjetividades concretas. Sin embargo, la especificidad en el caso del apoyo mutuo en salud mental tiene que ver justamente con cómo se han construido previamente las subjetividades de quienes entran en este tipo de relaciones. Me refiero a que las personas que llegan a estos grupos, que padecen un sufrimiento psíquico grave y/o tienen un diagnóstico de salud mental, por lo general han pasado previamente por un proceso de desocialización extremo, por el que se han visto desprovistos de

63 Cursivas añadidas.

cualquier rol social que no sea el de enfermxs (Alegre-Agís, 2016).

La consecuencia de este proceso es un severo empobrecimiento de la trama vincular de estas personas, que pasan a depender casi por completo de sus familiares (especialmente de sus madres). Si a esto le añadimos la transformación de la relación con esxs familiares, que pasa a estar marcada por la vigilancia y el control como resultado de la infantilización de la persona diagnosticada (Alegre-Agís, 2018: 216), las relaciones de reciprocidad prácticamente desaparecen de la vida de estas personas⁶⁴. En esta situación, la construcción de nuevos vínculos se convierte en un proceso resubjetivante de importancia capital para quien lo experimenta. Este es de hecho el primero de los motivos para participar en un GAM que se enumeran en la Guía de ActivaMent: “Ampliar la red social y romper con el aislamiento”, entendiendo el GAM como una puerta de entrada a la construcción de ese nuevo “círculo de relaciones” (Sampietro y Sicilia Matas, 2019: 13). El apoyo mutuo informal en salud mental, por tanto, tiene como característica distintiva el hecho de contribuir decisivamente a deshacer un proceso desocializador, inaugurando una nueva etapa vital en muchos casos, al crear o reconstruir la posibilidad de entrar en relaciones marcadas por la reciprocidad generalizada.

Esto nos lleva a la tercera especificidad del apoyo mutuo en salud mental en tanto que forma de reciprocidad generalizada, que tiene que ver con el *encuadre político* que muchxs activistas en primera persona le dan a este proceso resocializador. Como ya hemos visto, la propia elección del término “apoyo mutuo” tiene toda una serie de connotaciones políticas. Pero el hecho de hablar de apoyo mutuo, no ya solo para designar lo que ocurre en los GAMs, sino para abarcar también el resto de procesos de sociabilidad que se producen en los colectivos y asociaciones en primera persona, sirve para hacer de ese efecto subjetivador de la reciprocidad antes analizado una causa politizada. En la guía para GAMs de ActivaMent, esto se explicita con una analogía de lo más interesante:

64 La reciprocidad generalizada en las relaciones familiares intergeneracionales suele tener que ver tanto con una promesa implícita entre los actores implicados (los cuidados adicionales que requiere la persona menor de edad se compensarán cuando crezca y la persona cuidadora requiera a su vez de cuidados asociados a la vejez) como con otras formas indirectas y más simbólicas de construir reciprocidad en el grupo-familia (por ejemplo, pagar con las generaciones más jóvenes las deudas de cuidados que se contrajeron con las generaciones precedentes). Esto quiere decir que no es necesario que se produzca de hecho un intercambio recíproco para que el marco del intercambio sea el de la reciprocidad generalizada. Sin embargo, en este caso, hablamos de un proceso de infantilización de personas adultas que precisamente está marcado por la desaparición de toda expectativa de retribución, dado que se presupone la incapacidad de la persona diagnosticada para cuidar (o para prácticamente cualquier otra cosa). Desde la perspectiva de la persona diagnosticada, por tanto, estas relaciones dejan de ser de reciprocidad, ya que no se espera de ella que devuelva lo recibido; por no hablar de que lo recibido adquiere tintes de fiscalización, más que de apoyo.

Si somos una entidad, colectivo o movimiento social tenemos que tener presente, para que nuestro GAM funcione, que el apoyo mutuo tiene que ser transversal a todos nuestros proyectos, y no una actividad puntual. Es como sucede, de manera análoga, con el feminismo: no basta con hacer un taller de feminismo, hay que introducir la perspectiva de género en las entidades. (Sampietro y Sicilia Matas, 2019: 17)

La guía recomienda incluir al menos tres elementos en las actividades de cualquier colectivo para “transversalizar” el apoyo mutuo más allá de los GAMs: “atender a las situaciones de crisis, el ocio compartido y el aprendizaje colectivo” (Sampietro y Sicilia Matas, 2019: 17). Es decir, podemos ver que hay una ambición por hacer del apoyo mutuo, en tanto que proceso transformador capaz de cambiar las vidas de las personas con diagnóstico y, al mismo tiempo, de cuestionar el estigma, algo transversal a todo el movimiento en primera persona. Y esta ambición está llevando a lxs activistas a una teorización incipiente sobre esta forma particular de reciprocidad generalizada que he llamado apoyo mutuo informal.

Este afán por teorizar, formalizar y sistematizar también se ve reflejado en el tercer tipo de actividad de la que se suele hablar cuando se habla de “apoyo mutuo en salud mental”: el apoyo mutuo individual. Recordemos que estamos hablando de la inclusión de personas con experiencia de sufrimiento psíquico en los servicios de salud mental, de tal manera que se convierten en parte de la “cartera de servicios”. Lo que aportan a la misma, en teoría, es una perspectiva no marcada por el conocimiento técnico profesional de las disciplinas psi, sino por la propia vivencia de haber pasado por el sufrimiento y el diagnóstico en salud mental, pudiendo constituirse en referentes para lxs pacientes de esos servicios de cómo se puede pasar por esas experiencias y aun así llevar una vida que merezca ser vivida.

Esta formulación, sin embargo, es un tanto engañosa. Pareciera que lo único que tuvieran las personas con experiencia fuera eso: experiencia. Pero, como bien saben las académicas feministas, la “experiencia” no es algo sencillo o unívoco. Con demasiada frecuencia se trata la experiencia, del tipo que sea, como si fuera algo dado, el tipo de dato más sólido y básico, en lugar de como algo que se construye; cuando desde los feminismos y otros movimientos de liberación aplicamos esta perspectiva a la experiencia de colectivos oprimidos, reificamos su opresión en lugar de historizarla, naturalizándola en vez de mostrar los procesos sociales que han llevado a la aparición de esa experiencia de opresión (Scott, 1991). Lo que es más: que algo se considere una “experiencia de opresión” tampoco resulta obvio. De hecho, el proceso de toma de conciencia de la opresión es a menudo uno de los pasos más difíciles en cualquier lucha por la emancipación, siendo precisamente el movimiento feminista y el movimiento en primera persona en salud mental dos ejemplos

paradigmáticos e históricamente relacionados de cómo conseguirlo mediante metodologías grupales (Guzmán Martínez *et al.*, 2021).

Así pues, planteo dos preguntas que nos pueden ayudar a complejizar nuestra comprensión del “apoyo mutuo individual”. La primera es: ¿cómo se configura en este contexto la “experiencia en primera persona de sufrimiento psíquico”? La segunda es: ¿a qué objetivos sirve la articulación de esta experiencia? Sobre la primera cuestión he de aclarar que precisamente era a eso a lo que me estaba refiriendo anteriormente cuando hablaba sobre los efectos subjetivadores del apoyo mutuo: a la forma en que participar del apoyo mutuo transforma la experiencia en bruto en algo elaborado. La segunda cuestión conecta con el encuadre político que se le da desde el movimiento en primera persona al apoyo mutuo, y es espinosa, puesto que abre una nueva dimensión de estas prácticas, hasta ahora apenas insinuado: la posibilidad de cooptación o asimilación de las mismas por parte del sistema de atención hegemónico.

Recordemos que estamos hablando del “apoyo mutuo individual”, es decir, de la profesionalización del apoyo mutuo como una forma de atención en salud mental. Este intento de profesionalizar implica la formalización de una serie de conocimientos que se presupone que deben ser adquiridos mediante procesos formativos reglados para poder desempeñar dicha profesión adecuadamente. ¿En qué consisten estos conocimientos? Si tomamos como ejemplo el manual del curso de formación Peer2Peer, desarrollado en el proyecto europeo antes mencionado y que sirvió de base para la formación de lxs agentes que participan del PAM, del que hablé en la introducción, podemos ver que hay básicamente dos tipos de conocimiento que se consideran relevantes. Uno tiene que ver con la conversión de la “experiencia” en bruto en un tipo de conocimiento que se pueda poner al servicio de la atención al sufrimiento psíquico. Para ello, primero se proporcionan conceptos (como el de recuperación en salud mental y el de apoyo mutuo) que sirvan como andamiaje para dar un sentido particular a la experiencia, y después se aborda la cuestión de cómo “usar la experiencia de manera efectiva”, intentando que se “[desarrollen] habilidades para compartir la propia experiencia de forma útil, dirigida e intencional” (Christie *et al.*, 2015: 100).

Sobre este primer tipo de conocimiento debo señalar, en primer lugar, que esta es precisamente la labor que, en teoría, se lleva a cabo en los GAMs: la articulación de las vivencias particulares de las personas participantes para constituir un saber común. Por tanto, podemos decir que este primer tipo de conocimiento que se proporciona en estas formaciones para “agentes de apoyo mutuo” consiste realmente en una formalización y abstracción (es decir, una homogeneización) del conocimiento que se supone que se debe construir y adquirir mediante la participación en un GAM. Aquí, en lugar de ser el producto colectivo de la participación en un grupo marcado por la horizontalidad y la reciprocidad, estos conocimientos se tratan como unos

contenidos conocidos por lxs formadorxs y que deben ser adquiridos por las personas formadas, lo cual entre otras cosas tiene el riesgo de desproveerlos de las especificidades que puede aportar cada sujeto, construyendo una imagen ideal de “lx agente de apoyo mutuo” o “la persona con experiencia” (Voronka, 2016). Esta estandarización es lo que posibilita que, como señalé en el capítulo anterior, en algunos lugares el término para esta figura profesional sea “expertxs por experiencia”: la experiencia toma la forma de un conocimiento experto más.

En segundo lugar, es interesante el uso de las palabras “dirigida” e “intencional”. Se está poniendo de manifiesto que en esta forma de “apoyo mutuo”, existe un mayor grado de control del encuadre que en el informal, y además este control reside solo en uno de los actores, a diferencia de en los GAMs, donde la responsabilidad por mantener las condiciones adecuadas para que se dé el apoyo mutuo está repartida en el grupo⁶⁵. De hecho, otro de los términos alternativos para hablar de lo que estamos denominando “apoyo mutuo individual” es “apoyo mutuo intencional” (Entrevista a Águila Bono, 26 de abril de 2022).

El otro tipo de conocimientos que se proporcionan en el curso Peer2Peer son herramientas para gestionar la relación que se construye con la persona receptora de apoyo mutuo. Del mismo modo que, como hemos visto, en los GAMs no es obvio cómo tiene que producirse la interacción y la participación, sino que hay una serie de principios a seguir para que un GAM sea lo más exitoso posible que deben lxs participantes ir aprendiendo, también en una relación de apoyo mutuo individual hay pautas destinadas a aumentar las probabilidades de éxito de la misma. Aquí hay dos cuestiones muy interesantes: por una parte, se constata que no por tener experiencia en primera persona del sufrimiento psíquico se está libre de reproducir estereotipos, tanto en los juicios como en las formas de intervención. Así, se dan ciertas instrucciones sobre el tipo de actitud que se debe tener hacia la persona receptora, principalmente “tratar a la otra persona con seriedad y con curiosidad. [Demostrar] estar abierto e interesado”, “ser auténtico” y “conocerse a sí mismo” (Christie *et al.*, 2015: 65).

Estas instrucciones vienen a ser una forma de salvar las distancias entre personas muy diferentes entre sí, más allá de la experiencia de sufrimiento psíquico, y al mismo tiempo alertar sobre los posibles prejuicios que pueden tener quienes ejercen el rol de agentes⁶⁶ y la necesidad de

65 De nuevo, esto puede matizarse en aquellos GAMs (la mayoría) en los que hay una figura de moderadorx o facilitadorx. No obstante, incluso cuando lo hay, la responsabilidad de que el desarrollo del grupo sea adecuado siempre está repartida en alguna medida (idealmente, en una gran medida, pues lx facilitadorx debería ir perdiendo protagonismo con el tiempo; *Apuntes previos a la creación de un Grupo de Apoyo Mutuo en Salud Mental*, 6 de febrero de 2022).

66 Un ejemplo particularmente llamativo es este: “como agente de apoyo mutuo, podrías encontrar a alguien con

ser conscientes de ellos y no actuar en base a los mismos. Para fomentar esta idea de no actuar sobre la base de prejuicios, se recomienda “[p]ensar en la diferencia entre una relación de ayuda y una relación entre iguales” (Christie *et al.*, 2015: 66), lo cual ya anticipa otro de los términos que se plantean como alternativa a “apoyo mutuo individual”, “apoyo entre iguales”, del que hablaré más adelante. Según el manual, la diferencia entre ambas formas de relación se cifra fundamentalmente en que en una relación entre iguales el objetivo de fondo no es encontrar soluciones a los problemas que plantea la otra persona, sino simplemente acompañar y hacer que la otra persona se sienta comprendida.

Por otra parte, también es muy interesante que se llame la atención sobre la construcción de dinámicas de poder y se den herramientas para gestionarlas. Sobre todo, es llamativo que estas dinámicas de poder se enmarcan en el manual usando conceptos y terminología propia de las disciplinas psi. En concreto, se habla del famoso “triángulo dramático” del psiquiatra estadounidense Stephen Karpman, según el cual a menudo entramos en relaciones siguiendo el esquema de posicionarnos (nosotrxs mismxs y las personas con las que entramos en relación) en alguna de las tres posiciones recíprocamente constituidas de este “drama”: la víctima, el acosador y el salvador (Christie *et al.*, 2015: 67-69). No pretendo entrar a analizar las virtudes o defectos de este modelo, sino simplemente llamar la atención sobre el hecho de que en esta formación para agentes de apoyo mutuo se están introduciendo conocimientos de las disciplinas psi, lo cual me parece relevante por dos motivos. El primero es que me resulta llamativo que, cuando se habla de relaciones de poder, se haga usando conceptos psi, puesto que, como vengo señalando (basándome precisamente en el trabajo del movimiento en primera persona), usar un marco conceptual psi suele ser muy poco útil para entender las dinámicas de poder, dado que por lo general su perspectiva psicologista oscurece las dinámicas sociales más amplias⁶⁷.

El segundo motivo es que al introducir este tipo de conocimientos se hace evidente lo que se está tratando de hacer con este tipo de formaciones en general: se está intentando realizar una fusión de los saberes profanos desarrollados por el movimiento en primera persona y los saberes expertos propios de las disciplinas psi. Esto no es algo negativo por sí mismo; la cuestión entonces es qué

aspecto descuidado y podrías pensar: «Este pobre es un vagabundo. Veamos qué puedo hacer por él» (Christie *et al.*, 2015: 66).

67 Por poner un ejemplo: en este manual se recomienda “conocerse a uno mismo” para darse cuenta de si entramos en este tipo de dinámicas del triángulo dramático; sin embargo, no se habla en absoluto de si las identificaciones inconscientes con roles de víctima, acosador o salvador tienen algo que ver con, por ejemplo, las dinámicas de género, raza o clase social; es decir, de qué conexiones se establecen entre las relaciones de poder en la sociedad y las dinámicas de poder en el escenario micro de una relación individual (como sí han señalado otrxs autorxs; véase, por ejemplo, Benjamin, 1988).

tipo de fusión se produce exactamente, y esto ya nos conecta con la segunda cuestión antes planteada: ¿cuáles son los objetivos con los que se plantea esta forma de articular la experiencia del sufrimiento psíquico y el apoyo mutuo? Como ha explicado en una serie de trabajos académicos la activista loca y agente de apoyo mutuo en salud mental Jijian Voronka (2016, 2017, 2019), la transformación del saber experiencial de las personas con sufrimiento mental en un saber profesionalizado presenta importantes retos epistemológicos y, sobre todo, políticos. En uno de estos artículos, señala que, si bien el apoyo mutuo fue desarrollado como una forma de atención al sufrimiento mental que escapase a la “autoridad médica”,

el significado y la práctica de la recuperación y el apoyo mutuo se redimensionan significativamente cuando pasan de ser “movimientos” a ser “modelos”, y tales modelos (conformados por lógicas y resultados clínicos) se absorben en las prácticas de salud mental dominantes [...] Los modelos formales de recuperación y apoyo mutuo se han desarrollado y poco a poco se han optimizado por parte de los sistemas de salud mental dominantes como una forma novedosa y menos costosa de animar a lxs usuarixs de servicios a gobernarse a sí mismxs. Si bien el tipo de trabajo que realizan lxs agentes de apoyo mutuo varía dependiendo del contexto organizativo, cuando se les emplea en los sistemas de salud mental dominantes, lxs agentes trabajan según modelos de recuperación clínica diseñados para complementar abordajes patologizantes de la locura. (Voronka, 2017: 334-335)

Así pues, se pone de manifiesto el tipo de riesgos que se corren cuando se realizan este tipo de ejercicios de inserción en los sistemas que se pretenden cambiar. Baste por ahora con apuntarlo; en el capítulo dedicado al análisis de la experiencia del Programa de Apoyo Mutuo del Hospital Virgen de las Nieves entraremos en esta cuestión con más detalle. Por ahora simplemente quiero apuntar qué tiene de particular esta práctica en contraste con las otras a las que se llama, desde el movimiento en primera persona, apoyo mutuo.

Lo que salta a la vista inmediatamente, pensando en las definiciones de apoyo mutuo antes comentadas, es que, frente a la insistencia en la horizontalidad y la reciprocidad como características esenciales del mismo, en el “apoyo mutuo individual” tenemos una clara asimetría entre las personas que participan tanto en términos posicionales como de intercambio. Es decir, la persona que llamamos “agente de apoyo mutuo” está, y más si lo hace profesionalmente, en una posición estructuralmente diferente a aquella que llamamos “receptorx de apoyo mutuo”, que lo es en tanto que paciente de un servicio en el que lx agente trabaja o, cuando menos, con el que colabora. Al mismo tiempo, la idea no es que se produzca un intercambio recíproco, sino que se espera que lx agente dé mucho más y la persona receptora reciba en mayor medida. Dado que estos eran los rasgos centrales del apoyo mutuo, ¿tiene sentido hablar realmente de “apoyo mutuo

individual” para denotar este tipo de prácticas (semi)profesionalizadas?

La respuesta a esta cuestión no es sencilla y de hecho varía en función de a quién se le pregunte. Hay quienes dicen que sí se produce un intercambio recíproco a pesar de todo: que, si se hace desde la actitud de apertura antes señalada, lx agente de apoyo mutuo recibirá siempre algo, alguna idea o reflexión que le pueda servir a ellx para pensar en su propia situación. Otras personas dirán, en cambio, que no: salvo excepciones, lxs receptorxs de esta práctica están en una situación muy precaria, y entrar en una relación con ellxs supone, para lxs agentes, una experiencia bastante dura que solo mediante gimnasia conceptual se puede calificar como “recibir apoyo”. Esto por no hablar de la innegable asimetría posicional: si estamos exigiendo una formación para poder ejercer como agentes, es evidente que esa persona está aportando algo diferencial, que no puede ser equivalente a lo que la persona receptora pone en la relación (recordemos la importancia de la equivalencia para poder hablar de apoyo mutuo y de reciprocidad). Así pues, como he ido anticipando, algunas personas optan por descartar la terminología de “apoyo mutuo” para hablar de esta práctica, prefiriendo hablar de “apoyo entre iguales” o, como se le suele llamar en inglés, “*peer support*”⁶⁸ (Entrevista a Susana 1 de julio de 2022).

No obstante, la pervivencia del término “apoyo mutuo” tiene, en mi opinión, un sentido nuevamente político. Del mismo modo que vimos que, en el caso del apoyo mutuo informal, se le llama así para vincularlo a todo un proceso de transformación subjetiva, con el objetivo de resaltar las dimensiones políticas del mismo, considero que hablar de “apoyo mutuo” para denotar lo que en países anglosajones se llama *peer support* sirve para recordar las raíces que tiene esta práctica en el movimiento en primera persona, a pesar de cualquier intento de cooptación que pueda darse. Lo que es más, como comentaré detalladamente en el análisis, existe una intención declarada de darle la vuelta a esos intentos de cooptación y emplear este tipo de programas institucionales como vía de entrada para intentar transformar el sistema de atención desde dentro, con todas las dificultades y limitaciones que esta estrategia puede tener.

Así pues, y en conclusión, el concepto de apoyo mutuo presenta, sin duda, importantes ambigüedades, tanto en términos generales como en su aplicación a la salud mental. Sin embargo, el término “apoyo mutuo” ha sido apropiado por parte del movimiento en primera persona por

68 En el manual del curso Peer2Peer también aparece esta terminología de manera puntual (Christie *et al.*, 2015: 7, 16, 145), aunque la mayor parte de las veces se habla de “apoyo mutuo” y, por otra parte, de “relaciones entre iguales”. En el original en inglés, se usan los términos “*peer support*”, “*mutual support*” y “*peer relationship*”; los dos primeros son traducidos al castellano por lo general como “apoyo mutuo”. En muchas ocasiones he escuchado también la expresión “*peer to peer*” para referirse a la práctica, en lo que sin duda es una metonimia con el nombre del proyecto y el curso.

cuestiones estratégicas y políticas, y su uso está bastante establecido, a pesar de la existencia de alternativas terminológicas. Ya sea para hablar de ese elemento central al movimiento que son los GAMs, para hablar de las relaciones de reciprocidad que se generan en el seno del movimiento de manera más amplia, y que vienen a suplir las deterioradas redes relacionales de las personas diagnosticadas, o para referirse (no sin polémica) a la práctica institucionalizada del *peer support*, lxs activistas en primera persona son conscientes de la potencia y las resonancias que tiene hablar de apoyo mutuo, e insisten en hacerlo, por más controversias que surjan al respecto.

Universidad de Granada

Registro Electrónico	ENTRADA
REGAGE23e00086605284	21/12/2023 - 10:22:43

2.2. El género como condicionante del sufrimiento psíquico y la “enfermedad mental”

En esta tesis, estoy estudiando una práctica, el apoyo mutuo en salud mental, que está relacionada con el sufrimiento psíquico, así como con el estudio y la atención al mismo desde las disciplinas psi. Pero además quiero abordar ese estudio desde una perspectiva de género. Por tanto, creo necesario aclarar la relación que existe entre el género, como categoría de clasificación social y como categoría analítica de estudio de la realidad social, y las distintas maneras en que las personas experimentan malestar psíquico, en que dicho malestar psíquico es conceptualizado y comprendido, y en que se da respuesta al mismo desde las instancias encargadas de ello en nuestra sociedad.

Lo primero que habría que hacer sería definir adecuadamente los conceptos sobre los que voy a incidir a continuación. El más importante de ellos es el de género, que atraviesa toda esta tesis y se halla a la base de mi enfoque teórico, metodológico y político. El concepto de género apareció inicialmente en los años setenta en el contexto del nacimiento de los estudios feministas como campo académico durante la “segunda ola” del feminismo⁶⁹. Con el tiempo, se convirtió en la aportación central del pensamiento feminista al pensamiento académico, hasta el punto de que la “disciplina”⁷⁰ fue renombrada usando dicho concepto: de “estudios de las mujeres”, se pasó a hablar de “estudios de género”. En la noción de “género” cristalizaron algunas de las ideas que definieron este periodo del pensamiento feminista, como la idea beauvoiriana de que “no se nace mujer: se llega a serlo” (Beauvoir, 1949/2015: 371), la integración de los niveles materiales y simbólicos en el análisis de la situación de las mujeres o la concepción de las relaciones entre hombres y mujeres como interdependientes y dinámicas.

Las definiciones del género suelen empezar apuntando a la iluminadora distinción que se produjo al diferenciar los conceptos de “sexo” y “género”: sí, por supuesto, existen diferencias biológicas entre los sexos, entre machos y hembras; pero estas no son homologables a las diferencias entre mujeres y hombres en la sociedad, pues estas tienen un carácter social, histórico –

69 Aunque diversas autoras cuestionan con argumentos convincentes la noción misma de “olas del feminismo” como concepto historiográfico (Nicholson, 2010), esta imagen nació durante las movilizaciones feministas de los años sesenta y setenta en el mundo occidental, que se autodenominaron “segunda ola” para recordar la historia previa de las movilizaciones feministas por la obtención del derecho al voto, y al menos en ese sentido es útil para hablar de ese período histórico.

70 Los estudios de género, más que una disciplina como tal, son un campo de investigación definido precisamente por su interdisciplinariedad. Quienes realizamos estudios de género compartimos en general una serie de intereses y perspectivas relacionadas con el estudio de la desigualdad de género en sus múltiples manifestaciones, y no necesariamente una metodología o un objeto de estudio concreto.

construido. Ahora bien, los riesgos de asumir esta distinción de manera acrítica han sido expuestos en mucho detalle. La distinción sexo/género se basaba en la dicotomía cuerpo/mente, conectada a su vez a la dicotomía naturaleza/cultura cuya carga platónica y cartesiana llevaba a una devaluación del cuerpo (una “somatofobia”, por usar la terminología de Spelman, 1982) que no se cuestionó inicialmente. Además, la separación estricta entre los estudios biológicos sobre el sexo y los estudios sociales sobre el género, unida a la renuncia inicial de gran parte de los estudios feministas a hablar del cuerpo (Esteban, 2004), dejaba todo el poder de definir el sexo en manos de las disciplinas biológicas, abriendo la puerta a una renaturalización de las diferencias entre hombres y mujeres (Fausto-Sterling, 2000).

Se hizo necesario replantear la naturaleza de la relación entre el sexo y el género. Pensar el sexo como una *base biológica* sobre la que se *construía el género* daba esa primacía a lo biológico que contribuía a “asegurar de manera efectiva la estabilidad interna y el marco binario del sexo [al] situar la dualidad del sexo en un campo prediscursivo” (Butler, 1990/2007: 56). Este problema lo explicó bien Nicole-Claude Mathieu. La antropóloga francesa señalaba que, tanto si entendemos que el sexo *determina* el género (“*El género traduce el sexo*. Entre sexo y género, se establece una *correspondencia homológica*”⁷¹; Mathieu, 1989/2005: 135), como si entendemos que el género se *sobreimpone*, se *inscribe* sobre el cuerpo sexuado (“*El género simboliza el sexo* [...] Entre sexo y género, se establece una *correspondencia analógica*”; *Ibid.*: 142), el resultado es que “los dos grupos sociales continúan siendo concebidos como estando *encerrados en lo biológico*” (*Idem*). Es necesario pensar los modos en los que “*el género construye el sexo*” (*Ibid.*: 157). Es decir, no debemos pensar el género como algo meramente social y el sexo como algo meramente biológico. Más bien, debemos señalar los modos en que articulamos socialmente nuestras nociones acerca de las diferencias (supuestamente biológicas) entre los sexos sobre la base de las diferencias de poder existentes entre hombres y mujeres – sobre la base de las relaciones de género.

Este paso nos permite empezar a comprender mejor lo que distingue al concepto de género. Quizás la articulación más sistemática del mismo es la que propuso Joan Scott. Por una parte, para Scott el género apunta hacia las formas en que las distinciones sexo-genéricas son “un elemento constitutivo de las relaciones sociales” (1986: 1067), tanto al nivel de los símbolos y de los conceptos que sirven para interpretarlos, como de las instituciones sociales, como de la identidad subjetiva. Pero por otra parte, y esta es la cuestión decisiva, “el género es un campo primario dentro del cual o a través del cual se articula el poder” (*Ibid.*: 1069). En otras palabras: el concepto de género no solo nos señala un ámbito de la realidad social, las relaciones de género, sino que además nos propone un marco desde el cual interpretar esas relaciones en el cual lo importante no es

71 Las cursivas de las citas de Mathieu están en el original.

conocer la existencia de *diferencias*, sino examinar y cuestionar la construcción de *desigualdades*. En las palabras de Christine Delphy (1993): el concepto de género no solo nos habla de “divisiones” sino también de “jerarquías”, y ambos elementos son indivisibles, por lo que no podemos entender las relaciones de género sin observar la forma en que sirven para distribuir el poder.

Mathieu también apunta a la otra cuestión definitoria del concepto de género: su visión *dinámica* del fenómeno de la desigualdad social en torno a la diferenciación sexo-genérica. Frente a perspectivas que simplemente dan por hecho la jerarquía, que la toman como un dato y a partir de ahí analizan la realidad, el concepto de género se propone como una herramienta para desentrañar cómo se *produce* la jerarquía, cómo se *generan sujetos generizados*. De este modo, podemos incluso cuestionar las propias categorías genéricas de “hombre” y “mujer” (y, en los casos en que sea pertinente, otras categorías) en lugar de darlas por sentadas⁷²: “*se plantea la pregunta sobre quienes (o más bien qué) son estas «mujeres» y estos «hombres» que parecían ser tan evidentes*”⁷³ (Mathieu, 1989/2005: 157-158). Esto nos permite ver con más claridad las posibilidades de transformación de la realidad, en lugar de retratar estructuras de dominación inamovibles e inveteradas; así como poner sobre la mesa la agencia de lxs sujetos oprimidxs en lugar de retratarlxs como víctimas de sus circunstancias. Y permite, por último, apreciar las diferencias existentes entre las propias “mujeres”, entre los propios “hombres”, en lugar de homogeneizarlxs para crear un único relato de opresión⁷⁴.

Estas son, pues, las notas distintivas del concepto de género, tal como lo empleo: nos habla de relaciones desiguales en permanente construcción y reconstrucción, y nos señala ante todo las

72 Anne Fausto-Sterling (2000) fue un paso más allá y cuestionó las categorías sexuales dicotómicas de macho y hembra. La estadounidense señaló que no es tan sencillo definir el sexo biológico, que está compuesto por características diversas y no fácilmente jerarquizables que no siempre se presentan alineadas, como sucede con las personas intersex, que no tienen por qué ser encajadas en uno u otro cajón sobre la base del restrictivo binarismo de género.

73 Esto supuso poner en cuestión la propia categoría “mujer”, que hasta entonces había servido como la identidad indiscutida en torno a la cual se construía el sujeto político del feminismo. En la actualidad, el debate sobre esta cuestión en el seno de los feminismos, particularmente en el Estado español, está en un punto de gran crispación política. Solo querría apuntar aquí que la discusión de la categoría “mujer” precede, con mucho, a la emergencia del transfeminismo y otras posturas transinclusivas, y que toca otros muchos aspectos en los llevamos décadas de críticas a la teoría feminista desde posturas periféricas, como el colonialismo (Mohanty, 1988), el racismo o el clasismo (hooks, 1981; Davis, 1981).

74 Para esta forma de concebir el género es crucial la idea de que este no se da de manera aislada y separada del resto de categorías de clasificación social como la clase, la raza/etnia o la edad, sino que es indisoluble de estas. Explicaré esta cuestión de manera algo más detallada al explicar los aportes epistemológicos y conceptuales de la etnografía feminista en el capítulo sobre mi marco metodológico.

asimetrías de poder que se producen en torno a las supuestas diferencias sexo-genéricas entre los sujetos. No se trata, pues, de estudiar lo que los hombres y las mujeres *son*, sino de, en coherencia con la ya citada expresión de Simone de Beauvoir, estudiar *cómo se llega a ser* mujer, hombre o cualquier otra categoría sexo-genérica, y *qué significa* ocupar ese lugar en los entramados de jerarquías sociales.

El otro tema del que voy a hablar en este capítulo, y del que me ocupé durante buena parte de la tesis, es el sufrimiento mental o sufrimiento psíquico. Este término aún suena relativamente nuevo en nuestro país, pero en el mundo anglosajón, por ejemplo, *mental distress* lleva usándose en la investigación al menos un cuarto de siglo (Faulkner y Layzell, 2000: 3-4), y probablemente más tiempo en el activismo. El sentido de hablar más bien de sufrimiento mental, en lugar de hablar de “enfermedad mental” o “problemas de salud mental”, es sacar este fenómeno de las ópticas psi de comprensión del mismo (especialmente las psiquiátricas y, por tanto, médicas). En el próximo capítulo, hablaré más detenidamente de la evolución de las concepciones psi sobre el sufrimiento mental a lo largo de la historia. Por ahora, meramente quiero señalar que cuando hablo de “personas con sufrimiento mental” o “sufrimiento psíquico”, lo que pretendo es referirme a todas las personas que experimentan malestares psíquicos, de diversa intensidad y con síntomas clínicos muy diferentes, y que constituyen, en principio, la población potencial que podría participar en el apoyo mutuo en salud mental.

Así pues, frente a la necesidad de clasificar y diferenciar de las disciplinas psi, el concepto de “sufrimiento mental” aglutina a toda persona que puede beneficiarse de reunirse, conversar, escuchar e intercambiar recursos para lidiar con el malestar, más allá de las categorías y los criterios profesionales. No obstante, a lo largo de este trabajo he usado también otros términos para captar otros matices o para reflejar el uso del lenguaje de los sujetos con quienes he interactuado. Cuando he querido enfatizar, no tanto la experiencia de sufrimiento, como el hecho de haber recibido una respuesta desde los servicios de atención, traduciendo esa experiencia a las coordenadas de comprensión y explicación del malestar de las disciplinas psi, he hablado de “personas psiquiatrizadas” o de “personas con diagnóstico”. El primer término es también muy común en el activismo en salud mental en España, y sirve para reflejar el proceso por el que una persona con sufrimiento psíquico se convierte en paciente del sistema de atención de salud mental. Este proceso afecta a su identidad y a las percepciones de ella que tienen sus grupos primarios y la sociedad en general, y por lo general es determinante para su trayectoria. En este sentido, he utilizado “personas psiquiatrizadas” como término alternativo para hablar de quienes, desde el sistema, normalmente llamarían “enfermxs mentales” o “usuarixs”. La expresión “persona con diagnóstico” me sirve para

remitir concretamente a una de las piezas clave de ese proceso: la imposición de una etiqueta para definir el malestar; etiqueta que a partir de ese momento definirá su experiencia y marcará su identidad social.

No obstante, en un trabajo etnográfico, como lo es este, era imprescindible reflejar la realidad de las personas con las que he trabajado, incluyendo sus elecciones terminológicas. Ha sido de lo más común que mis entrevistadxs, u otras personas con las que he interactuado durante la observación participante, se refiriesen a sí mismxs o a su colectivo como “enfermxxs mentales” y a sus diagnósticos y malestares como “enfermedades”. Por lo tanto, he procurado ser respetuoso con sus maneras de enunciarse. No obstante, mi postura crítica me obliga a señalar al mismo tiempo los defectos epistemológicos de la concepción médica de los trastornos mentales como “enfermedades”, su forma engañosa de establecer una equivalencia con las enfermedades somáticas y sus efectos estigmatizantes. Por tanto, a menudo cuando emplee el término “enfermedad mental”, lo haré entre comillas, recordando con ello estas críticas y mi preferencia por términos desmedicalizantes como “sufrimiento mental”, o expresiones que refieran al propio proceso de medicalización como “personas psiquiatrizadas”.

Otra expresión usada a menudo en este campo, también por parte de las personas con quienes he trabajado, es “problemas de salud mental”. Este es una manera más abierta que “enfermedad mental” de referirse al sufrimiento psíquico, pero sigue definiendo el mismo mediante un término, “salud mental”, que como veremos en el próximo capítulo remite a una forma de entender este ámbito donde las disciplinas psi hegemonizan su comprensión. Por tanto, hablar de “problemas de salud mental” implícitamente define estos malestares como susceptibles de intervención psi. Por ello, aunque he reflejado el uso de esta terminología en los discursos de mis entrevistadxs, en general he preferido usar “sufrimiento mental/psíquico”. En cambio, hay un término de origen crítico/activista de lo más frecuente en la literatura que sin embargo no me he encontrado casi en la práctica: “superviviente de la psiquiatría”⁷⁵. La lógica de esta denominación, al igual que ocurre con otros usos de “superviviente”, es señalar la violencia que se ha sufrido sin usar para ello el término “víctima”, que desprovee de agencia y otorga todo el poder a lx victimarix. Sospecho, sin embargo, que el uso de este término en el mundo de la salud mental es más habitual en contextos anglosajones; hablaré brevemente del nacimiento de este término al final del próximo capítulo.

⁷⁵ La única instancia que me he encontrado ha sido Acción DeMente, que es el alias asumido por un activista que se define como “sobreviviente del Sistema de salud mental” en su perfil de Twitter: <https://twitter.com/AccionDemente>

Así pues, ¿qué podemos aprender al aplicar el concepto de género al estudio del sufrimiento psíquico? Diría que la respuesta a esta pregunta puede darse a tres niveles, cada uno de un mayor grado de profundidad. El primer nivel, el más superficial, es más descriptivo y cuantitativo e implica un menor cuestionamiento de los conceptos empleados. De lo que se habla a este nivel es de cuántos hombres y cuántas mujeres presentan ciertos diagnósticos. Es muy conocido el dato según el cual las mujeres son diagnosticadas más a menudo de trastornos de ansiedad y de depresión, en concreto en una relación 2:1 (Pigott, 1999; Kessler, 2003). Otros datos que responden a las preconcepciones más extendidas sobre el tema son la mayor preponderancia de trastornos de la conducta alimentaria (TCAs) entre las mujeres, con ratios que oscilan entre 3:1 y 10:1 según el estudio (Murray, 2017); o la mayor cantidad de hombres diagnosticados de trastornos de abuso de sustancias, aunque esta diferencia se está reduciendo en las últimas décadas (McHugh, Votaw, Sugarman y Greenfield, 2018).

No menos interesante es la existencia de una división de género en los trastornos de personalidad. Dos de los más conocidos y frecuentes, el Trastorno Límite de la Personalidad y el Trastorno Antisocial de la Personalidad, presentan importantes diferencias epidemiológicas entre hombres y mujeres. Mientras que el Trastorno Antisocial se diagnostica cinco veces más a hombres que a mujeres, con el Trastorno Límite ocurre algo curioso: los estudios que se fijan en la población general no encuentran diferencias, pero en contextos clínicos hay una gran disparidad, pues tres de cada cuatro pacientes con este diagnóstico son mujeres (Paris, Chenard-Poirier y Biskin, 2013). Por otro lado, la esquizofrenia y otros trastornos relacionados con la psicosis parecen no presentar diferencias de prevalencia entre hombres y mujeres en la población general, pero la incidencia (los nuevos casos diagnosticados) sí parece ser algo mayor entre los hombres (Ochoa, Usall, Cobo, Labad, y Kulkarni, 2012).

Ahora bien, estos datos, expresados de esta manera, no nos hablan realmente del *género*, tal como lo he definido previamente. Estos números meramente reflejan diferencias de *sexo*, entendido como realidad biológica o, incluso, de forma más precisa, meramente como categoría estadística. Este problema es habitual en las ciencias médicas⁷⁶, y lleva a que el concepto de género quede “al mismo tiempo vacío de contenido y cargado de una suerte de determinismo cultural” (Ortiz Gómez, 2006: 44-45). Esta es justamente la renaturalización de las relaciones sexo-genéricas a través de la investigación biológica/biomédica contra la cual, como vimos, advertían las autoras feministas. También los diagnósticos estudiados se dan por sentados, sin ninguna reflexión crítica sobre ellos,

76 El mismo problema ha sido denunciado también en la psicología (Pujal i Llombart, Calatayud y Amigot, 2020). Tampoco el psicoanálisis ha integrado el concepto de género en sus teorías, aunque en ese caso por motivos muy diferentes (Dio Bleichmar, 1996).

asumiendo a menudo que los datos reflejan la presencia de “enfermedades” en la población. Así, no se tienen en cuenta las mayores complicaciones del trabajo epidemiológico en lo referente a los trastornos mentales, cuya definición y diagnóstico es menos certera que con las enfermedades somáticas. Con la mera distribución epidemiológica de los diagnósticos, no aprendemos nada más que la cantidad de personas clasificadas como hombres o como mujeres a las que se les ha atribuido un diagnóstico porque, en teoría, presentan tal o cual conjunto de síntomas. Las preguntas interesantes son: ¿cuáles pueden ser las causas de la existencia de esas distribuciones? ¿Qué podemos aprender sobre los propios trastornos en cuestión y de la relación entre estos y el género si examinamos los datos más detenidamente?

La socióloga británica Joan Busfield hizo hace años un exhaustivo análisis de los distintos tipos de causas que podían explicar las diferencias de prevalencia de ciertos diagnósticos psiquiátricos en función del sexo (2002: 147-148). En esencia, habría dos tipos de posibles causas: puede que, en efecto, haya una disparidad entre hombres y mujeres en cuanto al diagnóstico en cuestión, y haya una causa subyacente; o puede que haya un sesgo a la hora de diagnosticar que explique esa disparidad. En la práctica, es probable que ambos tipos de causas se den juntas, y que en cada caso se den distintas combinaciones causales. Entre las primeras, están el diferente grado de exposición a situaciones traumáticas que pueden ocasionar los trastornos, como el abuso sexual; una distinta vulnerabilidad a dicho tipo de situaciones (se explique esta biológica, psicológica o socialmente); o las diferentes maneras de manifestar el sufrimiento psíquico en función de los estereotipos de género, que naturalizan la expresión de síntomas internalizantes (como la ansiedad, la tristeza o los problemas psicosomáticos) en las mujeres, y de síntomas externalizantes (como las conductas agresivas o impulsivas) en los hombres, llevando al desarrollo de trastornos de apariencia diferente pero causados por un mismo tipo de malestar.

En cambio, y esto es aún más interesante, si pensamos que puede haber sesgos en los procesos diagnósticos que expliquen las disparidades, Busfield señala que estos pueden ser de tres tipos. Puede ser que se den sesgos a la hora de interpretar síntomas. Por ejemplo, existe una tendencia a “psicologizar” los síntomas que presentan las mujeres, asumiendo que tienen causas psicológicas y no somáticas (Goudsmit, 1994), lo cual puede resultar en diagnósticos errados que alteren las estadísticas. En segundo lugar, puede haber una diferente forma de interpretar las conductas de hombres y mujeres. Según Busfield, ciertas conductas disruptivas tienden a interpretarse como síntomas de un trastorno mental cuando las llevan a cabo mujeres, mientras que en el caso de los hombres son “interpretadas mediante el lenguaje de la maldad, la inmoralidad y la delincuencia” (Busfield, 2002: 156). Por último, es posible que ciertos diagnósticos se apliquen más a mujeres o a hombres porque el propio diagnóstico, tal como está formulado, incluye sesgos de

género. El caso clásico que viene a la cabeza es el de la histeria, que acabó convertida más en un compendio de los estereotipos y miedos de la sociedad victoriana sobre las mujeres que una categoría científica creíble (Showalter, 1987/2001: 145-147; Ussher, 1991: 85-88; Ussher, 2011: 8-10)⁷⁷.

Con este cambio de enfoque, entramos en el segundo nivel de profundidad en el estudio de la relación del género y el sufrimiento mental: más allá de las diferencias descriptivas, debemos cuestionar los posibles sesgos de género de las disciplinas psi. Ahora que tenemos todas estas nociones en mente, podemos empezar a encontrar explicaciones a las disparidades epidemiológicas antes examinadas. Si hablamos en primer lugar de los trastornos ansioso-depresivos, encontramos que su mayor preponderancia en mujeres encaja con la tendencia a presentar síntomas internalizantes en mujeres. Esto a su vez deriva de esa mayor tendencia a la expresividad emocional de las mujeres, lo cual se relaciona con la división sexual del trabajo afectivo: en nuestro orden de género, el ámbito de la emoción y los afectos se considera dominio de las mujeres (Burín, 1996), por lo que existe un importante incentivo para que de hecho desarrollen esas formas de expresión. En lo referente a los trastornos alimenticios, multitud de investigadoras feministas han estudiado la relación entre el desarrollo de este tipo de malestares psíquico-corporales y distintas facetas de la opresión sexo-genérica contra las mujeres, particularmente la exigencia de delgadez y belleza (Chernin, 1981, 1985; Bordo, 1993; Wolf, 2002).

Si observamos los trastornos relacionados con el abuso de drogas, parece claro que el hecho de que la masculinidad hegemónica invite a participar en conductas de riesgo tiene que ver con el mayor uso de sustancias ilegales por parte de los hombres y, por tanto, con la mayor frecuencia de trastornos entre ellos. Pero el hecho de que el consumo esté aumentando entre las mujeres jóvenes, reduciendo la diferencia con los varones e incluso superándolos en el consumo de sustancias legales como el alcohol, por ejemplo (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, 2022: 55), invita a pensar que los cambios en las relaciones de género están conduciendo a patrones de consumo diferentes (Romo-Avilés, Marcos-Marcos, Gil-García, Marquina-Márquez y Tarragona-Camacho, 2015). El hecho de que esto no se refleje plenamente en el número de diagnósticos y de personas en tratamiento por trastorno de abuso de sustancias está relacionado con diversos sesgos y barreras al acceso para las mujeres en unos servicios tradicionalmente pensados para hombres

⁷⁷ A todo ello habría que añadirle la forma en que los estereotipos de género condicionan la mayor tendencia de las mujeres, y menor tendencia de los hombres, a buscar ayuda en los servicios de salud mental ante sus dificultades y malestares: mientras que la feminidad normativa fomenta la expresividad emocional, la masculinidad hegemónica rechaza mostrar cualquier signo de debilidad (Pattyn, Verhaeghe y Bracke, 2015). Incidiré en esto cuando hable sobre las dificultades de las disciplinas psi para interpretar ciertos malestares masculinos.

(Tuchman, 2010).

El caso de los trastornos de personalidad es aún más interesante. Se llegó a proponer que, en esencia, el Trastorno Antisocial y el Límite eran manifestaciones conductuales diferentes de un mismo trastorno, y que esas diferencias conductuales se debían a los estereotipos de género. Aunque finalmente esa hipótesis la descartaron sus propios autores (Paris, Chenard-Poirier y Biskin, 2013), el mero hecho de que se planteara expresa la carga genérica que hay en la concepción misma de estos diagnósticos. En particular, el Trastorno Límite de la Personalidad ha sido señalado por multitud de autorxs como una etiqueta heredera de la histeria, que condensa el imaginario sociocultural sobre la feminidad en una especie de caricatura grotesca de la misma (para una buena síntesis de estas críticas, véase Bjorklund, 2006). Se ha señalado el hecho que muchos de los criterios diagnósticos de este trastorno y el Trastorno Histriónico de la Personalidad tienen de hecho una carga de género, por lo que existe el riesgo de que se apliquen indebidamente a mujeres, sobrerrepresentándolas (lo cual explicaría la mayor prevalencia entre mujeres en ámbitos clínicos, frente a los estudios en población general); y lo mismo es cierto, a la inversa, para los criterios diagnósticos del Trastorno Antisocial y los hombres (Widiger, 1998).

Por último, la relativa “paridad de género” en cuanto a los trastornos relacionados con la psicosis esconde varias cuestiones interesantes. Por un lado, llaman la atención las explicaciones que se han buscado a la cuestión de por qué la prevalencia es la misma cuando hay una incidencia mayor en hombres (Ochoa *et al.*, 2012: 2). La primera es que la tasa de suicidio es mayor en hombres: la idea es que, aunque más hombres son diagnosticados de esquizofrenia, algunos de ellos se suicidan y, por ello, el total de mujeres y hombres con el diagnóstico en un momento determinado es el mismo. La relación de las masculinidades con el suicidio ha sido estudiada en detalle (Scourfield, 2005). La segunda explicación tendría que ver con que los datos de incidencia, donde los hombres son preponderantes, se realizan en entornos clínicos, mientras que los de prevalencia se hacen con la población general. Esto parecería indicar un sesgo de sentido inverso al del Trastorno Límite: los servicios están acostumbrados a tratar con hombres esquizofrénicos, por lo que detectan más este trastorno en los hombres que llegan a ser pacientes en comparación con las mujeres.

Por otro lado, es aún más interesante fijarse en lo relativo a los aspectos afectivos y relacionales en este tipo de trastornos. Para empezar, es muy significativo que el trastorno esquizoafectivo (un diagnóstico mixto usado para quienes presentan tanto síntomas psicóticos como trastornos del ánimo) sea el único diagnóstico de los relacionados con la psicosis que se aplica más a mujeres que a hombres (Castillejos, Martín-Pérez y Moreno-Küstner, 2018). Pero además, las mujeres con diagnósticos relacionados con la psicosis tienen vidas sociales significativamente más

activas y satisfactorias que los hombres con este tipo de diagnósticos, lo cual, para lxs autores del artículo probablemente “refleja diferencias de género cultural y socialmente determinadas” (Morgan, Castle y Jablensky, 2008: 81). En efecto, parece probable que el hecho de que socialmente se asigne a las mujeres la función de sostener los lazos afectivos y relacionales que vinculan a las personas, de modo que la capacidad de hacer esto, de cuidar, se convierte en un ideal regulador de su conducta, influya decisivamente en que muchas de las mujeres que desarrollan malestares psicóticos mantengan de hecho estos vínculos. En cuanto al mayor número de diagnósticos de trastorno esquizoafectivo en mujeres, cabe preguntarse: ¿presentan de hecho las mujeres con psicosis más síntomas afectivos que los hombres con psicosis? ¿O existe quizás un sesgo que lleva a lxs psiquiatras a otorgar más peso a lo afectivo en las mujeres, y a no reconocer una esquizofrenia como tal si quien la presenta es una mujer?⁷⁸

Con este repaso a los datos epidemiológicos usando el concepto de género ya hemos podido ver algunas de las consecuencias de los sesgos psi a la hora de identificar y comprender el sufrimiento mental. Sin embargo, creo que merece la pena realizar un repaso exhaustivo a las distintas facetas que tiene este fenómeno. Para empezar, hay una cuestión fundamental que se viene denunciando tanto desde el feminismo como desde el movimiento en primera persona, y que con la confluencia de ambos en los últimos años ha cobrado un gran protagonismo⁷⁹: la forma en que las disciplinas psi medicalizan y, por tanto, despolitizan los malestares de las mujeres. Aunque muchas autoras hablaron del tema con anterioridad, seguramente la exposición más contundente y elocuente de esta cuestión ha sido la de Jane Ussher. Lo que la británica se pregunta es: ¿qué pasa si reinterpretamos lo que desde las disciplinas psi llaman “síntomas” de un “trastorno” en otra clave? Así, analiza los síntomas que se recogen en el DSM-IV y que definen la depresión, el Trastorno Límite de la Personalidad o el Trastorno de Estrés Post-Traumático (todos ellos diagnósticos feminizados) y muestra cómo se podrían considerar reacciones de lo más comprensibles y en absoluto patológicas a violencias que las mujeres sufren en mayor medida que los hombres, como el abuso sexual (Ussher, 2011: 129-152).

Con esto, Ussher no quiere decir que estos diagnósticos son ficciones creadas por las disciplinas psi para ocultar la violencia patriarcal contra las mujeres. Más bien, este ejercicio de interpretación nos indica que la comprensión en clave médica/psiquiátrica (y, por tanto, biologicista) de estos malestares tiene la capacidad de desactivar análisis (feministas, pero también

78 Un activista me dijo en una ocasión que no le parecía casual que a la mayoría de sus compañeras activistas las hubiesen etiquetado alguna vez como “esquizoafectivas” (entre otros muchos diagnósticos).

79 Véase, por ejemplo, Castillo Parada (2019).

de clase, raza/etnia...⁸⁰) del sufrimiento psíquico que podrían servir para politizarlo. En las palabras de Pujal i Llombart *et al.*, que hacen un ejercicio similar al de Ussher, al aplicar la óptica psi perdemos la oportunidad de

comprender estos síntomas como la expresión de conflictos relacionales y subjetivos que experimentan las mujeres —a un nivel más o menos consciente— y que se acaban enquistando hasta enfermar, por permanecer invisibles e ininteligibles en su dimensión de género y, por tanto, sin opción de poder ser abordados desde dicha perspectiva. (2020: 9-10)

En su lugar, nos quedamos con interpretaciones del malestar que sitúan las causas, y por tanto las soluciones, en el nivel individual. Profundizaré en esta cuestión en el próximo capítulo al hablar sobre la relación entre la “salud mental” como campo y el neoliberalismo.

En cualquier caso, lo que revela esta medicalización de los malestares que presentan las mujeres es una ceguera a las condiciones sociales que los producen; es decir, una incapacidad para considerar adecuadamente las consecuencias psíquicas que tiene la situación social de las mujeres en nuestro orden de género. En primer lugar, y en conexión con el argumento de Ussher antes expuesto, está la cuestión de la violencia hacia las mujeres y su papel en el origen de muchos malestares. Incluso el propio DSM-5 reconoce que la preponderancia de las mujeres en diagnósticos como el Trastorno de Estrés Post-Traumático “al menos [en] parte [...] parece ser atribuible a una mayor probabilidad de exposición a eventos traumáticos, como la violación y otras formas de violencia interpersonal” (American Psychiatric Association, 2014: 278). Sin embargo, más allá de este reconocimiento somero y escueto, no se plantea la conexión de este “hecho estadístico” de la mayor exposición de las mujeres a la violencia sexual o interpersonal con las estructuras opresivas que cristalizan las desigualdades de género, y en particular con el papel de la violencia a la hora de sostener esas desigualdades.

Aún menos se plantea que el abordaje de los malestares psíquicos resultantes de estas violencias de raíz estructural incluya una toma de conciencia sobre esas desigualdades, o la adquisición de una postura crítica que conduzca hacia una politización de ese malestar, como vienen proponiendo las terapeutas feministas⁸¹. Esto no es de extrañar dada la misoginia de las disciplinas psi, que viene siendo denunciada por multitud de autoras desde el pionero trabajo de Phyllis Chesler

80 Véanse Rendueles (2004) para un análisis que combina las perspectivas de clase y género y Fanon (1952/2009) para un análisis en torno a la raza con el trasfondo del colonialismo.

81 No obstante, abundan también las críticas a las terapeutas feministas por haber privatizado las soluciones a los malestares desde el marco de sus consultas, convirtiendo su propuesta en un acto de consumo coherente con la subjetividad neoliberal; así como por la falta de interseccionalidad de sus análisis (Castillo Parada, 2019; Rutherford, 2018).

(1972/1983). La reproducción de los estereotipos sexistas en el abordaje psi de la locura, al vincular esta a la irracionalidad y la irracionalidad a la feminidad, es solo una de las facetas en las que se expresaba dicha misoginia (Showalter, 1987; Ussher, 1991). En los peores casos, encontramos que los profesionales psi directamente ejercían violencias sexistas contra sus pacientes, desde la clitoridectomía al abuso sexual (Chesler, 1972/1983; Showalter, 1987). La feminización de estas disciplinas en las últimas décadas ha matizado en parte esta cuestión, pero no ha venido acompañada de una revolución teórica en una senda feminista, por lo que buena parte de los marcos interpretativos que se usan siguen cuando menos reflejando los valores de género dominantes, cuando no proponiendo posturas abiertamente reaccionarias.

El segundo elemento de la situación social de las mujeres que suele generar malestares psíquicos y que las disciplinas psi tienden a ignorar tiene que ver con la división sexual del trabajo. En particular, me refiero a la carga que supone la asignación del trabajo de cuidados a las mujeres en el sistema de sexo/género occidental. Por “trabajo de cuidados”, me refiero aquí a lo que Dolors Comas D'Argemir definió como “el conjunto de actividades dirigidas a proporcionar bienestar físico, psíquico y emocional a las personas” (2014: 169). Hablamos por tanto de tareas destinadas a atender las necesidades de diverso tipo de los seres humanos, sosteniendo su vida en el día a día y haciéndola más vivible en el proceso⁸² (Pérez Orozco, 2014). Estas actividades, y aquí reside el quid de la cuestión para el feminismo, son llevadas a cabo en nuestra sociedad y nuestra época mayoritariamente por mujeres: según nuestra división sexual del trabajo, este tipo de labores corresponde a sujetos y cuerpos feminizados, lo cual significa que se considera que es su responsabilidad encargarse de ellas, pero también que estas tareas se conciben como algo que naturalmente se les da bien (Comas D'Argemir, 2014).

Esta asignación se basa históricamente en una división, supuestamente estricta, entre el trabajo productivo, propio de los varones y desarrollado en el espacio público, y el trabajo reproductivo, propio de las mujeres y desarrollado en el espacio privado/doméstico. Como ha mostrado la investigación histórica sobre el surgimiento de esta división durante la transición hacia el capitalismo moderno (Federici, 2004/2010), esta separación era en realidad más bien porosa, y se

82 Esta es solo una forma de definir el concepto de cuidados. La propia Amaia Pérez Orozco afirma que, aparte de esta, centrada en las tareas concretas, hay otra manera muy diferente de pensar los cuidados: como “una perspectiva desde la que preguntarnos por el conjunto del sistema socioeconómico: ¿es el cuidado de la vida una prioridad?” (2014: 89). Esta doble acepción es parte de la potencia del concepto: se mueve entre lo descriptivo (cuidados son tales actividades) y lo prescriptivo (los cuidados como punto de vista desde el que observar y cuestionar la sociedad). Pero no puedo detenerme aquí en estos matices; para los propósitos de esta tesis, basta con pensar los cuidados como un conjunto de actividades que, al pensar sobre ellas, nos revelan mucho sobre el orden de género de nuestra sociedad.

planteó con el objetivo de someter a las clases populares al nuevo orden capitalista mediante la sumisión de las mujeres a un nuevo orden de género⁸³. En cualquier caso, lo que desde luego pervive a día de hoy es la devaluación de estas tareas. De este modo, la contribución que suponen al bienestar material y subjetivo de las personas queda invisibilizada, por no hablar de su peso en términos económicos⁸⁴. Esto da lugar a uno de los tipos de problemas intrapsíquicos relacionados con la asignación de esta forma de trabajo a las mujeres: los esfuerzos que estas realizan para satisfacer las necesidades materiales y emocionales de quienes están a su alrededor no suelen obtener un reconocimiento proporcional, pero al mismo tiempo se espera de ellas que los realicen⁸⁵.

Ahora bien, en la actualidad se añade otro problema: además del trabajo de cuidados, la mayoría de las mujeres ha vuelto⁸⁶ a tener que participar del trabajo “productivo”, en el sentido del

83 Los efectos sobre las relaciones de género de este ordenamiento de los trabajos, que consolidó la división de esferas y la atribución a cada una de funciones diferentes, han sido bautizados por la investigadora italiana Silvia Federici con la expresión “el patriarcado del salario” (2004/2010: 148-152): el trabajo asalariado se convirtió simultáneamente en algo generizado (solo accesible para los hombres) e imprescindible para la supervivencia, lo cual empujó a las mujeres a someterse a las estructuras familiares y al matrimonio y a realizar el trabajo doméstico no remunerado.

84 Las primeras autoras que trabajaron esta cuestión, durante los debates sobre el entonces llamado “trabajo doméstico” en los años setenta, lo hicieron mediante una revisión feminista de los análisis marxistas sobre el trabajo, especialmente del concepto de reproducción social (Dalla Costa, 1972/1977; Carrasco Bengoa, 2017). Con sus análisis pretendían subrayar el papel netamente económico que juega ese trabajo doméstico invisibilizado (entendido de manera amplia, incluyendo actividades de cuidados de personas menores, ancianas o dependientes) al permitir la reproducción (biológica y social) de la fuerza de trabajo, la cual es posteriormente puesta al servicio de la producción de bienes y servicios que sí son contabilizados como actividades propiamente económicas (Dalla Costa, 1982; Picchio, 1992).

85 Pérez Orozco (2014: *passim*) explica que los cuidados están feminizados en un triple sentido: material (los realizan mayoritariamente mujeres), simbólico (están simbólicamente relacionados con la femineidad y, por tanto, devaluados) y subjetivo (la construcción social de la identidad femenina lleva a muchas mujeres a asumirlos como su responsabilidad). Como veremos más adelante, este tercer sentido da lugar a muchos conflictos intrapsíquicos que se acaban convirtiendo en malestares.

86 De nuevo: la exclusión de las mujeres del trabajo productivo nunca ha sido completa y tampoco ha sido constante o definitiva. Se han producido distintos intentos de reforzar simbólicamente la vinculación de las mujeres con el trabajo reproductivo y de expulsar a (algunas) mujeres del trabajo productivo, y estos han dependido tanto de las políticas de género como de las necesidades económicas del momento (Margolis, 2000). Cuando se habla de “la incorporación de las mujeres al mercado de trabajo”, realmente se está hablando del colapso del modelo del *breadwinner* o del salario familiar en el contexto occidental a partir de la segunda mitad del siglo XX en favor de la “familia con dos proveedores” (Fraser, 2016). El modelo del salario familiar había evolucionado a partir del modelo de “esferas separadas” que se había implantado progresivamente con la industrialización, pero ninguno de los dos implicaba que las mujeres de clase obrera y/o de grupos étnico-raciales oprimidos no trabajasen en absoluto.

empleo remunerado dentro del mercado laboral capitalista. Este proceso no ha ido de la mano de un reparto comparable del trabajo “reproductivo”, lo cual ha significado una presión enorme para las mujeres, que se han visto obligadas a combinar obligaciones laborales y de cuidados y equilibrar su dedicación a ambas. Las presiones que esto ha supuesto en términos de tiempo, carga mental y responsabilidad se han expresado con denominaciones tales como la “doble jornada” de Arlie Hochschild (1989) o la “doble presencia” de Laura Balbo (1978). Las consecuencias de esta presión se han expresado en las últimas décadas en una gran cantidad de malestares psíquicos de mujeres que sentían una contradicción entre las expectativas hacia ellas en cada uno de sus roles y una fuerte sobrecarga; malestares a los que desde el sistema de atención se ha respondido sobre todo mediante el uso de la medicación, lo cual ha llevado a que las mujeres consuman muchos más ansiolíticos y antidepresivos que los hombres (Bacigalupe, Cabezas, Baza Bueno y Martín, 2020).

Al mismo tiempo, las dificultades de las disciplinas psi para percibir, hacer inteligibles o interpretar adecuadamente los malestares de las personas también son extensivas a los hombres. Luis Bonino (2000: 58-63) ha descrito con gran precisión cómo la clínica de la depresión masculina difiere radicalmente de la descripción de la misma recogida en los manuales, ya que esta se modela más bien sobre la base de la presentación sintomática de las mujeres deprimidas. De nuevo, frente a los síntomas internalizantes de las mujeres, los hombres no muestran su tristeza, sino que se muestran irritables o entran en conductas de riesgo (síntomas externalizantes).

Los varones manifiestan predominantemente su malestar, no como las mujeres, sino de acuerdo a los modos «masculinos» marcados por la [normativa de género] para ellos: el autocontrol, el ocultamiento del malestar, la disociación y proyección emocional, la ira como emoción validada y la negación de la debilidad y la acción como modo expresivo, defensivo y resolutivo prioritario. Cuando esta modalidad está rigidificada (y esto está en relación proporcional al grado de sometimiento del varón a los mandatos de género), la disociación y proyección pueden convertirse en patológicas, y los comportamientos y actuaciones reactivo/defensivos deslizarse hacia la destructividad propia o de tercer@s. (Bonino, 2000: 59)

Este fenómeno refleja una tendencia más amplia: en muchos sentidos, las disciplinas psi están pensadas para interpretar lo que ocurre e intervenir a través de la palabra. Pero el uso de la palabra para narrar la vida interna e intervenir en ella no está entre el repertorio de estrategias que la masculinidad hegemónica prescribe, mientras que sí encaja con las estrategias de la feminidad normativa, lo cual probablemente esté relacionado con el menor uso de los hombres de los recursos de atención en salud mental (Pattyn, Verhaeghe y Bracke, 2015). Por otro lado, como deja ver Bonino en las últimas palabras de la cita, el problema con estas “estrategias masculinas” es que a

menudo no solo son disfuncionales para el propio hombre que las ejecuta, sino que también afectan gravemente a su entorno. En particular, la descripción que hace este autor de cómo las parejas mujeres de los hombres deprimidos navegan los silencios de ellos y asumen cargas de cuidados adicionales (Bonino, 2000: 61-62) ilustra cómo el propio malestar masculino puede convertirse en otra forma de reforzar las desigualdades de género.

Ante estas dificultades de las disciplinas psi y sus constructos teóricos (diagnósticos, trastornos) para tener en cuenta estas circunstancias sociales, Pujal i Llombart *et al.* (2020) han propuesto la noción de “malestares de género”. Con este término se refieren a “la experiencia subjetiva derivada de ajustarse a la feminidad y a la masculinidad normativas”, ya que conciben “[e]l sistema sexo/género [como] un proceso psicosocial de psicopatologización en sí mismo, un callejón sin salida en que no tiene cabida un sistema sociocultural abierto a la diversidad y al desarrollo integral y no binario de las personas” (Pujal i Llombart *et al.*, 2020: 13). Su idea es plantear un marco de interpretación de estos malestares que evite su medicalización mediante un cuidadoso trabajo de contextualización de la emergencia de los mismos, al cual denominan “diagnóstico psicosocial de género” y que ya han puesto en práctica de manera detallada con el polémico y muy feminizado diagnóstico de fibromialgia (Pujal i Llombart y Mora, 2017). Usando este marco, las autoras cuestionan, como hiciera Ussher, los diagnósticos del DSM, mostrando cómo los constructos que recoge el manual van estrechamente ligados a los mandatos de género normativos, los cuales derivarían en malestares que se expresan siguiendo patrones dicotómicos, dando lugar a malestares “masculinos” y “femeninos” en torno a ejes como “Poder/Subordinación”, “Actividad/Pasividad” o “Sujeto «que desea»/Objeto «deseable», seductor” (Pujal i Llombart *et al.*, 2020: 12).

El problema que se intuye en esas últimas palabras de la propuesta de Pujal i Llombart y sus colegas es que el delicado equilibrio que hay que seguir entre *señalar* las diferencias de género y mostrar su *construcción*, si se quiere evitar caer en la reificación de las mismas, corre el riesgo de romperse en favor de la primera opción. Por eso, es esencial dar un paso más, en la línea de las reflexiones de Luis Bonino sobre la depresión masculina, y alcanzar el tercer nivel de profundidad en la comprensión de las relaciones entre el género y el sufrimiento mental: hay que observar el modo en que las normas de género dominantes se incorporan y dan forma a la subjetividad de las personas. De este modo, en coherencia con el concepto de género presentado al inicio del capítulo, podemos contemplar el proceso por el cual las personas negocian su identidad, performan el género, devienen hombres o mujeres (u otras identidades). Para ello, existe una amplia literatura que ha estudiado este proceso de subjetivación generizada, tanto en países anglosajones como

hispanohablantes.

Una de las primeras autoras que trabajó esta cuestión, y sin duda la más influyente en las que la siguieron, fue la psiquiatra y psicoanalista estadounidense Jean Baker Miller. En su clásico *Toward a New Psychology of Women*, Baker Miller (1976/1986) proponía la idea de que la forma en que las disciplinas psi describían la conformación de la subjetividad, centrándose en la separación y la independencia, era profundamente androcéntrica. Ella argumentaba que la concepción hegemónica de la masculinidad actúa como un ideal regulador en las experiencias de los hombres, de modo que, debido a su influencia, buscan “navegar cualquier situación sintiéndose «como un hombre» – esto es, fuerte, autosuficiente y totalmente competente” (Baker Miller, 1976/1986: 33). Así, los hombres aprenden a perseguir su autonomía, su desarrollo independiente, aun si es a riesgo de perder sus vínculos (*Ibid.*: 87). Sin embargo, lo que la feminidad normativa enseña a las mujeres es que su desarrollo pleno como personas depende de que usen sus recursos para satisfacer las necesidades ajenas, y no las propias (*Ibid.*: 61-74).

El resultado de que reciban estos diferentes mandatos es que los “sentidos del yo” de mujeres y hombres se acaban conformando en torno a valores distintos. Así, el sentido del yo de las mujeres se basaría en la construcción y sostenimiento de relaciones, así como en la negación de sus propios deseos en favor de los de lxs demás, y por tanto el valor esencial de la feminidad normativa sería la abnegación. Por su parte, el sentido del yo de los hombres se estructuraría en torno al desarrollo propio, a la capacidad de alcanzar sus metas, a la competitividad y la capacidad de imponerse y dominar, siendo su valor central la autonomía. Basándose en el trabajo de Baker Miller, la psicóloga Carol Gilligan mostró en su clásico *In a Different Voice* que estas distintas formas de estructurar sus subjetividades se reflejaban en diferentes formas de desarrollo moral, que habían sido una vez más ofuscadas por la universalización del modelo masculino. Mientras que los hombres desarrollarían una “ética de la justicia”, según la cual evaluarían los problemas morales como ecuaciones entre los derechos de una persona y los de otra, las mujeres desarrollarían una “ética del cuidado” y evaluarían los problemas morales desde un intento de sostener esa trama de relaciones que las define como sujetos (Gilligan, 1982/1993: 25-105).

Por supuesto, como han señalado muchas autoras críticas con Gilligan, el problema es que esta ética del cuidado que aprenden las mujeres se basa en un mandato moral esencial: el de no ser “egoístas”, por lo cual se entiende que no deben atender a sus propias necesidades o deseos. La autora que ha articulado de manera más elocuente estas críticas es Amaia Pérez Orozco, que ha acuñado la expresión “ética reaccionaria del cuidado” para hablar de la perspectiva moral de las mujeres que asumen el rol de “buenas mujeres”, cuidadoras y maternales, al que invita la feminidad normativa:

En conjunto, lo que se asocia a la feminidad no es una bonita ética del cuidado ni se ejerce solo mediante el trabajo no remunerado. Es una coerción que obliga a arreglar, sea como fuere, los desperfectos generados por la imposición de la lógica de acumulación. Decimos que la ética del cuidado que forma parte de la matriz heterosexual es una ética reaccionaria en un triple sentido: porque es una ética de inmolación y sacrificio que da lugar a sujetos dañados; porque solo se preocupa por el bienestar en los estrechos márgenes de la familia; y porque sirve para acallar el conflicto capital-vida. (2014: 171)

El primer sentido es el más pertinente para el estudio de la relación entre el género y el sufrimiento mental. De nuevo, debemos recordar que lo importante de lo que apuntan Baker Miller y Gilligan es que las *diferencias* entre hombres y mujeres en la forma de configurar sus subjetividades conducen a la creación de sujetos *desiguales*. De hecho, lo más importante es que la subjetividad que desarrollan las mujeres es, en muchos sentidos, una subjetividad *mutitada*, que no puede desarrollarse plenamente debido al mandato de anteponer siempre a lxs demás.

Mabel Burín explicaba cómo “nuestra cultura ha identificado a las mujeres en tanto sujetos, con la maternidad” (Burín, 1996: 70). La consecuencia es que, para poder conciliar su desempeño de sus diversos roles (incluyendo los laborales) con este ideal maternal de la feminidad, y poder ser al mismo tiempo buenas mujeres y buenas trabajadoras, amigas, compañeras de trabajo... muchas mujeres optan por “maternizar” sus relaciones (Levinton, 2000; Delgado Sánchez, Távora Rivero y Ortiz Gómez, 2003), vinculándose desde las coordenadas morales del rol maternal: “el amor, el altruismo, la capacidad de contención emocional” (Burín, 1996: 72). El imperativo por ser amorosas y cuidadoras genera un deseo de maternar que conduce a su configuración como sujetos en torno a la capacidad de cuidar en todos los aspectos de sus vidas. Cuando esta orientación al servicio de lxs demás no se pone en cuestión, surge una forma de subjetividad que busca la satisfacción a través de la construcción de vínculos en los que se da todo por la otra persona. Esto conduce a menudo a la insatisfacción, dado que esa autoinmolación es, por definición, imposible de corresponder.

En los términos de la arqueóloga Almudena Hernando, esta identidad de género femenina normativa es una *identidad relacional*: aquella que configura “una idea de sí sólo en tanto que parte de una unidad mayor que es el propio grupo” (2018: 77). Como anunciaba la cita anterior de Pérez Orozco, en la sociedad industrial el grupo primario que toma como referencia la identidad relacional femenina es la familia nuclear. Esto implica que se busca desarrollar ese tipo de vínculos fusionales especialmente con la pareja (masculina, dada la imposición de la heterosexualidad obligatoria) e hijxs. La identidad de género masculina que se desarrolla en espejo a esta es lo que Hernando llama la individualidad dependiente, así llamada porque su desarrollo de una identidad particular, al margen de los vínculos, se hace a costa precisamente de ignorar y despreciar esos

vínculos (*Ibid.*: 124-126). Dado, no obstante, que es imposible vivir sin ese aspecto relacional (dado, en una palabra, que el ser humano es *interdependiente*; Gilligan, 1982/1993: 167-174; Pérez Orozco, 2014), estos hombres requieren de una mujer cuya subjetividad esté constituida en torno a la identidad relacional, que sostenga la dimensión relacional de sus vidas. Sin embargo, la impotencia que sienten ante esta situación de dependencia respecto a una mujer favorecerá el desprecio de esa actividad feminizada, contribuyendo a la devaluación simbólica de los cuidados antes comentada.

Esto conduce a los hombres a sus propios problemas intrapsíquicos y a veces a desarrollar patologías que emergen de los mandatos de género masculinos. Precisamente, en opinión de Bonino, son especialmente frecuentes las “patologías de la autosuficiencia con restricción emocional derivadas de la valoración extrema de la autosuficiencia vital y la invulnerabilidad, y con los consecuentes déficits personales provocados por la negación de lo emocional y lo vincular” (2000: 53). Este autor también señala la existencia de malestares surgidos tanto de una identificación excesiva con los mandatos de la masculinidad hegemónica como otros derivados de una sensación de “fracaso viril”, así como aquellos relacionados con la no aceptación (propia o de quienes lo rodean) de orientaciones sexuales no hegemónicas (*Ibid.*: 52-58). De este modo vemos cómo estos ideales regulativos también pueden dominar la identidad de los hombres, generándoles sufrimiento, divorciándolos de aspectos de su vida interna que aprenden a rechazar o reprimir, empujándolos a conductas de riesgo y alejándolos de sus redes vinculares.

Pero Hernando deja claro que “una relación de género en la que una de las personas tiene *individualidad dependiente* y la otra *identidad relacional* es siempre una relación de poder basada en la complementariedad [...] cada uno de sus miembros es imprescindible para el otro”⁸⁷ (2018: 129). Esta complementariedad desigual es precisamente el esquema relacional que estudió la psicoanalista feminista estadounidense Jessica Benjamin (1988). En este modelo de relación, basado en la dominación, las partes se necesitan mutuamente para interpretar su papel. Esta dependencia otorga a ambas partes una fuente de satisfacción narcisista: saberse necesari^x incluso si esto no se reconoce. Así, se genera una dinámica por la que se consolidan las relaciones de dominación, al dar a la persona dominada (en este caso, una mujer en una relación heterosexual) una ganancia secundaria de ejercer su rol como dominada, al tiempo que la persona dominante incrementa su dependencia de la dominada conforme la relación se afianza. Los hombres pueden desarrollar su individualidad, convertirse en sujetos, siempre que tengan a una mujer que cubra sus vacíos emocionales y vinculares; las mujeres están condenadas a ser sujetos incompletos, puestas al servicio de los hombres.

87 Cursivas en el original.

Este modelo responde, no obstante, a un orden de género parcialmente obsoleto. Con la “incorporación de las mujeres al mercado laboral”, como comentamos antes, aparecieron nuevas problemáticas vitales para las mujeres (y también para los hombres), que se plasmaron en nuevas configuraciones subjetivas, nuevos conflictos psíquicos y nuevos malestares. A la identidad desarrollada por las mujeres (y por algunos hombres que persiguen formas de relación más igualitarias) en esta fase histórica, Hernando la llama “individualidad independiente”, y “consiste en conjugar de manera consciente un máximo porcentaje de individualidad y uno máximo de identidad relacional, concediendo la misma importancia a ambos” (2018: 163). El adjetivo “independiente” se debe a que quien configura así su subjetividad “no cuenta con apoyo externo para construirse. No se engaña, no se basa en relaciones de poder o desigualdad, no niega lo que necesita” (*Idem*). Sin embargo, adquirir esta identidad “sume a la persona en una contradicción cotidiana, constante, inevitable” (*Idem*), dado que trata de compatibilizar en una sola subjetividad la importancia de los vínculos con la del propio desarrollo, las virtudes de la generosidad y el altruismo por un lado y la independencia y la autodeterminación por el otro.

Estos choques originan conflictos que pueden devenir en malestares relacionados con la dificultad para conjugar todas las facetas de la vida o la sensación permanente de no dar la talla (el llamado “síndrome de la *superwoman*”). Esto último plasma cómo el mayor nivel de exigencia hacia las mujeres, tanto en los ámbitos laborales, donde tienen que rendir más para obtener el mismo reconocimiento que sus pares, como en los familiares y vinculares, donde cualquier error o asomo de egoísmo es tratado como una transgresión y un fracaso, también es introyectado durante el proceso de configuración subjetiva (Burín, 1996: 80-86). Este es uno de los procesos psicosociales que se encuentran detrás de los cuadros depresivos que, como vimos, se diagnostican en mayor proporción en las mujeres; otro de ellos es la “depresión de la mediana edad” de las mujeres de la generación anterior: aquellas que aún cifraban su valía en su control del “poder de los afectos” bajo el orden de género de esferas separadas y que ven cómo ese poder se desvanece por su cambio de fase en el ciclo vital y por la consiguiente pérdida de reconocimiento social (Burín, 1996: 70-74; Dio Bleichmar, 1999).

En cuanto a los hombres, sus conflictos tienen que ver con las dificultades para dar coherencia a su identidad cuando existen nuevas expectativas también hacia ellos, pero los ideales de la masculinidad hegemónica no han cambiado y, por tanto, se han convertido en una guía intrínsecamente conflictiva para su ordenamiento subjetivo. Ante esta coyuntura hay reacciones diversas: desde luego hay quienes ante el surgimiento del conflicto se pliegan a los mandatos genéricos, a pesar de los costes; pero también hay quienes reaccionan desde el “desconcierto” y la “perplejidad”. La relación con los nuevos roles que se espera que adquieran se caracteriza por una

ambivalencia entre el deseo y el miedo, y pueden existir también sentimientos de vergüenza ante la exploración de esas facetas (ternura, receptividad emocional, atención a los deseos ajenos) que la masculinidad hegemónica proscibía, todo lo cual puede conducir a síntomas de confusión y, en algunos casos, a regresiones⁸⁸ (Bonino, 2000: 53-54).

Si volvemos a fijarnos en la forma de vincularse de estas nuevas mujeres y hombres, en teoría buscan establecer un modelo relacional no basado en las asimetrías complementarias del modelo de dominación antes descrito. Benjamin explica que, en lugar de asumir las posiciones de “quien hace” y “quien le hacen”, de víctima y victimario, se debe buscar una relación horizontal basada en el reconocimiento mutuo. Esta vía hacia la intersubjetividad, hacia la aceptación de nuestra mutua interdependencia y vulnerabilidad y la creación de un espacio compartido desde el que vincularse (lo que la autora llama “la terceridad” o “el tercero”, porque se ubica fuera de esa dualidad complementaria; Benjamin, 2017), está sin embargo llena de obstáculos. Es fácil volver a caer en los roles complementarios que, al fin y al cabo, siguen encajando mejor en los estereotipos de género dominantes, a pesar de las fallas que se han generado en las últimas décadas en estos últimos. Más aún cuando el vínculo es de tipo afectivo-sexual o romántico, dado que estos están especialmente codificados en términos de género. En ese sentido, Mari Luz Esteban y Ana Távora argumentaron hace algunos años que “el amor sexual, lo que se suele denominar también amor romántico o pasional, tanto por su conceptualización como por la educación y experiencias amorosas que promueve, es parte intrínseca de la subordinación social de las mujeres” (2008: 60).

Ahora bien, una vez señaladas las maneras en que el género se relaciona con el sufrimiento mental, aún es necesario explicar: ¿qué tiene que ver todo esto con el apoyo mutuo? Esta es una de las cuestiones que quiero explorar en detalle en el análisis, tanto a la hora de examinar la trayectoria de mis entrevistadxs hasta llegar a participar en los GAMs, y particularmente en lo relativo al desarrollo de sus malestares, como a la hora de entender por qué estas personas se relacionan con apoyo mutuo del modo en que lo hacen. Por ahora me conformo con señalar que desde el movimiento en primera persona se ha pensado sobre ello, y se han desarrollado propuestas dirigidas a hacer del apoyo mutuo un espacio donde puedan emerger y politizarse los malestares de género de los que hablaban Pujal i Llombart y sus colegas, entre las cuales destaca la idea de hacer GAMs no mixtos de mujeres (Fernández, Serra y Grup de Dones Radio Nikosia, 2020).

88 Un ámbito interesante donde los hombres están teniendo que enfrentarse a estas cuestiones es el cuidado de personas mayores, en el que participan principalmente hombres mayores que se hacen cargo de sus esposas enfermas y/o dependientes. Véase Comas D'Argemir y Chirinos (2017).

2.3. La “salud mental” en tiempos neoliberales: movimientos y contramovimientos en la era de la gubernamentalidad⁸⁹

El título de este capítulo incluye dos conceptos, “salud mental” y “neoliberalismo”, que son muy utilizados en la actualidad, pero cuya polisemia lleva a frecuentes confusiones. Mi intención es dar con concepciones de ambos que sirvan para comprender mejor qué está ocurriendo en la actualidad con el sufrimiento psíquico, con nuestra forma de entenderlo y de atenderlo. Quiero con ello proporcionar un marco para explicar con algo más de claridad la emergencia del movimiento en primera persona dentro del cual se ha impulsado el apoyo mutuo en salud mental, así como llamar la atención de lxs profesionales, algunxs investigadorxs y activistas e incluso el público general sobre las trampas en las que a veces incurrimos cuando defendemos la importancia de la “salud mental”. Para ello emplearé de forma destacada los conceptos foucaultianos de “gubernamentalidad” y “biopolítica”, que nos hablan de las transformaciones en las formas de entender el arte de gobernar que se dieron con la Modernidad europea, en pleno auge del capitalismo y el liberalismo.

Pero antes, quizás conviene aclarar algunos malentendidos asociados a la propia expresión “salud mental”. El concepto de “salud mental” es, en sí mismo, relativamente reciente si lo comparamos con la historia de la psiquiatría, por ejemplo. El término no se volvió frecuente hasta mediado el siglo XX, y aún hoy se usa para referir tanto a un *estado* de las personas (tener “buena” o “mala” salud mental), como a una *dimensión* de la salud general (junto a la salud física), como a una *disciplina* (a menudo confundida con la psiquiatría) e incluso como un *movimiento* (Bertolete, 2008). Lo interesante de concebirla como movimiento es que permite emparentarla con el movimiento por la higiene mental (*Idem*: 113-114), lo cual a su vez permite enmarcar la adopción de esta terminología dentro del proceso histórico de la medicalización.

La medicalización es el proceso por el cual cada vez más aspectos de la vida social se plantean y/o definen en términos médicos y, como consecuencia, la profesión médica adquiere un rol cada vez más amplio a la hora de dar respuesta a diversas problemáticas (Busfield, 2017: 759-763). Este proceso histórico de larga data comenzó en la Edad Media, pero se aceleró significativamente a partir del siglo XIX, gracias a la expansión del higienismo. Nacido inicialmente como “paradigma del pensamiento médico”, con el tiempo se convirtió en un “método de intervención sanitaria y social que pretendió conocer y controlar los factores ambientales, sociales y morales asociados a los problemas de salud pública, generados a partir de los procesos de

89 Este capítulo se ha enriquecido significativamente gracias a conversaciones y recomendaciones del profesor Josep Maria Comelles, a quien agradezco desde aquí su generosidad a la hora de comentar y debatir sus contenidos.

industrialización y urbanización de las sociedades europeas” (Martín Bascañán, 2015: 71). Así pues, el higienismo se enfocó en la intervención en las circunstancias sociales, antes que las biológicas u orgánicas, para cambiar la situación de salud de la población, y su auge supuso por tanto el nacimiento de la Salud Pública moderna.

El marco higienista se aplicó en múltiples ámbitos, y la situación de quienes padecían sufrimiento psíquico (lxs locxs) no fue una excepción. Encabezado por el estadounidense Clifford Beers, que había sido paciente de varios manicomios, el “higienismo mental” surgió a inicios del siglo XX como un movimiento de reforma cuya principal preocupación, en un principio, era “humanizar el cuidado de lxs locxs: erradicar los abusos, brutalidades y abandono que lxs enfermxs mentales han sufrido tradicionalmente” (Beers, citado en Bertolete, 2008: 114). Sin embargo, este objetivo empezó a ampliarse, hasta que ya en los años treinta planteaban la necesidad de un trabajo preventivo en salud mental, para actuar en el momento de desarrollo inicial de los trastornos, así como empezaron a interesarse por formas “menos graves” de trastorno mental (*Idem*)⁹⁰.

El proceso histórico de medicalización se vio acelerado después de la Segunda Guerra Mundial, llevándonos hacia la actual hegemonía de la medicina en lo relativo a la salud a la que se refiere Menéndez al hablar del MMH (2005). Con la aparición de organismos internacionales como la OMS y la instauración del Estado del Bienestar como modelo en Europa occidental, la salud adquiere nuevas dimensiones políticas. En este nuevo contexto, el concepto de “higiene mental” fue sustituido de forma bastante sumaria por el de “salud mental”. Esto se concretó de manera llamativa en el Congreso Internacional de *Salud Mental*, organizado en Londres en 1948 por la Asociación Nacional Británica de *Higiene Mental*. En los documentos resultantes del Congreso se puede comprobar cómo la expresión “higiene mental”, que se utilizó durante el transcurso de las sesiones, desaparece sin embargo de los textos finales que recogen las recomendaciones y es sustituida por “salud mental”. Del mismo modo, “el Comité Internacional de Higiene Mental fue reemplazado por la Federación Mundial por la Salud Mental” (Bertolete, 2008: 114). No obstante, la concepción del campo que abarcaba la “salud mental”, ampliado más allá de lo puramente manicomial para incluir

90 El sociólogo Robert Castel y las psiquiatras Françoise Castel y Anne Lovell (1980) propusieron el uso del término “psiquiatrización” para hablar de este proceso de ampliación de los objetivos de la psiquiatría, centrándose específicamente en la realidad estadounidense. He preferido usar varios conceptos alternativos. Uno es el de medicalización, que me permite entroncar lo sucedido en el ámbito de la “higiene/salud mental” con procesos más amplios, históricamente anteriores y menos localizados geográficamente, siendo además que el concepto de “psiquiatrización” claramente se inspira en el de “medicalización”. Por otra parte, hablaré de “cultura terapéutica” y “psicocentrismo”, puesto que parte de lo que intento mostrar es que la “salud mental” es un campo que está hegemonizado por la psiquiatría pero que incluye otras disciplinas, así que “psiquiatrización” me resulta reduccionista.

también la prevención y el trabajo “positivo”, así como el énfasis político y militante a la hora de describir el trabajo a realizar, son rastros del origen higienista de la “salud mental” (*Ibid*: 115).

En esta evolución podemos constatar una tensión que está en la raíz misma del proceso medicalizador en lo que respecta a la “salud mental”. Desde antes incluso de la conformación de la psiquiatría como una especialidad médica dedicada al estudio y tratamiento de las “enfermedades mentales”, han existido dos cuestiones distintas que se han visto unidas en su abordaje: por una parte, la gestión de la locura y de lxs locxs, una parte de la población cuyos síntomas imposibilitaban su integración en el funcionamiento social cotidiano; y por otra, la aparición de otras afecciones, “menores”, cambiantes y a menudo relacionadas con las clases acomodadas, que dificultaban la vida sin impedir su desarrollo en condiciones suficientemente funcionales (Pressman, 1993). Así, la psiquiatría, desde su origen, tiene un encargo social que acompaña a su supuesto ámbito de saber: la gestión de un grupo de población marginal⁹¹. Pero también desde muy pronto empieza a ampliar su foco: como ha mostrado Sandra Caponi, la teoría de la degeneración de Morel, planteada a mediados del siglo XIX, supuso un doble avance respecto al primer alienismo. Por un lado, postulaba que las enfermedades mentales podían localizarse en el cuerpo, al igual que en cualquier otra especialidad médica; por otro, permitía “extender los dominios de la psiquiatría más allá de las fronteras del asilo” (2009b: 443). A esto lo llama la autora “psiquiatría ampliada”:

La teoría de la degeneración crea un marco explicativo extenso de la enfermedad mental en el interior del cual desaparecen las barreras taxativas entre la alienación y las degeneraciones menores (desvíos físicos o morales del tipo primitivo). Cada caso de degeneración, del más leve al más grave, es visto como resultado de causas físicas (lesiones cerebrales), intelectuales, sociales y morales interrelacionadas, siendo que la causa principal de las enfermedades mentales será la predisposición degenerativa (mórbida) vinculada a la herencia patológica. En ese marco teórico el suceso [sic] de la psiquiatría estará dado por la prevención y la anticipación de la locura y su espacio de intervención privilegiado estará fuera de los muros del asilo, donde habitan los casos irreversibles. (Caponi, 2009b: 444)

Vemos por lo tanto que el higienismo en lo que vendría a llamarse “salud mental” tiene raíces profundas que parten del interior de la misma disciplina psiquiátrica. Esto pone de manifiesto

91 Exactamente quién forme parte de dicho grupo dependerá en gran medida de la forma de organización social y de la flexibilidad y capacidad de adaptación del grupo en torno a ciertas conductas atípicas o ciertas dificultades cognitivas. Esta flexibilidad disminuye significativamente en entornos urbanos y en sistemas económicos de mercado complejos, por lo que la implantación progresiva del capitalismo ha agudizado los procesos de marginalización al tiempo que ha intensificado de manera significativa la necesidad de control sobre lxs marginadxs (Fernández Liria, 2018).

que la psiquiatría tiene desde su origen un doble impulso: de control y de reforma. Como se puede ver analizando los mitos fundadores de la psiquiatría, como el “jofrismo” hispano o la imagen de Pinel liberando a los locos de sus cadenas en la Salpêtrière (Erro, 2021: 67-75), esta disciplina está atravesada en su base tanto por un impulso “humanitario” o “caritativo” como por la tendencia al confinamiento que ha marcado la respuesta a la locura en Occidente desde la Edad Media (Martínez Hernández, 1998a: 53-56). Estos dos impulsos se han convertido en los hilos con los cuales se ha ido trenzando la historia de la psiquiatría y, con ella, la del campo de la “salud mental” en el cual se enmarca y que de hecho hegemoniza, tanto a nivel profesional como epistemológico. No se puede entender una dimensión sin la otra.

Al mismo tiempo, la psiquiatría está atravesada por otra tensión: su ubicación como una rama de la medicina entra en conflicto con la inconsistencia de sus marcos explicativos, de sus métodos y sobre todo de sus resultados. Mientras que otras disciplinas médicas, durante el siglo XIX, consiguieron profundizar su comprensión de las etiologías y cursos naturales de las enfermedades que les competen, y con ello obtuvieron mejoras sustantivas a la hora de tratarlas, la psiquiatría tenía un problema totalmente básico: ni siquiera existía (ni existe aún) un acuerdo o una noción clara de si aquello que trata es una enfermedad que se pueda ubicar, como lo hacen las demás ramas médicas, en una parte concreta del cuerpo. Esta dificultad favoreció la emergencia de diversas escuelas teóricas contrapuestas, ninguna de las cuales poseía una ventaja clara. La discusión interminable y aparentemente irresoluble sobre las causas de las enfermedades mentales restaba credibilidad científica a la disciplina. Si bien algunas escuelas, empezando por el degeneracionismo de Morel, sí situaban las enfermedades en el cerebro o el sistema nervioso, lo cual habría supuesto la confirmación definitiva de la psiquiatría como una disciplina científica bien delimitada, la ausencia de pruebas concluyentes mantenía el debate abierto.

Este complejo de la psiquiatría despertó una necesidad de obtener reconocimiento científico por otras vías⁹². Este fue el impulso que animó la creación de la primera clasificación internacional de enfermedades mentales en 1889: la construcción de un sistema nosológico unificado, con un lenguaje compartido, debía servir para la elaboración de estadísticas, cuyo uso en otras disciplinas

92 Esta necesidad de reconocimiento científico no solo era una cuestión de ego para los profesionales de la psiquiatría, sino que era imprescindible para que pudieran cumplir con la tarea de control social que se les había encomendado; como nos señala Joanna Moncrieff, “En una sociedad liberal moderna donde los derechos del individuo son preeminentes, la psiquiatría solo puede cumplir sus funciones presentándose a sí misma como una actividad técnica inmune a las consideraciones políticas” (2022: 5). En este sentido, es fundamental señalar que gran parte del reconocimiento público de la autoridad psiquiátrica en la gestión de la locura fue consecuencia de la necesidad de contar con testimonio experto en casos penales donde la persona acusada alegaba un estado de locura para declararse inocente (Pressman, 1993: 66-67).

médicas había sido tan exitoso, y podía dar una mayor impresión de robustez gracias a la cuantificación (Caponi, 2012). El obstáculo era, naturalmente, que los debates no resueltos hacían casi imposible encontrar un punto de acuerdo. ¿Sobre qué base construir esa nosología? Ni la anatomopatología, que como he señalado carecía de pruebas suficientemente convincentes, ni la etiología, discutida en función de la escuela teórica e incluso dentro de las mismas escuelas, podían constituirse en las bases de una clasificación de consenso; pero el resto de opciones resultaban menos serias (Caponi, 2011).

Finalmente, para salvar los obstáculos se configuró una clasificación ateórica, basada en criterios sintomatológicos y, en menor medida, de evolución de la enfermedad, que a pesar de no contentar del todo a nadie debido a sus inconsistencias y duplicidades, debía servir al menos para establecer un lenguaje compartido mínimo. Su adopción se llevó a cabo de forma desigual, y en ningún momento se abandonó la esperanza de fondo de que la disciplina podría evolucionar lo suficiente como para acabar abandonando estas clasificaciones endebles por otras más robustas, propiamente médicas. Pero su valor reside en que inauguró

una nueva estrategia de validación de la psiquiatría [...] que será recuperada años más tarde, específicamente a partir de la elaboración del DSM-III, [y] permitirá que la psiquiatría contemporánea encuentre una instancia de legitimación, y una justificación epistemológica de sus clasificaciones, fuera del campo de la medicina. Lo que esa estrategia instala es la creencia de que ya no es necesario esperar hasta encontrar explicaciones anatomopatológicas o etiológicas para las enfermedades mentales, que es posible crear, por consenso, una clasificación de patologías libre de postulados teóricos, lo suficientemente práctica y simple como para poder ser cuantificada. (Caponi, 2011: 88)

Es necesario tener todo esto en mente para entender las implicaciones de lo sucedido en las últimas décadas del siglo XX, cuando se suceden dos grandes procesos interrelacionados: la reforma psiquiátrica descrita en el capítulo de contexto y el ascenso de la psiquiatría biologicista a su actual lugar hegemónico. Este último proceso tiene su momento definitorio en la publicación, en 1980, del DSM-III. Esta tercera edición del *Manual Estadístico y Diagnóstico de los Trastornos Mentales*, publicado por la American Psychiatric Association (1980), supuso un golpe de timón claro respecto a las anteriores (de inspiración psicoanalítica) al consagrar, como anticipaba la cita anterior, un enfoque (supuestamente) ateórico, operativo y descriptivo en el trabajo clínico. Es decir: su forma de clasificar los trastornos (que no enfermedades⁹³) mentales se basa en síndromes o

93 “Los DSMs hablan de trastornos mentales, no de enfermedades. Esto se debe a que el concepto de enfermedad

conjuntos de síntomas, descritos de forma “objetiva y supuestamente neutra” (Martinhago y Caponi, 2019a: 79), abstraída de cualquier enfoque teórico o de “las historias de vida, de las narrativas de los pacientes, de las causas psicológicas y sociales” (*Idem*) de los trastornos.

El problema es que lo que subyacía a este enfoque “ateórico” era, realmente, una teoría biologicista de las causas de los trastornos mentales – así como de sus remedios. Como mencionaba antes, tras la elaboración de este tipo de clasificaciones siempre ha estado la esperanza de poder hallar, en el futuro cercano, una base biológica incuestionable para las enfermedades mentales cuyo descubrimiento pueda sustituir la actual e imperfecta comprensión de las mismas. No en vano, al proyecto del DSM-III se le denomina “neokraepeliniano”, en referencia a Emil Kraepelin, el “padre de la psiquiatría moderna” cuya principal aportación fue la clasificación de las enfermedades mentales en una taxonomía inspirada en la botánica que las tomaba como “especies precisas y determinadas” (Caponi y Martínez-Hernández, 2013: 486), eliminando cualquier traza de la subjetividad de la persona que padece el trastorno. Esto a pesar de “la falta de un conocimiento sobre las bases etiológicas” (*Ibid.*: 479) de la mayoría de “enfermedades”: Kraepelin estaba “a la espera del momento en que se pueda establecer una vinculación corroborada entre lesión cerebral y cuadro clínico” (*Idem*); de modo similar, ahora se espera poder trazar pronto vínculos entre procesos neuroquímicos o factores genéticos y trastornos concretos⁹⁴.

Así pues, el enfoque descriptivo consigue, subrepticamente, eliminar cualquier referencia al contexto subjetivo o social donde emergen los sufrimientos, convirtiendo los trastornos en “entidades personificadas y subjetivadas, [en] fantasmagorías con vida propia” (Caponi y Martínez-Hernández, 2013: 487), mientras que “los sujetos emergen como islas psicopatológicas” (Martínez-

implica una etiología, una agrupación de síntomas, un curso y un pronóstico, así como una cierta respuesta al tratamiento. En cambio, no es posible determinar los factores etiológicos, ni los procesos patológicos subyacentes para gran parte de los cuadros clínicos. Así, la opción es describir detalladamente los criterios diagnósticos actualizados de los trastornos mentales, de modo que puedan ser identificados por los terapeutas y transmitido a los profesionales por un lenguaje común. En este sentido, el DSM-V [sic], así como las versiones anteriores del DSM, se caracteriza más como un diccionario descriptivo que como un manual de patología” (Martinhago y Caponi, 2019b: 7-8)

94 Esta es de hecho una de las líneas críticas con el DSM, que volvió a primera plana del debate con el lanzamiento de la última edición, el DSM-5, en 2013: Thomas Insel, por entonces director del National Institute of Mental Health (NIMH) estadounidense, anunció que su institución abandonaría el uso de la clasificación del DSM y optaría en su lugar por construir una diferente basada “en la biología y no en la sintomatología” mediante la “incorporación de estudios genéticos, de imágenes cerebrales y de referencias a las ciencias cognitivas” (Caponi, 2014: 747). Se escuchaban en sus críticas los ecos de los psiquiatras inconformes con aquella primera y deficiente Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales, para quienes no existía “ninguna utilidad práctica en defender una clasificación que no [poseyese] una base teórica sólida” (Caponi, 2011: 83).

Hernández y Correa-Urquiza, 2017: 269). Esta “sinécdoque organicista de la psiquiatría biomédica” (*Idem*) se convierte en la base epistemológica que permite, a partir de los años ochenta, un giro esencial. Al entender los trastornos como enfermedades del cerebro, el tratamiento por excelencia será el farmacológico; con ello, la industria farmacéutica se convierte en uno de los actores clave en el ámbito de la “salud mental”, como lo es también en la salud de forma más amplia. Como resultado conjunto de los intereses de esta industria, de la debilidad epistemológica del enfoque desde el que se elabora el DSM⁹⁵ y de las carencias y complejos de la psiquiatría antes comentadas, el DSM no ha parado de crecer: se ha pasado de 106 diagnósticos en 132 páginas en el DSM-I a más de 300 diagnósticos recogidos en 948 páginas en el DSM-5 (Caponi, 2014; Martinhago y Caponi, 2019b).

Esta tendencia ilustra el hecho de que la psiquiatría actual, enmarcada dentro de la “salud mental” y auxiliada, por tanto, por disciplinas como la psicología, ha cambiado sus estrategias de control, de un modo que podemos comprender mejor si empleamos los conceptos foucaultianos de gubernamentalidad y biopolítica. Estos conceptos no son absolutamente cristalinos, por una parte porque fueron desarrollados en clases y conferencias, de modo que Foucault no llegó a publicar una versión definitiva de los mismos en ningún texto, y por otra porque este autor se oponía al uso de definiciones rígidas de conceptos a nivel teórico (Hutchinson y O'Malley, 2019: 64-65). No obstante, en lo esencial, podemos decir que la biopolítica, que fue el concepto central al que dedicó sus últimos años, designa “la manera como se ha procurado, desde el siglo XVIII, racionalizar los problemas planteados a la práctica gubernamental por los fenómenos propios de un conjunto de seres vivos constituidos como población: salud, higiene, natalidad, longevidad, razas...” (Foucault, 2007a: 359).

Esto quiere decir que el foco a la hora de gobernar se desplazó. Anteriormente imperaba una concepción del poder articulada en torno a la noción de soberanía. La cuestión clave en la que se cifraba el poder soberano era “el derecho de vida y muerte” (Foucault, 1976/2007b: 163). Con la llegada de la biopolítica, según reza la conocida fórmula, “el viejo derecho de *hacer* morir o *dejar* vivir fue remplazado por el poder de hacer *vivir* o de *rechazar* hacia la muerte”⁹⁶ (*Ibid.*: 167). O, dicho de otra forma, a partir de este momento la “tarea” que se propone “el poder político [es] la

95 Incluso autores que adoptan un biologicismo entusiasta, como Assen Jablensky (2016), reconocen que las clasificaciones de trastornos actuales (incluye también la Clasificación Internacional de Enfermedades o CIE, publicada por la OMS) se basan en categorías con escasa o nula validez. Esto quiere decir que no se ha podido mostrar que efectivamente respondan a entidades naturales como pretendía Kraepelin. No obstante, defiendan que las clasificaciones tienen cierta utilidad pese a todo gracias a la información clínica que recogen.

96 Cursivas en el original.

administración de la vida” (*Ibid.*: 168). De este modo, encontramos que cambian los objetivos de la política; y en consecuencia, cambian también sus análisis, sus instituciones, sus estrategias y sus técnicas. A esta amalgama de innovaciones que sirven para “conducir la conducta de los hombres [sic]” (Foucault, 2007a: 218), en lugar de meramente ejercer la soberanía sobre un territorio, es a lo que Foucault llama gubernamentalidad. Y esto se traduce en buena medida en la incorporación a la subjetividad de las personas gobernadas de mecanismos de autogobierno: el modelaje de nuevas “tecnologías del yo” (Foucault, 2008) tales que “los sujetos de la gubernamentalidad [...] produzcan los fines del gobierno al autorrealizarse” (Hutchinson y O'Malley, 2019: 68).

Pues bien, volviendo a la salud mental: por un lado, la aparición de los tratamientos farmacológicos hizo innecesario, como vimos, el confinamiento constante. En su lugar, para controlar a esa población de locxs que no encajan en la estructura social, ahora existen los medicamentos y, decisivamente, se emplean conceptos como “conciencia de enfermedad” o “adherencia al tratamiento”, inculcados de manera constante como una forma de interiorización de las perspectivas hegemónicas sobre qué significa su sufrimiento psíquico y cómo actuar frente a él. Este giro en los modos de control apunta a un progresivo desplazamiento en la gestión de la locura del modo de gobierno que Foucault llamó “disciplina” en favor de la gubernamentalidad.

Según el filósofo francés, “la disciplina centra, concentra, encierra. Su primer gesto, en efecto, radica en circunscribir un espacio dentro del cual su poder y los mecanismos de este actuarán a pleno y sin límites” (Foucault, 2006: 66). En cambio, la gubernamentalidad, que para estos efectos se puede definir como “esa forma bien específica, aunque muy compleja, de poder que tiene por blanco principal la población” (2006: 136)⁹⁷, pretende tomar a esa población como conjunto, segmentarla de las maneras que le sean convenientes y establecer dentro de ella los mecanismos de control adecuados para evitar determinados riesgos (en este caso, por ejemplo, un brote o descompensación). De este modo, en lugar de mantener una vigilancia y control constante sobre los cuerpos de lxs locxs, lo que se hace es devolverlxs a la población general, utilizando los medicamentos para normalizar la conducta y herramientas didácticas como la psicoeducación para situar el locus de control dentro del sujeto⁹⁸.

97 Según explican los editores, esta primera noción de gubernamentalidad expuesta en *Seguridad, territorio, población* está aún ligada únicamente a “las técnicas de gobierno que sirven de base a la formación del Estado moderno”, mientras que la noción que empleará un año más tarde en *El nacimiento de la biopolítica*, citada antes, es más amplia (Foucault, 2006: 448).

98 Esta caracterización puede parecer totalizante, pero hay que recordar lo que indican Hutchinson y O'Malley: “Foucault [...] sostenía que siempre hay múltiples tecnologías [de poder] operando simultáneamente, y que en la actualidad predomina un «triángulo» de soberanía-disciplina-gubernamentalidad (Foucault, 1991). Dicho de forma

Al mismo tiempo, la ampliación constante del campo de la salud mental ha permitido que comportamientos, actitudes y emociones que anteriormente se concebían como parte normal de la vida se patologicen y codifiquen como trastornos mentales. Es decir, la capacidad de la psiquiatría y otras disciplinas psi, como saberes expertos, de distinguir lo normal de lo patológico les permite extender su ámbito de control. Si nos fijamos en el DSM, vemos que la combinación del aumento de categorías diagnósticas y la rebaja de los umbrales considerados patológicos en las categorías ya existentes ha llevado a una “inflación diagnóstica” (Frances, 2013: 68). Este fenómeno ha sido criticado incluso por personas que han participado de la elaboración del manual, como Allen Frances, quien dirigió la redacción del DSM-IV y sin embargo se convirtió en uno de los críticos más visibles del DSM-5⁹⁹. Sandra Caponi ha ido un paso más allá: sobre la base de la crítica de Frances, ha caracterizado el DSM como un “dispositivo de seguridad” en el sentido foucaultiano. Los dispositivos de seguridad son para Foucault el “instrumento técnico esencial” de la gubernamentalidad (2006: 136).

Estos dispositivos de seguridad se caracterizan por producir sus efectos de normalización tomando como base al conjunto de la población, en lugar de a individuos concretos, como bajo un régimen disciplinar; esto lo consiguen gracias a la cuantificación del *riesgo* de que un problema para la seguridad (como una enfermedad) afecte a la población en su conjunto y a sus distintos segmentos (Foucault, 2006: 79-84). Tal como señala Caponi (2014: 751-753) utilizando los argumentos de Frances, el DSM encaja en este tipo de mecanismos al 1) establecer fronteras difusas entre lo normal y lo patológico; 2) utilizar las estadísticas, en lugar del juicio clínico de lx profesional, para determinar si un determinado síntoma es significativo; y 3) convertir los desvíos menores de la norma en expresiones de un riesgo del desarrollo posterior de una patología. Pero, frente a la crítica de Frances que solo aplica a la última edición del manual, Caponi señala que

esa característica no es exclusiva del DSM-V [sic], como desearía Frances, sino que puede

sencilla, no hay «sociedades disciplinarias» o «sociedades de gubernamentalidad» (ni tampoco «sociedades de control»), solo el funcionamiento simultáneo e interconectado de diferentes técnicas de gobierno. El gobierno moviliza tales tecnologías de muchas maneras y en múltiples combinaciones en distintos lugares. [...] La disciplina no fue desplazada por «la sociedad del riesgo», puesto que posibilita la recopilación de datos actuariales y la puesta en práctica operativa de técnicas basadas en el riesgo. Así pues, ninguna concepción de una «sociedad disciplinaria» o «sociedad del riesgo» como épocas históricas puede comprender por completo la operación del gobierno; nunca puede haber un «triunfo» de un *telos* particular del mando” (2019: 72). Esto es evidente para nuestro caso si observamos la pervivencia de espacios de encierro para lxs locxs, desde los servicios de agudos o las comunidades terapéuticas a, en muchos casos, el propio espacio doméstico (Alegre-Agís, 2018).

99 En la quinta edición del manual, se comenzaron a utilizar los guarismos arábigos para designar el número de la edición, frente a los guarismos romanos que se emplearon en las cuatro primeras ediciones.

ser extensiva a las anteriores ediciones del DSM, por ejemplo, cuando se afirma que la existencia de uno o más síntomas (de los nueve listados en el DSM-IV) para la depresión indica ya la existencia de riesgo de llegar a sufrir un episodio depresivo en el futuro. (Caponi, 2014: 751)

En este sentido, categorías diagnósticas como el de Trastorno Negativista Desafiante (Caponi, 2018) o el de Síndrome de Psicosis Atenuado (Frances, 2013: 198-199), centradas en personas jóvenes e incluso en niñas, son ejemplos claros de esta lógica de anticipación de riesgos característica del gobierno biopolítico de la población, ya que se utilizan con propósitos preventivos: su objetivo es un tratamiento temprano que evite el desarrollo de problemas de salud mental más graves en el futuro.

No obstante, es importante reseñar que, pese a la hegemonía de la psiquiatría biomédica en el campo de la salud mental, otros discursos psi también muy extendidos, como la psicología cognitivo-conductual o la Gestalt, comparten el problema de situar en el centro de nuestra concepción del ser humano la psique individual, como un constructo emancipado de su contexto de producción. Es decir, se habla de un sujeto¹⁰⁰ falsamente autosuficiente y autónomo, una concepción del sujeto que muchas autoras feministas han señalado como una tramposa y androcéntrica fantasía que ignora el contexto en el que se configuran esas subjetividades; la fantasía de la individualidad, como la llamaría Almudena Hernando (2018). Esto es lo que la socióloga Heidi Rimke ha llamado psicocentrismo: “la perspectiva según la cual todos los problemas humanos son patologías innatas de la mente y/o el cuerpo individual, responsabilizando al individuo de la salud y la enfermedad, el éxito y el fracaso” (Rimke y Brock, 2012: 183).

Lo crucial es que estos discursos, lejos de estar limitados a un ámbito puramente técnico, están diseminados por toda la sociedad. Los conocimientos de las disciplinas psi “se [han] popularizado y empaquetado en formas particulares, de modo que permean la cultura popular occidental, hasta el punto de que esta se ha convertido en lo que algunas personas han llamado una cultura terapéutica” (Rimke y Brock, 2012: 194). Vanina Papalini define la cultura terapéutica como la “extensión y vulgarización de saberes, técnicas y recursos de apoyo subjetivo que están inmediatamente disponibles a la sociedad y a los que se accede sin la intervención de un dispositivo experto” (citada en Martínez Guzmán y Medina Cárdenas, 2021: 3). Es decir: la cuestión no es ya que lxs profesionales psi controlen directa, personalmente, las subjetividades de la población, sino que, siguiendo el modelo de control biopolítico de la población, las propias personas comunes estamos constantemente recibiendo, aplicando y diseminando los discursos psi para comprender

100 He decidido mantener en masculino “el sujeto” durante todo este capítulo como forma de visibilizar esta concepción androcéntrica del mismo que domina también la teorización en las ciencias sociales.

nuestra subjetividad y la de quienes nos rodean.

En nuestra cultura de la terapia la mayoría de nosotrxs, si no todxs, participamos en actividades diseñadas para mantenernos emocionalmente sanxs, vayamos o no a la consulta de unx terapeuta. Usamos cotidianamente lo que Foucault llamó tecnologías del yo, para «diagnosticar» y clasificar a otrxs y a nosotrxs mismxs. Cuando empleamos estas tecnologías del yo, estamos siendo gobernadx, nos estamos gobernando a nosotrxs mismxs y a su vez esto nos lleva a gobernar a lxs otrxs. (Rimke y Brock, 2012: 195)

Eva Illouz (2007) ha estudiado en detalle este proceso de popularización de los discursos psi. Ha mostrado que fueron decisivos tanto cambios en la industria cultural (como la aparición del libro de bolsillo y la consiguiente popularización del género de la autoayuda), como cambios en la teoría psicológica para amoldarse a los tiempos (como el desarrollo de la psicología humanista, de fuerte impronta contracultural). En su libro *Intimididades congeladas*, Illouz explora cómo este conocimiento cada vez más tecnificado de nuestro yo ha dado forma a nuestra manera de comprendernos a nosotrxs mismxs, de comprender nuestras relaciones amorosas o de gestionar nuestras expresiones emocionales en el contexto laboral. La autora se ha referido a este proceso amplio, que va desde la creación de los discursos expertos a su integración, tan normalizada que es casi imperceptible, en la cultura popular, como la creación de un “campo emocional”:

Todos esos actores diferentes convergieron en la creación de un campo de acción en el que la salud mental y emocional es la principal mercancía en circulación. Todos contribuyeron a la emergencia de lo que llamo un campo emocional, es decir, una esfera de la vida social en la que el Estado, la academia, distintos segmentos de las industrias culturales, grupos de profesionales acreditados por el Estado y la universidad, el gran mercado de medicamentos y la cultura popular, coincidieron para crear un campo de acción y discurso con sus propias reglas, objetos y límites. La rivalidad entre distintas escuelas de psicología, o la rivalidad entre psiquiatría y psicología, no debe ocultar el hecho de que en última instancia están de acuerdo en definir la vida emocional como necesitada de dirección y control y en regularla según el ideal de salud en constante expansión. (Illouz, 2007: 138)

De este modo, la “salud mental” se convierte en sí misma en un campo privilegiado de control biopolítico de la población general: cada vez más personas por más motivos son susceptibles de regulación y reglamentación en su forma de vivir desde los saberes psi, y estos saberes están cada vez más difundidos entre la propia población, que los utiliza para comprender y explicar su conducta y la de sus semejantes. La cuestión es que este fenómeno está íntimamente vinculado con otro proceso histórico: el ascenso del neoliberalismo. Como exponen Esposito y Perez: “el ascenso de la revolución psicofarmacológica y la correspondiente medicalización de la

vida han tenido lugar en concierto con los desarrollos estructurales más amplios desarrollados durante la era neoliberal” (2014: 433). Ahora bien, ¿a qué nos referimos exactamente cuando hablamos de neoliberalismo?

No es casual que Foucault decidiese titular uno de sus cursos *El nacimiento de la biopolítica* y acabase, en cambio, hablando sobre el neoliberalismo: según él mismo explicaba a modo de justificación al terminar las clases, “me parece que no se puede disociar [el análisis de la biopolítica] del marco de racionalidad política dentro del cual se manifestaron y adquirieron su agudeza” los problemas que esta enfrenta (2007a: 359). Este marco, en los tiempos de la emergencia de la biopolítica, era el liberalismo, mientras que la “racionalidad política” de nuestros tiempos es una mutación de aquel: el neoliberalismo.

¿Qué quiere decir que el neoliberalismo sea una racionalidad política, y en qué se diferencia del liberalismo clásico? “Neoliberalismo” es un concepto utilizado con mucha frecuencia hoy en día, a veces de forma confusa e imprecisa, como una forma de señalar todo lo que hay de malo en la actual etapa del capitalismo. Ante este panorama, me parece importante aclarar en qué sentido lo voy a usar. Si partimos de su sentido más básico y primitivo, el neoliberalismo sería una doctrina económica surgida como crítica a los enfoques keynesianos aplicados en Occidente desde los años veinte y treinta del siglo XX y convertidos en hegemónicos durante la post-Segunda Guerra Mundial (Foucault, 2007a: 250-252). Inspirado por autores austriacos como Ludwig von Mises y Friedrich Hayek, desarrollado posteriormente en EE.UU. por la llamada Escuela de Chicago, y aplicado en primer lugar en países latinoamericanos como Chile tras el golpe de Estado de Pinochet en 1973, el neoliberalismo se convirtió en uno de los elementos esenciales del proyecto ideológico de la revolución conservadora emprendida por los gobiernos de Reagan en EE.UU. y Thatcher en Reino Unido en la década de los ochenta del siglo XX¹⁰¹. En este sentido, una definición clásica sería la del geógrafo David Harvey:

El neoliberalismo es una teoría de las prácticas político-económicas que propone que la mejor manera de promover el bienestar humano es la maximización de las libertades empresariales, dentro de un marco institucional caracterizado por derechos de propiedad privada, libertad individual, mercados sin cortapisas y libre comercio. El rol del Estado es crear y preservar un marco institucional apropiado para tales prácticas. (2007: 22)

101 Es en este sentido puramente político-económico en el que hablé de “neoliberalismo” en el capítulo de contexto. En este capítulo, mi intención precisamente es profundizar en los significados más profundos del concepto para comprender el papel que cumple la “salud mental” en la sociedad actual.

Según dice la teoría, las tareas del Estado se limitarían a las funciones de defensa y orden público, retirándose de cualquier otro ámbito y favoreciendo en su lugar la aplicación de las normas del mercado libre a todos los espacios sociales posibles (*Ibid.*: 22-23). Esto implica el desmantelamiento de los sistemas de protección social estatales, incluyendo buena parte de la reglamentación del mercado de trabajo que beneficia a lxs asalariadxs. No obstante, esta suele ser una de las principales confusiones conceptuales en torno al neoliberalismo: frente al liberalismo clásico que sencillamente desconfía del Estado y predica el “dogma del *laissez-faire*”, en palabras de Walter Lippman (citado en Laval y Dardot, 2013: 70), el neoliberalismo entiende que el Estado tiene como función esencial la promoción activa de la ampliación de la lógica del mercado a tantos ámbitos como sea posible. Es decir, el Estado no solo tiene una función negativa, de autocontención o retirada, sino también positiva, de construcción de condiciones de mercado o asimilables a estas (Laval y Dardot, 2013: 56-90)¹⁰².

Lo interesante de este matiz es que revela que el proyecto del neoliberalismo va más allá de la mera economía política. El neoliberalismo postula que la economía de mercado, definida fundamentalmente por la competencia sobre la base de las leyes de la oferta y la demanda, es el modelo sobre la base del cual deberían organizarse todos los aspectos de la vida, incluyendo la propia subjetividad humana. En este sentido, el neoliberalismo es al mismo tiempo “una política económica, una modalidad de gobierno y un orden racional” (Brown, 2015: 20)¹⁰³. A esto es a lo que apuntaba Foucault al hablar del neoliberalismo como una “racionalidad política”. ¿Qué es lo que pretende esta racionalidad política? Como lo expresan Christian Laval y Pierre Dardot en su libro *La nueva razón del mundo*:

El modelo neoliberal no se da como objetivo corregir sistemáticamente los «fracasos del mercado» en función de objetivos políticos que se juzguen deseables para el bienestar de la población. Su meta es, en primer lugar, crear situaciones de competencia que supuestamente

102 Hay que decir que este avance teórico del neoliberalismo, además de serle extremadamente útil en la aplicación política de sus doctrinas, es más honesto y ajustado a la realidad empírica del desarrollo del capitalismo histórico: la expansión de la lógica de acumulación habría sido imposible sin el uso de las herramientas del Estado por parte de las élites acumuladoras para avanzar sus intereses, por ejemplo mediante la mercantilización de nuevos ámbitos de la vida social, en un proceso siempre disputado y conflictivo (Wallerstein, 2012: 37-60).

103 Además, añade Brown, el neoliberalismo ha tenido diversas formas de implantación en distintos lugares del mundo y “ha cambiado con el tiempo, especialmente, pero no exclusivamente, con la transición de una economía productiva a una economía cada vez más financiera” (2015: 21). Esto por no hablar de que incluso antes de su triunfo político, las raíces intelectuales de esta ideología eran diversas en distintos países (Foucault, 2007a: 93-248). Al menos parte de las frecuentes confusiones conceptuales generadas por el concepto se pueden atribuir a este carácter polimorfo y proteico del propio fenómeno estudiado.

son ventajosas para los más «aptos» y los más fuertes, así como para adaptar a los individuos a la competencia, considerada fuente de todo lo que es beneficioso (2013: 291)

Ese proceso de adaptar a los individuos a la competición, la creación del *homo oeconomicus* mediante la intervención política, es una idea que se funda en el concepto de “capital humano”, desarrollado por economistas como Theodore Schultz y Gary Becker (Foucault, 2007a: 255-258). El concepto surge del análisis crítico del concepto económico clásico de “trabajo” que realizan estos autores, y que los lleva a redefinir el mismo como una forma de capital muy particular: uno que es indisoluble de la persona que lo ostenta, es decir, capital humano (Foucault, 2007a: 261-263). La consecuencia de esta forma de entender el trabajo es que dibuja a un individuo que es *homo oeconomicus* en el sentido de que se concibe a sí mismo como una empresa. Este es, para Foucault, el principio metodológico que define al neoliberalismo:

la idea de que el análisis económico debe reencontrar como elemento de base de esos desciframientos no tanto al individuo, no tanto procesos o mecanismos, sino empresas. Una economía hecha de unidades-empresas, una sociedad hecha de unidades-empresas [...] El *homo oeconomicus* es un empresario, y un empresario de sí mismo. (Foucault, 2007a: 264)

El efecto de este cambio de perspectiva sobre unx mismx, el pasar a comprenderse como una empresa con una determinada capacidad de generar ingresos, un capital humano, el cual hay que maximizar, ha sido el efecto primordial del triunfo político del neoliberalismo en la subjetividad humana de las sociedades postindustriales. La idea de que la educación es una inversión en el propio futuro es un tópico que se origina precisamente en la retórica de estos autores neoliberales (Foucault, 2007a: 269). Esto supone una importante transformación en la forma de percibirse a sí mismo que tiene el sujeto con respecto a la subjetividad que se promocionaba durante el capitalismo industrial. El sujeto de esa época era un sujeto productivo, cuyo objetivo era maximizar su bienestar y que se pensaba a sí mismo a través de la figura del contrato: un acuerdo voluntario entre individuos libres, que venía a sustituir progresivamente los vínculos basados en el parentesco y la reciprocidad (Laval y Dardot, 2013: 326-330).

En contraste, el sujeto neoliberal, al tomar como imagen desde la cual pensarse la empresa, percibe las relaciones sociales en clave de competencia (eso sí, una competencia virtuosa, que conduce al mejor resultado posible) y se marca como objetivo no la maximización del bienestar, sino el perfeccionamiento de sí mismo, o lo que es lo mismo, la maximización de su capital humano.

El individuo competente y competitivo es el que busca el modo de maximizar su capital humano en todos los dominios, que no trata únicamente de proyectarse en el porvenir y

calcular sus ganancias y sus costes, como el antiguo hombre económico, sino que persigue, sobre todo, trabajar sobre sí mismo con el fin de transformarse permanentemente, de mejorar, de volverse cada vez más eficaz (Laval y Dardot, 2013: 338)

Este trabajo sobre unx mismx en un ambiente de competición constante se traduce en una valorización del riesgo como una característica estructural de la vida humana: “«vivir en la incertidumbre» se presenta como un estado natural” (Laval y Dardot, 2013: 352). Asistimos así a una naturalización de la vulnerabilidad de sentido contrario a la que las autoras feministas han tratado de efectuar en tiempos recientes. Al partir del individuo-empresa y no de la interdependencia entre los seres humanos, la vulnerabilidad aparece no como un impulso para cuidar la trama de la vida, sino como un acicate para competir, para estar siempre vigilantes, para abrazar el riesgo como forma de evitar el estancamiento y, con él, la posibilidad de movilidad social descendente¹⁰⁴. Y es que este riesgo, que Ulrich Beck (1986/1998) señaló agudamente hace casi cuatro décadas como la esencia de la “nueva modernidad”, se entiende en todo momento como un riesgo de naturaleza individual, que da lugar a fracasos individuales, por los que la responsabilidad solo puede achacarse al individuo.

Con todo ello comprendemos mejor la afirmación de Margaret Thatcher según la cual “La economía es el método. El objetivo es cambiar el alma” (citada en Laval y Dardot, 2013: 335). Este cambio en el alma de las personas implica que la concepción del mundo social en términos de esferas estrictamente separadas que trajo consigo la Modernidad (si bien esas esferas, en la práctica, estaban y están mucho más mezcladas de lo que se admitía) se disuelve en favor de un imperialismo del ámbito económico, cuyas lógicas pasan a dominar el resto de esferas sociales. Wendy Brown (2015) ha expuesto los efectos desdemocratizadores de la aplicación de la lógica empresarial al ámbito de la política.

Para la politóloga estadounidense, el neoliberalismo ha conseguido que el *homo oeconomicus* destruya al *homo politicus* (Brown, 2015: 87-111). Esto se ha conseguido entre otras cosas gracias al credo neoliberal de que “el *management* [gestión] privado es siempre más eficaz que la administración pública; que el sector privado es más reactivo, más flexible, más innovador,

104 Si atendemos al trabajo de Almudena Hernando (2018: 104-107), la necesidad de cambio viene siendo parte de la construcción de la subjetividad del individuo desde la llegada de la Modernidad y la Revolución Industrial. No obstante, por un lado, Laval y Dardot se encargan de subrayar que la subjetividad neoliberal presenta tanto rupturas como continuidades con las formas de subjetividad previas; y por otro, el sentido específico que ha tomado el concepto de “riesgo” en la era neoliberal es diferente, al estar directamente vinculado a la disolución de las medidas estatales de protección social y a los cambios legales para quitar seguridad y derechos a lxs trabajadorxs y fomentar la “flexibilidad” (léase “precariedad”) del mercado laboral.

técnicamente más eficaz” (Laval y Dardot, 2013: 293). Debido a este axioma, se tiende a plantear cualquier decisión política en términos técnicos, destruyendo la base misma de la idea de autogobierno a partir de la vida en común (Brown, 2015: 115-142). El Estado se convierte en un impedimento para el desarrollo de las libertades individuales-empresariales, así como en un obstáculo a la aplicación de los saberes técnicos más adecuados para la resolución de cualquier problema, lo cual se identifica como una forma de corrupción.

Desde esta perspectiva, solo se perciben los efectos distorsionadores sobre la democracia del Estado; el mercado, en cambio, gracias a su sana competencia, aparece como la fuente de toda virtud. En lugar del autogobierno, el ideal neoliberal es la gobernanza: “una transformación desde el gobierno a través del mando y el control organizados jerárquicamente [...] a un gobierno en red, integrado, cooperativo, en asociación, diseminado y al menos parcialmente autoorganizado” (Brown, 2015: 123). El adecuado funcionamiento de la gobernanza mundial queda al cuidado y vigilancia de organismos internacionales (Fondo Monetario Internacional, Banco Mundial, Organización Mundial del Comercio...) que imponen la concordancia de la política de cada Estado con los principios básicos del neoliberalismo (Laval y Dardot, 2013: 277-291).

Por otro lado, la mencionada Eva Illouz ha mostrado de forma muy reveladora los efectos de la aplicación de lógicas económicas en el ámbito de las relaciones amorosas. Según la socióloga franco-israelí, la progresiva incorporación del vocabulario psicológico a la comprensión del yo, por un lado, y la aparición de los sitios web (y en la actualidad las apps) de citas, por otro, han hecho que el vocabulario social y la experiencia en torno a la intimidad y los vínculos afectivos, antes contruidos por oposición al duro y competitivo mundo del mercado, ahora estén llenos de cálculos racionales, competencia y sofisticadas técnicas de presentación y narrativización del yo, selección de la pareja y negociación del conflicto (Illouz, 2007: 93-237)¹⁰⁵.

Como ya hemos visto, el neoliberalismo parte de un individualismo militante, concibiendo a cada individuo como una empresa cuyo capital humano debe maximizar. El fracaso a la hora de conseguir este o cualquier otro objetivo será siempre atribuido al individuo. Pero justamente esta misma característica, el individualismo metodológico, es lo que define a las disciplinas psi. ¿De qué maneras, entonces, podemos entender la “salud mental” contemporánea como cómplice e incluso

105 Este proceso es paralelo a la simétrica colonización del mundo profesional por el discurso técnico psicológico del capital emocional, la inteligencia emocional y la competencia comunicativa (Illouz, 2007: 11-92). Desde el punto de vista de la transformación de la subjetividad bajo el neoliberalismo, todo ello es parte del mismo proceso: el aplanamiento de las diferencias entre esferas y la tecnificación de los saberes sobre el yo para posibilitar su gestión en términos de acumulación de capital humano.

instrumento privilegiado de la expansión del neoliberalismo entendido como racionalidad política?

La colonización de todas las esferas de la vida por la lógica económica que define el neoliberalismo se detecta a muchos niveles en el campo de la salud mental. Por una parte, a nivel manifiesto, la expansión de la ideología de la gestión según la cual lo público entorpece y lo privado agiliza favorece, en cada Estado, la privatización de la provisión de cada vez más servicios. Como pudimos ver en el capítulo de contexto, esta retórica de la gestión se implantó en el sistema sanitario español durante los años noventa, y si bien el Sistema Nacional de Salud sigue siendo uno de los mejores y más eficientes del mundo, su deterioro ha sido notable, especialmente desde la crisis económica de 2008. El impacto ha sido aún más notorio en una rama del sistema ya de por sí débil, como es la salud mental. Esto sitúa en una posición delicada a quienes, por un lado, quieren defender los servicios de salud públicos pero, por otro, son críticos con la atención hegemónica en salud mental y con el sistema socioeconómico en su conjunto. Más adelante trataré de aclarar esta cuestión en lo que afecta a mi objeto de tesis.

Pero entrando en los efectos más profundos y, en cierto modo, invisibles de esta redefinición de la vida en términos económicos, vemos que la propia definición de la salud mental (entendida como un estado de las personas) ha pasado a organizarse en torno a la productividad económico-laboral:

La profesión psiquiátrica en particular acabaría por enfatizar la importancia de que rindiésemos de manera óptima en el trabajo. Este cambio se puede rastrear hasta el mismísimo año en que Reagan llegó a la presidencia: 1980. [...] De ahí en adelante, el DSM definió el mal rendimiento en el trabajo como una característica clave de los trastornos mentales [...] Por ejemplo, si tenías pocas amistades en el trabajo, experimentabas conflictos o simplemente te sentías poco inspiradx o desmotivadx por tu trabajo [...], puntuabas alto en su escala de evaluación de enfermedad mental. Al patologizar el bajo rendimiento en el trabajo, el DSM-III estableció en el mismo inicio del neoliberalismo una relación conceptual entre la enfermedad mental y la baja productividad laboral. (Davies, 2021: 271-272)

Esto es enteramente coherente con la subjetividad propia del neoliberalismo. Vimos que el sujeto neoliberal se concibe a sí mismo como una empresa cuyo capital es capital humano; esta idea viene de la concepción de que el trabajo que una persona es capaz de realizar es algo susceptible de proporcionarle ingresos, lo cual es la definición misma de “capital”; pero evidentemente en el momento en que no puede trabajar, ese capital humano pierde todo su valor. Por ello, no solo es importante que el sujeto mejore sus capacidades, su formación; es fundamental que mantenga su interés por el trabajo, que el trabajo se vuelva una fuente de recompensas subjetivas. El trabajo deja

de ser considerado el sacrificio que permite contar con recursos con los que disfrutar en el tiempo libre: trabajo y tiempo libre son ambas fuentes de un disfrute que tiene que ser cada vez mayor. Esto es lo que Laval y Dardot llaman el “dispositivo rendimiento-gozo”:

El nuevo sujeto ya no es sólo el sujeto del ciclo producción/ahorro/consumo, típico de un período maduro del capitalismo. El antiguo modelo industrial asociaba, no sin tensiones, el ascetismo puritano del trabajo, la satisfacción del consumo y la espera de un goce apacible de los bienes acumulados. Los sacrificios consentidos en el trabajo (la «desutilidad», de *desutility*) eran compensados por los bienes que se podían adquirir gracias a los beneficios, *utility*. [...] la tensión cada vez mayor entre la tendencia ascética y el hedonismo del consumo [...] había alcanzado su culmen en los años [sesenta]¹⁰⁶ [...] la resolución de esa tensión [se produce] en un dispositivo que identificaría rendimiento y goce, cuyo principio es el del «exceso» y la «superación de uno mismo» [sic]. Porque ya no se trata de hacer lo que se sabe hacer y consumir aquello de lo que se tiene necesidad, en una especie de equilibrio entre desutilidad y utilidad. Lo que se requiere del nuevo sujeto es que produzca «cada vez más» y goce «cada vez más», que esté así conectado con un «plus-de-gozar» que ya se ha convertido en sistémico. La vida misma, en todos sus aspectos, se convierte en objeto de los dispositivos de rendimiento y de goce. (2013: 360)

Así, en nuestra identificación cada vez mayor con el rendimiento en el trabajo como fuente de valía, nuestra subjetivación neoliberal nos empuja hacia una consideración patológica de cualquier obstáculo o contratiempo, cualquier circunstancia que frene nuestra “superación indefinida de [nosotrxs mismxs]” (Laval y Dardot, 2013: 361). Por eso, la habilidad esencial de cualquier sujeto neoliberal es la capacidad de adaptación, de hacer frente a las circunstancias sin que afecten a nuestro desempeño, de “afrontar y resolver productivamente los riesgos, crisis y peligros”: la resiliencia (Martínez Guzmán y Medina Cárdenas, 2021: 7). No obstante, esta resiliencia está pensada para ayudarnos a enfrentar la inseguridad laboral y vital propia del neoliberalismo, la cual choca necesariamente con cualquier deseo de estabilidad en la propia vida, deseo fácilmente comprensible si hablamos de dimensiones tales como las relaciones afectivas, la crianza o los vínculos con “la comunidad”. Esto fue lo que apuntó el sociólogo Richard Sennett (1998/2010) hace ya un cuarto de siglo en *La corrosión del carácter*: para quienes desean estas cosas, pero tienen que desenvolverse en la realidad laboral e ideológica del neoliberalismo y han incorporado sus mandatos, el conflicto intrapsíquico está servido.

Este conflicto da lugar a las “clínicas del sujeto” que apuntan Laval y Dardot: el tipo de

106 Si bien en la edición española se habla de los años cincuenta, tanto la edición brasileña como la original francesa hablan de los años sesenta, por lo que he corregido el texto.

manifestaciones patológicas que emergen en el contexto de las consultas ante este nuevo panorama socioeconómico y esta nueva configuración subjetiva. Según su perspectiva, la base de los problemas reside en la inestabilidad que genera este nuevo orden, tanto a nivel material como simbólico: “las instituciones que distribuyen los lugares, fijan las identidades, estabilizan las relaciones, imponen límites, están regidas, cada vez más, por un *principio de constante superación de los límites*”¹⁰⁷ (Laval y Dardot, 2013: 367), de tal manera que hay una carencia de referentes o anclajes seguros. Los principales resultados son una ansiedad permanente ante la constante evaluación (externa e interna) de la propia valía; una insatisfacción profunda con la propia incapacidad de dar siempre más; y una “desimbolización”, consistente en la volubilidad de los ideales y los significados que convierten “la identidad en un producto consumible”¹⁰⁸ (*Ibid*: 373).

Pero el consumismo en la salud mental neoliberal va más allá de la identidad. Literalmente, nos vemos empujados a consumir lo que necesitamos para rendir al nivel adecuado en la realidad económica, política y subjetiva del neoliberalismo. El mercado nos ofrece la adquisición de habilidades, como la mencionada resiliencia, a través de libros de autoayuda, terapias psicológicas o actividades pseudoterapéuticas como el *coaching* (Martínez Guzmán y Medina Cárdenas, 2021). Y por supuesto, el mercado, a través de la industria farmacéutica, nos propone (y la psiquiatría biomédica a menudo nos sirve en bandeja de plata mediante sus prescripciones) abundantes medicamentos para incrementar nuestro rendimiento y con él nuestro capital humano (Corbanezi, 2018: 348; Davies, 2017). Al mismo tiempo, este mismo acto de consumo se convierte en fuente de goce; en este sentido se expresan Luigi Esposito y Fernando Perez:

Así, la adquisición de servicios y/o productos que puedan ayudar a las personas a conseguir estos resultados se ve como algo benéfico y quizás incluso indispensable en la búsqueda de una vida satisfactoria y productiva. Lo que esto sugiere es que la integración, la salud mental y el bienestar humano se convierten en buena medida en funciones del consumismo. (2014: 416)

Esto va de la mano de la responsabilización individual por los fracasos: quien no se hace

107 Cursivas en el original.

108 La psicoanalista Lola López Mondéjar (2022) ha explorado estas mismas cuestiones en su ensayo *Invulnerables e invertebrados*, en el que retrata al sujeto de nuestros tiempos como invertebrado, es decir, carente de una estructura psíquica firme, debido a la sobreestimulación y la falta de mandatos superyoicos claros. Ante esta situación, la reacción del sujeto que lleva a derivas patológicas es sostener una “fantasía de la invulnerabilidad” (inspirada en la fantasía de la individualidad de Hernando): la ilusión de que se tienen capacidades ilimitadas y que nada puede dañarnos. Esta fantasía se da de bruces con la realidad de las limitaciones humanas, lo cual da lugar a esas manifestaciones patológicas en forma de trastornos ansiosos, depresivos, compulsivos... que se interpretan como fallas que deben ser reparadas con una intervención técnica efectiva, para poder volver a sostener la fantasía.

cargo de sus propias limitaciones y no lucha por superarlas es contemplado como alguien irracional y, por tanto, como alguien con problemas de salud mental (Esposito y Perez, 2014: 421). Esta transformación también favorece que el marco de la relación entre lxs profesionales de salud mental y quienes acuden a las consultas y servicios sea la de proveedorx/cliente (Esposito y Perez, 2014: 419). Quien acude desea la resolución de un problema mediante una intervención rápida, sencilla e instrumental, como la que proveen los fármacos o ciertas psicoterapias, especialmente las cognitivo-conductuales (Davies, 2021: 105-129). Esto resulta comprensible si tenemos en cuenta que cualquier otro enfoque por parte de lx paciente se puede contemplar como una búsqueda de excusas para no asumir esa responsabilidad individual sobre el propio bienestar (Esposito y Perez, 2014: 422). Pero el caso es que otros enfoques o planteamientos, incluyendo la simple negación de que el problema sea propiamente de salud mental y la sugerencia de probar otros métodos para afrontarlos, son recibidas con hostilidad e indignación. Ensayar enfoques desmedicalizantes, como señalar que la fuente de los conflictos no es psíquica sino social, se convierte así en una actividad arriesgada que puede derivar en conflictos e incluso en la interposición de una reclamación por no atender a la demanda.

No obstante, más allá de estas problemáticas emergentes vinculadas al nuevo orden político-económico y subjetivo del neoliberalismo, la gestión de la locura sigue siendo la función social esencial del sistema de salud mental. En palabras de Lisa Cosgrove y Justin Karter: “los servicios de salud mental se posicionan a un tiempo como productos que adquirir para ayudarnos a retornar a la productividad neoliberal y como sistemas de vigilancia de los cuerpos indisciplinados” (2018: 671). En este sentido, como ya he apuntado en varias ocasiones, la principal transformación de las últimas décadas ha sido la desinstitucionalización, es decir, el cierre de los manicomios y su sustitución por un sistema de atención comunitaria.

Este sistema presenta, en el caso español, las limitaciones apuntadas en el capítulo de contexto. La tendencia general que se sigue, como antes señalaba, es la de un desplazamiento de las lógicas de control social disciplinarias hacia las de la gubernamentalidad; no obstante, es precisamente en la relación con lxs locxs donde el sistema de salud mental sostiene en mayor medida los métodos coercitivos directos, con la limitación de la movilidad y la actuación sobre el cuerpo en primer plano: encierro y contención siguen jugando un rol esencial en la gestión de la locura en tiempos neoliberales, si bien de una manera más puntual y localizada. La persona loca que consume regularmente su medicación, asume su rol de enfermxx y no da problemas (es decir, aquella cuyo control se puede llevar a cabo mediante estrategias de la gubernamentalidad) escapa con mayor facilidad a estos mecanismos disciplinarios.

Ahora bien, es preciso señalar que los cambios acontecidos en las últimas décadas han hecho

que la distinción entre “lxs locxs” y el resto de población susceptible de ser intervenida por el sistema de salud mental se haga más compleja. Una vez cerrados (la mayoría de) los manicomios y acelerada la expansión de los dominios de las profesiones psi, las diferencias entre unxs y otrxs se han vuelto más bien de grado. Esto está profundamente relacionado con el papel que juega el sistema de salud mental como mediador de las medidas de protección social que, en el orden neoliberal, son cada vez más exiguas y, por tanto, más codiciadas. Más aún cuando el mercado de trabajo, como hemos visto, se ha vuelto progresivamente más duro, no solo para el tipo de personas que constituían el grupo de “lxs locxs” en la era de la institucionalización, sino para muchas otras personas (Moncrieff, 2022). Mientras tanto, la cultura terapéutica ha hecho que los saberes psi estén disponibles para su uso y apropiación, lo que ha popularizado fenómenos como el autodiagnóstico. El resultado es un escenario complejo, donde personas que nunca habrían entrado a un manicomio asumen el uso de etiquetas diagnósticas y el consumo de psicofármacos como parte de su identidad, y a la vez hay personas con diagnóstico de “trastorno mental grave” que llevan una vida laboral prácticamente normalizada más allá de los momentos de crisis.

En el movimiento en primera persona, hay colectivos y grupos que son conscientes de ello y que se niegan a emplear la terminología de las disciplinas psi para discriminar entre quienes padecen sufrimiento mental. Pero los efectos de esta confusión son tremendamente complejos y, a menudo, perversos. ¿Quién puede y quién debe acceder a pensiones de invalidez a causa de su sufrimiento psíquico? Quizás consideremos que las categorías diagnósticas no deberían jugar un papel tan central en ese proceso, o que lxs psiquiatras no son las personas idóneas para juzgar esto, pero entonces ¿qué criterios habría que seguir, y quiénes se deben encargar de hacer las evaluaciones? Incluso si optamos por la renta básica universal como solución a los problemas más inmediatos de supervivencia económica, ¿qué otras medidas habría que tomar para asegurar la no discriminación de las personas con gran sufrimiento mental? Estas son preguntas difíciles, a las que las respuestas de máximos no terminan de dar una respuesta satisfactoria de cara a reformas posibles en el corto o medio plazo. En general, no existe una respuesta de consenso para estas cuestiones en el movimiento, y en algunos casos ni siquiera hay una conceptualización clara de las opciones.

Así pues, y retomando la propuesta de Bertolete (2008) examinada al inicio de este capítulo, podríamos decir que efectivamente, la “salud mental” se puede definir como un movimiento; pero se trata de un movimiento fuertemente institucionalizado conformado por asociaciones profesionales, responsables políticxs, representantes de la industria, asociaciones de personas afectadas y, cada vez más, miembros de los medios de comunicación e *influencers* en redes sociales

que en general asumen un marco fuertemente biologicista y promocionan enfoques, políticas y tratamientos alineados con una visión neoliberal de la sociedad, la subjetividad y el sufrimiento mental¹⁰⁹. Para conseguir que la “salud mental” se convirtiera en un ámbito esencial donde intensificar el control biopolítico de la población, ha sido necesario unir a actores muy diversos en un movimiento de apoyo a un programa de refinamiento en los métodos de control de la locura y de ampliación de la población susceptible de ser tratada por profesionales psi, con un gran protagonismo de los psicofármacos en ambas tareas.

Este fenómeno ha ido de la mano de la implantación progresiva de una “cultura terapéutica” que ha diseminado una visión de las problemáticas humanas esencialmente psicológica, en la vertiente más individualista del término. En este contexto, incluso iniciativas que se presentan como benéficas y que usan un lenguaje aparentemente progresista, como el Movimiento por la Salud Mental Global, el movimiento Open Science o la propuesta de generalizar los *screenings* para la depresión, a fin de cuentas, se alinean con este programa medicalizante y por tanto despolitizador (Cosgrove y Karter, 2018). Utilizando un concepto acuñado originalmente por Nancy Fraser, podríamos decir que estos ejemplos son paradigmáticos de la estrategia política de un “neoliberalismo progresista” que articula su discurso político “cooptando los términos de los movimientos sociales radicales”, tal como Ian Cummins (2020: 77) ha mostrado respecto a lo ocurrido con la desinstitucionalización y la atención comunitaria en salud mental en Reino Unido.

Lo interesante de esta cuestión para esta tesis es que el fenómeno social que he estudiado, el movimiento en primera persona, es precisamente interpretable como una reacción de base contra este movimiento institucionalizado. Esposito y Perez (2014: 432-436) señalaron hace casi una década cómo en los países anglosajones se había trazado una distinción relevante dentro del movimiento de pacientes y ex-pacientes entre quienes se denominaban “consumidorxs” y quienes se consideraban “supervivientes”. Este movimiento, si bien provenía originalmente de los movimientos radicales de la contracultura y la antipsiquiatría, había acabado por dar un “giro reformista” en los ochenta, con el cambio hacia un ambiente político más conservador, asumiendo ese marco institucionalizado del “movimiento de salud mental” y entendiendo que su papel era el de “promover el cambio a través del *lobbying*, los litigios, las conferencias” (Esposito y Perez, 2014: 434). Esto, en el contexto del ascenso político y sociológico del neoliberalismo, llevó a la adopción del concepto de “consumidorxs” para hablar de sí mismxs: sus protestas eran las de clientes

109 Considero que esta es una de las explicaciones esenciales para el fenómeno que trata de apuntar Javier Erro cuando habla de una “cultura de la salud mental” (2021: 27-59): la actual hegemonía de este discurso neoliberal sobre qué son y cómo deben abordarse los problemas de salud mental se relaciona con todo este entramado, que tiene raíces profundas al tiempo que ejemplifica la influencia de fenómenos muy novedosos.

insatisfechxs con los servicios que les eran prestados.

Frente a esta situación, quienes empezaron a denominarse “supervivientes” señalaban ya desde su nombre una recuperación de las posturas más beligerantes y críticas de la antipsiquiatría. La crítica a “las concepciones biomédicas del sufrimiento mental” y el énfasis en “las causas sociales” del mismo (Esposito y Perez, 2014: 434) se convirtieron en puntos esenciales para este movimiento. En España, como vimos en el capítulo de contexto, la aparición de estos movimientos protagonizados por personas diagnosticadas ha sido más tardía, pero ha seguido una progresión similar. La principal diferencia sería que aquí hay un sistema público, frente a la realidad en EE.UU., lo cual modifica sustancialmente el panorama de los actores y las estrategias a seguir por los mismos. También ha diferido la terminología: aquí la contraposición sería más bien entre usuarixs y toda una plétora de términos (locxs, expertxs por experiencia, activistas en primera persona...), pero el fondo de la cuestión es similar: frente a las estrategias negociadoras y más institucionalizadas, ha surgido una revuelta de base que propone enfoques más radicales, tanto en el fondo como en las formas¹¹⁰.

Desde luego, uno de los principales aprendizajes de mi tesis es que, en la práctica, no es posible establecer una distinción limpia y clara entre unxs y otrxs: durante los últimos diez años, activistas de tradición anarquista y con un fuerte discurso anticapitalista han participado en asociaciones y federaciones de “usuarixs” subvencionadas por las instituciones públicas y que se sientan a la mesa con tomadores de decisiones de alto nivel. Pero la distinción existe, y es relevante para entender el nuevo impulso que el movimiento ha recibido en la última década. Frente a la convergencia dentro del “movimiento de salud mental”, las voces críticas han planteado una visión anticapitalista, antiautoritaria y en algunos casos feminista de lo que debería ser y hacer el “movimiento en primera persona”. Es por eso por lo que muchos de estos grupos son extremadamente virulentos, no solo contra lxs psiquiatras, sino contra todas las manifestaciones de esta “cultura de la salud mental” biologicista e individualista que encontramos en los medios de comunicación y redes sociales, por parte de particulares o de asociaciones de diverso tipo. Frente al consenso creado por el discurso hegemónico del “movimiento de salud mental”, el cual contemplan como parte de la ideología dominante en un sentido marxista (Moncrieff, 2022: 8), estas personas buscan una ruptura radical, y para ello no tienen problema con ser contundentes¹¹¹.

110 No es sorprendente que existan estos paralelismos a pesar de la distancia geográfica e histórica: al fin y al cabo, como ya expuse en el capítulo de contexto, las fuentes de inspiración principales del movimiento en primera persona en España han sido movimientos similares en otros países, principalmente anglosajones y noreuropeos.

111 Perfiles como Las LoLes AntiPsistema no dudan en señalar con dureza a través de sus redes sociales tanto a colectivos profesionales habitualmente menos demonizados, como el de psicólogxs (Las LoLes Antipsistema, 8 de

Como antes mencionaba, uno de los puntos en los que más tensiones surgen en los discursos críticos en salud mental es cuando se pone sobre la mesa la defensa de unos servicios públicos robustos. Este es un punto que, hablando de manera general, aglutina a la práctica totalidad de quienes realizan algún tipo de activismo relativo a la salud mental en nuestro país. Sin embargo, la forma de traducir esta cuestión en políticas es fuente de profundos desacuerdos. Para muchxs profesionales y personas con experiencia, fortalecer la atención pública en salud mental pasa por aumentar el presupuesto, incrementar la presencia de psicólogxs, dar más peso a las psicoterapias en el tratamiento en detrimento de los psicofármacos... De distintas maneras, todas estas cuestiones son discutibles para muchxs otrxs activistas, y en particular lxs más radicales antes mencionadxs perciben todas esas medidas como peligrosas y pro-sistema. Incluso medidas como la incorporación de expertxs por experiencia a servicios son susceptibles de este tipo de lecturas (Voronka, 2017) y, por tanto, debatibles y debatidas en el movimiento en primera persona. Este es un eje político fundamental en torno al cual se están estructurando los nuevos discursos críticos en salud mental en España, aunque muchas veces pase desapercibido para algunxs de lxs personas con posturas menos radicales o con una implicación menos directa en el tema; pero me parece esencial tenerlo presente para interpretar adecuadamente el análisis que voy a hacer del apoyo mutuo como práctica

febrero de 2023), como a periodistas o medios de comunicación que difunden la perspectiva hegemónica, incluso aunque sean supuestamente izquierdistas (Las LoLes Antipsistema, 29 de enero de 2023).

3. El cómo: teoría y práctica de una etnografía feminista sobre salud mental en tiempos de pandemia

2.3. Mi marco metodológico: la etnografía feminista de la salud

Tres son los elementos interrelacionados en torno a los cuales se estructura el acercamiento metodológico que he desarrollado en mi trabajo: la etnografía como metodología cualitativa para el estudio de la realidad social; la epistemología feminista como elemento transversal que conforma mi perspectiva; y la salud/enfermedad/atención como objeto de investigación social. En este capítulo, iré abordando cada uno de ellos, explorando los vínculos entre los mismos, hasta dar una imagen definida de lo que entiendo por etnografía feminista de la salud. Empezaré por el primero: la etnografía.

La etnografía, desarrollada principalmente por antropólogos y en menor medida por sociólogos entre finales del siglo XIX y las primeras décadas del XX (Ferrándiz, 2011: 27-39), es una de las metodologías cualitativas fundamentales en investigación social. Sus presupuestos básicos son sencillos: la etnografía sirve para comprender la cultura humana tal como se plasma en el grupo humano a estudiar; para ello, el procedimiento consiste en esencia en convivir con dicho grupo humano, dialogando con sus integrantes, tomando nota de sus conductas y llegando así a tener una idea más clara de cómo y por qué se comportan del modo que lo hacen. La aclaración del significado de estos presupuestos, sin embargo, es más compleja (y, dicho sea de paso, constituye en cierto modo un micro-ejercicio etnográfico en sí misma).

La primera parte de la aclaración pasa por explicar adecuadamente a qué nos referimos cuando hablamos de “cultura”. Este concepto, en efecto, ha sido no solo uno de los más importantes que ha aportado la Antropología Social y Cultural al conocimiento científico, sino también y paradójicamente uno de los más equívocos. En palabras de Bohannan y Glazer, la idea de cultura es “muy simple – tan simple que, durante décadas, fue difícil de entender” (1993: XIX). Pese a sus más de ciento cincuenta años de trayectoria, sigue existiendo el riesgo de deslizarse sutilmente del concepto antropológico de cultura a la idea de “una cultura” como entidad cerrada perteneciente a un grupo humano concreto. Nos dice Clifford Geertz (1973/1997: 24) que a menudo tendemos a caer en uno de dos errores gemelos: reificar la cultura (“imaginar que la cultura es una realidad «superorgánica», conclusa en sí misma, con fuerzas y fines propios”) o, por el contrario, reducirla (“pretender que la cultura consiste en el craso esquema de la conducta que observamos en los individuos de alguna comunidad identificable”).

Frente a estas trampas, al platonismo que pretende hacer de la cultura una realidad aparte y al nominalismo que quiere reducir la cultura a un conjunto de prácticas descriptibles en términos simplificados, Geertz opone un realismo sencillo, aunque escurridizo. Para él, “el objeto de la etnografía [es] una jerarquía estratificada de estructuras significativas atendiendo a las cuales se producen, se perciben y se interpretan” las distintas formas de comportamiento social (Geertz, 1973/1997: 22). La cultura sería, pues, el ámbito de la realidad en el que se codifican los significados de la acción simbólica humana, entendiendo que ese carácter simbólico permea la totalidad de nuestras conductas, incluso aquellas cuya necesidad para nuestra supervivencia biológica necesita, sin embargo, ser pasada por el tamiz simbólico (cultural) para llegar a ser parte de nuestro repertorio de acciones posibles. La cultura es el medio donde convertimos colectivamente el movimiento de un párpado en un guiño, la ingesta de alimentos en gastronomía, la repetición de un gesto en un ritual.

Dicho ámbito no es, evidentemente, patrimonio de un solo grupo humano; ni tampoco podemos seleccionar un grupo humano de una escala arbitraria (una “nación”, un “Estado”, una “etnia”) y comparar “su cultura” con la de otro grupo humano, sea de la misma escala o de otra distinta. La cultura, entendida así, no es un conjunto fijo de enunciados o valores en los que los miembros de un grupo humano creen, ni un conjunto pintoresco de costumbres, sino un espacio de construcción y negociación constante del significado de lo que pasa en el mundo y de lo que las personas hacemos¹¹². Esta forma de entender el objeto de la etnografía pone en cuestión uno de los elementos de la concepción tácita (y en algunos casos explícita) que los antropólogos tenían de la labor de la Antropología Social en sus primeros cien años: la idea de que su cometido era estudiar “las diversas culturas”, aprender acerca de la humanidad a través del estudio intensivo y la comparación entre grupos humanos diferentes y distantes. Sin ánimo de entrar en detalles, por el momento, sobre la crisis de la Antropología Social en las décadas de los setenta y ochenta del pasado siglo¹¹³, la resolución de la misma ha conducido a la aplicación sistemática de la etnografía al estudio, no de grupos humanos distantes, sino de la propia sociedad de la que forma parte quien

112 No es mi intención transmitir la idea de que esta distinción entre “lo que pasa en el mundo” y “lo que hacemos las personas” es limpia, clara o universal. Pretendo señalar únicamente que el tipo de cosas abarcadas por la codificación cultural humana incluye no solo nuestras conductas identificables, atribuibles a individuos o grupos, sino también fenómenos de distinta escala cuya existencia es más difícil atribuir de manera directa a la acción de un agente, pero que pese a ello a menudo quedan coloreados de intencionalidad en su codificación cultural. Como ejemplos de distinto nivel de complejidad se me ocurren la caída de un rayo, la llegada de una buena o mala cosecha o el cambio climático.

113 Comentaré esta cuestión con más detenimiento al hablar sobre la etnografía feminista; baste por ahora citar a Marcus y Fischer (1986) como autores de la enunciación “clásica” o “canónica” de la crisis.

la aplica.

Así pues, en mi caso, lo que implica hacer una etnografía acerca del apoyo mutuo en salud mental es estudiar dichas prácticas en tanto que prácticas culturales. Se trata, no de hacer una valoración de la efectividad terapéutica del apoyo mutuo entendido como una(s) técnica(s), sino de saber a qué se refieren las personas que hacen apoyo mutuo cuando hablan del mismo, de entender por qué lo definen así y por qué les parece importante, de comprender qué diferencia el apoyo mutuo de las formas de intervención más habituales en casos de gran sufrimiento mental. Por tanto, se trata también de desentrañar el conjunto de saberes populares y técnicos que se entrelazan para generar una “cultura de la salud mental”, por usar la expresión de Javier Erro (2021: 27-30), en el contexto de la cual se elaboran estas prácticas y discursos y que conforman esa “jerarquía estratificada de estructuras significativas” que les da sentido.

Una vez aclarada la noción de cultura, nos resta aclarar en qué consiste el procedimiento etnográfico y cómo lo he aplicado en mi caso. En términos descriptivos, lo que hace quien elabora una etnografía podría parecer bastante simple. Se puede explicar resumidamente a partir de los cuatro términos que dan nombre al tratado metodológico de Ricardo Sanmartín (2003): *Observar*, *escuchar*, *comparar*, *escribir*. En efecto, lo que hacemos es acercarnos a un grupo humano (sea este más definido y concreto o más amplio, según el fenómeno a estudiar) y proceder a *observar* su comportamiento; *escuchar* lo que dicen, por una parte, y lo que cuentan sobre lo que hacen y dicen, por otra; *comparar* esto con lo que sabemos acerca de otras formas de conducta humana, generalmente gracias a nuestras lecturas; extraer conclusiones al respecto y *escribir* para poder fijar este nuevo conocimiento y compartirlo de forma más amplia para su posterior discusión.

Ahora bien, en los términos del filósofo Gilbert Ryle que recupera Geertz, esto sería una descripción superficial de la tarea etnográfica. Para conseguir una “descripción densa” (Geertz, 1973/1997: 20-24) del propio quehacer etnográfico, habría que explicar, en primer lugar, cómo hacemos exactamente esto de observar el comportamiento y escuchar los discursos de las personas con las que elaboramos la etnografía. La forma más habitual de explicarlo es hablar de las dos técnicas cuya aplicación es más corriente en los procesos etnográficos: la observación participante y la entrevista (Sanmartín, 2003: 51-106; Guber, 2011: 51-91).

Con observación participante nos referimos a la participación de quien hace etnografía en toda una serie, amplia e inespecífica, de actividades desarrolladas por los sujetos con los que se trabaja. Esto puede parecer difuso, pero precisamente nos señala Guber que “[la] ambigüedad [de la observación participante] es, más que un déficit, su cualidad distintiva” (2011: 52). Esto se debe a

que la esencia del trabajo de campo etnográfico es su adaptabilidad a “la lógica informal de la vida real” (Geertz, 1973/1997: 30). Cuando lo que queremos es comprender las expresiones concretas de la cultura humana en un contexto determinado, lo último que deberíamos tener es una idea preconcebida y fija de aquello que vamos a hacer: hay que permitir que el “el fluir [...] de la acción social” (*Idem*) vaya marcando el devenir de nuestro trabajo.

Así pues, yendo más allá del “qué”, lo esencial de la observación participante es su “cómo” y su “por qué”. Hacemos observación participante al tomar parte en las actividades de un grupo humano, porque es en esas actividades donde se despliega el complejo entramado de significados que llamamos cultura. En otras palabras, solo estando en el meollo donde se articulan las conductas y los significados podemos realmente comprender dicho proceso. En palabras de Sanmartín:

estar allí constituye una posición estratégica cuando es la cultura lo que se pretende investigar. La inmersión personal del investigador [sic] en el contexto de la vida cotidiana de los actores es la única fuente de producción de una específica cualidad de los datos: su más densa contextualización. (2003: 55)¹¹⁴

Hacer observación participante es, por tanto, la vía privilegiada para conseguir la “descripción densa” de los comportamientos que perseguimos comprender. Ahora bien, el propio nombre de la técnica se compone de dos partes: observar y participar. La articulación de estas dos actividades, que en pureza son incompatibles (quien solo observa no puede participar; quien participa de forma plena no está al mismo tiempo observando), es el secreto de la etnografía, ya que apunta a la “tensión epistemológica característica de la investigación social”: el juego entre el dentro y el fuera (Guber, 2011: 56). Nuestro objetivo, cuando hacemos etnografía, es pasar de un lugar de exterioridad respecto a las conductas estudiadas¹¹⁵ a un juego constante entre la “perspectiva nativa” y una visión externa de la misma. Para ello, debemos por un lado observar con cuidado lo sucedido, registrándolo con todo el detalle de que seamos capaces; y por otro, y en diálogo constante con lo primero, debemos participar de los comportamientos cuyo sentido queremos

114 Cursivas en el original.

115 O de interioridad, si hacemos autoetnografía. En cualquier caso, nunca partimos de una exterioridad ni de una interioridad completas: al evidenciar la posibilidad misma de este juego dentro/fuera, la etnografía demuestra que lo característico de la cultura humana es la imposibilidad de concebir una completa interioridad (la cultura es siempre abierta, siempre está sucediendo, siempre es agencia y posibilidad de cambio) o exterioridad (por distante que sea un fenómeno, siempre será accesible y codificable para quien posea las herramientas simbólicas propias de la cultura) de cualquier actor respecto a los fenómenos sociales. En términos más concretos, la total exterioridad también es imposible como punto de partida debido a que, en realidad, quienes hacemos etnografía siempre poseemos una serie de ideas preconcebidas acerca del fenómeno a estudiar, producto de alguna mezcla de saber técnico antropológico de carácter general y creencias y saberes más o menos articulados o precisos sobre lo que nos proponemos conocer.

entender, para acceder a los matices que pasan inadvertidos al mero observador. La clave de este proceso está en un concepto, el de reflexividad, que abordaré en detalle al hablar sobre la Antropología Feminista.

En el trabajo etnográfico, las entrevistas son un paso posterior a nivel lógico (y casi siempre también a nivel empírico) respecto a la observación participante. Esto se debe al propio sentido que tiene la entrevista cuando se inserta en un marco metodológico etnográfico: en lugar de ser una técnica cuyo sentido se agota en sí misma, su función es la de integrarse en el sistema interpretativo construido durante el proceso de observación, proporcionando un nuevo tipo de información. Esa información no debe su distintividad a su contenido, sino al contexto en que se produce: el de la entrevista como un “aparte” en el trabajo de campo etnográfico. Como señala Rosana Guber, “su valor no reside en su carácter referencial – informar sobre cómo son las cosas – sino performativo” (2011: 69). En la misma línea nos señala Sanmartín que

La entrevista, más que buscar información sobre hechos, busca un discurso nativo que los comente, que los valore, que los relacione y contraste con otros, de modo que en dicho discurso el actor nos vierta sus modos de categorizar la experiencia [...]. No es que la información sobre hechos no resulte valiosa, sino que no es ése el logro principal de la entrevista antropológica. (2003: 86)

Por lo tanto, lo distintivo de la entrevista frente a la observación participante es que nos permite formular preguntas de un modo en que no es posible hacerlo en el transcurso de una conversación ordinaria en el campo. El peculiar espacio que se genera cuando pedimos a una persona que se siente a hablar con nosotrxs, cuando activamos una grabadora y formulamos una serie de preguntas hasta cierto punto pensadas de antemano y hasta cierto punto improvisadas en función de lo que va surgiendo en la propia conversación, permite que afloren cuestiones que en el flujo de la actividad diaria no suelen tener cabida. Se trata, pues, de que creemos un contexto donde los roles sociales habituales se pongan en suspenso, de modo que nuestrx interlocutorx pueda desplegar un mayor grado de reflexividad del que se emplea en la mera participación en una acción y que, como producto del encuentro de esa subjetividad reflexiva con otra, la nuestra, “se [produzca] una nueva reflexividad” (Guber, 2011: 70).

Para que esta entrevista pueda darnos los frutos deseados, es necesario que lleguemos a ella con un alto grado de maduración del trabajo etnográfico. Ello se debe a que tanto en la formulación previa de las preguntas como en el *feedback* improvisado a las respuestas, debemos emplear un conocimiento ya muy detallado de las cuestiones a tratar y de los marcos de interpretación propios y de la persona entrevistada. De lo contrario, podemos cometer un error “metacomunicativo” al dejar que, sin que seamos conscientes, las diferencias entre las expectativas y motivaciones de nuestrx

interlocutorx y las nuestras generen interferencias respecto al tipo de comunicación que se está produciendo, haciendo que el intercambio se vuelva estéril o que nosotrxs seamos incapaces de interpretarlo adecuadamente (Guber, 2011: 71-73).

Si evitamos estos errores, sin embargo, podremos dominar lo que Guber llama “el arte de la no directividad”. La idea es que la entrevista fluya más sobre la base del discurso espontáneo de la persona entrevistada que de una batería de preguntas definidas de antemano por quien entrevista. Esto se consigue combinando “tres procedimientos: la atención flotante del investigador, la asociación libre del informante y la categorización diferida, nuevamente, del investigador [sic]” (Guber, 2011: 75). El ideal, por tanto, es que quien plantea las cuestiones lo haga desde la máxima apertura y receptividad, permitiendo que sea la persona entrevistada quien rellene los asuntos planteados como le parezca más conveniente o interesante, dirigiendo la entrevista hacia lo que emerge como esencial, es decir: la forma de interpretar lo preguntado por la persona entrevistada. Esto es lo que permite que se produzca la interpretación diferida, es decir, “mediatizada por el informante [sic]” (Guber, 2011: 77). El contraste entre estas interpretaciones diferidas y las interpretaciones previas de quien entrevista queda de esa manera más claramente marcado, permitiendo un nuevo nivel de profundidad en la interpretación etnográfica al que es más difícil acceder a través de la mera observación participante. En el próximo capítulo, aterrizaré estas apreciaciones generales sobre las técnicas etnográficas en mi investigación concreta, detallando cómo he llevado a la práctica durante mi propio trabajo de campo la observación participante y las entrevistas.

En segundo lugar, para conseguir una descripción densa de la propia tarea etnográfica habría que explicar la segunda parte de la definición antes dada: ¿en qué consiste eso de *comparar* y *escribir*, del modo en que lo hacemos lxs etnógrafxs? La importancia del primer término no es menor. Por más que la Antropología Social ya no se haga exclusivamente yendo a lugares remotos y exóticos, uno de sus elementos definitorios sigue siendo el de la comparación transcultural. Esto sirve para matizar la famosa idea malinowskiana de que, cuando hacemos etnografía, “[l]a meta es, en resumen, llegar a captar el punto de vista del indígena [sic], su posición ante la vida, comprender *su* visión de *su* mundo” (Malinowski, 1922/1986: 41)¹¹⁶. No buscamos meramente una fusión con el punto de vista “nativo”, sino que intentamos realizar ese juego dentro-fuera antes mencionado, y esto se consigue mediante un contraste constante entre lo que podemos averiguar sobre su perspectiva y sus configuraciones culturales y lo que conocemos sobre otras configuraciones

116 Cursivas en el original.

culturales. En palabras de Geertz:

No tratamos [...] de convertirnos en nativos (en todo caso una palabra comprometida) o de imitar a los nativos [...]. Lo que procuramos es (en el sentido amplio del término en el cual esto designa mucho más que la charla) conversar con ellos, una cuestión bastante más difícil [...] de lo que generalmente se reconoce [...]. Considerada la cuestión de esta manera, la finalidad de la antropología consiste en ampliar el universo del discurso humano. (Geertz, 1973/1997: 27)

Así pues, a través de lecturas, de comparaciones con nuestra experiencia anterior, de revisiones de lo observado hasta ahora a la luz de nuevos hallazgos... enriquecemos constantemente el contenido de nuestra investigación, dando con nuevas claves y mayores niveles de claridad o densidad. Este proceso de diálogo, sin embargo, es potencialmente infinito. Siempre se puede profundizar más en el análisis y la comparación, siempre se pueden hallar nuevas capas de significado y nuevos contrastes que enriquezcan nuestra comprensión (por usar la metáfora del propio Geertz, sacada de un cuento de la India, siempre podemos encontrar más “tortugas” que sostienen a las “tortugas” que sostienen...; 1973/1997: 38-39). Pero la investigación antropológica precisa de un límite a esta eterna profundización, y ese límite lo impone la escritura: la necesidad de plasmar en un producto escrito (o filmado o enunciado) los resultados de la investigación antropológica nos obliga a detener en determinado momento la cadena interpretativa y a tratar de dar forma a nuestros hallazgos y reflexiones, de modo que puedan compartirse.

Ese momento de dejar de observar, leer, revisar... y empezar a escribir, a intentar “[hacer] hablar a los hechos” (Sanmartín, 2003: 141), puede ser complejo por diversos motivos. Podemos quedarnos bloqueados ante la visión de la hoja en blanco. Podemos sentir la presión de alcanzar unas expectativas poco realistas. Podemos, también, atascarnos por la responsabilidad que supone escribir: dice Geertz que la interpretación antropológica consiste “en trazar la curva de un discurso social y fijarlo en una forma susceptible de ser examinada” (1973/1997: 31). Una vez trazado y fijado por nuestra mano, ese discurso queda plasmado de la manera que nosotrxs hayamos decidido¹¹⁷. Cualquier persona interesada tendrá, a partir de ese momento, acceso a esa información; por más que lo allí reflejado sea el producto de un diálogo intersubjetivo intenso, en el

117 Desde luego, puedo decir que he experimentado todos estos miedos y dudas durante mi proceso de escritura. Sin embargo, como exploro un poco más adelante, creo que el que más me ha afectado ha sido este último. El peso de la responsabilidad al escribir sobre cuestiones sensibles (tanto políticamente como a nivel personal) para las personas con las que he trabajado me ha supuesto más angustia que cualquier otro problema de carácter más técnico, y las secciones que más dudas y revisiones han requerido y que más angustia me han generado han sido aquellas en las que temía estar siendo demasiado revelador.

que la parte más importante la ponen los sujetos con quienes trabajamos, la forma definitiva que tome será el producto de nuestras decisiones¹¹⁸. Nos arrogamos la potestad, en pocas palabras, de definir al Otro a través de nuestra representación de él; incluso de hablar por él. Esto resulta especialmente problemático dado que “hoy los nativos [sic] sí leen aquello que se escribe sobre ellos, y frecuentemente ponen en tela de juicio las conclusiones «autorizadas» de los etnógrafos” (Guber, 2011: 136). ¿Acaso no es esta forma de investigar una forma más de perpetuar el silenciamiento de lxs subalternxs por parte de lxs intelectuales (Spivak, 1988)?

Han corrido ríos de tinta sobre esta cuestión desde aquella crisis de la Antropología antes mencionada. La crisis de la representación casi llevó a la disciplina a su propia inmolación; sin embargo, la valía de los conocimientos alcanzados mediante la aplicación del método etnográfico, y lo que es más, la valía de las propias experiencias que se adquieren al enfrentarse al campo con la apertura característica de la etnografía, hacían que mereciera la pena plantearse seriamente estas preguntas sin llegar a la autodestrucción. En mi opinión, en ese debate, en esa interrogación acerca del para qué, de las cuestiones éticas y políticas en la investigación etnográfica, las respuestas más interesantes las proporcionaron (y las siguen proporcionando hoy en día) las antropólogas feministas.

La Antropología Feminista, también llamada a veces Antropología del Género, emergió entre los años setenta y ochenta a partir de la llamada “Antropología de la Mujer” (Moore, 1999: 13-24). De forma paralela a lo ocurrido en muchas otras disciplinas académicas en esos mismos años (Scott, 1986: 1054), el paso de un enfoque centrado en las mujeres a un enfoque centrado en las relaciones de género supuso un cuestionamiento a algunos de los principios centrales sobre los que se había construido la Antropología Social. De este modo, frente a la posibilidad de hacer de la Antropología del Género una subdisciplina o un campo de estudio particular, para Susana Narotzky

[I]a antropología del género se presenta más bien como un enfoque teórico que pone en cuestión ciertas prácticas de investigación, ciertos modelos de análisis, ciertas interpretaciones de la realidad y determinados énfasis teóricos. La Antropología del Género tiene una dimensión epistemológica y metodológica fundamental. Plantea nuevas problemáticas y al tiempo obliga a replanteamientos conceptuales que afectan a toda la disciplina. (1995: 11)

118 Una de las posibles formas de abordar esta cuestión es la escritura colaborativa con nuestros sujetos. Al no ser la alternativa por la que yo he optado (en gran medida porque, en el desarrollo de mi investigación, no se han dado las circunstancias que hicieran realista esta posibilidad), dejo esta cuestión meramente apuntada.

Estos replanteamientos abarcan desde la teoría a la metodología, pasando incluso por cuestiones metateóricas como puede ser la recuperación del holismo característico de la Antropología, perdido con la excesiva segmentación de los campos de estudio (política, economía, parentesco...; Narotzky, 1995: 12). La aportación teórica central, en cualquier caso, es la propia noción de género, que como hemos visto en el capítulo teórico sustituye una visión plana y naturalizante del sexo por una visión de la diferencia sexual constructivista, dinámica y centrada en la distribución del poder en el cuerpo social. Armadas con esta noción, las antropólogas feministas procedieron no ya a observar el género en los distintos ámbitos estudiados por la Antropología, sino a usar el género (entendido como un eje básico de construcción de la diferencia y la desigualdad) como piedra de toque para desentrañar la cultura en su conjunto (Moore, 1999: 22).

Esto no significaba que el género fuera el único eje de construcción de desigualdades que importaba; al contrario, parte de la aportación del concepto de “género” desarrollado por las antropólogas feministas fue situar la construcción de los distintos tipos de desigualdad en el centro del análisis antropológico, entendiendo que el género es uno de los esenciales pero que aparece siempre amalgamado con otros (como pueden ser clase, raza, etnia, edad, sexualidad, capacidad, extranjería, cordura/locura... por nombrar solo algunos) en función del contexto, y no puede comprenderse de forma separada de estos (Moore, 1999: 227). En este sentido, la visión holista de la Antropología Social constituía un espacio privilegiado para la adecuada comprensión y aplicación del popular concepto de “interseccionalidad” (Crenshaw, 1989), cuyo uso cada vez más frecuente no siempre va de la mano de una verdadera aplicación de sus principios analíticos (Zapico, 2021: 5).

Pero si nos centramos en los aspectos metodológicos, las aportaciones de la Antropología Feminista se muestran particularmente esenciales para las problemáticas relacionadas con la representación que estaba apuntando anteriormente. Debido al lugar subordinado desde el que tuvieron que practicar una disciplina construida sobre un triple androcentrismo (la infravaloración por parte de los etnógrafos del papel de las mujeres en las sociedades estudiadas; la proyección de esquemas de género propios al interpretar las relaciones de género en otros grupos humanos; y el propio androcentrismo de las sociedades estudiadas, no cuestionado por los etnógrafos¹¹⁹; Moore, 1999: 14-15), las antropólogas tenían amplia experiencia a la hora de enfrentarse a este tipo de

119 Mi uso aquí del masculino pretende reflejar la construcción de esta mirada androcéntrica sobre la base del poder masculino. Sin embargo, esto no implica que fueran exclusivamente los hombres que practicaban etnografía quienes caían en estos sesgos; al contrario, el peso de los mismos afectaba a la Antropología Social en su conjunto, antropólogas incluidas, y es justamente por eso por lo que el análisis feminista de la disciplina mostraba como necesaria una remodelación teórica y epistemológica de fondo.

dilemas. En palabras de Carmen Gregorio Gil, destacan como fortalezas metodológicas y epistemológicas entre las antropólogas

sus formas de encarar «con creatividad el dilema dentro-fuera» o «situarse en la contradicción de reconocer la diversidad a través de las mujeres, mientras se reconoce la unidad» (Mascia-Lees *et al.* 1989), o las estrategias para manejar la confrontación ética y política al deconstruir las categorías sustanciales a su propio análisis –mujer, feminismo, opresión– al mismo tiempo que mantienen los objetivos políticos de contribuir al análisis de la desigualdad. En definitiva, su capacidad para reclamar la objetivación de su empresa, al mismo tiempo que reconocen la parcialidad de las verdades. (2006: 29)

Estas virtudes responden a una forma de encarar la crisis de representación que contrasta, como ha mostrado la misma autora, con la planteada por la antropología posmoderna. En aquella, la principal vía explorada tenía que ver con una experimentación textual que viniera a evidenciar la posición de autoría (y por tanto de creación) de quien hace la etnografía, poniendo en cuestión las implicaciones políticas de dicho lugar de enunciación y la presunción de objetividad del conocimiento antropológico. Pero esto se hacía, en primer lugar, dejando fuera de lo discutido el androcentrismo que la Antropología Feminista venía criticando; y en segundo lugar, se acababa prestando mucha más atención al texto que al campo (Gregorio Gil, 2006: 29-33). Las antropólogas feministas compartían la crítica al positivismo, pero para ellas uno de los espacios esenciales donde había que replantear la labor etnográfica ante los cuestionamientos morales que se estaban poniendo sobre la mesa era el trabajo de campo, y ello a través de la radicalización política de una herramienta esencial de la Antropología: la reflexividad.

Este concepto denota el proceso por el que, a través de un “disciplinamiento de la subjetividad” (Montes de Oca Barrera, 2016: 7), la persona que hace etnografía puede establecer relaciones entre sus observaciones, las acciones y afirmaciones de sus sujetos, y sus conocimientos previos para ir elaborando una comprensión más profunda de las manifestaciones de la cultura en el grupo humano estudiado. La idea de “disciplinar la subjetividad” no parte de la idea de que la subjetividad sea problemática en sí misma, algo a limitar o eliminar, como podría parecerlo desde un paradigma positivista. Al contrario, lo que se hace es situar la propia subjetividad como la herramienta y el medio esenciales para la investigación cualitativa, al señalar no solo que quien investiga es sujeto, sino también que quienes son investigados lo son, y por tanto la subjetividad es un elemento irreductible de la etnografía. Más aún: lo que sucede durante una investigación etnográfica es un encuentro intersubjetivo (Montes de Oca Barrera, 2016), y por tanto es solo visibilizando reflexivamente estos procesos de encuentro y reflexión de subjetividades que se puede realmente profundizar en el conocimiento de la cultura. Tal como explica Guber:

la reflexividad inherente al trabajo de campo consiste en el proceso de interacción, diferenciación y reciprocidad entre la reflexividad del sujeto cognoscente –sentido común, teoría, modelos explicativos– y la de los actores o sujetos/objetos de investigación. Es esto, precisamente, lo que advierte Peirano cuando señala que el conocimiento se revela no “al” investigador sino “en” el investigador. (2011: 50)

La gran aportación de la Antropología Feminista es la idea de que, en este proceso reflexivo, las cuestiones políticas deben tener un lugar protagónico. En particular, para las antropólogas feministas es necesario que quien haga etnografía se descubra, en el juego de interacciones que se despliega durante el trabajo de campo, como “sujeto generizado”; y es que “[l]a reflexividad planteada desde el feminismo considera al antropólogo/a en la dimensión política imbricada en las interacciones sociales en el trabajo de campo y obliga a llevar un proceso de autoconciencia en el que el género toma un lugar central” (Gregorio Gil, 2006: 31). En otras palabras, la Antropología Feminista propugna que uno de los elementos clave del proceso reflexivo que estructura la etnografía es la capacidad de identificar la forma en que las relaciones de poder condicionan y dan forma al diálogo intersubjetivo que se produce en el campo y en el cual se genera el conocimiento, lo cual debe servir para situar políticamente dicha producción de conocimiento etnográfico. De ahí que algunas autoras propongan hablar de una “reflexividad situada” (Nencel, 2014).

En mi caso, evidentemente, además de lo relacionado con el género (ser un investigador hombre) y otros ejes antes señalados (en particular la edad, por ser yo joven, y la clase social, por ser de clase media y con estudios superiores), había otra cuestión central sobre la que he tenido que reflexionar de forma constante: mi rol como persona cuerda/sin diagnóstico/sin experiencia en primera persona que hace una investigación sobre los saberes y prácticas de personas locas/psiquiatrizadas/con gran sufrimiento mental. Mi empeño constante ha sido evitar caer en el extractivismo: si bien mi concepción de la etnografía es intrínsecamente dialógica, existía siempre el riesgo de que este diálogo solo me interesara a mí. ¿Qué aportaba mi presencia, mi intervención, mi proceso de conocimiento a las personas con las que estaba trabajando?

Identificar las formas en las que crear una reciprocidad no siempre ha sido fácil, en parte porque he trabajado con actores muy diferentes. En ocasiones pensaba que estaba siendo demasiado intelectual, poco apegado a la realidad inmediata y las motivaciones de mis sujetos (es decir, que estaba siendo “epistemocéntrico”, en la expresión de Bourdieu y Wacquant, 2005: 115); otras que no lo suficiente, que no estaba aportando nada diferencial. Me he descubierto a menudo pensando si no estaría cayendo en un paternalismo, proyectando una vulnerabilidad que no era real a causa de prejuicios cuerdistas. Otras veces, en cambio, sentía que me estaba aprovechando de personas para las que el sentido y la lógica de la investigación social realizada en la academia resultaban muy

ajenas. La reflexividad propia de la etnografía feminista no es una vacuna contra ninguno de esos posibles problemas; es una vía para trabajar con las tensiones que se generan, y por tanto me ha servido para contemplar todas estas dinámicas, elaborar posibles soluciones y comprobar en tiempo real su utilidad.

En cualquier caso, esta búsqueda de la reciprocidad desde una reflexividad feminista me ha llevado a intentar ir más allá de las “relaciones de confianza” que prescriben los cánones etnográficos, tratando de construir relaciones de cuidado con las personas con las que he trabajado (Gregorio Gil, Pérez Sanz y Espinosa Spínola, 2020: 321). Es decir: he intentado ir más allá de la mera construcción de confianza en mis relaciones con mis sujetos de estudio al integrar el reconocimiento de las desigualdades que atraviesan dichas relaciones y que nos configuran como sujetos en mis esfuerzos por articularlas de manera, al menos, tendente a la horizontalidad¹²⁰, estableciendo “objetivos, si no comunes, compartidos” (*Idem*). Mi grado de éxito ha sido muy variable, en parte porque el control que tenemos sobre las relaciones es siempre relativo. Exploraré los detalles de estas relaciones en el próximo capítulo; pero es importante señalar que ha sido esta preocupación reflexiva por las manifestaciones de las relaciones de poder en mi trabajo de campo, y no una particular atención a “las mujeres” como “objeto de estudio”, lo que ha hecho de mi investigación una etnografía feminista¹²¹.

No es este el único equívoco que puede surgir al explicar en qué consiste mi tesis doctoral. A lo largo de mis más de cuatro años de investigación, una de las aclaraciones que más frecuentemente he tenido que hacer ha sido que no investigo el apoyo mutuo en salud mental desde una perspectiva psicológica o clínica. La investigación en cuestiones relacionadas con la salud, por desgracia, está hegemonizada por este tipo de enfoques y por las metodologías que los acompañan: generalmente cuantitativas, centradas en el establecimiento de causalidades biológicas y cursos

120 Como vimos en el capítulo teórico sobre la noción de apoyo mutuo, y como veremos también en la sección de análisis, esta búsqueda de la horizontalidad aun reconociendo que la horizontalidad pura es imposible es también una característica del apoyo mutuo tal como se practica en los GAMs; y qué decir de la reciprocidad, que constituye la esencia misma del apoyo mutuo. Esta manera de integrar elementos de los saberes de mis propios sujetos en mi forma de afrontar mi investigación ha formado parte fundamental de mi enfoque metodológico, y entronca con la imagen de la etnografía feminista como un *patchwork* de retales de conocimientos subalternizados (Gregorio Gil, 2019).

121 Esto se refiere concretamente a la cuestión metodológica. A nivel teórico y de análisis, mi enfoque articulado por el concepto de género, que como veremos me ha llevado a fijarme en cuestiones como el machismo en los GAMs o el reparto de cuidados en las familias de mis entrevistadxs, también le ha dado un carácter feminista a la investigación.

clínicos, mayormente ciegas a las dinámicas sociales que condicionan el proceso salud/enfermedad/atención. Esta hegemonía dificulta enormemente el análisis crítico y contextualizado de las propias actuaciones y teorías médicas y sanitarias; como lo expresa Ángel Martínez,

[e]l problema de la supuesta «transparencia» de la ciencia puede considerarse uno de los retos más significativos de la antropología contemporánea. Frente a otros productos y estructuras culturales que hacen más explícitos sus valores, su particularidad, su adscripción a un mundo moral local, el discurso científico ha mostrado una especial opacidad al análisis cultural como consecuencia de su propia presentación como sistema desideologizado, universal, apolítico y amoral. (2008: 41)

Esta legitimidad nacida de la pretendida objetividad y neutralidad científicas ha servido históricamente para enmascarar los ejercicios de corporativismo de la profesión médica, justificando la posición preeminente de lxs profesionales médicxs dentro y fuera del contexto sanitario; para oscurecer el distorsionador papel de la industria farmacéutica en la producción de conocimiento biomédico; así como para dar una pátina de normalidad, cuando no de cuidado y valor terapéutico, a prácticas que van de lo innecesario a lo brutal, como bien saben lxs activistas en primera persona con quienes he trabajado¹²².

Precisamente por eso, y aun reconociendo el valor que pueden tener estudios de corte cuantitativo para la denuncia de ciertas realidades como las contenciones mecánicas (Eiroa-Orosa, 2019: 78-79), resulta de suma importancia realizar investigaciones sobre salud que sean cualitativas, que se centren en el proceso salud/enfermedad/atención como fenómeno social y sean capaces de contextualizar lo que sucede en el universo de significados donde la enfermedad aparece, en lugar de reducir el fenómeno “enfermedad” a sus dimensiones biológicas. Es decir, estudios capaces de presentar la enfermedad en su dimensión de símbolo (Martínez Hernández, 2008: 87-97). Hace más de treinta años que Nancy Scheper-Hughes invitó a lxs antropólogxs médicxs que quisieran realizar una labor crítica a “des-identificarse con los intereses de la biomedicina convencional” (1990: 192). Dentro de las rutas para conseguir dicho objetivo que marcó esta autora, la que sigo aquí (en la estela del movimiento en primera persona en salud mental) es la de la desmedicalización: la invitación a contemplar los malestares y problemas de salud relevantes para mi estudio (en este caso, el sufrimiento mental en todas sus formas) desde otras claves de análisis e interpretación (y por tanto, desde otros posibles abordajes y soluciones) diferentes a las estrictamente médicas

122 Las mujeres han sido también frecuentes víctimas de algunos de los abusos más clamorosos de la medicina, así como de importantes sesgos que delatan, de fondo, un uso instrumental del conocimiento médico para justificar y naturalizar la inferioridad social de las mujeres, como ha expuesto en detalle Carme Valls-Llobet (2009).

(Scheper-Hughes, 1990: 192-193).

La mistificación biológica de la enfermedad es especialmente grave en salud mental, donde, como hemos visto en el capítulo sobre la salud mental en tiempos neoliberales, se convierten malestares de muy amplio tipo en listados descriptivos de síntomas que denotan “enfermedades del cerebro”, con escasas pruebas empíricas, pero con efectos devastadores (Caponi, 2009a). Y es que, a pesar del paralelismo que Geertz establece entre la interpretación antropológica y la inferencia clínica (Geertz, 1973/1997: 36), lo cierto es que en las disciplinas psi actuales, dominadas por la hegemonía biomédica de corte neokraepeliniano, la interpretación de los síntomas tiende a asimilarlos a signos naturales. Es decir, más que intentar descifrar su sentido, se los ve como manifestaciones objetivas de trastornos subyacentes de carácter universal (Martínez Hernández, 1998b).

Por motivos obvios, es precisamente contra esta forma de reducir las experiencias psíquicas de las personas con gran sufrimiento mental a signos patológicos, sin ninguna relación con el contexto biográfico y social en que se dan, contra lo que el movimiento en primera persona viene manifestándose. Tal como lo expresan Martínez-Hernández y Correa-Urquiza:

gran parte de las disciplinas y aproximaciones teóricas en salud mental suelen aproximarse al sufrimiento a través de un marco de referencia que, mientras produce o reproduce las propias certezas, genera un encuadramiento unidimensional de lo que está en juego, generalmente circunscrito a lo que podemos llamar la demanda clínica. Y ahí otras demandas suelen desatenderse, como la demanda de equidad (vivienda, pensión, alimentación), la demanda política y ciudadana (la posibilidad de ser y estar siendo percibido desde otro lugar/identidad ligada a su condición de paciente o enfermo) o la demanda narrativa sobre el sufrimiento (lo que el “mundo hace con ellos” y no solo lo que “ellos hacen en el mundo”). (2017: 269-270)

Frente a ello, la idea es justamente que estas experiencias (los “síntomas”) se deben tomar como vivencias preñadas de significado, vinculadas al resto de la vida de las personas que las experimentan, incluido su contexto socio-político (Corstens *et al.*, 2014; Cooke, 2017). Lo que nos interesa entonces es “qué es lo que los sujetos hacen con lo que les es dado en términos de sufrimiento: la «metabolización» subjetiva del proceso y sus reacciones” (Martínez-Hernández y Correa-Urquiza, 2017: 271). Así pues, el paralelismo que Geertz trazaba entre la labor etnográfica y la inferencia clínica volvería a ser significativo, solo que la segunda actividad ahora la realizan las propias personas que experimentan los “síntomas”, en colectivo, en lugar de hacerla un profesional; y el marco en que se inscriben sus significados es la vida de dichas personas, y no un curso clínico.

En cualquier caso, es importante recordar que mi objetivo no es analizar “síntomas”, sino prácticas (y los saberes que surgen en torno a las mismas). En este sentido, Jeannette Pols (2014: 87-90) ha recomendado la aplicación de la metodología etnográfica para estudiar el saber práctico de pacientes de distinto tipo, dada la capacidad de la etnografía para hacer inteligibles prácticas y conocimientos diversos cuyo sentido reside en el rol que juegan a la hora de hacer la vida cotidiana más vivible, y no en una correspondencia con estándares epistemológicos de las ciencias naturales. De este modo, según la socióloga neerlandesa, al articular esos conocimientos locales, podemos hacerlos accesibles a todo tipo de públicos: “investigadorxs, pacientes, profesionales y responsables políticxs” (Pols, 2014: 89). Así se podría favorecer uno de los objetivos declarados del movimiento en primera persona: difundir conocimientos con una clara dimensión práctica para que sean accesibles a todas las personas vinculadas a la salud mental (Colectivo LoComún, 2019).

En una línea similar, pero aún más específica, Ángel Martínez-Hernández y Martín Correa-Urquiza (2017) han expuesto una hermosa defensa de la metodología etnográfica como método para investigar los “saberes profanos” producidos por el movimiento en primera persona en salud mental. En su argumentación destacan cinco características valiosas en el conocimiento sobre este tema que la etnografía hace posible: a) el asombro, al situar a quien investiga en el lugar del no-saber y, por tanto, situar a las personas con experiencia en primera persona en el lugar del saber; b) la permeabilidad, al crear espacios para la articulación de saberes diversos, rompiendo con la pretensión totalitaria de los saberes expertos; c) la lateralidad, al posibilitar el descentramiento constante de la mirada y con ello la emergencia de nuevas perspectivas sobre los fenómenos; d) la reciprocidad, que restituye la posición como sujetos de las personas con experiencia al llevar implícito un reconocimiento de su identidad (frente a la fetichización a la que se les suele someter en la relación clínica); y e) la singularidad, al permitir a dicha subjetividad escapar de las garras taxonómicas de la clínica. Durante mi investigación doctoral, como muestro en el próximo capítulo, he podido experimentar en primera persona estas características, y desde luego he tratado de seguir la recomendación de los autores de “ser más vínculo que certeza” (Martínez-Hernández y Correa-Urquiza, 2017: 269).

Ahora bien, dentro de las múltiples opciones a la hora de articular ese estudio etnográfico en temas relacionados con la salud en general y la salud mental en particular, mi apuesta es por un enfoque que sea a la vez etnográfico y feminista. El argumento más y mejor desarrollado a favor de este tipo de ejercicio lo expuso Mari Luz Esteban (2006) hace ya más de quince años, en un trabajo cuya vigencia muestra que quizás no se ha atendido suficientemente a las recomendaciones que en él aparecen. Para empezar, uno de los principales motivos por los que es buena idea hacer

etnografía feminista de la salud es que se combinan dos tendencias desesencializadoras: la capacidad de la antropología de desnaturalizar lo relacionado con el cuerpo y la salud, frente a los estudios biomédicos; y la capacidad de los estudios de género de poner en cuestión la naturalización de las relaciones de género (Esteban, 2006: 10-11). Se compensan así los puntos ciegos de las disciplinas médico-sanitarias, por un lado, y de la Antropología Social más tradicional, por otro, creando un repertorio de herramientas analíticas de extraordinaria potencia.

En conexión con esta cuestión, habría que destacar cómo algunos de los principales principios biomédicos a la hora de abordar la enfermedad desde un enfoque positivista y naturalizante están íntimamente relacionados con la construcción del género en términos igualmente naturalizados. Esteban enumera entre ellos

la definición médica de la enfermedad como desviación de una norma biológica; la doctrina de que existe una etiología específica de las enfermedades; la noción de que las enfermedades son universales; la idea de que la medicina es neutral; o la dicotomía mente/cuerpo; por citar algunos de los postulados que, a mi parecer, son más influyentes en un diagnóstico generizado de la salud/enfermedad. (2006: 12)

Muchas de estas ideas se asientan sobre la estricta división entre biología y cultura, que ha servido históricamente para situar a las mujeres como más cercanas a la primera que a la segunda. Esto ha sesgado la investigación social al suprimir la agencia de las mujeres como productoras de cultura, como denunciaron desde bien pronto las antropólogas feministas (Ortner, 1972). Así pues, en esta tesis, a través de mi mirada etnográfica y feminista, intento contribuir a minar simultáneamente la concepción biologicista de la salud/enfermedad/atención y las perspectivas esencialistas del género¹²³.

Otra de las cuestiones fundamentales que señala Esteban es que “una antropología de la salud que integre a la vez la perspectiva feminista permite un análisis de la realidad que puede trascender el estudio concreto de las diferencias entre hombres y mujeres” (2006: 15). En efecto, como mencioné al explicar el concepto de género, uno de los principales defectos de muchas investigaciones que abordan lo relacionado con la salud de las mujeres (incluso desde posiciones feministas) es que no despliegan una adecuada comprensión de esta noción, usando el término, pero sin incorporar realmente sus dimensiones analíticas centrales (Ortiz Gómez, 2006: 44-48). Esto se traduce a menudo en una seria limitación, a saber: los estudios se quedan en la superficie de las

123 Esto se refleja en el análisis, por ejemplo, cuando contextualizo los malestares psíquicos que llevaron al diagnóstico de Susana y muestro su relación con la distribución de la carga del trabajo de cuidados en su relación de pareja y con el acoso laboral que padeció por ser mujer.

diferencias de salud entre hombres y mujeres, sin entrar en la comprensión de las causas subyacentes a las mismas, particularmente las de carácter social (Esteban, 2006: 10). Como ya he señalado, mi enfoque no se centra en las diferencias entre hombres y mujeres, sino que intenta dar cuenta de cómo las dinámicas que afectan a los procesos salud/enfermedad/atención de las personas con gran sufrimiento mental están condicionadas por las relaciones de género y, en particular, por cómo esto influye en su relación con el apoyo mutuo.

En este sentido, también se puede señalar la necesidad de ir más allá de una identificación entre investigación feminista en salud, salud de las mujeres y salud reproductiva. Por más que este sea uno de los ámbitos destacados dentro de la antropología feminista de la salud (Blázquez Rodríguez y Bolaños Gallardo, 2017), la potencia de dicho enfoque no se agota, ni mucho menos, en lo tocante al ciclo reproductivo de las mujeres. La salud mental es otro ámbito donde la aplicación de esta combinación de perspectivas se ha demostrado muy productiva. Por destacar trabajos de los últimos años, tenemos las tesis doctorales de María Zapata Hidalgo (2019) o Elisa Alegre Agís (2021), que han supuesto una importante inspiración para este trabajo. Es pertinente señalar que ambas tesis tienen elementos en común con esta tesis en lo referente a su objeto: mientras que Zapata dedica un capítulo a explorar el apoyo mutuo como herramienta en los procesos de recuperación de la depresión de sus sujetos de estudio (2019: 291-313), Alegre (2021) ha estudiado el cuidado que se produce en el ámbito doméstico de personas diagnosticadas de TMGs¹²⁴.

Lo cual me lleva a señalar el último punto del artículo de Esteban que me sirve para mostrar las ventajas de mi mirada antropológica y feminista aplicada mi objeto de estudio. Según la autora, el ámbito de los cuidados constituye “un campo de investigación que enlaza directamente con uno de los núcleos temáticos de la antropología de la salud, el estudio de la autoatención o sistema «doméstico» de atención” (Esteban, 2006: 16). Ya Canals (2002) analizó el apoyo mutuo como una expresión de dicha autoatención¹²⁵, pero la combinación de los análisis de Eduardo Menéndez

124 Esta última tesis, como podrá verse más adelante, ha sido importante en la configuración de mi análisis de la trayectoria de mis entrevistadxs antes de llegar al apoyo mutuo.

125 No obstante, como él mismo señalaba, el apoyo mutuo de los GAMs sería más bien “una variante extradoméstica de la autoatención” (Canals Sala, 2002: 5). Esto debería servir para cuestionar la decisión del propio Canals de usar el adjetivo “doméstica” para hablar de manera general sobre esta autoatención, ya que de hecho esta abarca formas de cuidados que escapan del ámbito doméstico; una decisión que tiene el riesgo de confinar una vez más el cuidado al espacio doméstico-familiar donde se naturaliza su realización mayoritaria por parte de mujeres. El propio Eduardo Menéndez reconoce este punto en textos recientes al situar el “grupo doméstico” como uno más (si bien el más importante) de los grupos cuyas “formas de autoatención [...] se requieren para asegurar la reproducción biosocial de los sujetos y microgrupos” (2018: 106).

(1984) con la literatura feminista sobre los cuidados permite situar el fenómeno del apoyo mutuo en salud mental bajo una perspectiva novedosa, que enlaza con el objetivo señalado por Esteban de tomar el cuidado como un “hecho social total” en el sentido maussiano – es decir, como un fenómeno social cuyo análisis detenido desde los distintos ámbitos en que se produce (en este caso, la salud/enfermedad/atención) permite desentrañar la cultura y la sociedad como un todo (2006: 16). Al hacer de esta tesis una etnografía feminista de la salud, con los compromisos metodológicos, epistemológicos y políticos que he expuesto en este capítulo, considero que me encuentro mejor situado para contribuir humildemente a este esfuerzo.

3.2. El campo: los espacios, personas y colectivos con quienes he aprendido de apoyo mutuo

En el capítulo anterior hablé de forma general y algo abstracta sobre las técnicas esenciales que constituyen la etnografía: la observación participante y las entrevistas. Si aterrizamos estas apreciaciones generales en mi investigación concreta, ¿en qué han consistido mi observación participante y mis entrevistas? En otras palabras: ¿cuál ha sido mi campo, el ámbito social donde he estudiado las prácticas que me interesaban? Dedicaré este capítulo a explorar esta cuestión, describiendo detenidamente los espacios en los que se ha desarrollado mi investigación.

- SAPAME.

El núcleo de mi trabajo de campo lo he realizado en SAPAME (Salud para la mente), la asociación de usuarios/as¹²⁶ de la que hablé en la introducción. Me acerqué a ella muy pronto en mi proceso doctoral: apenas semanas después de matricularme en mi programa de doctorado ya entré en contacto, durante unas jornadas organizadas por la Asociación Española de Neuropsiquiatría, con uno de los miembros de su Junta Directiva, y al cabo de unos pocos meses acudí por primera vez a la sede, para dar una charla abierta sobre la relación entre el género y la salud mental. De hecho, en un principio, antes de concretar mi objeto de tesis, una posibilidad no muy remota era que acabase haciendo una etnografía de la asociación. La cantidad de horas dedicadas a hacer observación participante en SAPAME ha sido incomparablemente superior al resto de esfuerzos de mi tesis, y la mayoría de las entrevistas que he realizado también han sido con miembros de la asociación¹²⁷.

Tras aquella primera charla que impartí, Gala, una trabajadora social que en ese momento acababa de ser contratada por la asociación, se me acercó para expresarme su interés por las cuestiones relacionadas con el género y para proponerme colaborar activamente con ellxs en esa línea. Según me comentó, su principal objetivo como trabajadora era la captación de fondos mediante la elaboración de proyectos; me propuso colaborar en el diseño y desarrollo de alguno de dichos proyectos, aportando mi conocimiento técnico sobre salud mental con perspectiva de género. Acepté encantado, y esta fue la puerta de entrada que me permitió tener un propósito en el seno de la asociación, gracias a lo cual pude plantear poco después mi proyecto de tesis a la Junta Directiva.

Durante el verano de 2019 elaboramos dos proyectos interrelacionados, presentados a dos

126 Esta es la terminología que utiliza la propia asociación.

127 Puede consultarse el Anexo 7 para ver un cuadro resumen de las entrevistas realizadas, incluyendo una semblanza de cada persona entrevistada.

convocatorias diferentes (una del Ayuntamiento y otra de la Diputación de Granada). Nos fueron concedidos y por tanto procedimos a su ejecución. El proyecto consistió en la realización de una serie de talleres con mujeres y hombres de la asociación, primero por separado (yo coordiné los talleres con hombres y Gala los de mujeres) y después uno conjunto, donde reflexionamos sobre los estereotipos asociados a la masculinidad y la feminidad y su impacto en el sufrimiento mental. Hicimos ejercicios y dinámicas para intentar dar a los talleres un carácter emocional y experiencial, más que teórico. En este sentido, mi inexperiencia coordinando este tipo de espacios se convirtió en una limitación que solventamos, en gran medida, gracias al apoyo de Gala, mucho más experimentada en estas lides. Muchas de mis relaciones más importantes durante mi trabajo de campo se forjaron en estos talleres, y buena parte de las personas a las que finalmente entrevisté habían participado de una forma u otra de los mismos¹²⁸.

El objetivo de fondo de los proyectos era financiar un taller de teatro que venía realizándose en la asociación desde hacía años y en el que se trabajaban cuestiones relacionadas con el género: la obra que crearon durante ese año de taller intentaba, entre otras cosas, subvertir estereotipos de género. Tratamos de asegurarnos de que nuestros talleres reforzaran reflexiones que ya se estaban produciendo en aquel espacio, para lo cual estuvimos en comunicación con lxs coordinadorxs del mismo. Yo no cobré por mi participación en los talleres, de modo que pude empezar a establecer una reciprocidad con la asociación al posibilitar con mi trabajo que el taller de teatro, muypreciado por lxs usuarixs, siguiera operativo. Durante todo este proceso, trabajé de forma especialmente estrecha con Gala, pero en todo momento busqué también la cercanía de Lucía, la otra trabajadora social de la asociación, que es también socia veterana, agente de apoyo mutuo y a la que conocí anteriormente, durante mi trabajo de campo para el Trabajo Fin de Máster al que ya me he referido (Martínez Sevilla, 2018). Lucía ha sido en muchos sentidos una guía, un faro en el curso de esta investigación: la idea misma de investigar el apoyo mutuo desde una perspectiva feminista nació en conversaciones con ella¹²⁹.

128 Mención aparte merece Pepe, con quien la relación ha sido una de las más peculiares que he mantenido, no ya en esta investigación, sino en mi vida. Desde nuestro primer encuentro, en mi primera charla en SAPAME, su simpatía y su carácter directo, sin filtros, lo hacían encantador e intrusivo a partes iguales. Su empeño en reivindicarse de extrema derecha y franquista y su costumbre de enviarme memes machistas me incomodaban, pero su gran corazón y su cercanía hicieron que le tomara más cariño que a prácticamente cualquier otro miembro de la asociación. Es el único con el que he mantenido un contacto más o menos constante por WhatsApp durante todo el proceso de investigación.

129 De hecho, fue Lucía quien me informó de que se iba a producir la reunión de presentación del Programa de Apoyo Mutuo a la que acudí y que me dio la primera idea para la tesis. Según reflejé en mi diario de campo el 26 de junio de 2020, “mis conversaciones con ella han sido piedras de toque fundamentales en mi investigación”.

Sin embargo, este experimento no estuvo exento de sinsabores. A mi anteriormente mencionada falta de experiencia se unía el conflicto entre mi rol como dinamizador de los talleres y mis intentos de ejercer a la vez como observador de los mismos. La asistencia a los talleres no fue muy elevada, aunque quienes asistieron parecieron satisfechos; aun así, sentí que con cada taller el sentido de lo que estábamos haciendo me resultaba menos claro a mí mismo. Por otra parte, la relación de los talleres con mi tesis, aunque clara en el ámbito del género, era más bien difusa en cuanto al apoyo mutuo: sí, podía observar ciertas dinámicas a la hora de participar en grupo entre los participantes en mis talleres, pero me era imposible saber cómo de relevantes resultarían esas observaciones una vez que me centraba en el apoyo mutuo *per se*. Esta fase del trabajo de campo, aunque fue la más intensa en cuanto a implicación con la asociación y fue muy productiva, dado que me permitió tener un rol reconocible en la misma, estuvo llena de angustia por mi desorientación. Estaba fuera de mi elemento, sin saber muy bien cómo hacer aquello que se suponía que debía hacer ni cómo compatibilizarlo con mis objetivos de investigación, que además apenas estaban empezando a tomar forma.

Gala percibía mi incomodidad e intentaba convencerme de los efectos positivos que estaba teniendo nuestra labor:

Gala me ha contado que ha notado mucho los efectos de estos talleres en la asociación: un cambio en las conversaciones, una forma distinta de hablar [...] o que se han dejado de hacer ciertos comentarios machistas. Juan, concretamente, que al principio reaccionó muy mal a que Gala le dijera que había que hacer [el programa] de la radio [...], sin embargo, ahora propone meter temas de género en todos los programas. Y él era de los que más comentarios machistas hacía, mientras que ahora publica noticias relacionadas con la desigualdad de género en el Facebook de Gala. Por lo visto, el otro día dijo que no estaba de acuerdo con la igualdad, y lo explicó con la imagen de las tres personas de distinta estatura y las cajas, es decir, la representación gráfica de la equidad. [...] También Asun, vocal de género, ahora está orgullosa de serlo (esto me ha recordado que ayer me encontré con Asun y Antonio y ambos mostraron interés por saber cuándo sería el taller final). Miguel, por su parte, ha dejado atrás el discurso, que recuerdo de la formación que organizó Gala, de que el feminismo tiene un punto revanchista, de machismo al revés. Y otra cosa muy importante: esas mujeres que Gala decía que venían a quejarse de cómo sus parejas se gastaban todo el dinero del mes y luego esperaban que ellas se lo pagaran todo, ahora en vez de victimizarse y quejarse, lo que hacen es decirles: “si quieres un café, te lo tomas tú solo y quedas conmigo después”. Y una cosa más: ¡se dan cuenta ellos del desequilibrio de género en los talleres y hacen por corregirlo, atrayendo a más chicas! Dice Gala que el cambio de cuando

ella llegó a ahora es tremendo, que yo no lo veo porque no estoy en las reuniones pero que es súper evidente. (Diario de campo, 13 de febrero de 2020)

Si esto era un mero intento por calmar mis ansiedades o si reflejaba un cambio real, no lo sé con seguridad; en cualquier caso, seguí sin estar cómodo con mi rol de dinamizador de grupos. La llegada de la pandemia, que abordaré en el próximo capítulo de forma más detallada, me permitió poner en suspenso esas preocupaciones durante un tiempo. La asociación pasó a operar online, usando Zoom para desarrollar sus actividades y talleres. En este contexto, y ya concluidos los proyectos de la Diputación y el Ayuntamiento, aparte de realizar un par de entrevistas telefónicas a las personas que facilitaban los GAMs de la asociación para saber cómo había afectado el cambio a plataformas digitales a la dinámica de los grupos, me dediqué a ser un participante más en varios talleres, salvo en ocasiones puntuales en que se me propuso coordinar algún espacio, pero de manera más informal y por tanto con mucha menos presión. Así, durante los meses que duró el confinamiento y la posterior desescalada, antes del verano de 2020, encontré un nuevo lugar desde el que relacionarme con la asociación y con sus miembros, más horizontal y que me situaba en un lugar más cómodo, en parte porque mis motivos para participar se hicieron más similares a los suyos: no solo estaba investigando, también estaba rompiendo el aislamiento de aquellos primeros meses.

Antes del verano, a sugerencia de mi directora de tesis, solicité un proyecto similar a los del año anterior en una convocatoria de mi universidad, con la intención de colaborar con María Viñolo, una compañera de mi grupo de investigación con mucha experiencia dinamizando grupos usando la técnica de las arpilleras (Pérez Hernández y Viñolo Berenguel, 2010). Esta estrategia presentaba dos ventajas. Por una parte, me permitía asumir un rol de observador más claro, al ser María quien asumiría el trabajo de dinamizar. Por otra, hacía posible trabajar con lxs socixs de SAPAME desde otros códigos, menos mediados por la palabra, ya que en el taller nos íbamos a dedicar a tejer imágenes relacionadas con los estereotipos y estigmas. Sin embargo, el proyecto no nos fue concedido, y aunque pensé mucho en otras alternativas, no quería seguir en ese rol que me resultaba tan incómodo. Por tanto, al llegar el otoño y retomarse la presencialidad, tuve que reorientar mi participación en la asociación. Una vez perfilados de forma más clara, con ayuda de mi directora, mis objetivos de tesis, pasé a una fase más proactiva del trabajo de campo. Tras muchas dudas, solicité realizar observación participante en los dos GAMs que la asociación tenía en activo.

Mis reparos a la hora de pedir hacer observación se debían a mi consciencia de que era muy fácil que mi presencia resultase disruptiva. Al fin y al cabo, una de las normas básicas de los GAMs es la confidencialidad (Sampietro y Sicilia Matas, 2019: 20, 23); ¿cómo conciliar esto con la presencia repentina de alguien que ni siquiera comparte los problemas de las personas allí reunidas?

Además, como comentaré más adelante, ya había propuesto hacer observación en otro grupo de características similares y la respuesta había sido negativa, de modo que temía encontrarme con otro revés. Pese a todo, este era el siguiente paso lógico, y si no podía darlo, tendría que pensar estrategias alternativas pronto, de modo que me decidí a hablar con la asociación. Lo consulté primero con Lucía, dada mi cercanía y confianza con ella; ella me expresó que le parecía complicado, pero me redirigió Miguel, por entonces presidente de la asociación y facilitador de uno de los GAMs.

La propuesta se acogió con bastante normalidad; Miguel me dijo que él no veía problema, pero que consultaría con su GAM para ver si todo el mundo estaba de acuerdo. Me invitó a preguntarle a Adela, la facilitadora del otro grupo, para negociar directamente con ella mi presencia en él, y así lo hice; la respuesta de Adela fue incluso entusiasta. Tras realizar las respectivas consultas, Miguel me comunicó que su grupo prefería que yo no acudiese, mientras que Adela me dijo que no había problema. La única condición fue mantener la confidencialidad respecto a las cuestiones que compartieran lxs participantes; llegamos al acuerdo de que meramente usaría la observación para hacerme una idea de las dinámicas del grupo y entender el funcionamiento interno de un GAM, sin citar en ningún caso observaciones, conversaciones o historias concretas que pudieran revelar la identidad de quienes participaban. Así pues, pasé un mes y medio, aproximadamente, asistiendo semanalmente al GAM facilitado por Adela.

Este proceso de solicitud para hacer observación participante coincidió con un evento decisivo: un cambio en la presidencia de la asociación. Después de dos años, Miguel necesitaba un relevo, y se lo dio Angustias, una mujer a la que yo no conocía, dado que llevaba un tiempo alejada de la asociación, pero que era veterana de la misma. De hecho, se le había ofrecido la presidencia en otra ocasión, pero entonces no se encontraba con fuerzas para asumirla; ahora, tras una temporada de desconexión, asumía el reto con ganas. Este cambio tendría efectos muy palpables en mi relación con SAPAME, como mostraré en breve. Pero antes de proseguir cronológicamente, debo aprovechar este inciso para explicar una dimensión de SAPAME que, al principio de mi investigación, no comprendía del todo, pero que en este momento del trabajo de campo empezó a cobrar importancia: su posicionamiento político dentro del activismo.

SAPAME es una de esas asociaciones en primera persona que, como comenté anteriormente, tiene la mayor parte de sus esfuerzos volcados en ofrecer una amplia gama de actividades (entre las que se incluye el apoyo mutuo) a sus socixs, para lo cual captan fondos públicos en forma de subvenciones. El sentido de esta estrategia es que la mayoría de estas personas llegan a la asociación tras pasar por lo que Tarí García y Dozza de Mendonça llaman una “espiral desocializadora” (1996: 38), el proceso por el que alguien diagnosticado pasa a perder todo rol

social positivo. Elisa Alegre-Agís ha comparado este proceso con un rito de paso al final del cual, en lugar de producirse una re-agregación a la estructura social, la persona queda en una cuasi-liminalidad que ella denomina “intersticio” (2016). Desprovistos de rol social positivo, estas personas pasan en la mayoría de casos a encerrarse en sus casas y perder la práctica totalidad de sus relaciones sociales. La llegada a la asociación es, así, un bálsamo que permite salir poco a poco del aislamiento. Para ello, dado que a cada persona le funcionan actividades diferentes, la diversidad de espacios y la voluntariedad de la asistencia es fundamental.

Sin embargo, esta forma de tratar a sus socios como usuarios, casi como consumidores de una serie de servicios, está lejos de los planteamientos más radicales del movimiento en primera persona. Desde el punto de vista de algunos activistas, SAPAME se ha prestado a convertirse en una alternativa barata a los servicios que deberían proveer los servicios públicos. Serían una forma de rescatar a pacientes muy deteriorados, pero a los que los programas de FAISEM y la gama de servicios de salud mental del SAS no llegan, o cuyas necesidades no pueden ser cubiertas por dichos servicios tal como existen en la actualidad. En esencia, se estarían desviando los esfuerzos de las personas afectadas para cubrir algo que debería ser responsabilidad de la administración, en vez de dedicarse a formas más radicales de reclamación y activismo. Una activista llegó a plantearlo en términos muy tajantes: desde su punto de vista, en la asociación “no hay ningún intento por ayudar a la emancipación de quienes están en SAPAME”.

Frente a estas críticas altamente politizadas, había diversos tipos de respuesta. Más adelante hablaré de otras perspectivas sobre esta cuestión, pero por el momento, quiero reflejar la primera respuesta que escuché, cuando aún no sabía siquiera de la existencia de este debate. El día de mi primera charla en la asociación, una vez concluida la misma, unas doce personas fuimos a tomar algo a una terraza cercana a la sede. Mientras disfrutábamos de las cervezas y las bromas y comenzaba a encontrarme a gusto entre las personas con las que iba a trabajar durante los siguientes años, Miguel, el presidente de la asociación, me dijo en un aparte: “para mí SAPAME es esto, gente que ha estado muy sola socializando, a gusto, con otras personas que las entienden. No los politiqueos”. En ese momento no entendí lo significativo de esta frase; posteriormente, al evidenciarse las diferencias de enfoque en el seno del movimiento en primera persona, se convirtió en la condensación de esos conflictos y en la mejor expresión de la postura que guía la actividad de SAPAME.

Retomando el hilo: mi participación en el GAM fue de lo más interesante para mi tesis, si bien también implicó una importante confusión de roles¹³⁰. A pesar de que aclaré en repetidas

130 Ya el primer día en que acudí, Lucía me dijo que le parecía muy delicada mi presencia allí. Si bien ella aclaró

ocasiones que yo no era una persona con diagnóstico, que mi objetivo al estar allí era observar cómo se desarrollaba el grupo, la facilitadora me trató reiteradamente como un miembro más, pidiéndome que hablase en la ronda inicial en la que cada persona comentaba cómo le había ido la semana e invitándome a participar a lo largo del desarrollo de cada sesión. El resto del grupo también me acogió en estos términos, de modo que, poco a poco, mi implicación se fue haciendo mayor, hasta llegar al punto en que llegué a participar de forma casi indistinguible a la de lxs demás.

Esto no pareció molestar a lxs participantes, pero a mí me parecía una distorsión del sentido del grupo, puesto que yo no podía hablar desde la experiencia que, supuestamente, compartían todxs: aunque he experimentado, como cualquier persona, sufrimiento mental de diversa intensidad, este nunca ha llegado al punto en que me superase y cristalizase en un malestar crónico, incapacitante, y nunca he recibido un diagnóstico. Junto a ello, el carácter mixto de las reuniones, en el sentido de que eran al mismo tiempo presenciales y virtuales (se usaba Zoom en un portátil situado en la sala donde estaban reunidas las personas que acudían¹³¹) también ayudaba a la confusión: era difícil establecer turnos de palabra o que quienes estaban en sus casas escucharan adecuadamente a quienes estaban presencialmente en la asociación¹³².

Por si esto fuera poco, la nueva presidenta comenzó, de forma también confusa e indirecta, a cuestionar mi presencia en el GAM. Primero habló con Adela, quien a su vez habló conmigo visiblemente incómoda y sin tener muy claro qué estaba pasando o por qué. Una semana después

que no podía tomar esa decisión, dado que era una mera empleada, parecía claro que, si hubiera dependido de ella, yo no habría podido acceder a ningún GAM. Su forma de interpelarme, claramente alarmada debido a su impulso por proteger el apoyo mutuo como un espacio de seguridad, me hizo sentir un intruso, tal como había temido. Aunque obtuve los permisos pertinentes y ninguna persona participante del GAM dijo que hubiera ningún problema con mi presencia, esta tensión atravesó todo el proceso de observación participante.

131 Hay que recordar que estábamos en octubre y noviembre de 2020, es decir, justo al inicio del segundo Estado de Alarma por el Covid-19. Angustias, por entonces ya presidenta de SAPAME, me contó que, por esas fechas, habían tenido una reunión con el delegado de salud de la Junta de Andalucía en Granada, quien les pidió que no parasen sus actividades a pesar de las nuevas medidas para combatir la pandemia que, entre otras cosas, ordenaban que se cerrasen los locales de asociaciones, ya que “en esta situación espacios como SAPAME contienen muchísimo a lxs usuarixs”. Lucía, que estaba presente durante esta conversación, terció que “este es el rol para el que se fundó SAPAME: proveer un tipo de atención que los servicios no proveen” (notas de campo, 20 de noviembre de 2020). Según anuncian en su web, SAPAME fue declarada asociación de utilidad pública en el año 2012, cosa que proporciona beneficios fiscales y económicos, pero obliga a rendir cuentas ante las administraciones, en este caso la Junta de Andalucía. El logo de la Consejería de Salud se puede ver en la web junto al de SAPAME. Véase: <https://sapamegranada.org/>

132 Entraré en mayor detalle en estas cuestiones en el próximo capítulo dedicado a la pandemia.

Angustias me escribió para pedirme que dejase de acudir, en teoría porque miembros del grupo se lo habían pedido, pero Adela me aseguró por otro lado que no había problema. Evidentemente, dejé de acudir de inmediato; al fin y al cabo, yo mismo consideraba que mi presencia estaba volviéndose extraña. Pero la suspicacia y los modos ambiguos y sibilinos de Angustias, con quien no me unía el vínculo de confianza desarrollado durante más de un año con el resto de miembros de la asociación, me parecieron preocupantes; especialmente dado que Gala me informó de que estaba teniendo muchos conflictos con ella.

Pasé unos meses distanciado de la asociación, hasta que inicié las entrevistas a personas participantes en los GAMs, en el segundo trimestre de 2021. En las entrevistas, empezaba preguntando por aquello que nos unía, es decir, la asociación; ¿cómo habían entrado en contacto con ella? ¿Cómo se habían “enganchado”? Después les preguntaba por el apoyo mutuo, en particular, preguntando por su experiencia y por la importancia que le daban en sus procesos, y también por las diferencias entre el apoyo mutuo de los GAMs y el apoyo mutuo individual en los casos en que hubieran probado ambos. Por último, para entender mejor el contexto en el que habían llegado a SAPAME y al apoyo mutuo, les preguntaba por sus experiencias con profesionales, tanto en los servicios públicos como en la privada, y por sus relaciones con sus familias y amistades. Este guion era flexible: a menudo saltábamos de una cuestión a la otra, en función de lo que ellxs mismxs fuesen trayendo a primer plano. En algunos casos también planteaba ciertas preguntas concretas, según los roles que las personas jugasen en la asociación o en su GAM (miembros de la Junta Directiva, facilitadorxs de GAMs...). Dado que todas estas temáticas eran potencialmente sensibles, aclaraba siempre antes y durante la entrevista que podían no responder cualquier pregunta que les incomodase; bastaba con que me pidieran que pasara al siguiente tema (y en efecto así fue en algunos casos). Aunque aclaré que el consentimiento estaba siempre sujeto a revisión por su parte, nadie revocó el permiso para usar las entrevistas en esta tesis.

Solicité hacer las entrevistas directamente a las personas con las que tenía confianza, por lo general a través de WhatsApp. Algunas personas me dijeron que no podían o no deseaban hacerlas, incluyendo a Adela, que afirmaba que no quería revivir sus dolorosas experiencias pasadas en una conversación, y Lucía, que parecía tener dudas similares, lo cual me entristeció mucho. Las entrevistas que sí llegué a hacer las realizamos en la propia sede de la asociación, o por videollamada en los casos en que se prefirió hacerlo así. Fue durante el transcurso de estas conversaciones cuando descubrí que Gala había sido despedida, lo cual había generado mucho malestar en algunos miembros de la asociación. Hablé con Gala, que me contó su versión de lo sucedido. Tanto ella como algunas de las personas a las que entrevisté me expresaron que Angustias gestionaba la asociación con maneras dictatoriales, y que era volátil y cambiaba de opinión con

frecuencia, responsabilizando a lxs demás de todos los problemas.

No me sorprendió, por tanto, que antes de la celebración de una de las entrevistas me sometiera a un tercer grado. Me preguntó cómo había conseguido los datos de contacto de las personas; su preocupación era que la asociación hubiese violado la ley de protección de datos, por lo que le aclaré que tenía sus números porque ellxs mismxs me los habían dado. Me exigió que firmase un documento, escrito a mano por ella misma de forma improvisada, donde declaraba que estaba realizando las entrevistas, con la intención manifiesta de usarlo en mi contra en un posible procedimiento legal¹³³. Firmé, dado que estaba absolutamente tranquilo respecto a que no había cometido ilegalidad alguna, y en general mantuve la calma y respondí todas sus preguntas con honestidad. Esto sirvió para que Angustias volviese a ser amable o, más bien, diplomática conmigo. No obstante, por razones obvias, SAPAME dejó de ser un espacio acogedor para mí y se convirtió en un espacio hostil.

Tras el verano, estuve de estancia en Brasil entre septiembre y diciembre de 2021. En ese tiempo, guiado por la profesora Sandra Caponi, que me acogió en la Universidade Federal de Santa Catarina, me dediqué sobre todo a investigar sobre las conexiones entre el neoliberalismo y la salud mental, y perdí todo contacto con la asociación. Al empezar el nuevo año, me concentré en explorar otras vías para proseguir mi investigación, de modo que transcurrió casi un año sin que pusiera un pie en SAPAME. Sin embargo, en primavera, durante una entrevista con Águila Bono, que impulsó varios proyectos de investigación y programas de atención de apoyo mutuo en Andalucía (de lo cual hablaré en más detalle en breve), me llegó la noticia imprecisa de que Angustias había dejado de ser la presidenta. Más tarde, me encontré casualmente por la calle con María, una de las personas a las que había entrevistado un año antes. Me dijo que, en efecto, desde abril de 2022 había nueva presidenta: Asun, la antigua vocal de género, a quien yo conocía bien de la época de los talleres sobre masculinidad. Me dijo que “andaba muy perdido” y me animó a volver a pasarme por SAPAME.

Así lo hice; sin embargo, para cuando fui, ya era julio y, por tanto, no se estaban celebrando

133 Su forma de dirigirse a Pepe, el entrevistado de ese día, también fue llamativa. Antes de que empezásemos la entrevista, le insistió en que si quería hacerla era a título individual, que yo no tenía ninguna vinculación laboral o de otro tipo con SAPAME, que tenía derecho a revocar su consentimiento... Esto a pesar de que yo ya la había informado del objetivo de mis entrevistas y de que mi procedimiento para obtener el consentimiento informado incluía ya toda esta información. Después de concluida la entrevista, le dijo a Pepe, a modo de explicación, que “es que soy vuestra madre”. Pepe, ante estas actitudes paternalistas, se mostró bastante indiferente; dado su carácter franco e independiente, me pareció que le resultaba innecesaria toda la parafernalia y algo irritante la condescendencia. Como veremos en el análisis, Angustias no fue la única que recurrió a este símil materno-filial para explicar su relación con el movimiento en primera persona y sus integrantes.

talleres ni había casi gente en la sede. Solo encontré allí a Lucía, a una trabajadora social a la que habían contratado para sustituir a Gala y a Alicia, una de las primeras personas a las que había conocido en SAPAME. Me recibieron con sorpresa y alegría; en particular, supuso una enorme alegría volver a hablar con Lucía en términos muy amistosos. Me propusieron volver a colaborar a través de charlas relacionadas con el tema de la sexualidad; acepté encantado. Yo le propuse a Alicia hacer una entrevista como las que había hecho a otrxs miembros de la asociación, y ella aceptó; la hicimos a finales de julio, y con esto se completó el total de seis entrevistas a miembros de SAPAME participantes en GAMs. En septiembre volví a acercarme a la sede y pude hablar con Asun, quien me dijo que ya concretaríamos lo de las nuevas charlas sobre sexualidades. Yo comencé por entonces el proceso de redacción de la tesis, así que esperé a que me contactaran para proponerme fechas.

Pasaron los meses y no llegamos a concretar nada. Al llegar el nuevo año, tenía intención de ser más proactivo y escribir yo mismo, pero antes sucedió una desgracia: Miguel falleció tras una rápida enfermedad. En el funeral me reencontré con muchas personas de la asociación a las que hacía mucho que no veía en persona, en particular con Pepe, con quien sí que me había seguido escribiendo, pero a quien no veía desde antes de irme a Brasil. Fue desolador ver a toda la asociación de luto; a todxs nos invadían una tristeza y una conmoción palpables. En ese momento tomé plena conciencia de que, sin la ayuda de Miguel, habría sido imposible que yo hiciese esta tesis.

Unas semanas más tarde, confirmamos la fecha para la charla. El 23 de marzo de 2023, por la tarde, fui a SAPAME una vez más y dirigí una charla-taller sobre sexualidades, diversidad y justicia social. También aproveché la oportunidad para hablar con Lucía, que me comunicó que le daba pena no haber podido hacer una entrevista y me confirmó que, sencillamente, no se había encontrado con fuerzas para ello. Esto último fue un alivio, porque había temido que ella hubiera dejado de confiar en mí. Fue una manera muy redonda de cerrar un ciclo, después de haber iniciado mi colaboración con la asociación con otra charla; pero también, espero, fue la manera de abrir la puerta a futuras colaboraciones, más allá de la investigación.

- **(Mal)Estar**

En paralelo a los inicios de mi trabajo de campo en la asociación, un grupo de personas interesadas en las perspectivas críticas sobre salud mental (la mayoría profesionales sanitarixs, incluyendo a mi amiga Ana, la psiquiatra que había sido mi llave de entrada al mundo de la atención en salud mental) empezamos a reunirnos en el verano de 2019 para organizar algo relacionado con dichas perspectivas críticas (¿unas jornadas, un congreso, una publicación? En un principio esas

eran las ideas que nos rondaban). Finalmente, y tras mucho debate acerca del limitado impacto de ese tipo de espacios intelectualizados y del valor del encuentro en sí mismo como herramienta política¹³⁴, pusimos en marcha una iniciativa abierta para reunir a profesionales, investigadorxs y personas con experiencia en primera persona y ver qué ideas y alternativas se nos ocurrían entre todxs para mejorar la situación de la atención en salud mental. Le pusimos por nombre (Mal)Estar. La trayectoria de esta iniciativa se vio cortada de raíz por la pandemia, e incluso antes hubo serios problemas en su desarrollo; pero en los seis meses, aproximadamente, que estuvo activa, mi participación en la misma fue una parte esencial de mi trabajo de campo.

Empezamos en septiembre de aquel año mediante una convocatoria para comer en un bar y después pasar la tarde intentando darle forma al proyecto, donde invitamos a todas las personas que pensamos que podían estar interesadas. A la convocatoria acudieron varias decenas de personas, incluyendo a varixs activistas, miembros de SAPAME y profesionales (sobre todo jóvenes). En aquella sobremesa, celebrada en una plaza donde ocho años antes se había reunido la asamblea del 15M de ese barrio granadino, dimos unas cuantas vueltas a qué hacer. La conclusión fue que teníamos que intentar conocernos mejor y desarrollar un lenguaje común antes de poder poner en marcha otro tipo de acciones. Así pues, decidimos que haríamos reuniones mensuales y nos emplazamos a un mes después, cuando nos reuniríamos en un conocido centro social okupado para hablar sobre el apoyo mutuo. Uno de los miembros de SAPAME, concretamente la persona con la que había contactado en aquellas jornadas casi un año antes, haría una presentación breve explicando en qué consistía y después comentaríamos entre todxs.

Ya a aquella primera reunión acudimos apenas diez personas, instaurando la tendencia a la baja en cuanto a asistencia que marcaría todo el proyecto. Sin embargo, se trató de un momento decisivo en mi tesis por varios motivos. Por una parte, el miembro de SAPAME me anunció que se iba a distanciar de la asociación por motivos algo vagos; después descubrí por varias fuentes que estaba teniendo conflictos con Gala, la nueva trabajadora social. Esto fue importante porque me permitió tomar conciencia de la complejidad interna de la asociación, desidealizándola y constatando que en ella, como en cualquier grupo humano, existían divergencias, dinámicas de poder, diferencias de enfoque. Fue la primera vez que me planteé mis alianzas al interior de la asociación, algo que acabaría teniendo una importancia capital durante la presidencia de Angustias, que seguramente me percibió como una amenaza, en parte, por mi cercanía con Gala.

Pero sobre todo se trató del primer espacio donde pude hablar con expertxs por experiencia sobre el apoyo mutuo. A diferencia de la presentación del PAM durante mi trabajo de campo del

134 En este punto, tanto a mí como a algunas otras personas del grupo nos guiaban las intuiciones de Amador Fernández-Savater (9 de febrero de 2018) sobre la “política del encuentro”.

TFM, en este espacio mucho más distendido pude hacer preguntas, así como presenciar interacciones entre expertxs por experiencia y profesionales de la salud mental en las que claramente lxs primerxs estaban en el lugar del saber y lxs segundxs en el del no saber. También fue en ese momento cuando me hice consciente de la existencia de materiales formativos sobre apoyo mutuo, y lxs expertxs por experiencia me dieron acceso a varios de ellos. Además, algunas de las ideas y temas centrales sobre apoyo mutuo que han dado forma a mi análisis las escuché aquí por primera vez, incluidos los contrastes entre el apoyo mutuo en los GAMs y el individual. Mi objeto de tesis empezaba a concretarse, aun cuando yo no fuera del todo consciente.

Posteriormente, nos emplazamos a una serie de charlas organizadas por una asociación cultural a instancias de un profesional crítico que participaba de (Mal)Estar¹³⁵. Yo solo pude acudir a una de ellas, y ese día prácticamente no acudió nadie más de (Mal)Estar. Visto en perspectiva, claramente fue un error que un grupo tan poco consolidado rompiera su dinámica interna para intentar encontrarse en un espacio abierto. El grupo pareció quedar en *standby* ante este tropiezo, y no fue sino hasta después de Navidad que volvimos a reunirnos. En enero nos reunimos nueve personas, algunas de las cuales no habían estado en reuniones anteriores, y tomamos como hilo conductor la institucionalización. Rápidamente emergió una crisis identitaria: no estaba claro quiénes éramos ni qué queríamos hacer. Conseguimos sostener la incertidumbre gracias a la enunciación, por parte de un compañero con experiencia en primera persona, del propósito que nos reunía: “yo creo que el objetivo sería mejorar la atención de las personas en salud mental”.

Partiendo de esa idea sencilla, debatimos sobre la situación en los servicios, poniendo de relieve la precariedad de la atención. Pero pronto apareció la cuestión de la estrategia: ¿cómo podíamos contribuir a mejorar la atención? Se produjo un contraste entre quienes sentían que necesitábamos pasar a la acción con tácticas agresivas muy focalizadas en denunciar las dinámicas manicomiales de los servicios y FAISEM y quienes pensaban más en una “reforma desde dentro” y planteaban alianzas con otros movimientos relacionados con la salud, como el de defensa de la Atención Primaria, por entonces incipiente. Esta segunda sensibilidad era predominante tanto entre profesionales como entre aquellxs con experiencia en primera persona; entre otras cosas, fue necesario dimensionar adecuadamente nuestra capacidad de impacto, que dado nuestro “músculo organizativo” era mínimo. Concertamos una nueva reunión en febrero, pero señalamos en el calendario las movilizaciones relacionadas con salud que habría durante ese mes; finalmente no acudimos como grupo, pero algunas personas sí nos encontramos allí.

A pesar de todas las dificultades, mantenía una cierta esperanza: la mera existencia del espacio de encuentro me parecía interesante. Las dinámicas internas que se estaban produciendo en

135 Este es el ciclo de charlas que mencioné en el capítulo de contexto.

el contacto entre profesionales críticxs y personas con experiencia me estaban dando muchas claves para entender las dificultades (y también las potencialidades) de este tipo de alianzas. Como lo expresó un médico de atención primaria:

Pedro destaca varias veces que algo tan simple como hablar con Pepe y otrxs usuarixs es valioso en sí, porque le puede hacer pensar en su próxima guardia en lo que necesita una persona que se ha tomado dos cajas de alprazolam y dedicarle veinte minutos, aunque no pueda cenar. Y a Pepe, especula, le puede servir para entender a quien está enfrente de él y está de guardia, o que hay manzanas podridas entre ellos por los motivos que sean. (Diario de campo, 15 de enero de 2020)

En la siguiente reunión, la asistencia fue menor (apenas seis personas), pero la coherencia y fluidez fue mayor. Tras empezar repasando un diagnóstico de la situación de los servicios granadinos que realizó una residente de psiquiatría, terminamos estableciendo dos vías de trabajo: una dirigida a la población general y otra a los servicios. En la primera pensamos en elaborar e impartir unas charlas contra el estigma en las que participasen tanto personas diagnosticadas como profesionales; esto motivó especialmente a algunas de las personas con diagnóstico, quizás porque se trataba de un rol que se veían cumpliendo. En cuanto a la segunda, propuse organizar presentaciones, tanto en servicios de salud mental donde trabajasen miembros de (Mal)Estar como en espacios críticos, de la Guía para la Gestión Colaborativa de la Medicación (Serrano Miguel, Pié Balaguer y Martínez-Hernández, 2020). Esta metodología, que había descubierto recientemente en un congreso, debía servir para hacer que lxs pacientes tuvieran más voz y voto en lo referente a su medicación (con la esperanza de que a largo plazo esto cambiara de forma más profunda las dinámicas entre profesionales y pacientes; véase Martínez-Hernández *et al.*, 2020).

Quisimos establecer grupos de trabajo para empezar a poner en marcha ambas líneas. Sin embargo, yo no iba a poder acudir a una potencial reunión en marzo debido a un viaje fuera de España (véase el capítulo sobre la pandemia, más abajo), de modo que no impulsé que se dieran nuevas reuniones. Nadie más tomó el testigo, así que me fui al viaje con cierta decepción. Durante dicho viaje, se declaró el Estado de Alarma y la realidad se puso patas arriba, incluyendo mi proyecto de tesis. En los esfuerzos por reconstruir mi investigación, SAPAME tuvo más peso que (Mal)Estar. De hecho, en pleno confinamiento tuve una entrevista con una estudiante de Antropología que estaba haciendo su Trabajo de Fin de Grado sobre el activismo en salud mental y que quería conocer la experiencia de (Mal)Estar, y le expresé mi escepticismo respecto a que el grupo fuera a revivir tras la pandemia.

En efecto, pese al profundo impacto que tuvo en mi investigación, a día de hoy de (Mal)Estar solo pervive un grupo de WhatsApp por el que de vez en cuando se mandan enlaces a

noticias o convocatorias de movilizaciones, y al que reconozco que no hago demasiado caso. Sin embargo, Pepe, el miembro de SAPAME con el que tengo una relación más cercana pero también más peculiar, me ha mencionado en varias ocasiones que estaría bien que volviésemos a quedar. Él fue la persona con diagnóstico que vino con más constancia a las reuniones, y también la más polémica: sus intervenciones le daban vida al grupo al mismo tiempo que activaban todas las tensiones de un proyecto naciente, al señalar las contradicciones y pedir insistentemente que pasáramos a la acción. Yo le he expresado que desde luego sería bonito, pero que en mi opinión parte del problema quizás tuvo que ver con que solo yo y algún profesional nos hicimos cargo de la parte organizativa, y que por tanto sería ideal que, si existe interés, fueran algunas personas con diagnóstico quienes impulsaran de nuevo el grupo. Por el momento, nada de esto ha llegado a concretarse.

- **Orgullo Loco Graná**

Más avanzado el proceso de tesis, hacia finales de 2020, surgió un nuevo colectivo de activismo en primera persona en mi ciudad: Orgullo Loco Graná. Entré en contacto con ellos¹³⁶ rápidamente, desde sus primeras actividades. Estas consistieron, especialmente, en dos concentraciones en una plaza en frente de uno de los hospitales de la ciudad. En la primera de ellas, el día 17 de diciembre de 2020, convocada en coordinación con muchos otros colectivos del Estado, se denunció la violencia psiquiátrica y policial, al hilo del caso de una compañera detenida por los Mossos en Cataluña usando un taser (véanse los materiales recopilados en el Anexo 3). Durante esta primera concentración, además de encontrarme o reencontrarme con varixs activistas en primera persona y profesionales críticxs y de presenciar interesantes debates, quedé sorprendido al comprobar que conocía a varias personas que integraban el nuevo colectivo, aunque de algunas no sabía hasta ese momento que tuvieran un diagnóstico psiquiátrico.

Me impactaron sus planteamientos: en aquel momento se autodenominaban neurodivergentes, además de transfeministas, y se percibía fácilmente su cercanía a planteamientos libertarios. Se evidenciaron ciertas distancias con respecto a los posicionamientos y el vocabulario político de algunxs de lxs activistas presentes, quienes atribuyeron estas divergencias a una cuestión generacional (les integrantes de Orgullo Loco rondaban los veinte a veinticinco años). Se veía algo verde al colectivo, y acudimos pocas personas a la concentración; pese a todo, el apoyo a la iniciativa por parte de las personas presentes fue entusiasta. Dado que además anunciaron que estaban organizando un GAM, decidí contactarles formalmente mediante un correo electrónico para explicarles que estaba haciendo una tesis sobre apoyo mutuo y proponerles colaborar. En un

136 Empleo aquí la “e” para respetar su uso por parte del propio colectivo.

principio, no recibí respuesta a esta propuesta.

Dos meses más tarde, el 23 de febrero de 2021, convocaron una nueva concentración. De nuevo coordinada con otras muchas a lo largo y ancho del Estado, esta vez se denunciaban concretamente los ingresos involuntarios y las contenciones mecánicas (véanse los materiales recopilados en el Anexo 4). La organización fue mejor y acudimos más personas a la llamada. Se expusieron testimonios de personas que habían sufrido violencia psiquiátrica y se realizó una performance que reflejaba esta violencia, y al final se comentó el caso de un compañero que estaba en medio de un procedimiento judicial para su incapacitación y al que el colectivo estaba apoyando económica y jurídicamente; el colectivo había abierto una caja de resistencia con ese objetivo. Por desgracia no pude quedarme hasta el final para comentar mi propuesta con los organizadores, pero percibí una maduración del colectivo que me daba esperanzas de que podía ser una propuesta duradera. Sin embargo, perdí el contacto con ellos durante un tiempo: durante esa primavera estuve muy centrado en las entrevistas con miembros de GAMs de SAPAME y no pude acudir a la concentración que organizaron por el día del Orgullo Loco, a finales de mayo.

A la vuelta de mi estancia en Brasil (septiembre-diciembre de 2021), el colectivo no daba señales de vida, ni siquiera cuando volví a escribirles, esta vez por Instagram. Cuando por fin supe de ellos, ya en primavera, resultó que estaban planteándose disolverse. Estaban realizando una rifa para recolectar dinero para una compañera, pero no se veían con fuerzas para organizar una concentración por el Orgullo Loco. Finalmente decidieron organizar un encuentro abierto el 29 de mayo y hablar de qué hacer; acudí y me reconocieron de inmediato, de hecho me trataron con gran simpatía, recordando mi participación en sus primeras acciones. Me comunicaron que el colectivo estaba bajo mínimos (solo estuvimos seis personas y dos éramos solo simpatizantes) en parte debido a que algunos integrantes se habían ido de Granada. Expresaron que querían hacer más actividades de cara al exterior, dado que durante ese curso habían estado muy volcades al trabajo interno, con resultados insatisfactorios.

El colectivo salió revitalizado por la gran cantidad de ideas que surgieron, entre ellas relanzar el GAM, que durante aquel curso no había estado en funcionamiento e incluso durante el anterior había tenido muchas dificultades: al parecer, había cuestiones que no habían terminado de elaborar bien como grupo, como la de cómo intervenir ante una persona que compartiese un asunto delicado. Estas dificultades quizás explicaban la no respuesta a mi propuesta de colaboración en torno al apoyo mutuo. Les envié la documentación que yo mismo estaba consultando sobre cómo conducir GAMs, colaboré con la rifa y me ofrecí a ayudar si querían organizar algo en la universidad. Además, les comenté que estábamos realizando un documental sobre colectivos transfeministas y cuidados en Granada y les ofrecí participar; les pareció bien, y un mes más tarde

grabamos una entrevista para el documental que, con el permiso de la persona con la que conversé, se convirtió también en material para la tesis (Chinchilla, 5 de octubre de 2022). Durante la entrevista, se autodefinieron como

un colectivo de personas psiquiatrizadas y también de personas afectadas por el sistema psiquiátrico, es decir, no tenemos por qué traer un papel en el que conste que tenemos un diagnóstico, porque precisamente es una de las cosas contra las que estamos. Y bueno, básicamente nuestra lucha es antipsiquiátrica y antibiologicista y hacemos acciones en defensa de los derechos de las personas psiquiatrizadas. (Entrevista a miembro de Orgullo Loco Graná, 27 de junio de 2022)

La expresión “neurodivergentes”, que generó cierta discusión en esa primera concentración por sus posibles resonancias biologicistas o de cerebralización del sujeto (Martínez Hernández, 2015), ha desaparecido con el tiempo en favor de expresiones como “personas psiquiatrizadas” o “en primera persona”¹³⁷. Posteriormente, entré a formar parte de su nuevo grupo de WhatsApp de simpatizantes. Habíamos hablado de la posibilidad de proyectar *Zauria(k)*, el documental vasco sobre la relación entre género, mujeres y locura, en algún espacio perteneciente a la universidad. Finalmente, les integrantes más activos de Orgullo Loco formaron otro colectivo, Histeria Colectivizada, y ya con esta nueva denominación proyectaron el documental en marzo de 2023 en un espacio más activista: la Biblioteca Social Hermanos Quero. Aunque inicialmente la idea era hacer un debate tras el visionado, el impacto de la película fue tal que prefirieron agradecernos la asistencia a la docena de personas allí reunidas y emplazarnos a futuras acciones. Sigo atento a posibilidades de colaboración.

- Otros

Junto con los espacios mencionados hasta ahora, durante el proceso de investigar para esta tesis he estado en contacto con multitud de personas, tanto activistas en primera persona como profesionales e investigadorxs, que de forma más o menos directa han aportado información o perspectivas sobre el apoyo mutuo y otras cuestiones relacionadas con la salud mental y el género, contribuyendo de forma decisiva a mis reflexiones y a que esta tesis tenga la forma que tiene. Estos contactos se han producido en algunos casos a través de SAPAME, en otros por amistades o conocidxs en común, en otros por coincidir en espacios de militancia. En este apartado haré un repaso por los más importantes.

137 Como se refleja en su biografía de Instagram a fecha 26 de julio de 2023: <https://www.instagram.com/orgullolocogranada/?hl=en>

Como ya mostré al hablar sobre Orgullo Loco, desde finales de 2020, ante las dificultades que empecé a encontrar en SAPAME, decidí ampliar mi campo incluyendo otros GAMs y/o personas con experiencia que practicasen el apoyo mutuo. Tras la experiencia de la observación en un GAM en SAPAME y realizar mis primeros análisis, y mientras preparaba las primeras entrevistas, pensé que sería interesante poder contrastar con otros de otro tipo, más claramente politizados (como el de Orgullo Loco) o donde las cuestiones relacionadas con el género se pusieran sobre la mesa de forma más directa (como en los GAMs no mixtos de mujeres). Sin embargo, todos mis esfuerzos fueron infructuosos. Ya he comentado la falta de respuesta (y los posibles motivos) de Orgullo Loco. Tampoco me contestaron desde En el Límite cuando contacté con ellxs por Instagram, explicando mi proyecto. Por otra parte, una conocida me puso en contacto con una activista con amplia experiencia en GAMs y en cuestiones de género y salud mental con quien llegué a intercambiar correos y que mostró interés por mi proyecto. Sin embargo, a la hora de concretar una fecha para la entrevista, dejó de contestar.

Hay tres cuestiones fundamentales que, en mi opinión, explican esta situación. Una, más evidente en términos antropológicos, es que frente al trabajo previo que pude realizar con SAPAME, estableciendo un *rapport* y una reciprocidad, en estos casos la propuesta era mucho más unidireccional, por lo que desde el punto de vista de las personas con las que contactaba había muchos más motivos para el recelo y tenía menos sentido aceptar. Esta cuestión se veía reforzada por lo delicado de la temática: como ya he señalado, el apoyo mutuo se basa en la confidencialidad, y pocas cosas parecen menos respetuosas con la confidencialidad que hablar con un desconocido que tiene una grabadora sobre lo que ocurre en los grupos (poco importa que el desconocido prometa que no preguntará tanto sobre hechos concretos como sobre dinámicas generales). Pero no creo que esto baste para explicar la falta de respuesta en todos los casos. Al fin y al cabo, la activista que sí me llegó a contestar me comunicó lo importante que era para ella la colaboración entre activismo e investigación, me dijo que ya había colaborado con personas de la academia con anterioridad y me expresó literalmente que estaría “encantada de echar una mano”.

¿Qué otro factor puede estar jugando un papel aquí? Más allá de cuestiones imponderables (olvidos, cambios vitales imprevistos, cambios de parecer por otros motivos), creo que habría que buscar la explicación en una tercera cuestión. La investigadora Águila Bono lo expresó así en la entrevista que tuvimos:

El gran nudo de este tema es la f... no es la fragilidad de las personas con problemas de salud mental, porque los de la ELA tienen [la misma] fragilidad o más, o los de la... o sea, quiero decir, el apoyo mutuo entre personas que tienen una experiencia que comparten es común, fructifica en cualquier sitio, y también tienen fragilidades, pero ¿cuál es la diferencia? [...]

La diferencia es que las personas con problemas de salud mental, la enfermedad no es así [ascendente] o así [descendente], es así [cíclica]. Esa es la fundamental diferencia, desde mi punto de vista, en casi todo lo que pretendemos hacer. (Entrevista, 26 de abril de 2022)

En efecto, las crisis tienen un papel impredecible en la trayectoria de las personas con gran sufrimiento mental. He podido comprobar cómo una cantidad nada desdeñable de las personas a las que he conocido en este proceso han pasado en algún momento por un ingreso en agudos, o han logrado escapar a ello por muy poco. Si cualquier tipo de activismo está, de por sí, sujeto a irregularidades y ciclos, en el caso del activismo en primera persona todo ello se ve intensificado. Hablaré de ello en más detalle al llegar al análisis.

Una de las primeras cuestiones que se abrieron durante mi trabajo de campo acabó siendo una de las últimas en las que me centré, pero también de las que más frutos dio. Como señalé al hablar de (Mal)Estar, en nuestro segundo encuentro, en octubre de 2019, ya se me habían facilitado materiales relativos al apoyo mutuo; entre ellos, el manual del curso Peer2Peer (Christie *et al.*, 2015). Este texto formativo se había usado para impartir una serie de cursos en los que se daba herramientas a integrantes de la asociación (y otras asociaciones de Andalucía agrupadas en la Federación “En Primera Persona”) para convertirse en agentes de apoyo mutuo. Aunque examiné el libro y me llamó la atención la participación de personal de la Escuela Andaluza de Salud Pública¹³⁸, al principio del proceso de tesis estaba muy enfocado a las metodologías grupales de afrontamiento del sufrimiento psíquico, por lo que no di prioridad a esta cuestión, que estaba relacionada con el apoyo mutuo individual. Sin embargo, en parte por cierta desesperación ante la falta de efectividad y respuesta a mis otros intentos de ampliar mi campo, acabé indagando en la cuestión, aprovechando mis vínculos de diverso tipo con dicha institución.

En abril de 2022 entrevisté a una de las autoras del manual, Águila Bono, quien me habló de toda la trayectoria de implantación del apoyo mutuo individual en los servicios de atención en salud mental en Andalucía, y me abrió la puerta a investigar esta cuestión poniéndome en contacto con activistas y profesionales que habían participado, de una forma o de otra, de dichos intentos, a quienes posteriormente entrevisté (ver Anexo 7). De esta manera pude conocer con bastante profundidad el trabajo llevado a cabo en el Programa de Apoyo Mutuo en el Hospital Universitario

138 Tengo vínculos tanto formativos como personales con la Escuela. Por un lado, estudié el Diploma de Especialización en Salud y Género que organiza la EASP en colaboración con la Universidad de Granada durante mi primer curso de tesis (2018/19). Por otro, tengo importantes vínculos familiares: el padre de mi hermano mayor y su mujer, ya jubilados, trabajaron allí desde los años ochenta, y conozco igualmente a través de ellos y de mis padres (y de mi propio activismo en cuestiones relacionadas con la salud) a gran parte de la plantilla.

Virgen de las Nieves. Todo el capítulo dedicado al apoyo mutuo individual debe su existencia a este trabajo relativamente tardío, que me permitió, sin embargo, definir definitivamente mi objeto de tesis, retrotrayéndome a aquella reunión narrada en la introducción para comprender que lo que me interesaba era el apoyo mutuo en todas sus formas.

Por último, hay un espacio cuya influencia en mi tesis es real, aunque muy indirecta¹³⁹. Hablo de la Unidad de Docencia y Psicoterapia (UDP), también conocida cariñosamente como “el López” en honor a su fundador, el psiquiatra y escritor José María López Sánchez (1938-2021). Este espacio formativo para profesionales de la salud mental (y también, en menor medida, profesionales de la Atención Primaria) coexiste en el mismo edificio que Hospital de Día en el que realicé mi Trabajo Fin de Máster. Ya desde que terminé mi TFM, fui invitado a exponer los resultados del mismo en este contexto, ante lxs residentes de psiquiatría y psicología que conforman su alumnado, que realizan rotaciones de tres meses en ella. Desde la rotación octubre-diciembre de 2019, imparto allí unos seminarios con el nombre de “El género como herramienta para entender la salud mental”.

Por un lado, y dado que las clases no son remuneradas, debo decir que considero mi labor aquí como una forma de activismo en sí misma: ya que con frecuencia me quejo de la falta de formación en perspectiva de género (y en una visión social del sufrimiento mental) de lxs profesionales, aprovecho este espacio para dar al menos unas nociones básicas al respecto a las nuevas generaciones de profesionales comprometidxs¹⁴⁰. Pero además, este espacio ha sido mi forma de contacto más continuada y profunda con las sensibilidades de lxs profesionales, y esto ha sido importante no solo para orientar esta investigación, sino para pensar en futuros proyectos. Dado mi interés en los contactos entre saberes profanos y saberes expertos, este espacio ha sido un laboratorio de pruebas de mi capacidad para generar escenarios donde los saberes expertos se dejen tocar por otros saberes. Espero poder aplicar esta experiencia en el futuro.

139 Agradezco desde aquí a Sam Fernández Garrido por haberme señalado esta cuestión.

140 La rotación no es obligatoria, se debe solicitar al principio de la residencia, dado que hay una importante lista de espera. Esto implica que quienes rotan por la UDP son, en general, personas con una cierta predisposición a, cuando menos, entender la psique humana en su dimensión de subjetividad socialmente construida.

3.3. La pandemia: cambios de rumbo y adaptaciones metodológicas a espacios digitales y semipresenciales

La pandemia por el Covid-19 ha tenido un enorme impacto social, debido a las medidas que se han tomado para su contención. Confinamientos (primero generales, después para personas infectadas), distancia social, uso de mascarillas en espacios públicos, uso masivo de pruebas diagnósticas, rastreos de contagios, vacunación en masa y cuasi obligatoria, restricciones de viajes... la aplicación de todas estas herramientas, tanto políticas como técnicas, a gran escala y en prácticamente todo el planeta no tenía precedentes en la historia de la humanidad. Así pues, sería absurdo pensar que este evento no fuera a tener un impacto decisivo en esta investigación doctoral. No obstante, me surgían dudas a la hora de reflejarlo en el trabajo escrito. ¿Debía diseminar observaciones sobre este impacto por todo el trabajo? ¿O dedicarle una sección o incluso un capítulo completo? En caso de optar por esta segunda opción, ¿dónde ubicarlo?

Finalmente, he considerado que la pandemia ha sido un evento demasiado importante: ninguna de esas opciones bastaba por sí misma. Evidentemente, la pandemia era parte del contexto de mi tesis; en coherencia con ello, he dedicado las últimas páginas de aquel capítulo a hablar de ello. En varios momentos del análisis resulta imprescindible hablar también del Covid-19. Sin embargo, a nivel metodológico, la pandemia me ha obligado a realizar toda una serie de adaptaciones y cambios que merece la pena comentar separadamente. Por ello, he decidido incluir este capítulo metodológico sobre la pandemia. Se trata al mismo tiempo de un capítulo con entidad propia, dada la naturaleza de algunas de las reflexiones que reflejo, y de un complemento al capítulo anterior sobre el campo, profundizando en ciertos momentos concretos del desarrollo del trabajo de campo, con una serie de actores específicos.

Para empezar, contextualizaré el efecto que tuvo la irrupción de la pandemia en mi investigación (y en mi vida, en tanto en cuanto esto resulte de interés para la investigación), desde la desorientación inicial al momento en que retomé el trabajo en unas nuevas circunstancias. Después hablaré sobre los meses del confinamiento, en los que debido a esas circunstancias comencé a realizar una etnografía digital, principalmente a través de Zoom. Explicaré en qué sentidos era digital esta etnografía partiendo de las propuestas de Edgar Gómez Cruz (2018), según las cuales la etnografía puede ser digital por su método, por su campo o por su objeto; abordaré cada uno de estos aspectos¹⁴¹. Por último, comentaré el después del confinamiento: hablaré de los

141 Hasta este punto, este capítulo se basa en gran medida en un artículo que publiqué acerca de las adaptaciones metodológicas que hice durante el confinamiento (Martínez Sevilla, 2022). La última sección, en cambio, son

efectos de la pandemia en el medio y largo plazo de mi investigación, más allá de los primeros meses, centrándome especialmente en su impacto sobre mi observación participante en uno de los GAMs de SAPAME, así como en la realización de entrevistas por medios digitales.

A principios de marzo de 2020, llevaba ya unos meses trabajando intensamente en SAPAME, (Mal)Estar estaba a medio camino entre definirse por fin y disolverse antes de llegar a hacerlo y yo estaba preparando un viaje. Mi hermano, mi cuñada y mis dos sobrinos, de 4 y 2 años por aquel entonces, vivían en Guatemala y yo iba a visitarlos. Salí rumbo a aquel país, viejo conocido (viví allí durante seis meses entre 2015 y 2016), el 9 de marzo, con la intención de pasar tiempo con mis sobrinos, a los que por entonces veía muy poco debido a la distancia, y disfrutar de unas semanas de descanso antes de retomar el trabajo de campo y la docencia.

En ese momento, la expansión del coronavirus en España empezaba a ser preocupante, pero ni por asomo imaginábamos lo que iba a pasar en apenas unos días. Una anécdota puede ilustrarlo: al llegar al aeropuerto, nos tomaron la temperatura a todos los pasajeros del avión, medida que me pareció exagerada e inefectiva. Se lo conté, divertido, a mi cuñada, que fue quien vino a recogerme. Ella me anunció que mi hermano estaba muy preocupado por si no me dejaban entrar al país por venir desde España. A ambos nos parecía una preocupación surrealista y, de camino a casa, en el coche, llamamos a mi hermano con el manos libres para gastarle una broma: ella dijo que no había podido pasar, que me habían retenido, mientras yo guardaba silencio. Mi hermano se lo creyó, pero no alargamos mucho su sufrimiento: me eché a reír y se dio cuenta de que le estábamos tomando el pelo.

Dos días después el gobierno de Guatemala prohibió la entrada en el país de personas con pasaporte español. Iberia canceló todos los vuelos del trayecto Madrid-Guatemala, incluido mi billete de vuelta. Me encontré varado en Guatemala hasta nuevo aviso, y con el paso de los días se hizo evidente que pasaría mucho tiempo hasta que se restableciese la normalidad en el tráfico aéreo. Por supuesto, estar con parte de mi familia, en su domicilio, en una urbanización de clase alta de la ciudad de Guatemala, hacía mucho más agradable mi situación. Pero lo cierto es que la mayoría de mis seres queridos estaban a siete horas de diferencia horaria, en un país al que no sabía cuándo podría volver, y la cancelación de las clases presenciales había desatado una tormenta en mi trabajo docente que se me hacía muy difícil de abordar en la distancia¹⁴². Las decisiones del gobierno

reflexiones nuevas hechas durante la redacción de la tesis.

142 Se puede encontrar un análisis de la adaptación de la docencia que llevamos a cabo en Gregorio Gil, Martínez Pozo y Martínez Sevilla (2020).

español, incluida la declaración del Estado de Alarma, me fueron llegando por redes sociales. La sensación de peligro aumentó de manera radical en cuestión de días.

En Guatemala, aunque el primer positivo por Covid-19 no se dio hasta el 13 de marzo, también se tomaron medidas estrictas. El gobierno pidió a las familias que se confinasen voluntariamente y más tarde declaró un toque de queda. Se canceló el colegio de mis sobrinos y mi hermano y mi cuñada pasaron a teletrabajar. Dada la gravedad de la situación, le dijeron a su empleada doméstica que no viniese a trabajar (manteniendo su sueldo). Como resultado de todo ello, quedé como encargado principal del cuidado de mis sobrinos durante muchas horas al día, a miles de kilómetros de mi casa y con cambios inauditos sucediéndose a un ritmo vertiginoso. Me invadió una sensación de irrealidad que hizo que, junto con la distancia física, sintiera una enorme distancia emocional respecto a mi investigación. ¿Qué sentido tenía intentar estudiar nada cuando el mundo estaba de pronto patas arriba, irreconocible? Sin duda, la relativa indefinición de mi objeto de tesis a esas alturas ayudó a que me sintiera tan perdido. Dejé de tener contacto con SAPAME, salvo por algunos mensajes de WhatsApp intercambiados con Pepe. Me sentía como flotando, sin referentes para orientarme e interpretar lo que pasaba a mi alrededor, atrapado en un no-lugar por tiempo indeterminado. ¿Cómo volver a aterrizar?

Para empezar, aterricé literalmente en Barajas: a finales de marzo, tres semanas después de mi llegada a Guatemala, la Embajada de España en el país organizó un vuelo de repatriación para los españoles atrapados en Centroamérica. Esto supuso por una parte un alivio, pues puso fin a la incertidumbre respecto a cuándo podría volver y se produjo justo a tiempo para poder hacerme cargo de mi docencia sin que hubiera una incomodísima diferencia horaria. Pero al mismo tiempo, era consciente de dejar a mi hermano y cuñada en una situación delicada, teniendo que cuidar de dos niños pequeños y teletrabajar sin ayuda de nadie¹⁴³. Con estas contradicciones volví a España, y me emocioné profundamente cuando, la tarde de mi llegada, a las ocho de la tarde, oí por primera vez en directo los aplausos de mis vecinos y vecinas al personal sanitario.

Aun así, seguía sin saber cómo retomar la investigación para la tesis. Ni siquiera sabía si la asociación seguía funcionando, si bien parecía improbable: ¿cómo iban a hacerlo en medio de un confinamiento total? Me llegaban por redes sociales y a través de mis amistades informaciones fragmentarias acerca del impacto de la pandemia en los servicios de salud mental y en la salud mental de la población, pero me veía incapaz de sistematizarla o de ponerla en relación con los GAM¹⁴⁴, mucho menos con mi investigación en concreto. El marco había cambiado tanto que no

143 Meses más tarde, ante las enormes dificultades para sostener esta situación sin una red cercana que ayudase con los cuidados de los niños, decidieron volver a España.

144 Por suerte esto lo hizo de forma profunda y crítica Christel Keller Garganté (29 de julio de 2020), denunciando

sabía ni por dónde empezar. Afortunadamente, me contactaron desde SAPAME, sacándome de mi aturdimiento: recibí una llamada telefónica de Juan, un miembro de la Junta Directiva, informándome de que estaban volviendo a arrancar la actividad de la asociación vía Zoom. Poco después hablé con Gala, que me informó de un espacio que habían puesto en marcha los lunes y viernes al que estaban llamando la “Tertulia Sapamera”. El sentido de la tertulia era que la gente de la asociación (e incluso de otras asociaciones de la Federación “En Primera Persona”, a las que se les dio acceso a las actividades durante la pandemia) se conectara simplemente para charlar, rompiendo el aislamiento impuesto por el confinamiento. Estaban buscando gente que interviniese en esas tertulias, dándoles una mínima estructura, y Gala me propuso que hablase un día sobre el impacto de género de la pandemia.

Acepté encantado. El espacio de la tertulia resultó fundamental para mí durante el confinamiento, y no solo porque me permitiera salir de mi parálisis investigadora. Allí vi que mi desorientación era compartida y encontré un lugar desde el que crear nuevas coordenadas para situarme, nuevos significados que dar al mundo post-Covid. Fue así, en el contacto cotidiano con las personas con las que estaba realizando mi investigación, como mi tesis volvió a cobrar sentido para mí: pude remendar esa dolorosa distancia que me separaba de mi propio tema de tesis gracias a que encontré un lugar en el que crear nuevos significados que explicaran los violentos cambios del mundo. En las tertulias estaba en una posición muy similar a la del resto de participantes, lo cual generó una identificación que, visto con la perspectiva del tiempo, tiene algunos elementos en común con la que se genera en los propios GAMs. Fue un espacio que construimos conjuntamente partiendo de las mismas necesidades: la de romper el aislamiento que nos imponía la distancia social que se había convertido en la nueva norma y la de crear una rutina que diera estructura al tiempo¹⁴⁵, que el confinamiento había vuelto tan aplanado y amorfo, con los días sucediéndose sin nada que los diferenciase; lo que Santiago Alba Rico (1 de diciembre de 2020) llamó el solapamiento del tiempo y la duración. Todos los lunes y viernes nos reuníamos para charlar, comprobar que estábamos bien, pensar sobre algún tema o recomendarnos películas y series con las que entretenernos.

los discursos del terror y la visión patologizante del sufrimiento mental que dominaron los primeros meses de la pandemia. Ella estudió concretamente la adaptación a la pandemia de los GAM organizados por ActivaMent, en Cataluña.

145 Evidentemente, también hablaba con familiares y amistades durante este periodo, pero esas conversaciones no estaban estructuradas ni eran rutinarias, por lo que, aunque me transmitían el necesario calor humano, satisfaciendo la primera necesidad de la que hablaba, no terminaban de cumplir la segunda función: crear una nueva cotidianidad.

De este modo, durante los siguientes meses (hasta que, con el comienzo de la desescalada, dejaron de celebrarse las tertulias) mi observación participante pasó a desarrollarse en un escenario nuevo: Zoom. Esto implicó importantes cambios en mi labor etnográfica: usando la terminología de Eguiluz, Díaz de León, González Cepeda y Trejo Peña (2022), tuve que “reinventar las técnicas” que usaba para mi investigación. Cabe reseñar, no obstante, que estos cambios no se debían únicamente a la mediación digital, de pronto imprescindible: los cambios sociales más amplios eran vastos y sin precedentes, en particular por la obligatoriedad del confinamiento y la distancia social. En términos de los distintos usos de la tecnología digital para hacer “etnografía a distancia” que ha analizado John Postill, mi caso se parecía al de Jonathan Skinner y lxs habitantes de la isla de Montserrat. Diseminadxs por medio mundo tras una erupción volcánica que arrasó la isla en los años noventa del siglo XX, estxs exiliadxs empezaron a relacionarse usando plataformas digitales en la era pre-Facebook: “el antropólogo, al igual que sus informantes, socializaba a través de una tecnología compensatoria que recreaba la experiencia previa de estar ahí” (Postill, 2017: 64).

También podríamos decir que empleé una forma peculiar de lo que Edgar Gómez Cruz llama “métodos vernáculos”. Usar métodos vernáculos consiste en diseñar técnicas “[inspiradas] en formas en las que mis informantes utilizan las tecnologías digitales” (Gómez Cruz, 2018: 85). En mi caso, más bien, lo que pasó fue que las personas con las que investigaba y yo nos vimos lanzados a un nuevo uso de las tecnologías digitales, y fuimos aprendiendo en tiempo real a emplearlas para objetivos comunes. Al mismo tiempo, yo también fui pensando en maneras de investigar ese mismo proceso tecnológicamente mediado. Así, tuve que adaptarme simultáneamente a una nueva herramienta de observación y un nuevo contexto. Esta combinación provocó que en cierto sentido el campo mismo se reconstituyera.

Siguiendo la tipología de Gómez Cruz (2018: 88), mi etnografía se volvió digital no tanto por su objeto (no pretendía estudiar Zoom en sí), cuanto por su método (el uso de aparatos y plataformas digitales se volvió indispensable para hacer esta etnografía) y por ser digital el campo en el que ocurría aquello que quería estudiar (no porque desde un principio fuera este mi objetivo, sino porque el desarrollo de los acontecimientos llevó a la reconstitución de este campo en espacios digitales). A continuación, voy a abordar lo digital en estas tres vertientes: empezaré señalando los efectos en mi investigación del uso de plataformas digitales como herramientas; después comentaré los efectos que tuvo el paso a Zoom sobre los grupos humanos que constituían mi campo; y terminaré presentando algunas reflexiones sobre el “objeto” Zoom y las maneras en que es más (y menos) útil estudiar su uso.

Lo digital como método: Zoom, WhatsApp y la mirada etnográfica.

Hay un sentido en que el cambio metodológico es muy obvio: una de las herramientas

etnográficas esenciales, la mirada, tenía que adaptarse, puesto que lo que había que mirar era muy distinto. No estar físicamente en compañía del resto de personas participantes en la videollamada, sino en el salón de mi propia casa, mirando una pantalla en la que sus rostros aparecían en mosaico, implicaba una reorientación en los cuatro ámbitos de la mirada que señala Teresa del Valle (2012: 2-3). En primer lugar, está la pura percepción visual. En la nueva situación, el peso de la vista (junto al oído) se incrementaba en detrimento de los demás sentidos, dado que era imposible compartir la percepción de olores o sabores, así como tocar objetos o cuerpos. Esto no solo afectaba a la observación, sino que era una característica intrínseca al uso de Zoom que, sin embargo, pudimos compensar puntualmente. Por ejemplo, Gala invitó a coordinar una tertulia a una persona que nos habló sobre el baile como herramienta para la movilización de emociones. Al hacer demostraciones de esta función, poniéndonos a bailar distintos tipos de música, el empleo del cuerpo facilitó la ilusión de estar juntxs, como si compartiésemos espacio físico, pese a la mediación de las cámaras.

En segundo lugar, Del Valle habla de la mirada como observación de interacciones. En este punto, el formato Zoom de hecho facilitaba que se pudiera prestar atención a todas y cada una de ellas: al no poder darse conversaciones simultáneas porque las voces se entrecortaban, cada interacción pública¹⁴⁶ quedaba a la vista de todxs y nunca se generaban grupos con conversaciones paralelas. En tercer lugar, si hablamos de la mirada en cuanto al ámbito de lo simbólico, a la observación de aquellas “dimensiones de la cultura que hablan de centralidades y periferias relacionadas con personas y grupos” (Del Valle, 2012: 3), Zoom manifestaba la existencia de roles distintos en la asociación de manera muy explícita, pero a la vez fácil de ignorar. En Zoom, quien actúa como “anfitrión” tiene la capacidad de silenciar a otras personas. La cuenta oficial de la asociación, administrada por Gala, cumplía esta función, silenciando a quien tenía el micro abierto y generaba ruidos molestos. Al pasar las semanas, saturada por otras tareas, Gala dejó de participar activamente en las videollamadas: iniciaba la reunión, nos enviaba las claves de acceso y apagaba cámara y micrófono, quedando a la espera por si necesitábamos asistencia técnica. Esto hacía que, si la necesitábamos, tuviéramos que llamarla y pedirle que interviniera; una presencia fantasmal que sin embargo tenía el poder de silenciar a quien impidiera el correcto desarrollo de las reuniones.

Por último, en términos de la “búsqueda de fisuras que aparecen en el sistema dominante”

146 Zoom permite usar el chat para escribir “en privado” a una sola persona, en lugar de a todo el grupo. Yo no utilicé esta función, pero es posible que otras personas participantes se comunicaran por esta vía de forma invisible para mí. Esto constituye una zona de sombra en el campo, un punto ciego de mi mirada etnográfica: no puedo saber el contenido de esas hipotéticas conversaciones, las razones por las que se mantenían de manera privada, ni siquiera constatar si de hecho ocurrieron; pero tampoco puedo ignorar la posibilidad de que se dieran. La experiencia de dar clase por videollamada también ha dado forma a mis reflexiones sobre el efecto de este tipo de plataformas en las formas de interacción y las posibles maneras de jugar con lo privado y lo público.

(Del Valle, 2012: 3), la mirada etnográfica en este contexto tenía que buscar otros márgenes, otros “intersticios” (Del Valle, 2012: 10; Gómez Cruz, 2018: 90) que sugirieran posibles puntos de fuga pero que, en lugar de manifestarse a través del espacio, aplanado aquí por pantallas y cámaras, pudieran detectarse en otras dimensiones. Un ejemplo serían las distintas formas de participar: había quienes se conectaban a las videollamadas, pero nunca hablaban, en algunos casos incluso apagando la cámara si les invitaban a intervenir. ¿Qué motivaba esta conducta? ¿No sería una forma de protesta? También era relevante la información que se podía recoger cruzando varias plataformas digitales: para informar sobre los talleres de Zoom, se creó un grupo de WhatsApp del que formábamos parte todas las personas vinculadas a su desarrollo. La cantidad de personas que formaban parte de este grupo era mucho mayor que la de quienes de hecho participaban de las actividades, lo cual invitaba a pensar sobre qué estaba provocando esa discrepancia.

En un caso aún más claro, Pepe no participaba de las actividades en las que yo me conectaba. Al preguntarle por qué no estaba participando, evitó contestarme, mandándome memes machistas por toda respuesta, como era su costumbre. En un momento dado se salió del grupo de WhatsApp y yo me preocupé, pero por más que le pregunté, él siguió sin contestarme sobre este tema. Posteriormente volvieron a meterlo en el grupo, y participó puntualmente en la tertulia, pero habló poco y mantuvo su cámara apagada (supuestamente porque no funcionaba). Al cabo de unos días, tuvo una intervención muy irrespetuosa con una compañera en el grupo de WhatsApp y fue expulsado del mismo por Lucía. De nuevo, estar atento a este tipo de situaciones e interacciones puede dar lugar a oportunidades de profundizar que revelen conflictos de fondo en el grupo, relaciones de poder o tensiones que pueden desencadenar procesos transformadores (o también pueden encontrarse explicaciones de otro tipo, como la simple timidez, en este caso).

Lo digital como campo: la reconstitución de SAPAME en Zoom.

Una vez descritos los modos en que la mirada etnográfica cambiaba en escenarios digitales, pondré ejemplos de observaciones que me permitieron darme cuenta de que el campo se había reconstituido. Estas viñetas etnográficas me permitirán ilustrar las peculiares relaciones que existían entre las unidades de observación y reflexión (o “células”, en la propuesta de la etnografía celular) en las que me centré (Gómez Cruz, 2018: 86). Estas serían la visualidad, la espacialidad, la (limitada) movilidad y, de forma distintiva en mi investigación, por su importancia en el caso concreto del apoyo mutuo, las presencias indirectas.

Uno de los temas de conversación habituales de las tertulias era comentar el espacio físico en el que se encontraba cada persona para hacer la videollamada, a menudo a raíz de que un participante preguntara a otro al respecto. Esta curiosidad estaba totalmente normalizada, así que, en una ocasión, al ver que un participante estaba en un inmenso jardín, le pregunté dónde se

encontraba. Se trataba de un miembro de la asociación a quien conocía más de oídas que personalmente, apenas habíamos coincidido. Me dijo que ese era el jardín de su casa, pues vive en un pueblo de los alrededores de Granada. Tiempo más tarde, supe que la asociación organiza una comida de fin de curso cada año en un restaurante de ese pueblo gracias a la buena relación de esta persona con lxs dueñxs, lo cual me dio mucha información acerca de la posición central que ocupa este hombre en la asociación.

Otro ejemplo tiene que ver, no ya con el mero escenario que podíamos ver a través de las cámaras, sino con quién habita dicho espacio. Fue a través de estas tertulias que descubrí que dos integrantes de la asociación a quienes conocía previamente viven juntos. A veces lxs dos se conectaban por separado, pero un ruido proveniente de ambos micrófonos delataba que se encontraban en habitaciones distintas del mismo domicilio. Otras veces, unx de ellxs se cruzaba en el campo de visión de la cámara de lx otrx mientras hacía tareas domésticas o simplemente se movía por la casa. Este es un buen ejemplo de cómo el uso de tecnologías digitales en una investigación ya iniciada “a menudo nos ayuda a observar a personas y cosas conocidas desde otra perspectiva, creando así una interacción más rica con nuestros participantes” (Postill, 2017: 67).

Pero lo importante de este caso no es tanto que me diera información novedosa de gran calado para mi investigación, cuanto que me permitió reflexionar sobre cómo esas presencias que se revelaban sutilmente en las videollamadas, las personas con las que cada unx convivía, tenían de hecho una influencia enorme en el desarrollo de las actividades de la asociación en Zoom. Veamos esta entrada de mi diario de campo:

Por otro lado, ha habido varios momentos en que el *setting* doméstico ha invadido el espacio de la llamada. El padre de Alberto (un hombre muy mayor) ha entrado en el plano varias veces, y en algunas ocasiones Alberto le decía que se apartara o cosas así con el micro abierto. Por otra parte, la ¿madre? de Alicia parece que tenía algún problema con ella justo en el momento de entrar en la videollamada (“ahora no, tengo una clase”; “ya estamos, ya estamos”; al responder Alicia ha silenciado [el micrófono]), y luego ha vuelto a aparecer mientras todxs callábamos y le soltaba algún bufido a Alicia, cuya respuesta ha sido algo así como “qué bonito es vivir contigo, ¿eh?”. Sonrisas tensas en este momento, de estar oyendo y viendo algo que no corresponde. (Diario de campo, 18 de mayo de 2020)

Así pues, una de las características definitorias del nuevo campo que estaba etnografiando, a diferencia de cuando las actividades eran presenciales, era que además de las personas participantes había una presencia indirecta, pero de efectos reales: la de las personas convivientes. Esto se hacía crucial dada la situación de confinamiento, pues era imposible que estas personas convivientes se ausentaran de casa. En este punto debemos recordar el significado del contexto doméstico y las

relaciones familiares para muchas de las personas participantes: con el cierre de los manicomios, las lógicas de estas instituciones se han trasladado al espacio familiar, dando lugar a lo que Elisa Alegre-Agís llama la “institución doméstica total” (2017). Como veremos especialmente en el caso de Noelia, la relación de estas personas con su familia suele estar sometida al saber psiquiátrico y fuertemente atravesada por la vigilancia y el control, lo cual podía hacer de la convivencia forzosa durante el confinamiento una situación muy desagradable.

En el contexto de las tertulias, este efecto ocasionaba, como mucho, momentos incómodos como los descritos. En el caso de los GAM, en cambio, el efecto era más insidioso. En una entrevista telefónica durante el confinamiento, Adela, facilitadora de uno de los GAMs de la asociación, usó una metáfora climática: el “clima de confianza” que existe en su GAM¹⁴⁷ se vio matizado al realizar las reuniones por Zoom, porque esta plataforma genera un “clima más frío”. Conectarse al GAM, en teoría un espacio donde alejarte de tus problemas y comentarlos en confianza, mientras estás encerradx en casa con las personas con las que probablemente tienes muchos de esos problemas, dificulta la apertura y pone en entredicho la posibilidad misma de llevar a cabo los cuidados característicos de estos grupos¹⁴⁸. En las tertulias, Adela recordaba constantemente el horario de celebración del GAM, debido a que la asistencia al mismo se había reducido. Al preguntarle al respecto, ella lo atribuyó a las dificultades de diverso tipo que tenían algunas personas para conectarse, lo cual también debió afectar (comentaré esta forma de brecha digital más adelante); pero si recordaba la posibilidad de asistir, debía ser porque había quienes participaban de la tertulia, pero decidían no asistir al GAM¹⁴⁹.

Lo digital como objeto: Zoom como instrumento para la realización de determinadas prácticas.

147 Estas son exactamente las palabras que utilizan Sampietro y Sicilia-Matas (2019: *passim*) para describir el ideal al que deben aspirar los GAM.

148 Como comentaré más adelante, tanto mi trabajo de observación posterior en el GAM de SAPAME como conversaciones con otras personas vinculadas a GAMs confirmaron esta percepción. Igualmente, hubo quien señaló que este mismo problema con las presencias indirectas y la falta de intimidad se reproducía con las consultas telefónicas en los servicios de salud mental (diario de campo, 19 de octubre de 2020).

149 En una ocasión en que Adela hizo este recordatorio, una participante en la tertulia que no pertenecía a la asociación (recordemos que se dio acceso a los talleres a todas las asociaciones de la Federación) pidió asistir al GAM. En ese momento Gala intervino para recordar que había que preguntar a quienes facilitan, porque los GAMs no son meros talleres: no se puede asistir así como así, pues son grupos que requieren cierta intimidad. Pero Adela dijo que le dieran el enlace a la reunión de Zoom, incluso que lo pasaran por el grupo de WhatsApp común (Diario de campo, 13 de abril de 2020). Esto sugiere que, en las circunstancias algo desesperadas generadas por la pandemia y el paso a Zoom, las normas de asistencia se relajaron; lo cual a su vez podría contribuir a hacer más difícil la apertura de los/as participantes.

Es importante hacer una matización: que Adela hable de un clima más frío no debe llevar a hacer una generalización precipitada, afirmando que el uso de la tecnología implica inevitablemente una frialdad que contrasta con la calidez del apoyo, el cuidado y la cercanía física. Por una parte porque, como he mencionado antes, en espacios como las tertulias, donde se trataba más de tener una charla distendida que de abrirse emocionalmente y mostrarse vulnerable¹⁵⁰, Zoom cumplía estupendamente su función, y posibilitaba que se diera un contacto que resultó esencial para muchxs participantes (yo incluido) en un momento de mucho aislamiento. Por otra parte porque estas dificultades, como he señalado al hablar de las presencias indirectas, son tan atribuibles a las circunstancias sociales más amplias (distancia social, confinamiento) como a la tecnología en sí. Coincido aquí con las apreciaciones de Pols y Moser (2009) sobre la no conveniencia de oponer “tecnologías frías” y “cuidados cálidos”: la frialdad no es un atributo intrínseco de Zoom, sino que se percibió dentro de una práctica social concreta, a saber, un GAM realizado usando esa tecnología.

En ese sentido, es fundamental el principio metodológico propuesto por Pols (2011: 456-457) al estudiar el uso de webcams para la atención médica: no se trata de estudiar las tecnologías, sino de estudiar las prácticas en las que dichas tecnologías se emplean y los efectos que tienen las unas sobre las otras. De hecho, Miguel, que en aquel momento facilitaba el otro GAM que se organiza en la asociación amén de ser presidente de la misma, me señaló en una entrevista telefónica que tuvimos cuando ya se empezaban a relajar las medidas de confinamiento que, de cara al futuro de la asociación, Zoom le había enseñado cosas con las que no contaba. Por ejemplo: que el uso de videollamadas facilita la asistencia de quienes viven en pueblos de la provincia y no en Granada capital, donde se ubica la sede: “La pereza que a veces hace que no cojas un autobús una tarde, con esto no está”. Comentaré los efectos de esta decisión en la próxima sección.

El valor de este instrumento se percibe de forma aún más clara cuando comparamos lo sucedido en SAPAME, la asociación mejor organizada y con más recursos del contexto andaluz, con lo ocurrido en otras más pequeñas. Puesto que había sido la única asociación de la Federación “En Primera Persona” que había logrado hacer la transición a plataformas digitales, la Junta Directiva decidió invitar a las demás asociaciones a participar en las actividades en Zoom durante el confinamiento. En una tertulia, una integrante de un GAM almeriense nos comentó que desde la declaración del Estado de Alarma no habían podido reunirse, porque algunas personas no sabían

150 Zoom resultó funcional incluso en algunos talleres donde, aunque no era imprescindible, algunas personas de hecho mostraron esta vulnerabilidad, como el “Taller literario”, del que participé puntualmente. Este taller, al ser más cerrado y propiciar una mayor sensación de intimidad, permitió que Lucía, por ejemplo, expresara de forma muy franca sus sensaciones con el confinamiento.

utilizar Zoom, otras no tenían PC, otras no tenían un espacio adecuado... Aunque hablaban por el grupo de WhatsApp y algunas personas se llamaron por teléfono entre sí, esto era percibido como insuficiente, comparado con el tipo de cercanía que permite un GAM. De hecho, quienes sí estaban en contacto entre sí no tenían noticias de algunas participantes del GAM desde hacía bastante tiempo y estaban preocupadxs.

En otras palabras, el cuidado mutuo que normalmente se presta en estos grupos se estaba echando en falta. Además, en medio de la angustia del confinamiento, no habían encontrado el modo de construir esa rutina que las tertulias por Zoom nos permitieron establecer en SAPAME. Aquí se hacen patentes los efectos que la brecha digital en el movimiento en primera persona y el apoyo mutuo¹⁵¹. De hecho, en el caso de SAPAME solo pudieron salvarse estos efectos gracias a que Gala y Lucía trabajaron diez horas al día, siete días en semana durante dos meses; primero para organizar y coordinarlo todo, más tarde para explicar cómo utilizar Zoom a quienes tenían dudas al mismo tiempo que cumplían con todas sus otras funciones. Esto sin contar a las personas que, aun así, no llegaron a conectarse, por no tener los medios técnicos o el espacio adecuado: Adela señaló en la entrevista telefónica antes mencionada que algunas personas estaban en residencias, sin habitaciones individuales, y esto las coartó. Zoom fue por tanto una herramienta esencial, pero imperfecta, que permitió la continuidad de la actividad en la asociación, y de hecho facilitó la participación de algunas personas, al tiempo que excluía a otras. Todo ello, no lo olvidemos, en un contexto nefasto, en el cual participar en estas actividades por Zoom fue un importante alivio para muchas personas.

Con la llegada de la desescalada y el fin del primer Estado de Alarma, entre los meses de mayo y junio de 2020, comenzamos a poder salir a la calle y, de ese modo, la necesidad de contacto por Zoom disminuyó. Las tertulias comenzaron a vaciarse hasta que se cancelaron. En SAPAME se retomó la presencialidad brevemente antes del verano. Ya en julio, se decidió terminar el curso con la tradicional comida de despedida, respetando, eso sí, todas las medidas de seguridad. Sin embargo, como bien sabemos, la pandemia no acabó con la primera ola. Durante los años siguientes, se siguieron tomando medidas para contener la expansión del virus, y estas tuvieron también efectos notorios sobre mi investigación.

Si hablamos primero de las cuestiones más generales: las restricciones de diverso tipo

151 Otrxs investigadorxs han ilustrado cómo la brecha digital ha afectado a otros campos de investigación social, como son las migraciones (Eguiluz, Díaz de León, González Cepeda y Trejo Peña, 2022) o los estudios sociales agrarios (Sabia Suárez y Figueredo Rolle, 2022).

tuvieron un impacto enorme sobre todas las formas de activismo. La desmovilización ha sido general durante los años inmediatamente posteriores a la llegada de la pandemia, y en ello han tenido que ver las restricciones a la hora de encontrarse, particularmente en grupos grandes y con personas relativamente distantes o poco íntimas, que imponían las medidas preventivas. Sin ir más lejos, el colectivo donde militaba hasta poco antes de la pandemia dejó de operar tras múltiples intentos frustrados de convocar una asamblea; por otra parte, una asamblea de barrio en la que participé brevemente a finales de 2020, surgida en respuesta a los problemas desatados por la propia pandemia, dejó de reunirse ante las dificultades para hacerlo por las restricciones.

Esto tuvo un efecto palpable en mi investigación: (Mal)Estar, que estaba en un momento crítico, pero quizás podría haber acabado resurgiendo si se hubieran dado otras circunstancias, simplemente desapareció, por un acuerdo tácito en que no era posible reunirse dadas las circunstancias. Orgullo Loco Graná, aunque surgió después de la llegada del Covid, experimentó muchos problemas, especialmente durante su segundo año de funcionamiento, muchos de ellos relacionados con la necesidad de usar tecnologías digitales para poder seguir trabajando. Otros colectivos de referencia para mí, como LoComún, se quedaron prácticamente sin energías para continuar. En pocas palabras: el movimiento en primera persona que yo estaba estudiando, aunque no desapareció, tuvo que enfrentarse a importantes retos debidos a los nuevos escenarios sociales que inauguró la pandemia.

Además del trabajo de campo que sí llegué a desarrollar, pero se vio afectado, también hubo puertas que se cerraron. Por un lado, si recordamos algunos de los intentos de contactar con otros colectivos que mencioné en el capítulo anterior, más allá de todos los posibles motivos por los que no obtuve respuesta que ya repasé con anterioridad, está la cuestión de que la pandemia desincentivó fuertemente el trabar contacto con desconocidos. Por otra parte, mis esfuerzos por conseguir una estancia en Reino Unido, donde el movimiento en primera persona está más desarrollado, se vieron directamente impedidos por el Covid: la respuesta que recibí con más frecuencia fue que las universidades donde trabajaban las personas a las que había escrito estaban cerradas, que había mucha incertidumbre y que por tanto no podían arriesgarse a recibir a personas externas. Cuando por fin pude realizar una estancia en la Universidade Federal de Santa Catarina en Florianópolis, Brasil, no solo nunca llegué a pisar la facultad, que estaba cerrada, sino que mis intentos de contactar con el movimiento en primera persona allí tampoco dieron frutos, probablemente por razones análogas a las que dificultaron mi trabajo en España.

Pero más allá de todas estas limitaciones, hubo muchas cosas que sí pude hacer y que aun así llevaron en su desarrollo las marcas de la pandemia. En particular, y volviendo a usar las dos técnicas clásicas de la etnografía como guía, habría que señalar cómo afectó a mi observación

participante en un GAM y cómo afectó a mis entrevistas, en particular dado que abrió la posibilidad de realizar entrevistas por videollamada.

Como comenté en el capítulo anterior, en el momento en que realicé la observación participante en un GAM en SAPAME (octubre-noviembre de 2020), este se celebraba de forma semipresencial o híbrida. Algunas personas acudían a la sede de la asociación, mientras que otras se conectaban por Zoom; en la sala donde se producía la reunión física se habilitaba un portátil conectado igualmente a Zoom para que se viese y oyese desde casa. Si bien esta forma de funcionar permitió, por ejemplo, que acudiesen a las reuniones personas que vivían fuera de la capital, en un momento en que no se podían traspasar las fronteras municipales, surgieron problemas muy palpables desde el principio. Mis primeras notas tras acudir presencialmente por primera vez incluyen las siguientes palabras:

Luego el desarrollo ha estado marcado por [...] las dificultades técnicas a la hora de combinar presencialidad y Zoom. Es difícil que desde Zoom oigan cuando hablamos quienes estamos físicamente allí. Y por supuesto es fácil que se pisen las voces, además de que no es fácil pedir la vez desde Zoom. (Diario de campo, 19 de octubre de 2020)

Dado que yo mismo contraí el Covid-19 durante una parte de este período y tuve que confinarme, acudí vía Zoom a algunas sesiones, por lo que experimenté de primera mano lo incómodo que era este medio. Era prácticamente imposible evadirse de este inconveniente, incluso aunque lxs participantes pusiéramos todo de nuestra parte: “Se suceden las dificultades para entendernos, y aunque el tono es muy animado, el grupo no termina de funcionar como tal” (Diario de campo, 9 de noviembre de 2020). También llamaba la atención la ironía de que en las sesiones se hablara a menudo de lo importante que era poder verse físicamente y romper ese aislamiento que afecta a tantas personas psiquiatrizadas, cuando muchas de las personas que acudían al grupo (en algunas sesiones todas menos la facilitadora) lo hacían virtualmente. Sin duda, una de las principales conclusiones de la observación fue que el GAM parecía mucho más efectivo y útil para quien asistía en persona. En la práctica, hubo ocasiones en que parecía que quienes se conectaban por Zoom eran meros espectadores de la dinámica grupal genuina, que era la presencial.

Al observar todas estas dinámicas, una pequeña forma que encontré de establecer una reciprocidad por permitirme acudir a las reuniones del GAM fue regalar a la asociación un micrófono ambiental que permitiera que se escuchara mejor desde casa a las personas reunidas allí. Sin embargo, para cuando se empezó a usar, yo ya había dejado de asistir al GAM. En cualquier caso, Angustias me comentó que estaban pensando en abandonar el sistema mixto y hacer que fuera solo presencial, según ella a petición de algunxs de lxs participantes.

Además, observando de manera más amplia, se comentó varias veces en el grupo que había una especie de tristeza generalizada; lo que en mis notas calificué de un “tono plomizo”, que se atribuía a la situación con el Covid-19. Durante esta época se había declarado un segundo Estado de Alarma, estábamos en lo peor de la segunda ola y aún no se había empezado con la vacunación de la población; esta situación se dejó notar en el grupo, que estaba falto de energía y ánimo. En conjunto, existía la sensación, a veces comentada expresamente, de que el grupo no estaba funcionando del todo bien; las explicaciones de esta situación solían apuntar a este difícil contexto.

También durante las entrevistas pude apreciar una cierta corriente de fondo marcada por el pesimismo o, cuando menos, por la sensación de estar en un mal momento, individual y colectivamente. De hecho, hubo algunas negativas a realizar una entrevista conmigo por parte de personas con las que tenía mucha confianza, como Lucía, que probablemente sean en gran medida atribuibles a este mal momento. Yo mismo no escapaba a esta percepción; la época de la observación participante en el GAM y las entrevistas en SAPAME fue de las más difíciles a nivel personal durante los años de la tesis, y no solo por mí, sino también por percibir tanto malestar acumulado a mi alrededor. Pero a pesar de esto pude realizar un número apreciable de entrevistas, en gran medida gracias a que, pese a las tensiones con Angustias, siempre pude realizarlas en SAPAME, un espacio seguro a nivel simbólico, por ser el lugar donde había conocido a las personas a las que entrevistaba, y también literal, dado que con las restricciones, no siempre era fácil encontrar un lugar adecuado para realizar una entrevista.

De hecho, esta nueva situación tan marcada por el miedo al contagio y las medidas de seguridad posibilitó una nueva opción: la de realizar entrevistas online, usando programas de videollamada. Gracias a mi acceso a una cuenta institucional de Google Meet, pude grabar las videollamadas para después transcribirlas¹⁵². Mi política fue ofrecer siempre esta posibilidad junto con la de hacer la entrevista presencialmente, aclarando que podíamos hacer lo que hiciera sentir más cómoda y/o segura a la otra persona¹⁵³. De las entrevistas con usuarixs de SAPAME, solo una

152 Aquí se adivina una posible fuente de dificultades para la investigación en pandemia que, aunque no me afectó a mí, sí que ha afectado a muchas otras personas: la brecha digital en lo que afecta a lxs propixs investigdorxs. Por mi situación institucional (contratado con una beca predoctoral), no solo tuve acceso a este Meet institucional con obvias ventajas, sino que también pude acceder a muchos recursos formativos sobre cómo hacer investigación y docencia online que mi universidad proporcionó al Personal Docente e Investigador (PDI). Para quienes no estaban vinculadxs a una universidad o no tenían contratos, esto ha generado problemas adicionales que yo no he enfrentado (Eguiluz, Díaz de León, González Zepeda y Trejo Peña, 2022).

153 Esta decisión se vio influida por la realización previa, en el último trimestre de 2020, de entrevistas en el contexto de otro proyecto de investigación, en el que dimos siempre esta libertad de elección dado que las medidas restrictivas eran entonces aún más estrictas.

se hizo por estos medios. En cambio, durante el verano de 2022, cuando quizás el miedo al contagio ya no jugaba un papel tan importante, realicé otras dos entrevistas por videollamada, además de un encuentro más informal por ese mismo medio. En estos casos lo que favoreció esta opción fue la distancia: las personas entrevistadas se encontraban en Sevilla o Madrid, y el uso de medios telemáticos fue básicamente lo que permitió que pudiéramos conversar; seguramente, sin la aparición de la pandemia y la consecuente normalización de estas herramientas, no se me habría ocurrido usarlas para salvar el problema de la distancia.

En cuanto al desarrollo de las entrevistas por estos medios, como ya señalaron hace muchos años Ardèvol, Bertrán, Callén y Pérez (2003), las entrevistas por medios digitales necesariamente imponen condicionantes distintos a aquellas realizadas cara a cara, que si no se tienen en cuenta pueden dificultar seriamente el transcurso de las mismas. Evidentemente, la tecnología de la videollamada acerca mucho más la experiencia de la conversación a los ritmos y las formas de construcción de *rapport* de la entrevista presencial, en comparación con las entrevistas por chat que analizaban las autoras citadas. Pero, aun así, existen algunas diferencias notorias que tienen que ver con lo ya comentado al hablar del uso de Zoom en las tertulias.

Por un lado, cambiaba el sentido de lugar: mientras que en las entrevistas presenciales las dos personas se encuentran en un espacio común, pactado previamente, en este caso yo estaba en mi casa o en un despacho en la Facultad, mientras que la otra persona estaba igualmente en su casa o en un lugar de trabajo. Este hecho, además, no pretendió ocultarse ni por mi parte ni por parte de mis entrevistados¹⁵⁴, lo cual dio lugar, nuevamente, a revelaciones inesperadas o posibilidades de profundizar en los datos: hablar con Noelia de cómo se estaba adaptando a vivir en su nueva casa cobraba otro significado cuando de hecho ella se encontraba en ese instante allí.

También tuvo un valor diferencial el hecho de estar viendo en la pantalla las paredes de su cuarto mientras me hablaba de cómo usaba el dibujo como una forma de relajarse y centrarse: su aseveración se hacía tangible en la forma de todos los cuadros de elaboración propia que tenía colgados. Por último, hablar con Susana mientras ella estaba en su casa recuperándose de una lesión en su pierna hizo que surgiera una interesante conversación cuando me pidió hacer una pausa para ir al baño. Pude oír cómo, en el camino de vuelta, conversaba brevemente con su empleada doméstica, y al volver me dijo que “igualito va a ser una cosa que otra”, en referencia a vivir una rotura de tobillo con o sin recursos económicos para poder pagar esos cuidados. Esto suponía una

154 Sabia Suárez y Figueredo Rolle (2022) comparten, en cambio, cómo en varias de sus entrevistas vía Zoom se produjeron prácticas de disimulo o encubrimiento (como el uso de fondos predeterminados que reflejaban la temática por la que se producía la entrevista, en este caso imágenes de un campo de producción agrícola), que interpretan como intentos de controlar la definición de la situación, en términos goffmanianos.

constatación empírica de algo que ya habíamos comentado: su posición (relativamente) privilegiada dentro del movimiento en primera persona gracias a que tiene una pensión más que decente.

Pero, por otra parte, también se generaban ciertas dificultades propias de las videollamadas. Resultaba más difícil, por ejemplo, introducir interjecciones o comentarios, dado que, a causa del *lag*, se producían interrupciones y dejábamos de oírnos, lo cual podía llegar a ser disruptivo¹⁵⁵. Además, el miedo a que pasara esto llegó a inhibirme de hacer algunos de esos comentarios, aunque en general simplemente esperaba a que la otra persona hiciera una pausa para hacerlos. Por último, esta forma de comunicación verbal algo inhibida hacía que en algunos momentos no supiera bien qué respuesta no verbal era la adecuada: sin poder acompañarlos de ciertas palabras, los gestos que me habrían parecido naturales en persona se volvían de pronto artificiosos, y acababa teniendo una mayor rigidez e inexpresividad de la que suelo emplear en las entrevistas. Pese a todo, en general las entrevistas online fueron un éxito considerable. Las diferencias y particularidades comentadas no llegaron al punto de invalidar o hacer improductivas estas conversaciones, sino que meramente me obligaron a otras formas de vigilancia y reflexividad (la “reflexividad tecnológica” de la que habla Edgar Gómez Cruz, 2018: 92), lo cual a menudo me aportó información novedosa, y a desplegar otros recursos para compensar lo que se perdía.

155 Afortunadamente, en ninguna de las entrevistas o encuentros online los problemas de conexión como tal (interrupciones de la señal, *lags* demasiado pronunciados, incomprensión de ciertas partes de la conversación) jugaron un papel relevante.

4. Comprendiendo el apoyo mutuo en salud mental: escuchar relatos, analizar prácticas, extraer lecciones

A continuación, voy a presentar los principales resultados de mi trabajo. Con ellos pretendo responder al objetivo central de esta tesis: comprender las distintas prácticas a las que, desde el movimiento en primera persona en salud mental, se llama “apoyo mutuo”. Para ello, he realizado un análisis etnográfico y feminista de los datos recopilados a través de la observación participante y las entrevistas realizadas. Quiero mostrar cómo llegan al movimiento las personas que forman parte de él (primer capítulo de este bloque), qué significados le dan a su participación en los GAMs (segundo capítulo) y qué otras prácticas reciben también el nombre de “apoyo mutuo”, aunque no se realicen en los grupos, con especial atención al apoyo mutuo individual (tercer capítulo).

Sin embargo, para ello, antes debo realizar algunas aclaraciones sobre el contexto concreto en el que he llevado a cabo mi trabajo de campo y lo que eso tiene que ver con el tipo de prácticas que he observado. Como he explicado, empecé esta tesis colaborando con SAPAME, sin saber con seguridad en qué me acabaría centrando, aunque sabiendo que me interesaban el apoyo mutuo como concepto y las técnicas grupales para enfrentarse al sufrimiento psíquico en general. Pero con el tiempo, mi objeto de tesis se fue concretando en torno a dos cuestiones. Una de ellas es la pluralidad de prácticas a las que se denomina “apoyo mutuo”; la otra tiene que ver con el ámbito territorial. A través de SAPAME pude conocer buena parte de las actividades de la Federación Andaluza de Asociaciones de Salud Mental “En Primera Persona” y de la historia del movimiento en el contexto andaluz. Al mismo tiempo, mis intentos por contactar con otras asociaciones, colectivos y activistas dieron fruto únicamente en Andalucía. Así, lo que tienen en común Orgullo Loco Graná, lxs miembros de otras asociaciones de la Federación, lxs activistas y lxs investigadorxs, profesionales y agentes vinculadxs al apoyo mutuo individual con quienes he hablado durante mi trabajo de campo es que residen y/o realizan su activismo desde Andalucía: este es el contexto geográfico-político desde el que voy a plantear mi análisis¹⁵⁶.

Así pues, lo que voy a contar en estas páginas es un análisis del apoyo mutuo como conjunto de prácticas tal y como se conciben y llevan a cabo en el movimiento en primera persona en Andalucía, y especialmente desde las asociaciones vinculadas a la Federación. Esta última es la cara más visible del movimiento en Andalucía. Fundada en 2009, aglutina asociaciones formadas por

156 Christel Keller Garganté (2022b) ha hecho un análisis a partir de un estudio de caso con los GAMs de ActivaMent en Cataluña, partiendo para su análisis del concepto de cuidados comunitarios y poniendo en diálogo el trabajo en los GAMs con el que se lleva a cabo en grupos de crianza compartida y en viviendas colaborativas de personas mayores.

personas “con problemas de salud mental” de diversos puntos de la Comunidad Autónoma, aunque las principales son SAPAME, en Granada, y DIME (Diversidad Mental; antiguamente conocida como ABBA), en Sevilla¹⁵⁷. Las asociaciones fundadoras llevaban desde inicios de la década de los 2000 poniendo en marcha grupos de apoyo mutuo y habían comenzado a organizarse para denunciar su situación social y reclamar mejoras en la atención.

La conformación de la Federación se llevó a cabo con el apoyo económico y técnico del equipo encargado de la elaboración, desarrollo y evaluación del Plan Integral de Salud Mental de Andalucía (PISMA). Es decir, desde un principio existió una relación directa entre el movimiento y las administraciones. Como contaré en más detalle en el capítulo dedicado al apoyo mutuo individual, quienes iniciaron este proceso tenían como objetivo último llevar a cabo un cambio de paradigma en cuanto a cómo tratar la “enfermedad mental”, y para ello se consideró esencial contar con las propias personas afectadas. Por ello, promovieron el asociacionismo en primera persona con un doble objetivo en mente. Por un lado, buscaban desarrollar un contrapeso al movimiento de familiares, que tenía el monopolio casi absoluto del activismo en salud mental en aquel momento. Por otro, querían tener con quienes colaborar para desarrollar proyectos innovadores que cambiaran el modelo de atención en salud mental en Andalucía, concretamente mediante la integración del apoyo mutuo en los servicios¹⁵⁸.

Así pues, el apoyo mutuo en todas sus formas formaba parte nuclear de los objetivos con los que nació la Federación. En consecuencia, comenzó a desarrollarse todo un entramado formativo para promocionar el apoyo mutuo y llevarlo a tantos espacios como fuese posible. Nació así la Red de Apoyo Mutuo de Andalucía (RAMA), encargada de coordinar las formaciones, en general realizadas con financiación de la Federación, que a su vez recibe su financiación de las administraciones. La Red lleva a cabo formaciones básicas sobre apoyo mutuo y recuperación en salud mental, formaciones para facilitar GAMs y formaciones para agentes de apoyo mutuo individual, además de otros encuentros periódicos de la Red para profundizar en algunas cuestiones concretas, compartir buenas prácticas o plantear problemáticas que se están encontrando en los

157 El número exacto de asociaciones varía, ya que muchas de ellas tienen vidas cortas o fluctúan mucho en cuanto a su fuerza y capacidad organizativa; en palabras de Miguel, SAPAME es “la que tira del barco”. Según la web de la Federación (<https://www.enprimerapersonaandalucia.es/asociaciones/>), hay nueve asociaciones socias, radicadas en cinco provincias; aunque la última memoria de actividades recoge ocho asociaciones de seis provincias (https://www.enprimerapersonaandalucia.es/wp-content/uploads/2022/04/Memoria_de_actividades_2020.pdf).

158 En el segundo PISMA figuraba como objetivo específico en el área de “Participación ciudadana y ayuda mutua” el “impulsar la consolidación del movimiento de usuarios y usuarias, de cara a fortalecer su interlocución ante las administraciones públicas y otras organizaciones de ámbito regional” (Valmisa Gómez de Lara *et al.*, 2008: 102).

distintos GAMs y asociaciones y tratar de darles solución colectivamente.

Ahora bien, es importante tener en cuenta algo que he ido comentando en diversos puntos de la tesis: desde la Federación, se ha priorizado atender a un tipo de población con “problemas de salud mental” muy particular. Me refiero a que las asociaciones que la conforman están centradas en personas que no solo tienen diagnósticos de TMG, sino que además han visto gravemente afectada su capacidad de llevar una vida funcional autónoma y de sostener sus relaciones sociales. Como voy a explorar en detalle en el capítulo dedicado a la trayectoria previa de quienes participan en los GAMs, las personas que llegan a estas asociaciones en general suelen estar en situaciones graves de aislamiento, ser muy dependientes de sus familias y estar fuertemente condicionadas por el estigma que pesa sobre los problemas de salud mental y por el tratamiento psi, en particular por el consumo de medicación.

Este conjunto de personas no es la totalidad la población que padece sufrimiento psíquico graves, que tiene un diagnóstico de salud mental o que se consideran “supervivientes de la psiquiatría” o “neurodivergentes”. Especialmente durante los últimos años han surgido otras formas de activismo en primera persona, donde participa un perfil diferente: personas más jóvenes, en general politizadas previamente, a menudo con formación universitaria. Este es el tipo de gente que integra Orgullo Loco Graná, por ejemplo. Su forma de entender el activismo en salud mental es muy diferente a la que predomina en la Federación. Por ejemplo, no tienen interés en “dialogar” con las instituciones, sino que piensan el activismo desde un punto de vista mucho más autónomo, independiente del Estado. Muchas de estas personas tienen ideas políticas anarquistas o libertarias. Ven la lucha contra la coerción psiquiátrica como una parte más de su lucha contra la autoridad (hablan de luchar contra el “psistema”). Además, consideran que luchan al mismo tiempo contra el capitalismo (por lo que hablan del biologicismo como una ideología que promueve los intereses de la industria farmacéutica) y contra el cis-heteropatriarcado (por lo que tienen igualmente presente la psiquiatrización de las mujeres y la de las personas trans, por ejemplo). Por todo ello, integran “colectivos” de naturaleza política y activista.

La mayor parte de estas ideas les resultarían exóticas, cuando no les producirían rechazo, a la mayoría de lxs socixs de SAPAME y el resto de asociaciones de la Federación. En general, estas personas no están particularmente politizadas. Quienes sí se consideran “activistas”, suelen entender su lucha como una lucha sectorial por la situación de las personas con problemas de salud mental, cuyo interlocutor fundamental es el Estado, que debe proveer mejores respuestas. Forman asociaciones, entre otras cosas, porque esa forma jurídica les permite tener una voz ante las administraciones, así como recibir subvenciones de estas. Con ese dinero, su prioridad es ofrecer actividades y alternativas a esa población ampliamente olvidada y para la que los servicios

sanitarios y sociales apenas tienen respuestas. El apoyo mutuo es una más de estas actividades, aunque suele ser considerada la más importante. En el capítulo dedicado a los significados atribuidos al apoyo mutuo, comprobaremos que hay quienes ven en el apoyo mutuo, al igual que en el asociacionismo en primera persona, ante todo un espacio de socialización que compensa por el aislamiento que han vivido previamente.

Como he ido comentando a lo largo de la tesis, este papel subsidiario de los servicios públicos es criticado por parte de otras personas del movimiento, que consideran que se hace un flaco favor a la causa al prestarse a esta forma subrepticia de externalización de la atención a la enfermedad mental. En efecto, tanto SAPAME como el resto de asociaciones de la Federación dependen absolutamente de los fondos públicos que reciben para poder funcionar, y su rol está claro: se trata de una forma alternativa de favorecer la “integración de lxs enfermxs mentales”, la función que en principio debería jugar FAISEM. Susana, que ha estado en la Junta Directiva de la Federación durante años, me planteó esta cuestión con gran lucidez y de manera totalmente espontánea, sin que yo le preguntase al respecto. Mientras me hablaba sobre los problemas de la sanidad privada y las desigualdades que esta genera entre quienes tienen dinero para pagarla y quienes no lo tienen, de repente me compartió esta reflexión:

cuando hablamos de la privatización de los servicios que va a hacer la derecha y tal... si la administración subvenciona nuestro movimiento, eso al fin y al cabo es una externalización de los servicios. Porque a ellos les sale... y además esas son las cuentas que ellos hacen, que me dejen de Derechos Humanos y derecho a la participación: es que les sale más barato. Es que la cantidad de ingresos que yo he tenido... ingresos, pero ingresos, ingresos, ingresos... las UCIs que yo he usado... y los años que después yo he estado en el movimiento asociativo, le estoy ahorrando al sistema... ni te cuento. O sea que al final... y además gestionado por los que sabemos de primera mano nuestras necesidades. [...] Es que últimamente estoy pensando mucho en ello. Me entra en contradicción, ¿no? En el pensar en la sanidad pública, y “es que hay que ver”... que el PSOE ya lo estaba haciendo, la externalización de los servicios porque no da abasto, y porque además es mucho más fácil no tener vinculaciones contractuales y laborales con el personal y dejárselo al otro que lo haga. [...] En fin, pero al fin y al cabo lo que hacen con nosotros al darnos una partida presupuestaria es una externalización de los servicios. Pero que me parece necesaria. (Entrevista a Susana, 1 de julio de 2022)

Con esa concisa conclusión, Susana expresa de manera sencilla la tensión que genera en tantas asociaciones (no solo las vinculadas a la salud mental) el conocimiento de que, aunque están siendo utilizadas por las administraciones, su negativa a jugar ese rol seguramente resultaría en una

desprotección aún mayor de su colectivo. Poco después, durante la entrevista, Susana reiteró que, por supuesto, la responsabilidad por la atención en salud mental debía recaer en el sistema público, pero añadió: “lo que pasa es que la sanidad pública, pues tiene que contar con el movimiento asociativo, que somos los que tenemos la... los que podemos hablar de nuestra necesidad”. Estas palabras reproducen a la perfección las que recogía Josep Canals Sala, pronunciadas en 1996, en un “Curso de formación sobre grupos de ayuda mutua y asociacionismo en torno a la salud” impartido a miembros de GAMs y de asociaciones, donde “el gran punto de acuerdo entre todos los asistentes consistía en considerar que nadie - «nadie, absolutamente nadie»-, podía comprender mejor sus necesidades y proporcionar una ayuda más eficaz que los propios afectados entre sí” (2002: 19-20).

En cualquier caso, me parece necesario aclarar que los GAMs que he podido conocer de cerca, tanto a través de observación participante como a través de entrevistas a sus integrantes, son los que organiza la Federación. Existen otros tipos de GAMs, formados por personas con otros perfiles, otras prioridades, otras necesidades. Los propios GAMs de SAPAME, que son los que mejor he conocido, han evolucionado a lo largo del tiempo. Y es que dentro de SAPAME hubo una época de mayor politización, donde algunas personas de perfil “activista”¹⁵⁹ se integraron en la asociación, tratando de aportar al movimiento de maneras diferentes a las que hasta entonces habían seguido y llegar a esa población a la que normalmente no llegaban. Sin embargo, las diferentes concepciones de los objetivos de la asociación llevaron a conflictos internos que acabaron con la salida de estos perfiles “activistas” de SAPAME. Para cuando yo empecé a colaborar con la asociación, estas personas estaban centradas en otros proyectos después de, bajo su punto de vista, haber sido expulsadas.

Así pues, insisto, las personas a las que he entrevistado y los GAMs que he conocido son de un tipo muy concreto. No reúnen algunos de los requisitos más exigentes o ideales que se recogen en algunos manuales sobre GAMs. En particular la idea de que la facilitación sea rotatoria, como se plantea en algunas guías (*Apuntes previos a la creación de un Grupo de Apoyo Mutuo en Salud Mental*, 6 de febrero de 2022), ni se contempla, mientras que la responsabilidad por el correcto desarrollo del grupo, que debería compartirse, a menudo recae en exceso sobre unxs facilitadorxs que no siempre tienen los recursos para afrontar ese reto con todas las garantías. Son, eso sí, los que más asentados están en el contexto andaluz, con una Federación con años de experiencia detrás, desarrollados a partir de procesos formativos propios y con el apoyo de la administración. Además, tal como admitieron lxs propixs activistas cuando hablé con ellxs, se dirigen a una población

159 Estas personas, no obstante, pertenecían a otra generación anterior a la de quienes integraban Orgullo Loco: eran parte de ese grupo de activistas libertarixs que llevaban desde la década de los 2000 generando materiales críticos y practicando el apoyo mutuo.

especialmente necesitada de iniciativas así. En concreto, una activista y agente de apoyo mutuo a la que entrevisté me señaló que, en ocasiones, las personas más politizadas del movimiento (entra las que se incluye) exigen demasiado a asociaciones como SAPAME, e insistía en que la diversidad de formatos de GAM era una riqueza:

Es que claro, cuando hablamos de GAMs, es que son tan diversos... porque si pensamos en los GAMs de SAPAME son de una manera, pero si pensamos en otros GAMs... pues igual no tienen mucho en común con SAPAME. Yo creo que en realidad el espíritu es el mismo, lo que pasa es que cada una lo plantea de una forma. Como tampoco es algo que esté muy estipulado, ni... ¿no? Está conceptualizado un poco, pero tampoco... entonces es tan libre que en realidad cualquiera puede plantearlo y en realidad está bien. Está bien que sea así porque tiene que haber diferentes tipos de grupos, que encajen con diferentes personas: somos diversas y a lo mejor lo que a mí no me sirve en un GAM, a otro sí. Es que yo qué sé... al final es juntarnos para apoyarnos y compartir experiencias. Ya está. Eso es apoyo mutuo. Yo siempre he dicho que SAPAME hace una función muy importante de gente que está realmente sola, sin recursos, y que les da un espacio para que puedan ir, salir de casa... Entonces como que a veces tiramos, como que queremos más, más, más, más... y es como ya, pero estamos minusvalorando... bueno, que hay peña encerrada en su casa, viviendo una puta peli de terror. Entonces es como: bienvenido sea que vaya allí a sentarse a tomar café en el GAM, aunque no profundice mucho en nada. Por eso te decía: es que si para la persona le sirve y la persona lo que necesita es eso, es que está bien. Pues igual otra persona necesita otra cosa: pues se forma otro grupo distinto, pero es maravilloso. (Entrevista a agente de apoyo mutuo, 27 de octubre de 2022)

Esta activista consideraba que, dada la gravedad de la situación de las personas con sufrimiento mental, diagnosticadas y psiquiatrizadas, cuyos derechos son pisoteados constantemente, todos los esfuerzos para cambiar esa realidad son necesarios y válidos. De hecho, ella había participado en un intento por integrar los principios del apoyo mutuo nada menos que dentro del propio sistema de atención en salud mental. El Programa de Apoyo Mutuo del Hospital Virgen de las Nieves de Granada, el proyecto al que he ido haciendo referencia a lo largo del texto, fue puesto en marcha de manera conjunta por los servicios de salud mental y SAPAME. Sus actividades son relativamente modestas: se trata simplemente de que personas con experiencia en primera persona, formadas para ser “agentes de apoyo mutuo”, atiendan a ciertos pacientes que se considera que pueden beneficiarse de conocer a alguien que ha pasado por problemas de salud mental y está en un momento avanzado de su recuperación.

Sin embargo, el objetivo de fondo que se persigue es tremendamente ambicioso: nada menos

que coger el espíritu y los conocimientos extraídos a partir del apoyo mutuo que se da en las asociaciones y los GAMs y trasladarlo a los servicios. De fondo, lo que se quiere es que este tipo de programas sean la mecha de una revolución en la forma de entender la atención al sufrimiento mental. En el último capítulo de este análisis, a partir de entrevistas con diversos actores involucrados en el Programa y de documentos elaborados desde el mismo, analizaré el potencial, pero también las limitaciones y obstáculos que enfrenta este proyecto. El “apoyo mutuo individual” o “*peer to peer*”, como suele ser llamado, es la pata que conecta directamente el movimiento en primera persona con los servicios. Por ello, abordaré su análisis de una manera diferente a los otros puntos: me centraré menos en los significados de las prácticas y más en lo que se puede aprender de la experiencia de cara al futuro.

Pero hay que empezar por el principio: ¿qué ocurre antes de que las personas lleguen a descubrir el apoyo mutuo? ¿Qué experiencias las conducen a necesitarlo? ¿Y qué tiene que ver el género con todo ello? Estas son las preguntas que trataré de responder en el primer capítulo de este bloque.

Universidad de Granada

Registro Electrónico	ENTRADA
REGAGE23e00086605284	21/12/2023 - 10:22:43

4.1. La llegada a los GAMs: vías de acceso, trayectoria previa y relaciones familiares en perspectiva de género

La existencia de los GAMs de salud mental sigue siendo, a día de hoy, relativamente desconocida para el público general. Aunque el enfoque de Alcohólicos Anónimos para abordar el alcoholismo y otras drogadicciones sí tiene una cierta presencia cultural más allá del estrecho ámbito de la atención sanitaria a estos problemas, no es tan común que se sepa que una metodología parecida puede aplicarse al sufrimiento psíquico o los “trastornos mentales”. En el caso de lo que suelen considerarse “trastornos mentales graves”, el desconocimiento convive con el escepticismo. ¿Pueden realmente personas afectadas de esquizofrenia, por ejemplo, ayudarse entre sí? ¿No agravarán incluso su situación clínica, reforzando mutuamente sus delirios en vez de alejarse de ellos para aterrizar en el mundo real? Incluso, ¿no será un peligro si las personas empiezan a ir a este tipo de grupos y dejan su medicación?

Así pues, la información acerca de los GAMs no es tan fácilmente accesible, ni está tan disponible, como la relativa al tratamiento psi. Esto implica que, cuando alguien desarrolla un malestar psíquico incapacitante o disruptivo, lo más probable es que reciba tratamiento psi, mientras que es menos habitual que llegue a acceder a enfoques desmedicalizadores como el del apoyo mutuo. En consecuencia, me parece crucial que nos preguntemos: ¿cómo llegan las personas que participan en los GAMs a conocer e integrarse en estos grupos? Para responder adecuadamente a esta pregunta, considero que es necesario ir más allá de las puras vías de transmisión de la información. Por supuesto, es importante saber quién les dice a las personas con sufrimiento mental grave o a su entorno que existe el apoyo mutuo, que pueden acercarse a esta o aquella asociación, etc. Pero también hay que conocer las circunstancias más amplias en las que una persona llega a participar en un GAM: ¿qué le ha ocurrido previamente? ¿Cuál es su situación a nivel social y sanitario? Es al responder a estas preguntas como podemos comprender las implicaciones más amplias de este proceso, y analizar así el papel que juega el género en el mismo.

En este capítulo voy a examinar estas cuestiones, tratando de iluminar los cómo y los por qué de la llegada de las personas al apoyo mutuo en salud mental. En primer lugar, hablaré de las circunstancias que rodean a la llegada, ilustrando a través de los casos de las personas entrevistadas la situación social en la que se encuentran quienes comienzan a participar en un GAM. Posteriormente, mostraré los mecanismos por los que las personas de hecho acaban acercándose a los GAMs: ¿quién recomienda el apoyo mutuo? ¿Qué motiva a alguien a darle una oportunidad? Por último, analizaré las tramas de género que se pueden percibir en la configuración familiar de

mis entrevistadxs, con el propósito de mostrar los mecanismos por los que el género y otras categorías de clasificación social dan forma a las experiencias de mis entrevistadxs.

La llegada a apoyo mutuo: aislamiento, medicación y frustraciones

Si hablamos de cómo son las circunstancias vitales de quien llega a un GAM, sin duda el elemento más destacado en las historias de las personas a las que entrevisté es el aislamiento. Un ejemplo paradigmático en este sentido sería el de Miguel. La primera pregunta que le hice fue que cómo había llegado a SAPAME. Su respuesta fue contundente:

Yo llegué a raíz de llevar más de cuatro años en un estado casi catatónico. Me quedé encerrado en mi casa, no quería saber de nada, no tenía iniciativa ninguna. No quería conocer a nadie, no quería ver a nadie, no quería salir. Había llegado un momento que era: cama, sofá; sofá, cama. (Entrevista a Miguel, 13 de abril de 2021)

Como se puede ver, el aislamiento físico y social iba de la mano de una profunda apatía: Miguel renunció, no solo al contacto humano más allá de su familia, sino a cualquier forma de actividad, tarea o proyecto. A la apatía se sumaba además el manto del estigma, que lo alejaba del resto del mundo. Esta dinámica, según me contaba, es común entre quienes tienen un diagnóstico psiquiátrico: “muchas veces en la calle somos solitarios, por los estigmas: no nos atrevemos a que nos conozcan”. Al final de este proceso, reconoció, “yo era un cero a la izquierda”.

Su historia también es útil para entender cómo se llega a este punto. A pesar de haber recibido atención profesional, su malestar había ido agravándose con el paso de los años, en lugar de mejorar. Su primera visita al psiquiatra había sido diez años antes de su llegada a SAPAME; por lo tanto, pasaron más de cinco años desde el inicio del tratamiento hasta que empezó su “encierro”. ¿Qué pasó en ese tiempo? Según me contaba, el tratamiento que recibió por la sanidad pública consistió en esencia en una serie de citas periódicas con su psiquiatra para ajustar su medicación: “como eso es como jugar a los chinos, pues: ahora saca tres, ahora pongo dos; ahora pongo dos, ahora saca tres. Y eso es lo que pasa: ahora te doy esto, ahora te la quito, ahora te la pongo, ahora duermes mucho, ahora no duermes nada...”. El interés de sus psiquiatras por regular su consumo de fármacos contrasta con la escasez de diálogo o interacción humana: “conversación, ninguna, casi nunca”. Con el tiempo, de hecho, él fue rechazando la posibilidad misma de hablar, “porque cada vez que abres la boca, te pone una pastilla nueva, entonces vas aprendiendo”.

Durante esos años, sus facultativxs nunca llegaron a recomendarle, ni siquiera a mencionar, ninguna alternativa al tratamiento farmacológico, ni tan siquiera la terapia psicológica. Tampoco le ofrecieron recursos sociosanitarios que, para él, habrían sido muy importantes. El consumo de

medicamentos que afectaban a sus rutinas de sueño, junto al enquistamiento de su malestar, dificultaron gravemente su capacidad para trabajar. Por las condiciones de su oficio (era carpintero ebanista y estaba de alta como autónomo), se le acabó haciendo insostenible mantenerse activo: “algunas veces trabajaba algo, pero en hacerte una silla me podía estar yo un mes”. A ese ritmo le era imposible pagar la cuota de autónomos, por lo que acabó por dejar el trabajo. Esto, para alguien a quien le gustaba su trabajo y que llevaba desempeñándolo desde la adolescencia, fue un varapalo que contribuyó al círculo vicioso de su malestar. Sin embargo, señalaba, sus psiquiatras en ningún momento le hablaron de la existencia del Servicio de Orientación y Apoyo al Empleo (SOAE) de FAISEM, donde podrían haberle ayudado en este aspecto. En resumen, me decía: es “comprensible” que la medicación sea importante y que requiera de ir “regulando” su dosificación, “pero cuando te quieres acordar han pasado diez años. Y diez años en una persona son muchos años. Muuuchos años”.

Podemos ver por tanto que existe una retroalimentación entre un malestar que aleja del mundo a quien lo padece, un estigma que aísla aún más a quien enferma y un enfoque terapéutico que se centra únicamente en la medicación. Susana me explicó con mucha lucidez esta dimensión del problema. Aunque en la actualidad identifica claramente el origen de su malestar en una serie de conflictos relacionados con el trabajo, incluyendo el acoso por razón de género que padeció por parte de su jefe y sus compañeros, durante mucho tiempo ella asumió el relato biologicista de su malestar que le transmitieron desde el sistema de atención pública.

Desde que te pasa algo que tenga que ver con problemas de salud mental, necesitas respuestas. Tú no puedes ver las respuestas en tu interior, porque tu interior está machacado, y entonces tratas de buscar las respuestas fuera. Entonces cuando a mí me dijeron que yo tenía una depresión y que era porque tenía un problema biológico en mi cabeza y que esto era una enfermedad como la hipertensión, como la diabetes, ¡a mí eso me supuso una tranquilidad! Porque dije: ¡uf, esto tiene solución! (Entrevista a Susana, 1 de julio de 2022)

Este alivio se convirtió poco a poco en una condena cuando la supuesta solución farmacológica no solo no arregló su malestar, sino que agravó su situación. Tras ponerse “en manos del sistema” que le prometía una cura, Susana acabó sintiendo que dicho sistema era “una centrifugadora que va echando cosas y no hay manera de salir, ahí es siempre «¡y otra cosa!», y cada vez vas chupando más. Entonces me llegué a encontrar con veintidós pastillas al día, absolutamente colgada”. La metáfora de la “centrifugadora” funciona a varios niveles. Por una parte, se refiere a cómo toda persona que entra en el sistema sale con diagnósticos y recetas de medicamentos, los cuales pueden multiplicarse hasta el infinito. En segundo lugar, se refiere a la incapacidad del sistema de replantear este modelo, y a la capacidad de reinterpretar cualquier cosa desde ese mismo modelo:

“tú como no entiendes, les refieres a ellos determinada sintomatología que no son síntomas de tu problema, son efectos secundarios de los medicamentos que te están dando, pero eso jamás ellos lo van a reconocer”, por lo que simplemente añaden más fármacos. Esta situación llegó a ser tan desesperada que Susana, viendo cómo se convertía en “un vegetal tomando pastillas”, se planteó “quitarse de en medio”.

Ella destacaba que durante los cinco años en que duró esta fase de su tratamiento, sintió “una soledad enorme, una vergüenza enorme, un sentimiento de culpa enorme”, que contribuían a su malestar y sus deseos de acabar con su propia vida. Estos sentimientos constituían el reverso oscuro del relato biologicista sobre el sufrimiento mental que el sistema había ofrecido y que Susana había aceptado. Es cierto que dicho relato da una respuesta clara al porqué del malestar; pero al mismo tiempo, sitúa dicha respuesta en la propia persona, convirtiéndola en la causa de su situación. Cuando los remedios que el sistema ofrece no funcionan, entonces parece que el problema es de la propia persona. En esta transferencia de la responsabilidad al individuo se cifra justamente la afinidad entre el relato biologicista del malestar mental y el neoliberalismo como racionalidad política (Esposito y Perez, 2014). Así, se crea un círculo vicioso de silencio y culpabilidad que constituye otra dimensión más del estigma, a saber, el autoestigma: “como tú eres el culpable, tú eres el responsable, porque tú eres débil, porque tú tienes un problema, tú tienes una tara, ¿cómo vas a hablarlo? Estás diciendo que tú eres el culpable”.

Así pues, la combinación de los malestares de partida, los efectos de la medicación y los sentimientos de culpa y vergüenza asociados al estigma conducen a procesos de alejamiento del mundo y aislamiento que resultan difíciles de revertir. Esto se ve con mucha claridad en el relato de María. Ella pasó diez años, contando desde que empezó a acudir al psiquiatra a los 18, prácticamente sin hablar con nadie que no fueran su hermano, su madre y su facultativa. Cuando habla de esa época, no tan lejana (empezó a acudir a SAPAME tres años antes de la entrevista), considera que su vida era “un desastre total: siempre medicada, en el cuarto, en la cama, no salía a ningún lado. No quería *na*, ni amistades ni *na*”. No esconde su enfado al hablar de la profesional que la trató durante ese tiempo. María caracterizaba su enfoque así: “tómame esta medicina y dentro de tres meses vienes otra vez”. En un determinado momento, María empezó a sentirse “insatisfecha” con su situación: “me tenía con la medicación atontada, en la casa”. Además, le molestaba que actuase con tanto paternalismo: “era como mi padre, que me llevaba todo, todo, ¿sabes?”.

Cansada de este estado de cosas, María reunió el valor para solicitar un cambio de psiquiatra, después de hablarlo con su madre. La experiencia con su nueva psiquiatra ha sido radicalmente diferente por diversos motivos. Uno de ellos es que siente que ahora sí que puede

negociar el uso de la medicación, mientras que la anterior psiquiatra “me mandaba lo que ella quería”. Además, el trato con esta nueva profesional es mucho más cercano y agradable. Pero el cambio más importante fue que, al poco tiempo de empezar a verla, su psiquiatra le aconsejó que probara a ir a SAPAME. Esta era la oportunidad que María había estado esperando. No obstante, a estas alturas llevaba tanto tiempo encerrada que no le resultaba fácil dar el paso. Su estado de ánimo estaba por los suelos y “no quería hablar con nadie”, le “daba fatiga” la mera idea de llamar por teléfono a la asociación para informarse. Finalmente, ganó el deseo de dar un vuelco a su vida: le pidió a su madre que fuera ella quien hiciera la llamada y después fueron juntas a la sede para la acogida. Con el beneplácito de su madre, a quien también “le pareció bien” lo que ofrecían desde SAPAME, María se incorporó a la vida de la asociación. “Empecé a ir a los talleres, a empezar el apoyo mutuo, a venir a todo, y ya a partir de ahí, pues bien, empecé a mejorar poco a poco”.

Estas reticencias a participar en un principio, debido a los efectos del aislamiento, ilustran la gravedad de la situación de muchas personas que llegan al apoyo mutuo como un último recurso. Las personas que entrevisté habían pasado, en general, por procesos de desocialización extremos. Sus vidas sociales se habían visto reducidas a su mínima expresión: generalmente, no se extendían más allá de la familia nuclear. Por tanto, romper esa dinámica para incorporarse a un grupo o a una asociación suponía un reto. Evidentemente, las personas a las que entrevisté habían superado ese momento de dificultad inicial y habían llegado a integrarse en los GAMs en los que participaban. Pero a las dificultades para llegar a conocer siquiera la existencia de los GAMs hay que añadirle la importancia de esta barrera de acceso. Según me confirmó, por ejemplo, Miguel, facilitador de uno de los GAMs de SAPAME, hay muchas personas que prueban a asistir a los grupos y lo acaban dejando a las pocas sesiones. Al menos algunas de estas personas abandonaban a causa de estas dificultades para la socialización.

Vías de llegada: derivaciones profesionales, búsquedas independientes y motivación intrínseca

Me gustaría volver al caso de María porque ilustra algo relativamente infrecuente: fue su psiquiatra la que le recomendó que asistiese a SAPAME. No fue, eso sí, la primera profesional que la atendió, cuando apenas tenía 18 años y su malestar aún estaba incipiente: tuvieron que pasar diez años de un tratamiento farmacológico que María consideraba infructuoso, enajenante y frustrante hasta que ella pidiera el cambio a otra profesional, quien finalmente le hizo la recomendación. Por lo que me dijo, además, fue pura casualidad que esta nueva psiquiatra le ofreciese otro enfoque; ella pidió el cambio de facultativx a ciegas, esperando algo diferente, pero sin saber quién la atendería y cómo. Y aun así, esta es la única de entre las personas a las que entrevisté a quien su propix psiquiatra la “derivó” directamente a SAPAME.

En el caso de Noelia, por ejemplo, pasaron casi quince años entre su primer brote y su llegada al mundo del asociacionismo en salud mental, inicialmente a través de una asociación de familiares a la que llegó por “un contacto”. Aún transcurrieron casi cinco años más hasta que llegó a SAPAME y conoció el apoyo mutuo en primera persona. Como veremos en más detalle cuando examinemos su situación familiar, tuvo psiquiatras con enfoques diversos, pero ninguno de ellos le habló de las asociaciones de salud mental. Fue en FAISEM, adonde acudía para que la ayudasen con la búsqueda de empleo, donde le hablaron inicialmente de SAPAME. No obstante, al principio estaba cómoda en la asociación de familiares e ignoró estos consejos. Lo que la acabó animando a probar fue la recomendación personal de un psicólogo que coordinaba un GAM en la asociación de familiares¹⁶⁰ en la que participaba y al mismo tiempo impartía talleres en SAPAME. Durante el confinamiento por el primer Estado de Alarma, cuando SAPAME trasladó su actividad a Zoom, el psicólogo invitó a lxs participantes del GAM de la asociación de familiares a unirse a su taller online de SAPAME, y Noelia aceptó la invitación.

Algo que me parece interesante de la historia de Noelia es que muestra cómo no basta con tener la información. A veces, es necesaria una recomendación directa por parte de alguien con quien se tiene confianza o que está en una posición de autoridad. Por eso, parece comprensible el “resquemor” que siente Miguel hacia sus psiquiatras por el hecho de que nunca le hablaran de las distintas asociaciones de salud mental, tanto en primera persona como de familiares. Me dijo que comprendía que “a lo mejor a todo el mundo no le viene bien una asociación”, porque en ellas se produce una enorme mezcla de casuísticas, por no hablar de una simple cuestión de gustos o necesidades diferentes (él mismo, antes de ir a SAPAME, fue a otra asociación donde no encajó). Pero le parecía una muestra de paternalismo y soberbia el que lxs psiquiatras priorizaran sus recelos a la evidencia de que esas asociaciones tienen una dilatada trayectoria: “alguna experiencia se tiene. ¿Que no son perfectas? Pues no, pero tampoco eres perfecto tú”. Al igual que María, Miguel sentía que había perdido tiempo valioso de su vida por culpa de esta soberbia de sus facultativxs, empeñadxs en proporcionarle únicamente una medicación que, aunque le resultaba necesaria para vivir mejor, por sí sola era del todo insuficiente (e incluso contraproducente) para llenar de sentido su vida.

Quienes finalmente le informaron sobre la existencia de SAPAME fueron sus hermanas. Comentaremos las circunstancias concretas de esta situación más adelante, pero por ahora nos sirve para ilustrar otra de las vías más habituales por las que se llega a conocer el apoyo mutuo: por

160 Como he mencionado en el capítulo teórico sobre el apoyo mutuo, en las asociaciones de familiares se produce este fenómeno por el cual se llama GAM a grupos terapéuticos coordinados por profesionales. Hablaré con más detalle sobre este caso concreto en el próximo capítulo, al abordar el significado del apoyo mutuo para Noelia.

mediación de familiares. Dado el estado de apatía y aislamiento en el que, como ya he comentado, se encuentran a menudo las personas que padecen el malestar, muchas veces son sus familiares (habitualmente, mujeres: madres, hermanas, esposas¹⁶¹...) quienes se esfuerzan en buscar alternativas, lo cual lxs puede llevar al mundo asociativo. Susana me contaba que su madre ya había “sufrido muchísimo” por su hermano, que había sido heroinómano, y por lo tanto conocía el panorama asociativo de su ciudad¹⁶², lo que le permitió contactar “con una asociación que había, que era una asociación de Trastorno Límite de la Personalidad”. Susana acudió a ella, aunque se decepcionó al comprobar que “allí nada más que había familiares: padres y madres, padres y madres. Y dije yo: ¿esto qué es?”. Ansiosa por encontrar un espacio más propio, ella misma buscó en la primitiva web de inicios de los años 2000 y, a través de un foro, descubrió una asociación vinculada al trastorno bipolar, esta vez sí llevada por personas con experiencia.

Esa es otra de las maneras en que las personas llegan al movimiento asociativo: buscando por internet. Alicia cuenta que ese fue el medio por el que descubrió SAPAME en primer lugar. Por entonces tenía veintipocos años y estaba frustrada con su tratamiento, después de haber pasado por lo que llama una “depresión” y un “brote psicótico” en su adolescencia tardía y no haber mejorado. En ese momento, llegó a acercarse a la sede, pero no formó un vínculo real con la asociación ni se integró en su funcionamiento diario. Más tarde, sin embargo, pasó dos años en tratamiento en el Hospital de Día de Salud Mental, y su situación cambió radicalmente. Cuando este período se acercaba a su final, la trabajadora social del servicio la informó sobre SAPAME y la animó a ir. Según contaba, al recibir el alta sufrió un “choque de realidad”, al encontrarse de pronto en el mundo real y no poder recurrir a profesionales que la ayudaran. Fue por eso por lo que empezó a participar de forma más activa en SAPAME.

En el caso concreto de SAPAME y la trabajadora social de Hospital de Día, existe una relación de colaboración muy sólida desde hace años. Yo mismo he estado en visitas a la asociación con pacientes del servicio, organizadas por esta trabajadora social (Martínez Sevilla, 2018: 41-44), y de hecho conocí en SAPAME a varias personas que habían recorrido ese recorrido concreto para llegar a la asociación. Sin embargo, esta relación fluida no se da con todas las trabajadoras sociales del sistema sanitario. María, como ya hemos visto, estaba muy descontenta con su primera psiquiatra por no hablarle de SAPAME. Cuando ella, que intuía que tenía que haber otras posibilidades, otros recursos, le preguntaba al respecto, la respuesta de la psiquiatra era desdeñosa:

161 Examinaré con mayor detalle el peso de las relaciones de género en el cuidado de las personas con sufrimiento psíquico en el contexto familiar en la última sección del capítulo.

162 Susana, a diferencia del resto de participantes en GAMs entrevistadxs, no residía en Granada ni pertenecía a SAPAME, sino que formaba parte de otra asociación de la Federación, radicada en Sevilla.

la mandaba a hablar con la “asistente social”. Cuando, a su vez, hablaba con la trabajadora social, el resultado no era mucho mejor:

¡No hace nada! Está ahí para nada, porque hablé con ella y no me dijo nada. Me dijo: «¿tienes la ley de dependencia?». Digo: «no, no la tengo». «Pues si no la tienes, no puedes ir a ningún lado». Digo, pero si para SAPAME no hace falta la dependencia. Pues que no sirve *pa na* la trabajadora social esa, no. (Entrevista a María, 11 de mayo de 2021)

Así pues, la falta de protocolos unificados entre lxs profesionales sociosanitarixs también dificulta que las personas que podrían beneficiarse de ello lleguen al mundo asociativo y al apoyo mutuo.

En cualquier caso, y volviendo al caso de Alicia, este también nos muestra que, además de la información y la recomendación, a veces hace falta que las circunstancias generen cierto grado de motivación en la persona para que realmente desarrolle un vínculo con las asociaciones o los GAMs: fue la experiencia de sentirse desamparada al terminar su tratamiento en Hospital de Día lo que la convenció de ir a SAPAME. Aún más reveladora en este sentido es la narración de Pepe. Estaba en tratamiento por su adicción a las drogas en Proyecto Hombre cuando, según él a raíz de haber tenido “problemas con alguna familia que otra, y alguna ruina que otra”, empezó a desarrollar “paranoias”; lo que técnicamente se llaman delirios persecutorios. Su madre, preocupada, lo llevó al psiquiatra. Pese a que empezó a ir a la consulta y a consumir neurolépticos, siguió empeorando hasta que fue ingresado en agudos. Esta traumática experiencia fue una de sus motivaciones para dejar definitivamente la droga.

Sin embargo, cuando al fin fue dado de alta en Proyecto Hombre, unos años más tarde, cayó en un marasmo de inactividad: “estuve dos años sin salir de mi casa”, y su apatía era tal que “no hacía nada”. Una de las psicólogas a las que había conocido en Proyecto Hombre, a la que tiene en muy alta estima y con quien aún hoy mantiene muy buena relación, le recomendó que fuera a SAPAME. Al principio se resistió a ello, debido a la inercia de esa apatía que, como vimos también en los relatos de Miguel o María, es tan difícil de revertir. Pero llegó un momento en que él mismo sintió la necesidad de romper con esa dinámica. Empezó a acudir con el objetivo de “animarme y eso, quería por lo menos salir y entrar”. Fue todo un éxito: así empezó su vinculación con SAPAME y el apoyo mutuo, que fue muy intensa e importante para él en sus primeros meses y que continúa a día de hoy.

Esta experiencia de Pepe también sirve para mostrar que una de las vías más establecidas de llegada a SAPAME entre los hombres es precisamente la derivación desde Proyecto Hombre. También José Carlos, otro de mis entrevistados, había llegado por este camino a la asociación, aunque en su caso no llegó a estar en tratamiento. Según me contó, había pasado por un periodo

“depresivo” en el que empezó a tener comportamientos preocupantes: “a veces bebía mucho, a veces jugaba a juegos de azar...”. Su madre lo envió entonces a Proyecto Hombre, por donde ella misma había pasado siendo muy joven. Allí le dijeron que estas “conductas erráticas” no obedecían a una adicción, “que eran por otra cosa”. No me aclaró qué pensaba él que era esa “otra cosa”, exactamente; en cualquier caso, lo derivaron a SAPAME, ya que consideraban que en esta asociación “me iban a ayudar mejor”.

Este caso parece indicar que, incluso en casos en que no existe realmente una adicción, desde Proyecto Hombre tienen muy presente a SAPAME y les derivan casos de todo tipo. Pero desde luego, Pepe no fue el único exadicto al que conocí en SAPAME. De hecho, uno de los hechos que más llamó mi atención cuando coordiné los talleres de masculinidades, en otoño de 2019, fue el que un porcentaje sorprendente de los hombres que asistieron habían pasado en algún momento por una adicción. En el primero de esos talleres, por ejemplo, mientras hablábamos sobre el amor, uno de los participantes contó que su primera mujer había fallecido poco después de que él la dejara. Había decidido dejarla porque él había conseguido salir de la droga y ella seguía enganchada, y no quería volver a verse arrastrado a la adicción. A mí esta historia me impactó y no sabía muy bien cómo reaccionar; en cambio, otros dos participantes que también habían superado adicciones intervinieron rápidamente para dar contención emocional a su compañero y reiterarle que no podía haber hecho otra cosa y que no debería culparse por lo ocurrido. A lo largo de los distintos talleres, pude comprobar en múltiples ocasiones que estos hombres, que componían más de la mitad de los asistentes, estaban habituados a escuchar y compartir este tipo de experiencias y sabían cómo responder.

Esta gran presencia de hombres ex-adictos parecería reflejar un hecho que expuse en el capítulo sobre el género y el sufrimiento mental: mientras que las mujeres con sufrimiento psíquico de diverso tipo, incluyendo aquellas que tienen adicciones, tienden a buscar ayuda desde los servicios de salud mental, muchos hombres no buscan esta atención, y en cambio se encuentran más cómodos en los servicios orientados a las adicciones, que han sido tradicionalmente un espacio masculinizado (Mackenzie, Gekoski y Knox, 2005; Green, 2006; Tuchman, 2010). En cualquier caso, lo que muestran las experiencias de mis entrevistadxs es la diversidad de vías de llegada al apoyo mutuo y al asociacionismo en primera persona. No existe un protocolo estandarizado que conecte los servicios con las asociaciones, y de hecho, por lo que cuentan mis entrevistadxs, existe entre algunxs de lxs profesionales una desconfianza hacia este ámbito que dificulta la llegada a este espacio para personas que, posteriormente, se benefician enormemente de su participación en él. Mis entrevistadxs habían pasado, en muchos casos, por años de tratamiento psi infructuoso y por procesos de aislamiento severo antes de encontrar el apoyo mutuo, que después, como veremos en

el próximo capítulo en más detalle, se había convertido en un pilar fundamental de sus vidas. Ahora bien, ¿de qué maneras condicionó el género, como categoría productora de diferencias sociales, los caminos que recorrieron estas personas antes de llegar al apoyo mutuo? ¿Y qué otras categorías de clasificación social estructuraron asimismo estas trayectorias? Es esto lo que me propongo analizar a continuación.

Tramas de género en las relaciones familiares: violencias, expectativas y reparto de cuidados

Dada la depauperación de la vida social de las personas que llegan al apoyo mutuo a través de SAPAME y otras asociaciones similares, para el momento en que dan ese paso, por lo general sus vínculos se reducen a sus familias. Este hecho tiene al menos dos caras. Por una parte, a través de estas experiencias nos asomamos al fenómeno por el que, al desarrollar una persona un malestar psíquico y ser este psiquiatrizado (diagnosticado y tratado mediante herramientas psi, particularmente la medicación), la mayor parte de la responsabilidad por el cuidado de esta persona recae en sus familiares. Desde este punto de vista, la pérdida de otras relaciones sirve para consolidar este mayor peso de la familia en el cuidado. Por otra parte, el desarrollo de estos malestares no se puede aislar del contexto de la propia familia de la que forma parte la persona que “enferma”. En este sentido, la familia no es un espacio libre de violencias, y el encierro en las dinámicas internas de la trama familiar puede resultar, por tanto, en un enquistamiento de las mismas que puede contribuir al mantenimiento de los malestares, cuando no ser un factor en su propio desarrollo¹⁶³.

Desde ambas perspectivas, el género es un factor determinante en la configuración de las estructuras familiares. Las antropólogas feministas han señalado que género y parentesco se constituyen mutuamente (Yanagisako y Collier, 1987), es decir, que las complejas tramas de obligaciones, responsabilidades y reciprocidad que conforman los lazos de parentesco son indisolubles de los ideales normativos acerca de la feminidad y la masculinidad que configuran las

163 Debo señalar que he encontrado algunas evidencias de que existe un matiz relacionado con el género en este tipo de procesos, particularmente en lo que afecta a las mujeres jóvenes. Según me comentó un activista que ha vivido tanto en Granada como en otros lugares de España, existe una dinámica muy particular en Andalucía, y sobre todo en ambientes rurales, por la cual “algunas familias prácticamente secuestran” a estas mujeres cuando “enloquecen” para utilizarlas “como máquinas de cuidados” (notas de campo, 17 de diciembre de 2020). Esto confirmó observaciones que había podido hacer en mi trabajo de campo anterior en Hospital de Día, donde conocí al menos dos casos de mujeres jóvenes provenientes de zonas rurales en los que resultaba evidente que el principal obstáculo a la recuperación de las pacientes eran las resistencias del sistema familiar a permitir que estas mujeres se volvieran independientes y dejaran, con ello, de ser reservas de cuidados asegurados de cara a la vejez.

relaciones de género. Es por ello por lo que, en lo que resta de este capítulo, me propongo analizar con perspectiva de género las historias de mis entrevistadxs en lo tocante a sus familias, con el objetivo de comprender cómo el género da forma a sus experiencias en este aspecto y construye, de esa manera, sus caminos desde el diagnóstico hasta la llegada al apoyo mutuo.

Sin embargo, el género no opera en abstracto. Del mismo modo que género y parentesco se co-constituyen, hay otras categorías de clasificación social que median en este proceso y lo matizan. Cuáles sean las categorías relevantes para el análisis de cada caso dependerá del contexto concreto: no es algo que pueda determinarse. En el caso de las personas a las que entrevisté, se me fue haciendo evidente conforme fui analizando sus historias que la cuestión determinante para entender sus trayectorias familiares en perspectiva de género era la edad. Más concretamente, sus relatos variaban mucho en función del momento del ciclo vital en que se encontraran en el momento de irrupción de sus malestares. Existe una diferencia notoria entre lo que me contaron quienes eran más jóvenes y seguían dependiendo de sus familias de origen, en particular quienes aún vivían en el domicilio familiar con sus padres, y quienes eran mayores y tenían sus propias familias de procreación. A continuación, voy a examinar los relatos de mis entrevistadxs que encajan en cada uno de esos casos de manera pormenorizada y a compararlas para desentrañar las tramas de género que les dan forma.

Pero antes, creo conveniente señalar que hay dos entrevistas que no voy a explorar en ninguna de las dos categorías, por motivos diferentes. Por un lado está el caso de Alicia. Ella sería un claro ejemplo de persona cuyo malestar emergió siendo muy joven: está en tratamiento desde la adolescencia y tuvo un “brote psicótico” a los 17 años por el que fue ingresada en agudos. Sin embargo, durante la entrevista, el tema de su familia quedó envuelto en silencio. A lo largo de la conversación, se habían ido filtrando comentarios en los que mencionaba de pasada a sus padres. Desde luego, parecía haber una historia muy compleja y probablemente difícil detrás de este vínculo. Sin embargo, tan pronto como empecé a tantear el ámbito de las relaciones familiares, Alicia se cerró en banda. Ante mi tímida pregunta por su relación con sus dos hermanos mayores, a quienes no había mencionado hasta que yo saqué el tema, contestó con un tenso “paso palabra”. Decidí no volver a tocar el tema, pero entonces, al preguntarle por su red social más amplia, ella misma trajo a colación a su madre: “es un apoyo imprescindible en mi vida; claro, ella no es mi amiga, es mi madre, hay que diferenciar”, dijo entre risas. Ante esta mención, decidí probar una última vez: le pregunté si podía hablarme un poco más sobre su madre, a lo cual simplemente me dijo que no, y cambiamos una vez más de tema.

En cuanto al caso de Pepe, él era el único que se encontraba en un punto intermedio entre los dos que exploraremos enseguida. Para cuando empezó a tener problemas de salud mental, ya vivía

de manera independiente, pero no tenía aún pareja ni hijos. Aun así, hay muchos aspectos de su relato que resultan llamativos desde el punto de vista del género. Según contaba, su padre había fallecido siendo Pepe muy joven. Fue su madre quien, cuando él empezó a tener síntomas, lo llevó al psiquiatra por primera vez. Por otro lado, pocos meses antes de la entrevista Pepe había sufrido dos ingresos en agudos de manera consecutiva y aún en aquel momento estaba afectado por la experiencia. Decía que, a raíz de ello, su hermana, en especial, se había volcado para cuidarlo, ya que su madre se había mudado a vivir a otra ciudad.

Él sobre todo cifraba este cuidado en el hecho de que su hermana estaba pendiente de él, le escribía con frecuencia y se preocupaba por su estado emocional y por sus necesidades. Así lo enunciaba él: “yo es que soy un alma libre, pero sí, yo digo «necesito esto» y hay gente que me ayuda, las cosas como son. Y eso es una cosa importante, que nos creemos que no, pero es importante, más importante de lo que nos creemos”. Esta forma de valorar espontáneamente la importancia de lo que en términos éticos podemos traducir como *los cuidados*, tanto en su vertiente material (“necesito esto”) como relacional (“hay gente que me ayuda”), es especialmente curiosa porque se produce de la mano de la afirmación de su propia individualidad (“soy un alma libre”). Esta tensión, eminentemente masculina, entre el deseo de independencia y el deseo de ser visto, entre la búsqueda de autonomía y la evidencia de su vulnerabilidad, atravesaba todo el relato de Pepe, como veremos en más detalle en el próximo capítulo, cuando examine el significado que tiene el apoyo mutuo para él. En cualquier caso, vemos cómo también en su historia, la responsabilidad por el cuidado recae, de forma sistemática, en las mujeres de la familia; algo que se repetirá en los relatos que estamos a punto de examinar.

Personas jóvenes dependientes de sus padres: las formas de reconfiguración de la trama familiar

Noelia tenía poco más de veinte años y estaba en el extranjero cuando tuvo su primer brote. Había terminado recientemente la carrera y se había ido con una beca a hacer un curso en un país del sur de Europa. Según me contó durante nuestra entrevista, “la añoranza, o la pena de no estar con mis familiares, fue el motivo por el que me puse mala”. Sola en otro país, no supo interpretar sus primeros síntomas; de pronto se encontraba en una unidad de agudos, donde pasó dos semanas ingresada. Sus padres fueron a buscarla. La acompañaron durante el ingreso, se encargaron de las gestiones necesarias y, tras su alta, viajaron con ella de vuelta en avión, algo que ella se veía incapaz de hacer sola por su miedo a volar.

Ya antes de partir en su busca, su padre, médico, y su madre, enfermera, habían consultado con un compañero suyo, psiquiatra, para que les asesorara en cuanto a cómo abordar la situación. Tan pronto como llegaron de vuelta, este psiquiatra se hizo cargo del tratamiento de Noelia. Dicho

tratamiento consistió, en esencia, en el consumo de elevadas dosis de medicación antipsicótica, junto a la aplicación de un estricto régimen de control de su vida diaria que fue vigilado a cada paso por sus padres, con el beneplácito del psiquiatra. “Mis padres, al ser médicos, trataron mi enfermedad”, me contaba. Sin embargo, tal como ella lo relata, el rol que jugaron sus padres en su vida a partir de ese momento se pareció más al de guardianes o vigilantes que al de médicos.

El primer punto no negociable del nuevo régimen disciplinario era el consumo regular de la medicación. Como expuse en el capítulo sobre el contexto, la aparición de los neurolépticos supuso un cambio de paradigma en el tratamiento de los pacientes crónicos, en tanto en cuanto su uso permite no solo eliminar o disminuir los síntomas positivos más graves, sino además pacificar a estas personas, volverlas dóciles. Así, al preguntarle qué le pareció en su momento este régimen de control que implantaron sus padres, afirma que “no lo comprendía, pero yo no podía discutir, porque yo estaba sedada”. Por tanto, vemos en la práctica cómo la medicación es probablemente la herramienta más importante en el proceso de trasladar la responsabilidad por el control de los pacientes de los espacios profesionales a la familia.

Más allá del consumo de medicación, la otra cuestión clave era el establecimiento de una rutina en cuanto a la alimentación y el sueño. Para ello había que asegurarse de que Noelia siguiera unos horarios adecuados, lo cual excluía de plano el ocio nocturno o el consumo de cualquier tipo de estimulante o estupefaciente. Por tanto, desde el punto de vista de sus padres, había que cortar los vínculos con sus amigas: “no me dejaban irme con ciertas personas de mi pasado, que me influían al alcohol y a las fiestas”. Esta infantilización era extensiva incluso a su vestuario. Cualquier cosa valía con tal de evitar un nuevo brote, e incluso si lo llegaba a haber, no recurrían al ingreso hospitalario:

cuando me daban brotes o no podía seguir una vida ordenada, el médico especialista les decía a mis padres que el ingreso lo hiciera en mi casa, que no saliera de casa, que me cuidara, que tuvieran precauciones, para que yo no hiciera cosas que me pudieran poner todavía peor. (Entrevista a Noelia, 1 de junio de 2021)

A pesar de las altísimas dosis de medicación (“eran seis tomas al día de medicina: dos tomas al mediodía, por la mañana y por la noche”), Noelia comprendía claramente la regresión que suponía para ella este nuevo orden de cosas: había pasado de la independencia de poder irse sola a estudiar al extranjero a no poder hacer ningún movimiento sin la compañía y vigilancia de sus padres. “En mi mente me sentía... cohibida, me sentía preocupada, de decir, «¡por dios, que hace dos meses yo estaba haciendo mi vida sin dar explicaciones apenas a mis padres y ahora mis padres me acompañan hasta al baño a hacer pipí!»”. En ese sentido, compara el momento del brote y el diagnóstico con “un nacimiento: empieza una nueva vida, diferente”.

Esta idea del nuevo nacimiento que enuncia Noelia es un eco de lo que señala Elisa Alegre-Agís cuando compara el proceso de diagnóstico con un rito de paso. La persona diagnosticada pasa del lugar que ocupaba con anterioridad (en este caso, una joven estudiante que está dando los primeros pasos hacia la autonomía respecto a sus padres, pero aún es económicamente dependiente de ellxs) a nueva una identidad “intersticial”, al mismo tiempo “dentro y fuera de la estructura social”, donde el único rol que se tiene es el de “enfermo total” (Alegre-Agís, 2016: 204). En consecuencia, toda la estructura familiar debe cambiar para adaptarse a esta nueva realidad: la persona “enferma” no puede ya valerse por sí misma y precisa de cuidados constantes. Pero además, los cuidados que se proveen también cambian, adoptando esa forma de vigilancia y control que describe Noelia. Así, la propia Alegre-Agís define los cuidados en estas circunstancias como

todas aquellas prácticas cotidianas que una serie de personas convivientes — cuidadores/as— realizan *por, para y sobre* la persona enferma, destinadas a la evaluación y la evitación de las descompensaciones o brotes [...] con el objetivo de «normalizar» — según el sentido común cultural— el comportamiento del sujeto receptor de los cuidados¹⁶⁴. (2018: 215-216)

Se evidencia por lo tanto que “la línea entre «atender/cuidar y controlar» [sic], en este tipo de casos, es muy difusa” (Alegre-Agís, 2018: 216).

Desde luego, en el caso de Noelia, podemos ver un reflejo de lo que Alegre-Agís (2017) llama la “institución doméstica total”: el traslado de las lógicas manicomiales al espacio doméstico, convirtiendo a la persona diagnosticada en interna de su propia casa, custodiada por sus familiares (en este caso, sus padres). De hecho, se trata de un caso particularmente extremo de esta idea: en general, este modelo se adopta por parte de padres y madres que se encuentran *perdidxs*, *indefensxs*, *atemorizadxs*, y que no tienen ni los recursos materiales ni los conocimientos adecuados para comprender la situación y responder, por lo que se ponen en manos de los consejos profesionales, enunciados desde una posición de autoridad. El padre y la madre de Noelia, en cambio, debido a su profesión como *sanitarixs*, tenían acceso directo a un colega psiquiatra con quien llegaron a desarrollar una relación de amistad, y que estaba siempre disponible tanto para ellxs como para la propia Noelia (eso sí, únicamente para hablar sobre la medicación).

Durante los tres años que duró este tratamiento, Noelia cuenta que su estado no paraba de empeorar. Entonces, su psiquiatra tuvo un problema de salud que lo obligó a derivarla a otro especialista. Este nuevo psiquiatra eliminó toda la medicación anterior y la sustituyó por “una pastilla por la noche antes de dormir”, en una dosis relativamente baja. Gracias a esta decisión,

164 Cursivas añadidas.

“mejoró por completo mi salud y ya empecé a hacer vida normal”. Pese a todo, su relación con este médico no era buena: aunque reconoce que la ayudó, su desconfianza la llevaba a ocultar sus problemas, “porque tenía miedo de que esos problemas me llevaran al ingreso, que no los viera lógicos, mis pensamientos, mis delirios y mis paranoias”. Tras otros tres años de tratamiento infructuoso, su psiquiatra la derivó al Hospital de Día de Salud Mental. Al hablar de su tiempo allí, Noelia destaca ante todo que al fin pudo recomponer una vida más allá del espacio doméstico. Construyó un círculo de amistades entre lxs pacientes del servicio que le hizo recuperar la ilusión. Por primera vez desde su diagnóstico, tenía un grupo con el que “relacionarse”, pero eso sí, dentro de unos límites muy definidos: “salía a tomarme una Coca-Cola, un café, o a pasear, y no acostarme muy tarde”.

Otra cuestión decisiva del paso de Noelia por Hospital de Día fue que su madre empezó a acudir a un grupo de familiares en este centro. Gracias a esta participación, pudo ir un poco más allá de esa primera reacción que había tenido ante la situación de su hija: el miedo y el control. El cambio, pese a todo, no ha sido radical. A juzgar por lo que me cuenta sobre su relación actual con ellxs, sus padres aún están preocupadxs fundamentalmente por las mismas cosas que en los primeros años tras su brote. Me comenta entre risas que “mi madre siempre me ha dicho que hay dos cosas que me pide y que son muy importantes para estar buena, que es comer y dormir”. Es al hablarme sobre estos temas cuando asomó su rebeldía ante el control paterno: los comentarios de su madre respecto a su alimentación o sus patrones de sueño la irritan, y ella le responde sin poder esconder su enfado.

Al mismo tiempo, cuando le pregunto cómo evalúa retrospectivamente el régimen de control al que fue sometida por sus padres, Noelia afirma que los comprende, pues empatiza con su miedo (“normal, yo tengo una hija y los primeros meses también estaría encima”), y les agradece sobre todo haberle evitado más ingresos psiquiátricos:

Hombre, era mucho mejor estar con mis padres que estar en un ingreso. Aunque en el momento yo no estaba de acuerdo en sus normas y en sus reglas, porque tenía que cuidar mi casa, o salir con ellos, no salir sola, mis amigas me llamaban para tomar café... y yo pues protestaba, pero en el fondo ellos lo hicieron muy bien. Ahora me doy cuenta de que el esfuerzo que ellos hicieron sirvió para mejorar mi salud, y eso de no tener un ingreso se valora mucho porque, aparte de que estés mala o lo que sea, pues el ingreso siempre lo recuerdas, siempre está ahí como un recuerdo negativo en tu vida. (Entrevista a Noelia, 1 de junio de 2021)

También en la actualidad, afirma, los comentarios de su madre surgen de su preocupación, lo cual parecería justificar su evidente sobreprotección. Pero en el discurso de Noelia se filtra su

irritación ante el carácter invasivo de sus padres, por ejemplo al hablar de su decisión de independizarse hace unos meses tras obtener su nuevo trabajo como vigilante en un edificio de la administración:

ya mis padres y yo teníamos diferencias, o caprichos diferentes, o... no sé, «estoy yo en el salón, no entres tú», «estoy yo en la cocina, no molestes». Yo también: no entres a mi cuarto, no me interrumpas cuando estoy con... yo qué sé, cuando estoy en el ordenador, o cuando estoy ordenando la habitación, no me gustaba que entrara. Y ya pues había una convivencia... buena, pero en momentos de sensibilidad o irritación, pues saltaba la chispa. (Entrevista a Noelia, 1 de junio de 2021)

Con el aparente propósito de preservar la paz, Noelia se ha mudado a un piso que, eso sí, queda bastante cerca de la casa de sus padres.

Con ello, ha seguido tardíamente los pasos de sus dos hermanos mayores, que ya estaban independizados antes de que ella tuviera su brote. Su relación con ellos era tan distante que de hecho no los mencionó hasta el final de la entrevista, cuando me dijo que su madre estaba enferma: “lleva dos semanas con quimio y estoy más pendiente de ella”. El pronóstico era bueno y Noelia parecía tranquila, pero la enfermedad había vuelto a reconfigurar el sistema familiar. Ahora, sus hermanos se habían volcado en el cuidado de su madre, al igual que ella, lo cual había hecho que volvieran a tener un contacto más continuado después de años de distancia. “Cuando me dio el brote, ellos no entendían, ellos decían: «uy, es diferente, tiene un trastorno». Tenían un poquito de estigma, luego ya han ido viendo, pero les ha costado mucho. Mi relación con mis hermanos es indiferente, vamos. A ver, ahora está mi madre mala y estamos con el grupo de WhatsApp, se llama «Apoyo mamá», y estamos al cien por cien con ella, si alguien ve algo raro lo escribe en el grupo; pero vamos, de ahí a más, no hay”. Así pues, dice a modo de resumen, ella y sus hermanos se hablan “con respeto, con sinceridad, pero no hay confianza”.

Es difícil conseguir que José Carlos te sostenga la mirada, y no es la persona más habladora del mundo, por decirlo suavemente. “Es que yo, lo que es hablar, no se me da muy bien. Si me preguntas y eso, te contesto, pero sacar yo un tema, pues yo qué sé”, me dijo hacia el final de nuestra entrevista. Él atribuye esta escasa predisposición a la conversación, así como otros muchos elementos de su forma de ser, a un autismo leve, al que se refiere repetidamente como “mi condición”. En un determinado momento, se puso a enumerar aspectos de su vida que encajaban con los criterios diagnósticos de esta “condición”: siendo niño no tenía amigos y aún hoy tiene problemas para relacionarse con otras personas; tiene importantes dificultades para el aprendizaje,

especialmente de “cosas técnicas”; “tampoco le he presentado ninguna pareja a mis padres, que eso también es significativo”. No obstante, parece que su identificación con esta etiqueta ha sido relativamente reciente; en su infancia y adolescencia, su familia nunca intentó encontrar una explicación técnica desde las disciplinas psi a estas particularidades de José Carlos. En conclusión, bajo su punto de vista, “los signos eran claros, lo que pasa es que ellos no quisieron verlos”.

Para José Carlos, esto se debe en parte a la simple falta de información: aquellos eran otros tiempos y es comprensible que sus padres no supieran qué era el autismo¹⁶⁵. No obstante, había otra cuestión que complicaba las cosas: “también tenía el problema de que mi padre... pues bebía mucho y le pegaba a mi madre”. Al parecer, después de perder su trabajo como comercial, “cogió una depresión muy grande y empezó a beber”. Sus padres se acabaron separando cuando José Carlos tenía 18 años, y él se quedó en casa con su madre. Pero mientras tanto, siente que la situación de violencia provocó que ella no pudiera “estar tan pendiente de mí como si hubiera tenido una familia sin tanta problemática”. Así, su “condición” quedó sin atender hasta la edad adulta.

José Carlos describe a su padre como un hombre “muy estricto”, empeñado en que su hijo alcanzase ciertas metas: “él quería que fuera como mi hermano¹⁶⁶, que fuera a la universidad y tal”. No podía aceptar las dificultades para el aprendizaje del muchacho; se enfadaba cuando su madre, que era profesora, lo ayudaba con las tareas, ya que pensaba que tenía que ser capaz de hacer cosas solo, y se negaba a ver que de hecho no podía hacerlas sin ayuda. En resumen: “mi padre no me entendía”. La adolescencia fue una época compleja: “tuve que pelear mucho para que me dejara estudiar lo que más o menos me interesaba”, que era la cocina. Llegó a repetir el mismo curso de bachillerato tres veces, antes de que su madre intercediese por él ante su padre: “déjalo que haga lo que más o menos pueda o le guste, que lo vas a deprimir del to”, cuenta que le dijo. Finalmente sí que pudo dedicarse a su pasión, y afirma que su trabajo le hace feliz, aunque nunca ha pasado de ayudante de cocina: “he tenido oportunidades porque he trabajado con mucha gente que sabía mucho, pero mi condición no me ha permitido ascender”.

Pero ¿a qué se refería su madre con eso de “lo vas a deprimir del to”? Al parecer, en esta época empezó a sufrir lo que él llama “depresiones”; tal como él las describe, son periodos de su vida en los que se ha encontrado desorientado y desmotivado, sin ningún tipo de acicate para vivir su vida. Después de este primer momento en la adolescencia, “tuve una recaída gorda también cuando suspendí un FP, que repetí un curso. Porque claro, yo había empezado tarde, todos los niños

165 De hecho, la idea de que el autismo sea un espectro dentro del cual se puede tener un grado leve, moderado o grave es reciente: no se incorporó al DSM hasta su quinta edición, en 2013 (American Psychiatric Association, 2014: 50-59).

166 Su hermano es tres años mayor que él.

tenían 14 años, yo era mucho más mayor... y repetir me vino muy mal”. Ya como adulto, según me dice, sus “depresiones” coincidieron con “los periodos que no trabajaba”. Durante alguno de estos períodos, fue por primera vez al psiquiatra. Pero aquel primer profesional con quien tuvo contacto “era muy serio, decía: «o tienes esquizofrenia, o no tienes *na*», como diciendo: «solo hay eso»”. De este modo, siguió sin tener una respuesta satisfactoria a sus dificultades. La última vez en que pasó por uno de sus momentos depresivos fue unos dos años antes de nuestra entrevista, cuando empezó a desarrollar “conductas erráticas” que lo llevaron primero a Proyecto Hombre y más tarde a SAPAME.

Durante toda su vida, José Carlos ha vivido en el hogar familiar. Primero, con su padre, su madre, su hermano y su hermana menor, en un ambiente condicionado por la violencia del padre. Después, con la separación, su padre se fue a vivir fuera mientras el resto se quedaban en la casa. Durante los siguientes diez años, mientras que José Carlos pasaba por uno de sus períodos depresivos, su hermano y su hermana se fueron emancipando. Y entonces, cuando José Carlos rondaba la treintena, su padre enfermó gravemente de cirrosis. Su madre tomó la decisión de acogerlo y cuidarlo. Pasaron otros diez años de enfermedad y cuidados hasta que su padre finalmente murió. Varios años después, y pocos meses antes de la entrevista, había fallecido también su madre. Desde entonces, y tras llegar a un acuerdo con su hermano y su hermana, José Carlos vive solo en la casa.

La historia de María tenía interesantes paralelismos con la de José Carlos. Para empezar, ella ubicaba en torno a la familia la causa del inicio de su malestar, dado que su padre, ya fallecido, había maltratado a su madre, le había sido infiel y posteriormente la había dejado por otra mujer. “Y yo estaba en medio, lo sufrí. Por eso es que me puse mala”. No fue la única: según me contaba, su madre “también tiene una enfermedad mental. Tiene ansiedad-depresión”. Después de que su padre se fuera de casa, María y su hermano se quedaron con su madre, y en el momento de la entrevista aún vivían lxs tres juntxs. “Pero mi hermano es más independiente: está trabajando, tiene a su novia y tiene su vida. Soy yo la que siempre estoy con ella”.

A los 18 años, cuando empezó a resultarle insoportable el “ambiente” que había en casa, María acudió por primera vez a la consulta de una psiquiatra. Recibió un diagnóstico y empezó a ser medicada. En ese momento, se encontraba estudiando una Formación Profesional de Grado Medio para ser auxiliar de enfermería. De hecho, le estaba yendo muy bien: tenía muy buenas notas, estaba muy motivada (ya entonces había descubierto que le gustaba “ayudar a la gente”) y le faltaban solo dos asignaturas para completar la formación. Sin embargo, con el comienzo del tratamiento farmacológico, de pronto era incapaz de concentrarse o memorizar: “es como si se me hubiera

apagado la cabeza, se me hubiera puesto oscura. Es como si te quedas ciego, pues lo mismo”. Se vio obligada a abandonar los estudios, y aún a día de hoy ve imposible retomarlos. En el momento de la entrevista, estaba buscando desesperadamente algún trabajo (“sea de lo que sea, de limpieza, de camarera, da igual”) para complementar su única fuente de ingresos: una pequeña pensión de orfandad por la muerte de su padre.

Como comenté al inicio del capítulo, el tratamiento farmacológico fue la única respuesta que María recibió por parte de su psiquiatra durante los siguientes diez años. La falta de otros estímulos, la pérdida de los estudios y por tanto de la posibilidad de una carrera laboral y el efecto de la medicación la fueron llevando a una vida de encierro, hasta el punto de que, antes de empezar a acudir a SAPAME, prácticamente no hablaba con nadie más que con su hermano y su madre. Ella habla de que tenía graves “problemas de relación” que la inhibían: “me costaba un mundo relacionarme con la gente”. Pero incluso ahora que ha desarrollado otros vínculos, su madre sigue teniendo un papel central en su vida. Durante toda la entrevista, cada vez que hablamos sobre un paso que había dado, sobre un cambio en su trayectoria vital, María mencionó que lo había consultado con su madre, y que solo había decidido hacer el cambio correspondiente una vez obtenido su permiso. Por eso le pidió a su madre que estableciera el contacto con la asociación, y por eso ella la acompañó a la sede en su primer día. Parece que, en la dinámica generada por el maltrato de su padre, se ha creado un vínculo extremadamente estrecho entre madre e hija, marcado por una dependencia que hace que, al mismo tiempo que la sitúa como referente en todos sus procesos vitales, María esté un poco hastiada de su madre.

Como se puede ver en los tres relatos examinados, una de las consecuencias fundamentales de la aparición de problemas de salud mental en miembros aún jóvenes de la familia fue que esas personas siguieron residiendo en el hogar familiar mucho más allá de la edad en que esto es considerado deseable en la actualidad. Esto suponía una reconfiguración de la estructura de cuidados de los sistemas familiares; o, más bien, la continuidad de esta estructura en esquemas propios de la minoría de edad cuando lo que se esperaba era un cambio hacia una mayor autonomía. Ahora bien, diría que hay tres cuestiones a examinar en profundidad para hacer un análisis con perspectiva de género de esos procesos.

La primera es la aparición de la violencia de género en dos de las historias relatadas. Podría decir, tomando prestado un concepto de la psicología social y la teoría de grupos psicoanalítica, que en el contexto de mi investigación esta cuestión se ha convertido en un emergente: una constatación explícita y repentina de algo que normalmente permanece implícito (Pichón-Rivière, 1985). Yo mismo no pregunté directamente por esta cuestión, si bien el hecho de que mi investigación

estuviese relacionada con “el género” claramente transmitía a mis entrevistadxs la idea de que este hecho era relevante de comentar. Pero la franqueza con la que tanto José Carlos como especialmente María pusieron sobre la mesa la situación de violencia que habían sufrido no pudo por menos que chocarme.

No obstante, y paradójicamente, estas dos personas ilustraron igualmente la dificultad que existe para identificar la influencia del género en la experiencia del sufrimiento psíquico, o la importancia que esta puede tener a la hora de abordarlo. Para José Carlos, “los problemas” a los que se enfrentan las personas que participan en GAMs “son generales”, por lo que no veía sentido a pensar en el sufrimiento de hombres y de mujeres de manera “específica”. María, que participa en el mismo GAM que José Carlos, estaba de acuerdo, y señalaba que lo importante en ese contexto es que “somos todos iguales, ¿qué más da que sea mujer u hombre? Nos entendemos. Es que no tiene nada que ver que seas hombre o mujer: mientras nos entendamos y seamos entre iguales y nos apoyemos, da igual que seamos hombre y mujer, ¿sabes? Eso no importa”.

En cambio, su respuesta fue más ambigua cuando hablamos del género como condicionante de su sufrimiento mental en particular. Hablando de la violencia machista a la que su padre sometió a toda su familia, por una parte me dijo expresamente que, en su opinión, ella habría sufrido lo mismo aunque fuera hombre, porque de hecho esa violencia les alcanzó a lxs tres: tanto su madre y ella como su hermano la sufrieron. Sin embargo, al intentar argumentar esta idea trazando una comparación entre su situación y la de su hermano, la propia María se contradijo: “llegué a pensar, «si fuera hombre, a lo mejor no sufriría esto». Pero yo pienso que sí. Mi hermano también lo sufrió. Pero es lo que te digo, que si fuera hombre, pues no sería... sería como mi hermano. Él lo sufrió, pero no... lo llevó por dentro, y es más fuerte”.

Para ella, esta forma de sufrir tan diferente en su hermano responde a características personales (llevarlo por dentro, ser más fuerte). Sin embargo, estos atributos tienen una fuerte marca de género: sufrir sin mostrarlo para no dar muestras de flaqueza responde por completo al estereotipo de la masculinidad hegemónica de cómo se deben sobrellevar los problemas (Bonino, 2000). Vemos aquí la naturalización de las diferencias en la forma de sufrir de este hombre y esta mujer, las cuales, sin embargo, responden a claros patrones de género en cuanto a la construcción diferencial de la subjetividad masculina y femenina, lo cual lleva a resultados radicalmente diferentes para cada unx: él, viviendo una vida “más independiente”, con pareja y trabajo; ella, fuertemente atada a su madre, enferma y sin estudios ni empleo. Así pues, aunque el dato en bruto de la violencia de género como un factor que genera sufrimiento psíquico estaba presente en los relatos de mis entrevistadxs, no existía una conciencia más profunda de los modos en que el género moldeaba sus experiencias e influía en las dinámicas familiares.

Esta cuestión resulta aún más clara al abordar el segundo punto a analizar con perspectiva de género dentro del proceso de reconfiguración familiar: lo relacionado con las expectativas familiares respecto a lxs hijxs. Este aspecto me parece especialmente relevante en el caso de Noelia. Como hemos visto, sus padres se pusieron de acuerdo con un psiquiatra para implantar un sistema de “contención” con el objetivo declarado de evitar que su hija volviese a descompensarse, el cual se basaba fundamentalmente en dos elementos: el consumo de medicación antipsicótica a altas dosis y el control de la alimentación y el sueño. Para asegurarse de que Noelia cumplía con estas pautas, sus padres la sometieron a una vigilancia estrecha, no dejándola sola ni a sol ni a sombra. Como mencionaba antes, esto es lo que Elisa Alegre-Agís ha llamado la “institución doméstica total”: la adopción de un modelo de vigilancia sobre la persona “enferma” propio del marco manicomial en el entorno del domicilio familiar.

Pero me parece de lo más revelador observar cuáles fueron los elementos en los que se centraron los esfuerzos custodiales de sus padres (y de su psiquiatra, que seguía de cerca todo el proceso). Aparte del consumo de la medicación, que servía, según ella misma señala, para “sedarla”, el objetivo prioritario era el control del sueño mediante el establecimiento de horarios estrictos. Para conseguirlo, los puntos más importantes en los que se centraron sus padres fueron la demonización del ocio nocturno, el alcohol y las drogas y el alejamiento activo de su hija de sus amistades previas. Recordemos que Noelia tenía veintipocos años, había completado sus estudios universitarios y estaba haciendo un curso en el extranjero. En este sentido, se estaba asomando a la adultez y cabe suponer, a partir de sus palabras, que como parte de ese proceso estaba experimentando con “las fiestas”. No sabemos con seguridad en qué medida sus padres veían con buenos ojos sus hábitos, sus horarios o sus círculos con anterioridad al brote, aunque ella misma me dijo que hacía su vida “sin dar explicaciones apenas”. Lo que sí me dijo con claridad es que, a partir de que sus padres la trajeron de vuelta a casa en aquel avión, tomaron medidas muy serias.

Le vetaron por completo el alcohol e incluso, por momentos, la cafeína, y le prohibieron el contacto con aquellas personas que consideraban “malas influencias” en este sentido. Las opiniones de Noelia sobre el alcohol en la actualidad reflejan esta demonización, una muestra más de su perfecta interiorización de las normas que sus padres le marcaron. De hecho, ella responsabiliza a las personas con diagnóstico que ha conocido y que han tenido recaídas por haber vuelto a consumir alcohol:

hay que tener un poco de cabeza para saber que los problemas... surgen cuando tienes vicios. Yo tengo el vicio del tabaco, eso sí, que no lo puedo dejar, pero estimulantes tomo café. Yo no me tomo copas, cervezas... porque cambia la mente. La mente te cambia en el momento que te has tomado tres copas, o cuatro, o seis, u ocho... no piensas igual, yo qué sé, te

pones... yo por ejemplo me tomo cinco copas y no soy yo, es otra persona que se ha bebido tres copas, no tiene nada [que ver] con lo que yo soy. (Entrevista a Noelia, 1 de junio de 2021)

Este énfasis en el autocontrol en el discurso de Noelia es un reflejo de la mayor presión social sobre las mujeres para dominar sus impulsos, lo cual es una expresión de la transformación de los mecanismos de control patriarcal (iniciado a principios del siglo XX) pasando “de un sometimiento femenino basado en la tiranía arbitraria y la sumisión ciega a la autoridad patriarcal al desarrollo de una nueva racionalidad basada en el dominio y el autocontrol del cuerpo y de los instintos” (Llona, 2007: 81-82).

También controlaron su vestuario: “no me dejaban ponerme ropa joven, como faldas o camisetas”. La selección de las palabras es muy interesante. Hablar de “ropa joven” hace referencia al mismo tiempo al choque generacional entre Noelia y sus padres (lo “joven” frente a lo “adulto”) y a la paralización e incluso la inversión del proceso de maduración de Noelia (lo “joven” frente a lo “infantil”¹⁶⁷). En correspondencia, las prendas que Noelia señala que quedaron prohibidas son muy particulares. Las faldas tienen una evidente connotación, al ser esta una prenda considerada femenina cuyo uso se entiende a menudo desde una perspectiva patriarcal como “provocador” o “seductor”; así pues, su prohibición servía claramente como una forma de des-sexualización y, en ese sentido, de infantilización de su hija¹⁶⁸. Prohibir las camisetas, por otro lado, siendo esta una prenda tan corriente en la actualidad, parecería indicar un esfuerzo por implantar un código de vestimenta más “formal” y menos juvenil, siendo en este caso lo juvenil sinónimo de rebeldía e independencia.

Además de todo ello, sus padres implantaron un horario de llegada a casa: “no me dejaban llegar más tarde de las nueve, porque les daba miedo, estaban llamando por teléfono”. Es decir, en las raras ocasiones en que le permitían salir de casa sin acompañarla (“me acompañaban hasta a la esquina, hasta a la cochera a coger lo que sea, ¡una bolsa! No me dejaban sola”), usaban el teléfono como medio adicional de control y marcaban los tiempos de esas salidas de manera estricta. Todo

167 Si hay una nota que atraviesa las palabras de Noelia a lo largo de toda nuestra entrevista es su uso de terminología y de esquemas infantiles a la hora de presentar su realidad.

168 Las actitudes de lxs familiares hacia la sexualidad de las personas con discapacidad, especialmente si es de tipo intelectual, son fuertemente negativas, lo cual se intensifica en el caso de las mujeres con discapacidad (Morell-Mengual, Gil-Llario, Díaz-Rodríguez y Caballero-Gascón, 2017). Muchas de las mujeres con discapacidad entrevistadas en el estudio de Gomiz Pascual “explican que desde pequeñas han escuchado a sus familias decirles que «nunca serían madres», que «las chicas como ellas no tenían novio» o, incluso, las han mantenido ajenas a los roles propios a otras niñas/adolescentes en cuanto a arreglarse y cuidarse (en cuanto a estética) o la forma de vestir” (2016: 127), en un esfuerzo por mantenerlas como figuras asexuadas y así “protegerlas”.

ello responde, de nuevo, a esquemas más propios de una adolescencia incipiente que de una adultez recién estrenada, como era de hecho el caso. El sentido último de todo este planteamiento era restringir lo máximo posible el margen de acción de Noelia, reduciendo a la mínima expresión sus posibilidades de salir de casa. Su vida se concentró en el espacio doméstico, aquel donde sus padres sentían que podían controlar en mayor medida la situación de su hija.

Aunque este confinamiento en el espacio doméstico es, de acuerdo con lo explicado por Elisa Alegre-Agís (2017), común tanto en hombres como en mujeres que reciben un diagnóstico en su juventud, debemos recordar que el espacio doméstico está cargado de significados de género: de acuerdo con el orden patriarcal, es el ámbito propio de las mujeres, el espacio íntimo donde ellas cargan con mayores responsabilidades. En este sentido, un comentario hecho de pasada por Noelia parece indicar que parte de la estrategia de sus padres pasó por esta responsabilización por las tareas domésticas y el cuidado del hogar. Cuando señala que “en el momento yo no estaba de acuerdo en sus normas y en sus reglas”, aduce como primer motivo para ese desacuerdo el hecho de que “tenía que cuidar mi casa”. Desde luego, a juzgar por cómo me habló de sus rutinas actuales, esta estrategia había sido todo un éxito: ella misma me explicó que, aparte de dibujar, lo otro a lo que le gusta dedicar el tiempo libre es a “estar en casa o en el piso limpiando”¹⁶⁹.

Aún me falta por examinar otro elemento del régimen de control que implantaron los padres de Noelia, a saber, el control de su alimentación. Sobre esto no habla tanto al referirse a aquellos años, pero en cambio sí que tiene un lugar destacado cuando habla de la relación con sus padres en la actualidad. Como he destacado antes, la madre aún tiene como prioridad declarada en su relación con Noelia el asegurarse de que come de forma adecuada y duerme lo suficiente. La propia Noelia se mueve en una clara tensión respecto a esta obsesión de su madre: por una parte dice que lo comprende, que entiende que es por su bien, pero por otra le molesta de una forma que no puede disimular aunque lo intente. Lo curioso es que esta madre y este padre han tenido tanto éxito a la hora de inculcar a su hija que todo es por su bien, que ella misma se posiciona como la agresora ante sus injerencias. Por ejemplo, en un momento me habla de los momentos en que “me pongo quejica, porque claro, yo no me enfado, pero si me tengo que enfadar con alguien, lo hago con mis padres”, como si sus padres fuesen completamente inocentes en esas situaciones; pero el ejemplo que da es el siguiente: “A lo mejor mi madre me dice: «no comas tanto, que te tienes que poner a

169 Durante la entrevista, Noelia seguía refiriéndose a la casa de sus padres como “mi casa” y a su actual domicilio como “el piso”. De hecho, al explicarme que se había mudado, lo primero que destacó del nuevo piso es que se encuentra “a quince o veinte minutos de mi casa andando”. Esta es una expresión más del modo en que su vínculo con su familia de origen, tan marcado por el control, sigue atándola a pesar de haberse emancipado físicamente.

dieta». Pues ya me enfado, pillo un berrinche”¹⁷⁰.

Los comentarios de su madre sobre su peso son francamente paradójicos: por un lado, le subraya con insistencia que quiere que coma para asegurarse de que no enferma; por otro, la regaña cuando come en exceso. La paradoja es aún mayor cuando atribuye a su hija una obsesión con la comida cuando, como hemos visto, es ella la que siempre anda vigilando sus ingestas: “Llego hambrienta a mi casa, digo: «mamá, ¿qué vamos a comer hoy?»; y me contesta: «siempre estás con ‘qué vamos a comer hoy’, siempre estás con la comida»”. El subtexto de estas discusiones es la obsesión que existe en nuestra sociedad con el peso de las mujeres¹⁷¹ (Bordo, 1993), encarnada en este caso en la figura de la madre que recuerda a su hija su responsabilidad de permanecer delgada (Facchini, 2006). La tensión entre este imperativo y la des-sexualización a la que, como vimos, se vio sometida Noelia por parte de sus padres resulta en una nueva paradoja, puesto que la exigencia de permanecer delgadas va de la mano de la exigencia de ser físicamente atractivas.

En el caso de José Carlos, las expectativas familiares también han sido decisivas, pero de un modo muy diferente. En su relato, la incompreensión de su padre para con sus dificultades y particularidades y las comparaciones a las que le sometía con el ejemplo de su hermano han sido determinantes en su trayectoria. Incluso hasta el punto de que ha interiorizado esas expectativas: según me dijo, tenía la sensación de que “me he querido comparar mucho con mi familia”, y que esto le había hecho mal. Él se refería sobre todo a las expectativas laborales: “como que en mi familia son todos funcionarios, todos tienen buenos trabajos y tal, entonces no sé, siempre he querido, en vez de adaptarme a mi condición, de conformarme, pues compararme con ellos”. Ahora considera que, debido a su “condición”, esa comparación es injusta y que debería “conformarse” con aquello a lo que puede aspirar de forma realista. Precisamente por eso, durante nuestra entrevista destacó un aprendizaje que había tenido en los últimos tiempos en SAPAME:

la mejor frase que me han dicho, la que me ha ayudado más en la vida, no me la ha dicho ningún psiquiatra, ni nada: es «no te compares con nadie», que me la dijo Pepe. Esa frase es buenísima, me vino muy bien a mí, por lo menos. «Tú es que te comparas con todo el mundo... ¡pero no te compares con nadie!». Y es verdad. (Entrevista a José Carlos, 25 de mayo de 2021)

Pero esta forma de centrarse, tanto sus familiares como él mismo, en el aspecto laboral y académico de su vida a la hora de configurar sus expectativas y/o su identidad sigue un guion

170 El uso de esta última palabra es una muestra más de su propia interiorización de la posición infantil en la que sus padres la han colocado.

171 Otro subtexto que está operando en este punto es la cuestión de la ganancia de peso y el aumento del apetito como efectos secundarios frecuentes del consumo de neurolépticos (Moncrieff, 2013: 81).

fuertemente masculino. A pesar de las evidentes dificultades relacionales de José Carlos, lo que su padre no podía aceptar era que su hijo no estudiase en la universidad. A su vez, los momentos de crisis personal de José Carlos han coincidido con sus periodos de desempleo. En este sentido, me resultó de lo más llamativo el paralelismo casi explícito que trazaba el propio José Carlos con su padre. A ambos les ocurrió que la pérdida de un empleo que amaban los llevó a entrar en comportamientos autodestructivos y a beber en exceso. La fuerza de este paralelismo estaba de fondo cuando me explicaba que él, hasta cierto punto, empatiza con su padre:

En verdad es que era normal también, porque hasta que no encontró trabajo pasó un tiempo grande. Y claro, si te gusta tu trabajo, estás acostumbrado a viajar y tal y cual, y te encuentras así, pues también... se comprende un poco. No del todo, claro, pero un poco sí se comprende. (Entrevista a José Carlos, 25 de mayo de 2021)

Parece lógico que José Carlos comprenda, si no la violencia, sí la tristeza y las conductas autodestructivas de su padre, dado que él mismo ha vivido esos momentos de “depresión” en torno al desempleo y, en general, al fracaso académico/profesional; lo cual encaja en la descripción que hace Luis Bonino de uno de los “malestares masculinos” más frecuentes, los “trastornos por sentimiento de fracaso viril” (2000: 52-53). Así, a pesar de que su padre fuera un hombre hosco, que nunca lo comprendió y con el que, según me dijo, prácticamente no tenía relación, José Carlos puede establecer un vínculo simbólico con él al percibir ese eco de su historia en su propia vida, y llegar así a entender, al menos en parte, sus defectos.

En cambio, se muestra menos comprensivo con su madre, lo cual me permite enlazar con el tercer aspecto de las tramas familiares de estas tres personas que quiero analizar con perspectiva de género: el reparto de roles que se produjo en cada caso cuando unx de lxs miembros de la familia enfermó, en particular en relación con la reconfiguración de los cuidados. Desde luego, José Carlos se sentía mucho más cercano a su madre que a su padre, y señala cómo ella lo protegió de la tiranía de este. De hecho, lo único bueno que recuerda de su primer psiquiatra es que le aconsejó que “se quedara” con su madre: “por lo menos eso saqué en claro”. Al mismo tiempo, describe su relación como “conflictiva” a causa de la impotencia que sentía su madre para ayudarle en sus fases depresivas: “los periodos que no trabajaba, pues mi madre no sabía cómo ayudarme. O sea, a lo mejor cuando se hartaba mucho, cogía el palo de barrer y decía, «¡levántate de la cama!». Y yo: ¿pa qué me voy a levantar, si no...? No le veía aliciente”.

Lo que me resulta llamativo es que, junto a sus reconocimientos más bien tácitos al cuidado de su madre, conviven en su relato reproches mucho más explícitos. El más importante de ellos es que “no quisiera ver” que las dificultades de José Carlos respondían a una “condición”, que representaban un cuadro clínico susceptible de intervención profesional: “mi madre lo intuía,

porque a lo mejor veníamos del colegio y me decía: «este niño hay que llevarlo al psiquiatra», como si fuera eso... al tren de la bruja o algo de eso, como si fuera algo muy malo. Pero al final no hacía *na*”. Su inacción, parecía querer decirme, le había hecho más difícil la vida al impedirle obtener ayuda. El momento en que más claramente lo expresó fue cuando apuntó que la violencia de su padre había impedido que su madre pudiese “estar tan pendiente de mí” como habría cabido esperar.

En otras palabras: José Carlos daba por hecho el cuidado de su madre, lo consideraba el estado normal de cosas, y solo una circunstancia extraordinaria (la violencia de su padre) podía justificar el hecho de que este cuidado fuera, desde su punto de vista, deficiente. Estas expectativas respecto al cuidado de su madre, cuando se yuxtaponen a su “comprensión” del alcoholismo de su padre a partir de la centralidad del trabajo para su identidad, revelan una profunda naturalización de la división sexual del trabajo por parte de José Carlos. En el trasfondo de sus palabras, están los presupuestos de que lo normal es que una madre cuide a sus hijxs con esmero y que un hombre pierda los papeles cuando pierde un empleo que le gusta. Siendo él un hombre y habiendo pasado por lo que ha pasado, le resulta más fácil comprender las faltas de su padre que las de su madre. Por eso no deja de ser irónico que José Carlos negase con vehemencia que el género influyese en la experiencia de lxs participantes del GAM, como hemos visto antes.

Esta naturalización del deber de cuidar por parte de su madre la hizo explícita al contarme un episodio reciente con su psiquiatra, ocurrido poco después de su muerte. Estaban haciendo un test psicológico en torno a la empatía: su facultativa le planteaba una serie de situaciones ficticias y él tenía que explicar qué pensaba que sentiría uno de los personajes. En una de sus respuestas, José Carlos se acordó de su madre y le explicó a su psiquiatra una virtud que ella tenía: el hecho de que “ayudaba a todo el mundo, y a lo mejor el otro no se lo merecía, pero sabía que era lo que tenía que hacer, y lo hacía”. Puso como ejemplo el cuidado de su madre a su padre cuando este enfermó, a pesar de la violencia a la que él la había sometido. Según explicaba, su psiquiatra se enfadó entonces con él, lo cual dejó a José Carlos entre perplejo e indignado: “digo, ¿por qué...? Tú puedes ser muy inteligente de una carrera, pero yo puedo pensar de forma diferente a ti”. No sabemos a ciencia cierta a qué se debió el enfado de la psiquiatra, aunque parece plausible que tuviera que ver con esta forma de afirmar que era una obligación de su madre cuidar de su exmarido, aunque fuera víctima de su violencia. José Carlos, en cualquier caso, se sintió ofendido por su respuesta, al menos en parte debido a esos complejos académicos tan presentes en su historia.

Aun así, el propio José Carlos parecía darse cuenta en ciertos momentos de hasta qué punto su naturalización del cuidado de su madre era injusta. En el taller sobre masculinidad y salud mental

en el que participó¹⁷², estábamos hablando de las formas en que podíamos cuidar mejor a las personas a nuestro alrededor, para ser mejores hombres. Nos quisimos marcar objetivos de cuidados para cumplir a lo largo del mes, antes del siguiente taller. En su caso, planteó que quería dejar de “tratar su casa como una pensión y dedicar más tiempo a hablar con su madre; por ejemplo: desayunar en casa con ella, en vez de levantarse de la cama e irse” (diario de campo, 12 de diciembre de 2019). Pero ni en ese momento llegó a reconocer el grado de dependencia que, a juzgar por lo que cuenta, tenía realmente hacia su madre. Al fin y al cabo, si no hubiera sido por los cuidados de su madre, ¿qué habría sido de él durante los periodos depresivos en que apenas salía de la cama?

Su relato de otro de sus encontronazos con su actual psiquiatra revela precisamente esa disonancia. En el transcurso de otra consulta posterior a la muerte de su madre, su psiquiatra le señaló que había engordado mucho y le preguntó qué pensaba hacer al respecto. “Le digo, «voy a intentar»... y me salta: «¡es que ya no tienes madre, que ya nadie te va a decir lo que tienes que hacer!»”. Como es lógico, esto le sentó muy mal: “señora, todos los días que me levanto me doy cuenta de que no tengo madre. Porque yo vivía con mi madre; ahora todos los días, todos los días me doy cuenta de que no tengo madre, no hace falta que me lo diga”. Desde luego, no parece que su psiquiatra tenga mucho tacto; pero la contundencia de esta profesional parece estar relacionada con la constatación de que José Carlos no solo no podía vivir sin su madre, sino que además no parecía capaz de admitir esta dependencia y reaccionar, una vez que ya no existía ese apoyo.

De hecho, tras la muerte de su madre, se había producido un nuevo cambio en la configuración familiar de José Carlos. Por una parte está su hermano mayor, con quien su vínculo ha sido en general menos estrecho. Él vive en Almería y ha estado alejado de la dinámica familiar, aunque desde la muerte de su madre José Carlos considera que “sí hace piña”: le llama con cierta frecuencia y viene a Granada una vez al mes. Además, él fue quien se hizo cargo de la gestión de la herencia y propuso que José Carlos se quedara a vivir en la casa familiar. A su hermana menor, en cambio, sí que la ve prácticamente todos los días: salvo cuando él está trabajando, ella y su hija van siempre a comer y cenar al piso donde José Carlos vive solo. Él cocina para los tres, y su hermana y él comparten la responsabilidad por el cuidado de la niña¹⁷³. Esto muestra una configuración de

172 Este taller tuvo lugar con anterioridad a la muerte de su madre. De hecho, en aquel momento, apenas conocía a José Carlos y no sabía nada de sus relaciones familiares. Dicho sea de paso: no pudo quedarse hasta el final del taller porque tuvo que irse a trabajar.

173 Este es sin duda uno de los aspectos de la vida de José Carlos que más lo satisfacen. Siente un cariño especial por su sobrina, que claramente lo llena de orgullo: en el taller de masculinidades en el que participó, habló de la ternura que sentía cuando ella lo abrazaba y le decía “guapo”. Después de la entrevista, mientras tomábamos un café, comentamos lo bonito que es ser tíos y ver crecer a las criaturas. Al mismo tiempo, me confesó con una sonrisa

cuidados más compleja y en la que José Carlos asume más responsabilidades; pero sigue estando basada en una mayor implicación por parte de su hermana que de su hermano a la hora de apoyarle.

En el caso de Noelia, el reparto de los roles era más sutil, pero igualmente marcado. Esto se hace evidente, por ejemplo, si recordamos la anécdota que Noelia contaba en relación con la comida. Cuando le pregunta a su madre qué van a comer ese día, la respuesta de esta es, en primer lugar, atribuir una obsesión con la comida a su hija; pero, en segundo lugar, exclama, exasperada: “No sé lo que voy a hacer de comer, no lo sé”. Noelia me dijo que había aprendido a dejar de hacer esa pregunta, “porque es una tortura para ella que yo le pregunte «mamá, ¿qué vamos a comer hoy?»», porque es que no sabe lo que vamos a comer”. Parece ser que la tarea de hacer la comida recae sin discusión en la madre, y esto unido al hecho de que, al preguntarle sobre su relación con sus padres, Noelia solo me había hablado de su madre, me llevó a preguntarle qué ocurría con su padre. ¿Es que no tenían una buena relación? ¿Estaban distanciados?

“Al revés, es que mi padre no me regaña”, me dijo entre risas. Pasó entonces a describir una relación casi ideal que contrastaba con las tensiones que había narrado en su vínculo con su madre: “Mi padre entiende todo, me dice a todo que sí, dice «no te preocupes», dice «ya está bien, no te preocupes»”. A continuación, Noelia comparó los estilos de ambos al relacionarse con ella, de tal manera que ella misma tuvo que corregirse cuando pareció estar diciendo que su madre no la cuida:

Mi padre siempre ha tenido... no sé, me ha cuidado más. O bueno, mi madre también me cuida, pero mi madre es más «regañadiza», muchas más regañinas, y mi padre pues lo deja al lado de mi madre. Mi padre sabe que mi madre me pone firme, y mi padre es lo contrario: como sabe que mi madre lo arregla, pues él me mimas. (Entrevista a Noelia, 1 de junio de 2021)

Según dice, esto responde a la especial predilección de su padre por ella, en contraste con sus hermanos; una relación del tipo “niña de sus ojos”.

Pero en el contexto de la reconfiguración familiar que supuso la “enfermedad” de Noelia, lo que esto parece indicar es que la encargada de imponer el cumplimiento de las normas que se implantaron, incluyendo lo relacionado con la comida y el sueño, como hemos visto, era la madre. El padre, en cambio, adoptaba un rol de mediador, que le permitía mantener el cariño de su hija predilecta, siendo su mujer quien llevaba la carga de la vigilancia directa y además sufría las consecuencias en forma de enfados de su hija. O eso pensaba yo: le pregunté si su padre ejercía, entonces, el rol de “poli bueno”, y su respuesta fue: “De poli bueno... y de poli malo”. Con esto, Noelia sugería que ese rol más discreto, de menor intervención, por parte de su padre en el régimen

irónica que se alegra de no ser padre, porque “es un trabajo altamente cualificado”.

de control de sus rutinas era solo el estado normal de cosas. Parecería que, en algunos casos (¿quizás si Noelia se excedía en su rebeldía?), su padre adoptaba una actitud más autoritaria, propia de un “poli malo”, para devolver las cosas a su cauce.

En cualquier caso, Noelia afirmaba que se sentía “muy atada a mi madre y muy atada a mi padre”. El contraste con la relación con sus hermanos, que como hemos visto es tremendamente distante, hasta el punto de que no sabe nada de su día a día, ni siquiera si ellos tienen relación entre sí o no, es significativo. Es cierto que ya antes de su brote no se hacían confidencias ni salían juntxs y que sus círculos de amistades eran diferentes. Pero a pesar de ello da la impresión de que el impacto que tuvo su diagnóstico fue decisivo. No solo por el estigma que marcó la percepción que ellos tenían de ella a partir de entonces, sino porque el cambio de orden familiar que se produjo para instituir un sistema de control sobre Noelia necesariamente tuvo que afectar a sus hermanos. Por más que ya no vivieran en el domicilio familiar, mantenían el contacto con sus padres¹⁷⁴ y por tanto tenían algún tipo de contacto con el nuevo orden de cosas. Sin embargo, parece que ellos desaparecieron de la vida de Noelia a partir de ese momento.

Así pues, la pregunta que me hago es: ¿qué habría pasado si Noelia hubiese tenido hermanas en vez de hermanos? ¿O si el sufrimiento mental lo hubiese padecido uno de sus hermanos? ¿Habría desaparecido Noelia de su vida? ¿Se habría desentendido de su malestar, dejando que sus padres lidiasen solxs con la nueva situación? En este nuevo arreglo del sistema de cuidados familiar, la posibilidad de lavarse las manos respecto a la responsabilidad de cuidar estuvo claramente ligada al género, al hecho de que los hermanos de Noelia eran hombres ya emancipados de quienes ni su padre ni su madre esperaban que sacrificaran sus vidas para ayudarles con su hermana enferma. Me parece improbable que Noelia hubiese podido tomar esa misma decisión en caso de que el enfermo hubiese sido uno de sus hermanos. Es cierto que ahora, con la enfermedad de la madre, ellos se han implicado en su cuidado; pero esto demuestra precisamente que su no implicación en el caso de la enfermedad de Noelia no significó un distanciamiento respecto a la familia, sino una disculpa de ese tipo de responsabilidades por tratarse de una hermana y no de unx de sus progenitores. Probablemente, esa disculpa no habría sido extensiva a Noelia en una situación análoga.

Algo similar parece intuirse en el caso de María y su hermano. Es más, en este caso ni siquiera puede alegarse que el hecho de que el hermano estuviera independizado tenga algo que ver, puesto que María, su madre y su hermano seguían conviviendo en el hogar familiar en el momento de la entrevista. Y sin embargo, tal como ella misma expresó, su hermano “tenía su vida”, mientras que ella “siempre está con su madre”. La aparente codependencia que existe entre María y su madre

174 Según Noelia, ambos hermanos tienen un vínculo muy estrecho con su madre, mientras que con el padre uno de ellos tiene menos relación.

parece haberse desarrollado a raíz de la obligación de ambas de cuidarse la una a la otra, lo cual es coherente con la construcción de estructuras subjetivas más relacionales de las mujeres debido al desarrollo de relaciones fusionales en estos vínculos madre-hija (Gilligan, 1982/1993: 8-9). Su hermano, en cambio, libre de este tipo de ataduras, ha desarrollado un proyecto independiente. Después de pasar por el hecho traumático de la violencia machista del padre, el resultado ha sido que las dos mujeres de la familia han enfermado y desarrollado un vínculo estrecho y tóxico, mientras que el hombre, “más fuerte”, no ha llegado a enfermar y mantiene su autonomía (aunque es imposible saber, a partir de la entrevista con su hermana, qué esconde esa apariencia más sana).

Con esto, concluyo el examen de las consecuencias de la emergencia de un malestar psíquico en una familia cuando quien enferma es una persona joven y dependiente de sus padres. Aparte del papel que tienen las violencias machistas en la aparición de estos malestares, lo que nos han mostrado los casos examinados es que tanto las expectativas hacia la persona que enferma como los papeles que juega cada miembro de la familia en la reorganización familiar tras el diagnóstico están condicionados en buena medida por las normas y los estereotipos de género. Ahora bien, ¿qué sucede cuando la persona que enferma no es tan joven, cuando no es dependiente, sino que por el contrario hay personas que dependen de ella? Eso es lo que paso a examinar a continuación.

Padres y madres que enferman: convertirse en hijo, convertirse en madre soltera

Los relatos de personas cuyos malestares se desarrollaron siendo ya mayores y teniendo sus propias familias de procreación los he comenzado a comentar al inicio de este capítulo: me estoy refiriendo a Miguel y a Susana. Si hablamos primero de Miguel, hay que recordar que, en su proceso de deterioro progresivo, había llegado a no salir de su casa y ser “un cero a la izquierda”, según su propia expresión. Ante esta situación, su familia no sabía qué hacer. Sus hijxs, ya adolescentes a esas alturas, se habían alejado de él progresivamente. Finalmente, su mujer “pilló la puerta y se fue, ella decía que con objeto de que yo me recuperara, pero que se tenía que poner ella primera”. Miguel admitía que aquella decisión de su mujer no fue sorprendente. Confesó que, en parte, él mismo se había dejado llevar por la enfermedad, y entendía por tanto el divorcio y el hecho de haberse perdido “muchas cosas de mis hijos” como consecuencias de su forma de afrontar la situación: “A veces estamos enfermos y otras veces nos hacemos los enfermos. Porque claro, es grato que te hagan, es grato que te mimen... pero claro, a lo largo del tiempo la gente se cansa. Te cansas tú de ti mismo, pues *contri* más los demás”.

Como expliqué anteriormente, en aquel momento de desesperación fueron sus hermanas, que siguieron apoyándolo en todo momento, quienes dieron con SAPAME y le propusieron que fuera. Él ya había acudido a otra asociación previamente, en la peor época de su malestar, pero no

había funcionado: “no es que fuera ni mejor ni peor, pero que no cuadró en ese momento”. Él atribuye esta falta de éxito al hecho de que entonces estaba en un punto de demasiado aislamiento: “no quería conocer a nadie, no quería ver a nadie, no quería salir”. En esas circunstancias, se le hizo imposible crear el hábito de ir a la sede de la asociación. Con SAPAME, en cambio, sí que funcionó: quizás, me dice, porque la sede estaba muy cerca de su casa; o quizás porque “no me quedaba otra: si quería comprar tabaco tenía que ir yo, si tenía que comprar patatas tenía que ir yo”. Al haberse quedado solo, únicamente le quedaban dos opciones: hundirse del todo o salir a flote por sus propios medios, “y a mí me sirvió para salir”. De lo contrario, me dice, “seguramente habría hecho una barbaridad”.

Por su parte, Susana llevaba años trabajando en una empresa pública y había tenido ya a sus dos hijos cuando empezó a desarrollarse su malestar. Como señalé al inicio de este capítulo, en la actualidad ella atribuye este desarrollo a dos problemas relacionados con su trabajo. En primer lugar, un grave y prolongado conflicto laboral entre lxs empleadxs y la empresa. En segundo lugar, el acoso por razón de género al que fue sometida: comentarios lascivos de su jefe, exclusiones sutiles de parte de sus compañeros (todos ellos hombres), penalizaciones injustificadas que solo se le aplicaron a ella... Incluso aprovecharon su baja por maternidad para perjudicarla cuando renovaron la oficina: la ubicaron en el peor rincón y la dejaron con el peor escritorio, la peor silla y el peor ordenador. El escritorio, además, era de cristal y estaba orientado de tal manera que sus compañeros podían verla desde cualquier parte, por lo que “no podía estar con las piernas tranquilas porque es que se me veía el carnet de identidad desde la otra punta”. Es decir, la distribución estaba pensada para exponerla y que ella no pudiese estar cómoda, precisamente por su condición de mujer.

La combinación de ambas situaciones fue aumentando la presión psicológica sobre Susana, que pese a todo siguió peleando contra estas circunstancias injustas. Irónicamente, fue al concluir el caso judicial por el que se resolvió el conflicto entre empleadxs y empresa, dando la razón a lxs empleadxs, cuando el malestar terminó de desatarse (“eso de muerto el perro se acabó la rabia... ¡y un mojón!”). Algo en su mente “hizo clic” y entró en una grave crisis que se prolongó cinco años. Insiste en que estuvo “muy mal, muy mal... estoy, como yo digo, viva de milagro. Una soledad enorme, una vergüenza enorme, un sentimiento de culpa enorme... y mal acompañada, no porque quisieran mal acompañarme, sino por la ignorancia que hay acerca de todo esto”, dice, en referencia a su entonces marido.

Y es que él creía con aún más fervor que ella en el relato biologicista acerca del origen de su malestar. Sin embargo, a ella el tratamiento farmacológico no la ayudó, sino que empeoró su situación. Además, sus diagnósticos empezaron a cambiar y a acumularse: “a mí me hicieron, no un

diagnóstico: me pusieron todas las etiquetas. Porque no les cabían más, vamos. Todas las etiquetas allí, todas unas detrás de otras”. Estas inconsistencias hicieron que el relato biologicista empezara a perder su poder de convicción. Desencantada y cada vez más angustiada ante esta situación, Susana decidió tomar la iniciativa y comenzó a reducir su medicación por su cuenta. Al principio lo hizo de forma demasiado drástica; el problema con esta estrategia era que

me producía un efecto rebote, entonces eso le servía a mi familia y a los profesionales para decir: «¿no ves? Te hacen falta las pastillas». Entonces dije bueno, pues lo que voy a hacer es írmelo quitando poco a poco y no le voy a decir nada a nadie. (Entrevista a Susana, 1 de julio de 2022)

Finalmente, confesó esta estrategia a sus profesionales, que acogieron bien la noticia. En cambio, su relación con su marido se deterioró hasta llegar al divorcio.

Sin embargo, y a pesar de lo grave de su malestar, fue ella quien quedó al cargo de los hijos que tenían en común. Esta situación, de hecho, se alarga aún hasta la actualidad, más de veinte años después del inicio de sus problemas. Ella está mayormente recuperada de sus problemas de salud mental, pero sin embargo se quejaba amargamente de la situación con su hijo menor, que seguía conviviendo con ella a los 27 años. Seguir teniendo a su hijo en casa a estas alturas generaba toda una serie de conflictos (“¿y mi intimidad para cuándo?”; “ya se creen adultos, pero luego para lo que es el mantenimiento quieren seguir siendo niños”; “son unos tiranos”) de los cuales podía ser difícil hablar, por esa doble sensación de culpa: la que sientes por hablar mal de tu hijo y la que te corresponde por “no haberlo criado bien”.

Las mujeres ya podemos hablar de los hombres, de los maridos, de las parejas. Pero hay una cosa que todavía las mujeres no podemos hablar, y es de los hijos: nosotras no podemos hablar mal de los hijos, Dios nos libre. No puedo hablar mal de los hijos porque claro, parece que yo soy la culpable. Los hombres no, ellos están fuera de toda culpa porque como no participan, ellos están fuera. Pero las madres no podemos hablar de nuestros hijos, de los problemas que tenemos con nuestros hijos, de lo que significa tener a un tío, cuando tú te divorcias, y tener un hijo adolescente. (Entrevista a Susana, 1 de julio de 2022)

Así pues, la disparidad entre el caso de Susana y el de Miguel no podía ser más pronunciada. Este último reconoce que su malestar llegó a agravarse, en parte, por su renuncia a ocuparse de su propia supervivencia o del cuidado de sus hijxs. Su mujer había tenido que hacerse cargo de él, puesto que durante años apenas salió de casa ni asumió ningún tipo de tarea. En cierto modo, él se había convertido en un hijo más de la familia, dejándose “mimar”, mientras su mujer se encargaba de todas sus necesidades. Esto incluso era extensivo a su propio tratamiento. Miguel me contó esto

de manera indirecta, señalando que era algo que les ocurría a las personas con malestares psíquicos en general: “como nos cuesta trabajo hablar de nosotros, muchas veces es tu pareja quien habla un poco más que tú, de «le pasa esto, le pasa lo otro»”. No obstante, esta descripción parecía tener claros tintes autobiográficos, dado lo que contó acerca de su relación con su mujer y el progresivo hartazgo de esta¹⁷⁵.

Cuando la situación llegó al punto de ruptura, su mujer se fue de casa, dejando a Miguel solo, con la intención de obligarlo a que se recuperara. Él mismo señala que la estrategia fue exitosa, puesto que, al verse entre la espada y la pared, reaccionó y empezó a salir de su estupor. Pero hay que decir que el recurso esencial que empleó para ello, que fue asistir a SAPAME, se lo procuraron sus hermanas. De no haber encontrado esa “válvula de escape”, insinuó que posiblemente se habría suicidado. Esta dependencia extrema hacia las mujeres de su entorno para sobrevivir es una encarnación clara de esa “individualidad dependiente” de la que nos hablaba Almudena Hernando (2018): la configuración identitaria tradicionalmente masculina que únicamente pone en valor los conocimientos técnicos y niega la importancia de lo relacional y lo emocional, depositando el cuidado de esta dimensión de la existencia en las mujeres, a quienes al mismo tiempo niega el valor de dicho trabajo. Eso sí, Miguel al menos era capaz de reconocer esta dinámica y señalar con sinceridad la importancia que habían tenido esos cuidados recibidos para mantenerlo con vida, hasta el punto de que la pérdida de quien hasta ese momento había cubierto sus necesidades suponía para él que la existencia perdiese sentido.

En el caso de Susana, en cambio, fue su marido quien, ante el malestar de ella y los cuestionamientos que empezó a hacer al relato oficial sobre el mismo, decidió divorciarse. A pesar de ser ella quien estaba enferma, quedó al cargo de los hijos que tenían en común. Es decir, si Miguel se había convertido en otro hijo para su mujer, Susana pasó a ser madre soltera, pero además teniendo que lidiar con su propio malestar. Así pues, tanto si observamos cómo se aborda la responsabilidad por el cuidado de la persona que enferma, como si nos fijamos en el reparto de la responsabilidad por el cuidado de lxs hijxs, como si nos fijamos en las razones y en los tiempos de

175 Esta dinámica encaja perfectamente en la descripción que hace Luis Bonino (2000: 58-63) de la depresión masculina. El hombre no reconoce su propio malestar, ya que este entra en conflicto con los mandatos masculinos de autocontrol, autosuficiencia y fortaleza. En su lugar, cae en una espiral de silencio e irritabilidad: “El silencio – en especial el silencio sobre sí – cobra un especial relieve en el varón deprimido. Es un silencio que se defiende, y si se lo pretende romper pidiendo información o conexión provoca enojo. Encerrarse en sí mismo, no contestar, contestar con monosílabos, no preguntar, no escuchar, son algunas de sus variantes” (Bonino, 2000: 61). Ante esta situación, es frecuente que su pareja mujer, si la tiene, se haga cargo de la vida emocional de él y se responsabilice por mantener la armonía. No suele haber un reconocimiento del desequilibrio entre las partes y del ejercicio de poder por parte del varón en toda esta dinámica.

los divorcios, podemos ver una disparidad que claramente sigue patrones condicionados por las relaciones de género hegemónicas.

En este capítulo, he examinado las trayectorias que siguen las personas que participan en GAMs antes de llegar a conocerlos. He subrayado que la principal nota que caracteriza la vida de quienes llegan a apoyo mutuo suele ser un fuerte aislamiento, condicionado en diversa medida en cada caso por la propia naturaleza del malestar, el estigma asociado al sufrimiento psíquico y los sentimientos de vergüenza y culpa que este genera, los efectos de la medicación, el círculo vicioso de la apatía y las tramas familiares. He señalado que las vías por las que se llega a los GAMs en sí son muy diversas: desde quien encuentra la información por internet a quienes son enviados por sus familiares, desde las derivaciones desde otras asociaciones (en particular las relacionadas con adicciones, sobre todo en el caso de los hombres) a las recomendaciones por parte de profesionales. En cualquier caso, no existe un protocolo claro y seguido ampliamente por el que se recomiende acudir a las asociaciones en primera persona o al apoyo mutuo desde los servicios de atención en salud mental.

Por último, he analizado las distintas formas en que las tramas familiares de estas personas están atravesadas por relaciones de poder, particularmente en lo relativo al género, lo cual condiciona tanto sus experiencias personales como las formas en que los sistemas familiares reaccionan a la aparición de sus malestares. He señalado que existe una diferencia importante entre los casos en que el malestar aparece en la adolescencia y juventud, cuando la persona aún depende de sus padres y vive en el hogar familiar, y aquellos en los que el malestar se desarrolla cuando la persona ya tiene su propia familia de procreación. En el primer caso, he apuntado la emergencia de la violencia de género como un factor detonante de los malestares en los relatos de dos de mis entrevistadxs; he observado cómo las expectativas que lxs familiares de mis entrevistadxs tenían respecto a ellxs (y sus expectativas propias) estaban condicionadas por los estereotipos de género; y he analizado la influencia del género en la distribución de los roles en torno al cuidado de las personas “enfermas”. En el segundo caso, he observado cómo la aparición del malestar se acogió de manera diferente en el caso en que enfermó un hombre (que pasó a ser desvalido, ocupando el rol de un hijo más) y en el caso en que enfermó una mujer (cuyo marido se divorció, obligándola a lidiar a la vez con sus hijxs y con su malestar).

Ahora bien, una vez que llegan a los GAMs, ¿qué es lo que sucede con estas personas? ¿Qué efectos tiene la participación en el mundo asociativo y en el apoyo mutuo sobre individuos que vienen de tal situación de aislamiento? ¿Qué significados le dan a esta práctica? Y ¿de qué maneras condiciona el género todas estas cuestiones? Esto es lo que me propongo responder en el próximo capítulo.

4.2. El significado del apoyo mutuo: los GAMs como espacio de desestigmatización, agencia y conflicto

A lo largo del desarrollo de esta tesis, comprender la práctica del apoyo mutuo se ha ido configurando como mi objetivo central. Dada mi metodología etnográfica, esta comprensión precisa del estudio del apoyo mutuo en tanto que práctica cultural; es decir, del análisis de los significados implicados en el desarrollo del apoyo mutuo por parte de quienes lo llevan a cabo. ¿Qué supone para las personas a las que entrevisté su participación en un GAM? ¿De qué modos se diferencia esta de otras prácticas dirigidas a aliviar sus malestares, como los tratamientos psi? ¿Cómo se relaciona todo ello con el contexto vital de estas personas, con esas trayectorias previas a su llegada a los GAMs que exploramos en el capítulo anterior? ¿Qué cosas pueden hacer que a alguien (no) le funcione apoyo mutuo? Y, dado mi enfoque, me pregunto, además, ¿de qué maneras influye el género en estos significados que le atribuyen al apoyo mutuo? En este capítulo, me propongo contestar a estas preguntas.

Para ello, primero abordaré una caracterización general de lo que significa el apoyo mutuo para mis entrevistadxs. Iré profundizando en cada uno de los aspectos de esta caracterización utilizando para ello los distintos relatos que me fueron compartiendo, intentando crear un retablo a partir de lo que tienen en común. Posteriormente, profundizaré en las diferencias y particularidades de algunos de esos relatos, para tratar de entender las formas en que cada persona, en función de su historia y sus experiencias, llena de contenidos sutilmente diferentes su propia descripción del apoyo mutuo. También compararé las experiencias de varixs de mis entrevistadxs entre sí, para profundizar en la comprensión de sus perspectivas viendo lo que las diferencia y lo que las asemeja. Será en esta parte del capítulo donde trataré de mostrar cómo estas visiones particulares sobre la importancia del apoyo mutuo están atravesadas por condicionantes estrechamente relacionados con las relaciones de género, los estereotipos y los efectos que todo ello tiene en la configuración subjetiva de quienes participan en los GAMs.

La llegada al apoyo mutuo: identificación, desestigmatización, resocialización

La característica más importante que destacaron mis entrevistadxs a la hora de explicar la importancia que tenían los GAMs para ellxs era que se trataba de un espacio de encuentro con otras personas con las que compartían dificultades y a las que, por tanto, reconocían como sus iguales. María me dijo que eso fue precisamente lo que la enganchó al grupo cuando comenzó a participar: “la confianza que hay entre compañeros, y entre iguales. Y además que lo que digamos, de ahí no sale. Ahí me siento segura: que me puedo abrir, que puedo contar todo lo que me pasa, sin que

nadie... con confianza”. Ahora bien, dentro de esta explicación hay dos cuestiones que creo que merecen una clarificación: ¿desde qué punto de vista se consideran “iguales” lxs participantes? Y ¿por qué es tan importante la cuestión de la “confianza”, sobre la cual María incide en varias ocasiones?

Sobre la primera cuestión, la propia María me aclaró que esa sensación de igualdad no estaba relacionada con el diagnóstico en sí. En su GAM, cada persona tiene un diagnóstico diferente, pero a pesar de ello, habían comprobado que eso no impedía la comprensión mutua: “Eso es curioso. Tenemos distinta enfermedad y todos, pues, nos entendemos: la forma de vivir, la forma de pensar, los síntomas los tenemos... nos entendemos por eso, por los síntomas y por vivencias parecidas, ¿sabes? De la familia, del pasado”. Así pues, lo que iguala a lxs participantes en un GAM, según María, es el hecho de compartir unos “síntomas”¹⁷⁶, es decir, unas experiencias psíquicas problemáticas que emergen en determinados momentos y/o que acompañan a las personas de manera más o menos constante; y unas “vivencias”, es decir, una trayectoria vital marcada por la respuesta social (profesional, familiar, comunitaria) a esos “síntomas” (justo lo que examinamos en el capítulo anterior).

La importancia que tiene esta identificación entre lxs participantes no debe pasarse por alto. Recordemos el nivel de aislamiento al que habían llegado estas personas antes de conocer los GAMs: años sin salir de casa, sentimientos de vergüenza y culpa condicionados por el estigma, apatía y dificultades para relacionarse... Todo ello está relacionado con un malestar que, a menudo, parece incommunicable y único: en ese momento, la persona percibe sus experiencias como algo que la diferencia y separa del resto de la humanidad. Por eso, es muy poderoso encontrar a otras personas que están pasando por experiencias análogas: “te das cuenta de que hay gente que le pasa lo mismo que tú, gente que tiene las mismas dificultades”, me decía Susana. Esta identificación facilita la comprensión mutua. Al sentir que el resto de integrantes del grupo han vivido las mismas experiencias, quien habla puede dar por sobreentendidas cosas que, en otro tipo de interacciones, supondrían un problema, porque piensa que no van a ser comprendidas por las personas “normales” que no las han vivido. Se rompe así el silencio que crea el estigma, posibilitando que las personas compartan cosas que, a menudo, nunca se han atrevido a decir. Esto les permite relativizar su situación y quitarle hierro a sus experiencias dolorosas; por eso, para Miguel, como facilitador de un GAM, una prioridad es conseguir que sus compañerxs “no se guarden” las emociones o

176 María emplea un término que, en general, se intenta evitar por su origen en los saberes psi, pero apela a aspectos no patológicos para intentar aclarar a lo que se refiere (“la forma de vivir, la forma de pensar”). Se da aquí un interesante híbrido entre saber experto y saber profano que refleja la complejidad y pluralidad de fuentes desde las cuales se genera discurso y conocimiento sobre el apoyo mutuo desde el movimiento en primera persona.

experiencias dolorosas: “si te lo guardas, pues ahí lo tienes, y si lo dices, pues ves que no ha sido nada del otro mundo, es algo que nos ha pasado a muchos”.

Esto conecta con la segunda cuestión que planteaba antes: para que lxs participantes se abran realmente y compartan estas experiencias, es necesario que superen sus suspicacias. Esto solo es posible cuando se tiene el convencimiento de que el GAM es un espacio de confidencialidad, donde lo que se comparte no se va a divulgar. Los manuales apuntan a esta como una de las normas más básicas de cualquier GAM (Sampietro y Sicilia Matas, 2019: 23), y de hecho las personas a las que entrevisté confirmaron su importancia capital. Ya hemos visto cómo María destacaba que “lo que digamos, de ahí no sale”. Susana usaba palabras similares para expresar uno de los requisitos que, para ella, todo GAM debía cumplir para funcionar correctamente: quien participe tiene que sentir que es “un espacio de seguridad, estar segura de que lo que tú vas a hablar no va a salir fuera, que estás segura en ese espacio”. En efecto, Alicia cifraba la importancia del apoyo mutuo para ella en que “era algo confidencial” y, por lo tanto, “era algo en lo que depositaba mucho”.

Así pues, gracias a la identificación con lxs compañerxs y a la creación de un clima de confianza y confidencialidad, quienes participan en los GAMs pueden compartir en él emociones y experiencias que a menudo no verbalizan en un ambiente de cercanía y camaradería. Esa sensación de compañerismo que se genera sienta las bases para el funcionamiento continuado del grupo, en el cual, como vimos en el capítulo teórico sobre el apoyo mutuo, la clave es el intercambio *recíproco* de apoyo. Varixs de mis entrevistadxs destacaron justamente esta característica de los GAMs. Lo que lxs hacía sentir bien era que el apoyo que se prestaban no fuera unidireccional: a María, por ejemplo, lo que la llena es “que sea recíproco, que sea mutuo, que si tú tienes un problema y se lo cuentas, que tú se lo devuelvas también”. Esto es así incluso cuando prestar ese apoyo tiene una contrapartida negativa. Noelia hablaba de cómo la empatía que debe desplegar para ayudar a lx compañerx a ella la hace sentir “muy mal”, puesto que implica ponerse en el lugar de alguien que “tiene un problema”, pero no obstante reivindicaba la importancia de hacerlo porque de ese modo “me siento feliz, digo «mira, esta persona parecía que no y la puedo ayudar»: me siento feliz”.

Precisamente la clave de todo esto es que, al construirse un vínculo cuyo sentido es el intercambio recíproco de apoyo entre todxs lxs miembros del grupo, se hace difícil diferenciar entre el acto de dar y el de recibir. Miguel lo ilustra muy bien: según dice, uno de los motivos por los que sigue ejerciendo como facilitador de su GAM es que “a mí apoyo me da más... o sea, recibo más que doy”. Sin embargo, en su caso, esto no significa que acuda sobre todo para hablar de lo que le preocupa: a lo que se refiere es a que se siente apoyado *en el acto de escuchar* a lxs demás. Tanto las experiencias de quienes deciden compartir sus dificultades como los diversos puntos de vista que expresan el resto de las personas del grupo resultan para él enriquecedoras y le permiten tener

un aprendizaje constante. Es esto, el propio flujo de experiencias, saberes y atención que se produce y que él se encarga de moderar, lo que le satisface, le produce bienestar y le engancha de apoyo mutuo.

Hay otro aspecto de ese intercambio recíproco que tiene importancia para algunxs de mis entrevistadxs. Noelia fue quien más claramente lo señaló: para ella, el GAM era especialmente importante porque permitía crear un acervo común de conocimientos prácticos acerca de cómo lidiar con los malestares psíquicos. En sus propias palabras:

tiene mucha utilidad, porque cuando a alguien le pasa algo que me ha pasado a mí, puedo ayudar más, y él me ayuda a mí, nos ayudamos mutuamente. Porque si él tiene unos recursos que utiliza y yo le doy consejos de mis propios recursos, al final tenemos más técnicas para superar un brote. O un problema, es decir: si a mí no se me va un problema de la cabeza porque no me funciona bien la solución que le quiero dar, y a la otra persona le funciona bien otra solución, pues yo puedo hablar con él. Ayudamos y recibimos. (Entrevista a Noelia, 1 de junio de 2021)

Es decir, que el GAM opera para ella como un reservorio grupal de conocimientos acerca de cómo enfrentar los “problemas”. En este sentido, para Noelia, la potencia de la participación en un espacio en primera persona tiene que ver con la revalorización de lo que sabe, de lo que todxs ellxs saben, por haber tenido la experiencia del sufrimiento psíquico, puesto que de hecho es lo que les permite prestarse apoyo. Como se puede ver en sus palabras, la construcción de ese conjunto de estrategias, “recursos” y “soluciones” es, necesariamente, un proceso colectivo, que depende del ejercicio de la reciprocidad en el apoyo, de la puesta en común de las experiencias de cada cual. Este aprendizaje mutuo es posible incluso cuando unx no ha pasado personalmente por la experiencia de quien en ese momento esté compartiendo sus dificultades. Noelia afirma en ese sentido que “la empatía hace mucho”, ya que incluso cuando no ha vivido directamente la situación que la otra persona está experimentando, el acto de ponerse en su lugar puede llevar a que “encuentre una solución que ella no ha encontrado, quizás”.

En cualquier caso, la socialización de sus experiencias entre iguales les habilita para convertir dicha *experiencia personal* en un *conocimiento colectivo* útil y práctico para vivir mejor a pesar de los “problemas”. Es interesante ver el tipo de actitudes que destaca Noelia al comparar la labor de las personas con experiencia con la de lxs profesionales que imparten talleres en las asociaciones: “tenemos más sensibilidad a la hora de enseñar, enseñamos de otro modo. No es tan académico, ni tan reglado, tantas reglas o tanto «esto es así y no lo puedes cambiar». Nosotros somos como más flexibles”. Esta flexibilidad y capacidad de adaptación a las circunstancias, a las necesidades particulares de cada cual, son cualidades del saber en primera persona que se destacan

repetidamente desde el movimiento, como he podido comprobar en varios actos y charlas en los que han participado activistas del mismo. Estas características reflejan las propiedades del “conocimiento experiencial” que, según lo definió Thomasina Borkman en contraste con el conocimiento profesional, es fundamentalmente pragmático, orientado a la acción y holístico, es decir, centrado en la experiencia completa de la persona (1976: 449).

La sensación de confianza por estar “entre iguales” también es importante porque contrasta con lo que sienten mis entrevistadxs cuando hablan con profesionales. La cuestión obvia es que la construcción del GAM como un espacio de igualdad permite a quienes participan sentir una cercanía y una tranquilidad que no han experimentado, por lo general, con lxs profesionales que lxs han atendido. Al explicar este contraste, José Carlos apela a un término interesante: “yo me siento mejor en el apoyo mutuo, porque como son personas que también tienen sus problemas, me siento como con más familiaridad”. Esta sensación de “familiaridad” me resultó llamativa en el caso de José Carlos, quien tiende a sentirse “fuera de lugar” en casi cualquier ambiente; exploraremos en más detalle la relación entre esa sensación de familiaridad en apoyo mutuo y sus experiencias de “no encajar” más adelante. Por su parte, cuando le pedí que comparase la experiencia de hablar con unx psiquiatra y la experiencia de ir a un GAM, Noelia señaló que la diferencia más básica es que “tienes más confianza con un Grupo de Apoyo Mutuo que con una profesional”. A la hora de explicarlo, no pudo ser más clara: me contaba que lx psiquiatra “ni siquiera te va a juzgar tu medicación: te la va a subir, te la va a bajar o te va a hacer un ingreso”, mientras que “con un GAM lo que haces es colaborar, sin otro fin, de hospital. Es decir, de tratamiento, de ingreso”.

En otras palabras: para ella, el factor determinante en la relación con lxs profesionales es que estxs están evaluando su situación en términos de intervención/no intervención, y la capacidad que tienen de tomar decisiones unilaterales que pueden limitar su libertad condiciona todo el intercambio. Por eso, lo que siente cuando le cuenta sus experiencias psíquicas inusuales a una profesional es “miedo, porque eso ella se lo puede tomar como un brote”, mientras que en un GAM se expresa “con mayor libertad, a una persona que te entiende, porque en SAPAME todos nos entendemos por ser usuarios”. Es muy difícil adquirir confianza en unx profesional que sabes, a menudo por experiencia, que puede imponerte tratamientos e ingresos que no deseas; en un GAM, en cambio, nadie tiene la potestad de intervenir en tu caso sin tu consentimiento. Así, se revela la importancia de otro de los requisitos que se dan por presupuestos para que un GAM opere: no ya la igualdad o equivalencia *simbólica*, sino la igualdad *material* en cuanto a poder, esto es, la horizontalidad.

A esta misma cuestión apuntaba Pepe cuando afirmaba que nunca había confiado de verdad

en lxs profesionales de la sanidad pública. Esto no es de extrañar, dadas las experiencias tan negativas que había tenido, y en las que merece la pena que nos detengamos para poner esta cuestión en perspectiva. Por una parte, me habló de cómo la que fuera su facultativa durante muchos años fue tremendamente irrespetuosa con él: “me decía que no tenía derecho ni a vivir, ni a *na*, por haber *sío* yonqui. Y yo no lo entendía, ni lo entiendo todavía”. Me quedé helado ante la violencia de esas palabras. En una conversación posterior, Pepe me contó que había tardado años en pedir el cambio de psiquiatra, y que solo se había animado a hacerlo ante la insistencia continuada de sus compañerxs del GAM. ¿Cuántas veces podía haberle espetado algo como eso? Esto sin contar los intentos por imponerle el uso de medicamentos que él no quería consumir y otros incidentes similares.

Lo peor de su relato, no obstante, era lo relacionado con su paso por agudos. Su enfado por el trato recibido en sus dos últimos ingresos en agudos, que aún estaban recientes, coloreó la mayor parte de la entrevista. Para él, la experiencia de un ingreso en agudos no podía ser más denigrante: “en agudos eres una mierda”. En concreto, lo que más enfurece a Pepe es recordar la relación que mantuvo con el profesional que lo tuvo mes y medio ingresado. Este hombre es un psicólogo con fama de progresista y comprometido, pero a Pepe no le gustaron ni su gestión de la medicación ni sus formas, que en su opinión cayeron en el abuso de poder:

es *mu* fácil, cuando estás allí. Allí, cualquier persona tiene un lugar de mando sobre ti, y de poder, porque si tú te escapabas van a ir a por ti. Lo difícil es estar allí dentro y ser de tú a tú; aunque nosotros hablemos de tú a tú, pero siempre es él el que... Y eso es lo que no me gustaba, eso tiene que ser de tú a tú, y no poner tu rango. (Entrevista a Pepe, 29 de abril de 2021)

Como veremos al examinar pormenorizadamente su relato, esta es la mayor ofensa que puede cometer alguien a ojos de Pepe: ponerse por encima de él, como también lo había hecho aquella psiquiatra cuando le dijo que no merecía vivir. Tal era su enfado con el psicólogo de agudos que en algunos momentos de la entrevista llegó a fantasear con haberlo agredido.

No es el único que lo trató mal: “los enfermeros es que no se complican mucho la cabeza: si les caes bien, te tratan bien; si les caes mal, te tratan mal; si te ven que estás loco *perdíó*, te tratan como loco *perdíó*, se ríen de ti”. En conclusión, me decía, en agudos “estás en una cárcel. Peor, porque ahí no tienes libertad ninguna, tienes un patio ¡y está *enrejao*, con una reja!”. Por eso, ante unas circunstancias tan extremas, Pepe agradecía cualquier pequeño gesto de solidaridad, incluso un mero saludo por parte de una profesional crítica a la que los dos conocíamos:

yo soy una persona muy simple, en el sentido de que, cuando estoy dentro, cualquier cosa

vale. Y que se te acerque alguien y por lo menos te salude y se preocupe, eso vale. A mí eso me gustó. Aunque parezca una tontería, pero hay personas que no hacen ni eso. Y yo creo que tenemos que ser humanos. Allí no hay muchos humanos, que digamos, allí hay muchos hijos de puta. (Entrevista a Pepe, 29 de abril de 2021)

Por todo ello, Pepe cuestionaba la violencia y la falta de respeto por los deseos de lxs pacientes de agudos, y planteaba que tienen que existir otras maneras de tratar a las personas ingresadas. En concreto, en su opinión, el ingreso involuntario no debería existir:

allí a la gente la tienen secuestrada. Que sea una unidad de agudos, ¡pero que esté allí quien quiera estar! Quien no, que se pueda ir. ¿Que no está bien de la cabeza? Pues que no esté bien, pero ¿quién eres tú para quitarle la libertad a nadie? ¿Por qué tiene que estar cerrado aquello? Es que te pones peor de la cabeza, con más paranoias, con más todo. Eso no puede ser así, eso tiene que cambiar. (Entrevista a Pepe, 29 de abril de 2021)

Con esa certeza en mente y desde la rabia por el maltrato recibido, me dijo que lo que hacíamos en Mal(Estar), cuando quedábamos para intentar pensar cómo mejorar la atención en salud mental, “es una tontería. A no ser que vayas a la acción, eso no vale *pa na*. Psiquiatría está *mu* mal. Eso está a años luz de como tiene que estar”. Esa enorme distancia entre lo que debería ser la atención en salud mental y la realidad es una de las razones por las que apoyo mutuo se convierte en algo tan importante para muchas personas.

Así pues, mis entrevistadxs contaban cómo llegar a un espacio de horizontalidad, donde te encuentras con tus “iguales”, después de largos periodos de tiempo de aislamiento en los que muchas veces solo hablaban con su familia y con sus profesionales, les había servido para “salir del pozo”, por usar las palabras de Miguel, y desbloquearse emocionalmente. Este se había convertido en el paso decisivo para volver a construir una vida en la que tuvieran un rol más allá del de “enfermx”. José Carlos explicaba esta importancia de apoyo mutuo por el hecho de que, a diferencia de otras actividades que se organizan en SAPAME, el GAM es un espacio que “sirve para expresar lo que sientes y lo que piensas”. La participación en el grupo había sido, por tanto, la clave para su integración en la vida de la asociación. Lo mismo había ocurrido con casi todxs lxs entrevistadxs, y así me lo dijeron explícitamente. Pepe, por ejemplo, señalaba que “apoyo mutuo fue lo que me enganó, eso fue lo fundamental”, mientras que Carmen decía que “sobre todo apoyo mutuo es lo que más me ha estado ayudando”. A pesar de que, como podremos ver en breve, sus motivos para ello son muy diferentes, ambxs están de acuerdo en la centralidad de apoyo mutuo en sus trayectorias.

Con esta participación, comienzan a formarse lazos que van más allá de la propia actividad del GAM en sí mismo. Esto es lo que vengo llamando “apoyo mutuo informal”: en torno a los GAMs y en el seno de asociaciones como SAPAME, se construyen espacios de socialización donde nacen vínculos y amistades cuya importancia es capital, dado el aislamiento previo de la mayoría de estas personas. José Carlos, por ejemplo, apuntaba a su amistad con Pepe como el segundo paso fundamental que le había ayudado a integrarse en SAPAME, y también señalaba su participación en los paseos de los viernes, un espacio semanal de socialización informal. Así expresaba Susana la importancia de estos espacios más informales como complemento a los GAMs:

cuando tú estás en un grupo de apoyo entre iguales, estás estableciendo vínculos con gente, y esos vínculos te llevan a crear determinadas redes, y así amplías tu círculo de redes o *creas* círculos, que hay gente que no los tiene. Entonces nosotros desde nuestro movimiento, todo tiene que ser crear lazos y crear redes y crear vínculos. Entonces hay que propiciar esos espacios. Porque a lo mejor en ese senderismo que tú haces o en esa visita guiada, la gente sale, la gente toma algo, la gente charla, se crean vínculos, luego vas a quedar al cine, luego vas... Y eso elimina pastillas, y eso aumenta la calidad de vida de las personas, y eso te convierte en un ser social, no en un ser metido en tu casa con tu problema y ahí te quedas muerto. (Entrevista a Susana, 1 de julio de 2022)

Así, participar en el GAM conducía, en general, a la reconstrucción de la vida social de estas personas, a través de la creación de nuevos vínculos marcados por la reciprocidad, lo cual revierte los efectos desocializadores del malestar, el diagnóstico y el estigma.

Esto a su vez generaba en muchas personas un deseo de “devolver”, una sensación de deuda moral para con el propio GAM y la asociación. Quienes habían adquirido algún puesto de responsabilidad, fuera como facilitadorxs de su GAM, fuese en la Junta Directiva de la asociación o la Federación, como Miguel, María o Susana, lo explicaban apelando a esta sensación de que, después de haber encontrado un espacio tan importante para ellxs, donde habían obtenido tantos aprendizajes y habían dado un vuelco a sus vidas, era su obligación implicarse para asegurar su continuidad y buen funcionamiento. Existen, eso sí, matices respecto a cómo lo vivía cada una de estas personas, dependiendo entre otras cosas de cuánto tiempo llevasen participando. Lo estudiaremos mejor cuando veamos los relatos de María y Susana, en particular. En cualquier caso, quienes llegaban a este punto de participación representaban la culminación de ese proceso de reinserción en la vida que se iniciaba con el apoyo mutuo. Habían pasado de estar encerradxs en sus casas, alejadxs de cualquier tipo de implicación en nada que no fuera su propio malestar, a participar y en algunos casos liderar proyectos destinados a mejorar su bienestar y el de sus “iguales”. Esto es lo que, en términos generales, representaba el apoyo mutuo para mis

entrevistadxs: la posibilidad de cambiar sus vidas a partir de la colaboración y la revalorización de sus experiencias.

Ahora bien, para cada persona, había ciertas particularidades y matices en esta “promesa” del apoyo mutuo, que dependían de sus experiencias previas, de sus circunstancias particulares, de sus necesidades y deseos. Es al analizar estos relatos individuales cuando emergen las huellas de la influencia del género en la práctica del apoyo mutuo por parte de mis entrevistadxs. A continuación, voy a comentar algunos de estos relatos¹⁷⁷, comparando unos con otros para mostrar las relaciones entre ellos y, de este modo, profundizar en el análisis de la forma en que el género los atraviesa. Después, concluiré el capítulo haciendo un balance de lo que se desprende de estos relatos de cara a comprender el apoyo mutuo en salud mental como práctica social.

“Yo me desahogo y que le den por culo a todo el mundo”: Pepe y las dificultades para la expresión emocional

Como conté en el capítulo anterior, Pepe llegó a SAPAME después de pasar dos años “en barbecho”, encerrado en su casa, tras su alta en Proyecto Hombre. Al principio, su objetivo era más bien modesto: simplemente quería tener un motivo para salir de casa. Sin embargo, una vez que empezó a participar, rápidamente se convirtió en un habitual en la sede de la asociación. Empezó por ir con regularidad a la mayoría de los talleres: “hacía casi *to*, hacía canto, hacía teatro...”. Pero, como he señalado anteriormente, el espacio decisivo para él, el que más contribuyó a su integración, fue el GAM. Participó de forma intensiva en las actividades de la asociación durante un par de años; después estuvo alejado un tiempo, enfrascado en una relación de pareja, aunque en la entrevista me dijo que se arrepentía de ese distanciamiento temporal. Cuando yo lo conocí, en la época en que empecé a tener contacto con la asociación, Pepe había vuelto a acudir con mucha frecuencia, atraído de nuevo por apoyo mutuo y por sus círculos de amistades en la asociación. Casi todo el mundo lo conocía y, pese a su carácter y sentido del humor algo polémicos (nunca perdía la ocasión de recordar que se considera franquista y que vota a Vox), era bastante querido.

Después, a raíz de la crisis que lo había llevado a tener dos ingresos consecutivos, había pasado a no participar apenas en actividades y talleres, y su asistencia al GAM se había hecho menos constante. En general, si iba a SAPAME era más con el objetivo de pasar la mañana con gente conocida que por aprovechar la gama de actividades que ofrecen. Al mismo tiempo, Pepe

177 He decidido no dedicar una sección particular a los relatos de Miguel y Noelia sobre su relación con apoyo mutuo, dado que resultan más iluminadores al contrastarlos con los relatos de otras personas en lugar de tomarlos por separado. Así pues, aunque no tengan su propio apartado, sus historias y perspectivas forman parte del entramado a partir del cual llevo a cabo mi análisis.

expresaba cierto arrepentimiento por esta falta de compromiso, quizás recordando el efecto catalizador que había tenido su llegada a SAPAME: “debería de venir más, porque ahora mismo no estoy bien, ni *animao*, ni... necesito un [chasquea los dedos], un chispazo”. En especial, piensa que debería animarse a venir con más frecuencia al GAM, que es el único espacio al que aún entra de vez en cuando, porque según dice, “cuando estás mal, mal, mal, es lo mejor, por juntarte con un grupo de gente y poder hablar, para desahogarte”. Y la realidad es que, después de su crisis, está en ese momento: “hoy por hoy lo necesito. Yo no estoy como estaba antes, y eso duele, pero hay que ser realistas. A mí me gustaría estar bien de mi cabecica, me da pena, pero bueno”.

Pero entonces, ¿qué era lo que lo retenía, lo que hacía que no asistiese a ese GAM que sentía que necesitaba? En su opinión, el problema era que el grupo ya no funcionaba tan bien como en otros tiempos. Sentía que, cuando él había llegado a SAPAME, “había un grupo mucho más potente que ahora y que se tomaban las cosas más en serio”. Me llamó la atención esta forma de plantearlo y le pregunté a qué se refería exactamente. Le resultó un poco difícil, pero finalmente me señaló algunos aspectos en los que él notaba ese deterioro. Las principales ideas que intentó transmitirme tenían que ver con que no se respetaban algunas de las normas básicas de los GAMs; en particular, no se gestionaba bien quién podía acudir (“antes había menos gente, para entrar era más difícil, no se entraba a la virulé”) ni se moderaban adecuadamente las conversaciones, por lo que por una parte “se hablan cosas que no se tienen que hablar” y por otra “se interrumpe a la gente cuando no se tiene que interrumpir”. Este último problema lo resumía con esta expresiva imagen: “un grupo de apoyo mutuo, cuando está sintiendo, no le puedes decir *na*, y los silencios son muy importantes”.

Lo importante de estos problemas es que dificultan esa función que Pepe considera central en el GAM: la posibilidad de desahogarte. Al no respetarse los silencios y cambiarse de tema antes de que las personas puedan expresar adecuadamente lo que están sintiendo, a Pepe le parece imposible terminar de desarrollar lo que necesita compartir. En sus propias palabras: “en apoyo mutuo, antes profundizaban en ti. Ahora, te dejan diez minutos y te quedas tú a medias”. Esto me pareció muy interesante, puesto que me recordó a algo que había sucedido durante su participación en uno de los talleres sobre masculinidades que coordiné. Pepe nos había contado que a veces trataba de forma “injusta” a la gente que quiere, porque en vez de expresar la angustia que realmente siente lo que exteriorizaba era agresividad. Este desplazamiento emocional de la tristeza al enfado es una de las cuestiones centrales que suelen ocurrir entre los hombres cuando experimentan sufrimiento psíquico (Bonino, 2000: 59-60), por lo que era uno de los temas en los que quería que incidiésemos de manera prioritaria en los talleres. Teníamos que plantearnos un objetivo para trabajar de cara al siguiente taller; Pepe se emocionó al decirnos que quería tratar de “mostrarme más como soy”. Yo le animé a decir directamente que su objetivo era llorar cuando

estuviese triste. En respuesta, recurrió al humor inapropiado, algo típico en él: “no, que entonces os vais a pensar que soy una nenaza”.

Esto era algo recurrente: siempre que lloraba o que estaba al borde del llanto al contar algo sobre sí mismo, lo cual ocurría con bastante frecuencia, Pepe acababa reculando y decía algo así como “ya sabéis que soy una nenaza”, y zanjaba la conversación. Por más que le dijéramos que esto era parte de ese problema que él mismo afirmaba que tenía, él insistía en que solo era una broma. Era inútil que le señalásemos los tintes machistas y homófobos del término “nenaza”: estamos hablando de alguien que me dijo con total seriedad que “qué tendrá que ver ser de Vox con ser homófobo”. El caso es que, teniendo en cuenta estas dificultades para “mostrarse como es” y canalizar sus emociones, parece que el problema que Pepe veía en su GAM era que el espacio donde solía sentir que podía hacerlo con más facilidad se había vuelto hostil. Las interrupciones y cambios de tema, junto a la mayor apertura del grupo, que lo volvía menos estable¹⁷⁸, hacían que ya no sintiese la seguridad de compartir allí sus emociones.

Y bien, si apoyo mutuo ya no era el espacio donde podía desahogarse y se sentía comprendido, ¿dónde obtenía él esa comprensión? Desde luego, no en el contexto de la atención profesional: ya hemos visto que sus experiencias en la consulta y en agudos le hacían desconfiar de lxs profesionales en general. ¿Se desahogaba con sus familiares, entonces? ¿Quizás con su hermana, que como vimos en el capítulo anterior ahora estaba “más pendiente” de él? Tampoco parecía que fuera el caso: me dijo que, en realidad, no podían verse con mucha frecuencia, porque su hermana trabajaba “todo el día”; más bien hablaban por WhatsApp. Además, admitió que, pese a lo difícil que era para ella quedar entre semana, no aceptaba las invitaciones de su hermana para verse los fines de semana: “yo el fin de semana tendría que ir más a su casa. Pero no voy, porque no tengo muchas ganas, me gusta estar en mi casa... aunque debería de ir más, eso sí es verdad”. Parecía que Pepe solo buscaba que su hermana y el resto de sus seres queridos estuvieran atentxs a sus necesidades y su estado emocional; en pocas palabras: quería meramente “ser visto” por quienes lo rodeaban, pero no terminaba de decidirse a abrirse. Durante los años en que lo he conocido, siempre que le he preguntado cómo está, su respuesta no ha pasado de un “bien, gracias a Dios” o un “luchando, que no es poco”, por más que yo sí le haya hablado con cierta profundidad de cómo me

178 Susana explicó de forma muy clara la tensión que existía entre la necesidad de integrar a quienes llegan por primera vez a la asociación en los GAMs y la necesidad de que se cree un ambiente de confianza en los grupos: “sí, puede entrar todo el mundo conforme va llegando a la asociación, pero eso rompe la dinámica del grupo. Porque la persona que llega nueva lo que quiere es que se le escuche y hablar, hablar hablar... pero claro, si cada semana llega uno nuevo, el resto ¿qué hace? Entonces articular eso... parecen tonterías, pero no son tonterías. Porque además la persona que llega un día... tú haces así [mirada de sospecha] y dices: «¿yo voy a hablar de esto, si este ha venido hoy y lo mismo ya no viene más?»”.

encontraba.

Así pues, ¿con quién se desahogaba Pepe? La realidad es que con nadie. Unos meses después de la entrevista, me escribió para decirme que, desde hacía más de un año (es decir, desde la época de sus ingresos), no conseguía llorar. Él, que a pesar de todos los condicionantes y de no querer “ser una nenaza” siempre había sido de lágrima fácil (“un llorica”, en sus propias palabras), de pronto era incapaz de derramar una sola. Me pidió que hablase con mis amigxs psiquiatras, porque sospechaba que podía ser por un cambio de medicación que había tenido durante el ingreso. Lo hablé con mi amiga Ana, que pensó que podía deberse a muchas cosas que no fueran la medicación y me dio una serie de recomendaciones, que yo le transmití. No sé muy bien si siguió esos consejos o no, pero por lo que me ha dicho en los últimos tiempos, parece que sigue teniendo muchas dificultades para llorar.

Las dificultades para la expresión emocional que atraviesan de distintas maneras el relato de Pepe son una plasmación de varios de los mandatos de la masculinidad hegemónica enunciados por Brannon y David y que recoge Luis Bonino (2000: 48-49). Especialmente, el primer mandato, que insta a “no tener nada de mujer”, y el tercero, que exige “ser un hombre duro”, aparecen de forma expresa cada vez que Pepe expresa su vulnerabilidad: él mismo los invoca a través de sus comentarios acerca de “ser/no ser una nenaza”. Aunque siempre intenta cubrirlo con el manto del humor, uno de sus recursos más habituales en todo tipo de situaciones, es evidente que su capacidad para vehicular sus emociones está seriamente condicionada por estos ideales que le indican que, como hombre, no debería mostrarse débil, a riesgo de perder su estatus de “hombre de verdad”. De manera algo dramática, a raíz de su última crisis, la amenaza que siempre parecía cernirse sobre él en estas situaciones ha tomado la forma de un bloqueo que le impide hacer eso que podría convertirlo en un hombre de segunda: llorar.

No son estos los únicos ejemplos en los que se puede ver la influencia de estos mandatos en la forma de pensar(se) y sentir de Pepe. El primer día que lo conocí, cuando fui a dar la charla sobre salud mental y género a SAPAME, ya dio muestras de ello. Durante las cervezas de después de la charla, él estaba tomándole el pelo a un compañero y dijo que nada había peor que un hombre mantenido por una mujer. Yo le dije que justamente eso era yo, un mantenido: en ese momento no tenía un sueldo y el alquiler de la casa que compartía con mi entonces pareja lo pagaba ella. Tiempo después, él me contó que me lo había ganado con esa frase. Si hay algo que él detesta es la inautenticidad, y la naturalidad y sinceridad de mi declaración le confirmaron que yo no tenía pretensiones de ser lo que no soy.

Esta insistencia en que la gente no debe tener ínfulas es una constante en cualquier tipo de interacción con Pepe. De hecho, su obsesión con la humildad se expresó también a través de un medio que llamó poderosamente mi atención. Desde que tengo su número de teléfono (me lo dio la misma noche de las cervezas después de la charla), veo que de forma más o menos constante, Pepe comparte fotos a través de sus estados de WhatsApp que contienen frases motivacionales, recetas para el éxito y reflexiones sobre la humildad y la lealtad. Las imágenes que acompañan esos textos reflejan un ideal del éxito hipermasculinizado, con fotos de actores y futbolistas famosos vistiendo trajes impecables, coches deportivos de alta gama o animales asociados al dominio y/o la soledad, como leones o lobos. Los textos transmiten también la idealización neoliberal de la toma de riesgos, con frases como “No pidas una vida fácil, pide la fuerza necesaria para llevar una vida difícil”; el ideal masculino del individuo autosuficiente; o la misma noción del individuo-empresa (ver Anexo 6).

A través de estas imágenes, Pepe expresa su deseo de “llegar a lo más alto” sin perder su autenticidad. Para alguien que proviene de una familia humilde y que ha pasado por las adicciones y ha conocido el desprecio por ello, ambos sentimientos son comprensibles. Pero lo importante para mi análisis es que tanto estos deseos como su desprecio por los hombres “mantenidos” entroncan también con los mandatos de la masculinidad: con el mandato de rechazo de la feminidad, con el de “ser importante”, que exige “ser exitoso” o “ser admirado” (Bonino, 2000: 48), así como con el de “mandar a todos al demonio”, que invita a ser audaz y tomar riesgos (*Ibid.*: 49).

Así pues, parece evidente que tanto la identidad como la vida emocional de Pepe están fuertemente condicionadas por su relación con la masculinidad hegemónica. Dentro de esta configuración, a juzgar por lo que me contó, el GAM se había convertido en un espacio en el cual la expresión emocional no tenía la misma penalización que en otros ambientes. La posibilidad de “desahogarse” cuando su malestar se hacía intolerable era lo que más valoraba de apoyo mutuo, al menos en el momento de la entrevista. Quizás esto se debiera precisamente a que ahora no sentía que ese fuera el caso. Fuera por las nuevas dinámicas del grupo, como él señalaba, o por las dificultades para conectar con sus emociones a raíz de su último ingreso que se fueron revelando con el tiempo (o, más probablemente, por una combinación de ambas), ahora no terminaba de funcionarle del mismo modo esta técnica. Ante estas dificultades, su respuesta era también de lo más masculina, por su unilateralidad: “a mí me da igual quién esté: yo me desahogo y que le den por culo a todo el mundo”. Pero no parece que esto le satisficiera, ya que como hemos visto, no estaba asistiendo al grupo con mucha frecuencia, ni conseguía llegar a la catarsis emocional cuando lo hacía.

Precisamente en esta tensión entre atasco emocional y expresión unilateral ubicaba Miguel

algunos de los problemas del GAM que facilitaba; el mismo en el que participaba Pepe¹⁷⁹. Según me contó, parte de la dificultad para que el grupo se desarrollase de manera satisfactoria tenía que ver con que la conversación no siempre fluía, porque “en el grupo a la gente le cuesta mucho hablar de sí mismo, muchísimo”. Buena parte de sus esfuerzos como facilitador se iban en intentar animar a estas personas a que “no se vayan sin haber dicho algo de sí mismos”. Con otras personas, no obstante, sucede “al contrario: algunos es que están deseando hablar de sí mismos”, y estos segundos también bloqueaban el adecuado flujo de la conversación al monopolizarla.

Él se identificaba más con los primeros. Para él, lo interesante de apoyo mutuo era poder escuchar a lxs demás y, a través de esa escucha, evadirse de sus problemas y ponerlos en perspectiva, más que hablar él mismo de ellos. Ya vimos al final del anterior capítulo que Miguel había hecho extensiva a todas las personas con sufrimiento psíquico esta tendencia suya al mutismo. De hecho, reflejando precisamente esa dificultad para hablar de sí mismo, Miguel tendía a hacer este tipo de aseveraciones generales que, en realidad, reflejaban su propia situación. Por ejemplo, cuando me dijo que en el GAM “ocurren dos cosas: cuando se está muy mal, la gente no viene, y cuando se está muy bien tampoco. *Entreveraos*, cuando estamos *entreveraos* es cuando acudimos”, parecía estar pensando en su propia experiencia reciente, cuando dejó de acudir al GAM porque pasó por una racha especialmente mala.

Sin embargo, vistas ahora junto a la historia de Pepe, algunas de estas generalizaciones parecen claramente generalizadas. La dificultad para la expresión emocional que Miguel atribuye sin distinción a todas las personas que participan en el GAM tiene, como vemos tanto en su caso como en el de Pepe, una profunda relación con los mandatos de género masculinos. Este deslizamiento no es tan sorprendente si tenemos en cuenta que, según Miguel, casi todxs lxs participantes en su GAM son hombres. De este modo, las palabras de Miguel delatan un sesgo que está íntimamente relacionado con el modo en que las relaciones de género afectan al funcionamiento interno del GAM. Como veremos al examinar el relato de Alicia, estas formas tan masculinas de entender el apoyo mutuo por parte de Pepe o Miguel, y las correlativas formas de actuar en el GAM, tienen efectos en el desarrollo del mismo que van más allá de si la conversación fluye o no en el grupo: en algunos casos, pueden generar dinámicas profundamente excluyentes para otrxs participantes y, en particular, para las mujeres.

179 Más adelante comentaré algo más acerca de la opinión de Pepe sobre la facilitación de Miguel; por ahora, solo me centraré en lo relacionado con las dificultades de expresión emocional de ambos hombres.

“Para mí es como una familia”: María y el apoyo mutuo como espacio de comprensión y empoderamiento

Después de los diez años de consumo intensivo de medicación que la dejaron “atontada en la casa”, aislada y sin más relaciones que las que tenía con su madre y hermano, María aprovechó al máximo la oportunidad de reconstruir su vida que le ofrecía SAPAME. Dado el estado de su vida anterior, no me pareció extraño el cariz religioso que tomaron sus palabras cuando habló de lo que la asociación significaba para ella: “SAPAME, ha sido... una luz que vi. Para mí es un cielo. Para mí es una luz que he visto, que me he encontrado. Es lo más bonito que me ha pasado, SAPAME, ¿sabes? Es lo mejor que me ha pasado”. Incluso, me decía con la voz cargada de agradecimiento, estaban intentando ayudarla en la búsqueda de trabajo, uno de los asuntos que la tenía más preocupada, dado lo escaso de la pensión de orfandad que percibía. Tanto le había aportado la asociación que, desde hacía unos meses, se había unido a su Junta Directiva, como una forma de “apostar” por la organización en respuesta a lo que estaba recibiendo de ella (“me estoy empoderando”, decía, en referencia a esta decisión).

Al igual que muchas de las otras personas a las que entrevisté, y aunque también le gustaron talleres como el de teatro y el de musicoterapia, la principal actividad que la enganchó a la asociación y que posibilitó esa recuperación que ella describe con tintes milagrosos fue apoyo mutuo. Entró en el GAM casi de inmediato después de su acogida y no tardó en adaptarse a él y sentirse “a gusto”, asistiendo cada semana. Ya hemos visto que lo que le resultó atractivo del grupo fue “la confianza que hay entre compañeros, entre iguales”. Después de tres años de asistencia regular, piensa el GAM como un espacio donde van a contarse sus problemas, apoyarse y, como resultado de ello, sentirse bien. Por ello, cuando me dijo que estaba un poco “de bajón” y le pregunté si, en ese momento en que se encontraba peor de ánimos, no se planteaba dejar de ir al GAM¹⁸⁰, ya imaginaba cuál iba a ser su concluyente contestación: “no, al revés, ahora es cuando más necesito ir”.

Explicaba esta respuesta apelando, por un lado, a que asistir le servía como una forma de no pensar únicamente en sus problemas: del mismo modo que su nuevo cargo en la Junta Directiva, su participación en el GAM le permitía “tener la cabeza distraída haciendo cosas, ¿sabes? Eso es bueno. Eso es otra terapia”. Por eso, desde hacía un tiempo se había ofrecido como voluntaria para

180 Le hice esta pregunta pensando en la idea de Miguel de que la gente no va al GAM cuando están muy mal o muy bien, sino solo cuando están *entrevraos*. Lo cierto es que a esta pregunta encontré respuestas de todo tipo: parece ser una cuestión altamente dependiente de las preferencias y circunstancias individuales, en función de la naturaleza del malestar, el tipo de uso que se le dé al GAM y la disponibilidad o no de otros mecanismos para lidiar con las dificultades.

ayudar a Adela, la facilitadora, con las cuestiones logísticas; ese compromiso adicional la obligaba a estar allí y la sacaba de sus obsesiones. Pero además, el GAM le permitía poner en práctica una afición suya que ya había descubierto de muy joven, cuando estudiaba aquella Formación Profesional para ser auxiliar de enfermería: a María le gusta ayudar a lxs demás. El GAM se construye precisamente sobre el intercambio de ayuda, de tal modo que, en el propio acto de apoyar, recibe apoyo. Por eso, dice que lo que más valora de apoyo mutuo es su carácter recíproco, el que “a la vez que me ayudan, yo ayudo. Porque *pa* eso estamos: *pa* apoyarnos entre iguales”.

No obstante, en el momento de la entrevista el GAM estaba en un momento de inestabilidad que había hecho que cambiase un poco respecto a cómo era cuando ella llegó. El hecho es que había menos personas que acudiesen con regularidad, en su opinión a causa de la pandemia. Durante el confinamiento, tuvieron que celebrar las sesiones del grupo online. Posteriormente, al volver la presencialidad, pero mantenerse muchas medidas sanitarias preventivas, durante unos meses las reuniones fueron en formato híbrido. Todo ello supuso un importante obstáculo al desarrollo del GAM: “es que a nosotros nos gusta más reunirnos en persona. Es eso, que lo perdimos con la pandemia. Porque así estamos todos juntos, que por Zoom es más frío. Estando todos juntos pues nos vemos las caras, nos hablamos de tú a tú... y es más fácil, es más fácil relacionarnos”. Aunque hacía ya algún tiempo que habían vuelto a la presencialidad plena, la asistencia al grupo aún no se había recuperado del todo. Le pregunté qué pensaba que podían hacer al respecto. La pregunta la pilló un poco desprevenida (“no lo he pensado eso, ¿eh?”), pero después de reflexionar un segundo señaló que había que “animar a la gente. Animarla, hablar con ellos, decirles que vengan, que no se preocupen por la pandemia, que todo está pasando. Que no se preocupen, que vengan, que tienen aquí su apoyo, su familia”.

Esta última palabra no la usó a la ligera. En otro momento de la entrevista le pregunté si, ante los “bajones” del tipo del que estaba pasando en aquel momento, se apoyaba en su familia, con quienes, a juzgar por lo que había contado anteriormente, tenía un vínculo muy estrecho. Ella contestó que, a esas alturas, “me apoyo más bien en SAPAME”. De hecho, para María, “SAPAME es una familia entera, aunque no sea de mi sangre. Pero para mí es una familia, porque muchas veces la familia de sangre no te hacen caso, no tienes esa confianza que tienes aquí. No te aportan nada, ¿sabes?”. El vuelco es impresionante: de no tener más vínculos que los que la unían a su madre y su hermano, María había pasado a considerar a sus compañerxs de SAPAME como una familia simbólica, más importante para ella en algunos aspectos que sus familiares consanguíneos. Y el GAM constituía una especie de familia dentro de la familia de SAPAME, el lugar donde el apoyo que se brindaban adquiriría una mayor cercanía e intimidad.

Las palabras de María sirven para recordarnos que, como vimos en detalle en el anterior capítulo, la familia no es únicamente un espacio de cuidados, sino también de tensiones, control e incluso violencias, profundamente vinculado con las relaciones de poder que se articulan en torno al género; y que todo ello está a menudo relacionado con el propio malestar de quienes participan en apoyo mutuo. Dada la reducción de la vida social de la mayoría de estas personas a su familia nuclear antes de la llegada a apoyo mutuo, la comparación que establecían algunas de las personas a las que entrevisté entre un espacio y otro era de lo más interesante. María dice que su familia consanguínea “no le aporta nada” cuando se encuentra mal y especifica que eso se debe a que no tiene la misma “confianza” que tiene en el GAM. Hay que recordar que la palabra “confianza” es la que usa María en general para caracterizar lo que le gusta de apoyo mutuo. Pero cabe preguntarse, ¿qué es lo que le gustaría que le aportasen, qué echa de menos exactamente?

Quizás sea más fácil comprenderlo si observamos el caso de Noelia. Es muy significativo que precisamente ella también usase esta comparación: según me dijo, en SAPAME “somos una familia. Yo siempre he dicho que la amistad es la familia que tú eliges, y es cierto”¹⁸¹. Recordemos que ella tiene una relación complicada con su familia después de que esta reaccionase a su diagnóstico implantando un sistema de control por el que vigilaban cada uno de sus movimientos. No obstante, aquello había ocurrido veinte años atrás; en el momento de la entrevista, ella incluso se había independizado, de modo que sus relaciones familiares claramente habían cambiado. Las tensiones actuales en la relación emergieron en su discurso a la hora de hablar de los “consejos” que le daba su madre, sobre todo respecto a sus hábitos de sueño y alimenticios, que seguían siendo su principal preocupación.

Al mismo tiempo, como señalé al principio del capítulo, algo que Noelia valoraba especialmente de apoyo mutuo era la forma en que, al compartir las experiencias en el GAM, el intercambio de “consejos” daba acceso a sus integrantes a nuevas herramientas y recursos con los que enfrentar el malestar. Así pues, le pregunté si para ella eran diferentes los “consejos” que le da su madre frente a las respuestas que recibe en su GAM cuando comparte sus dificultades. Ella me dijo que

sí: mis padres lo hacen más de dentro, del interior, preocupados, y los demás, en el GAM, lo hacen... pues para colaborar y que yo me sienta bien y se solucione un problema. Es un

181 Hay que tener en cuenta, a la hora de interpretar estas palabras, que Noelia me contó que no tiene muchxs amigxs. En mi opinión esto es debido a la combinación de la respuesta psiquiátrica a su malestar, el control familiar implantado tras su brote y sus propios mecanismos adaptativos que la han convertido en una persona recelosa. SAPAME le estaba sirviendo para llenar ese vacío después de una serie de decepciones por las que sus diversos grupos de amistad se habían ido disolviendo.

consejo, es un recurso que puedes utilizar. Pero mi madre lo hace más desde la preocupación, de decir: «ay, a ver si lo solucionas, a ver si pones un orden, ay, a ver...» pero no te dan un recurso, un... dónde cogerte. Entonces en el GAM pues sí lo hacen. (Entrevista a Noelia, 1 de junio de 2021)

En otras palabras: los “consejos” de su familia son más bien expresiones de angustia que traen consigo un elemento de control, de intromisión en su vida (“a ver si pones un orden”). Esta forma de responder a las necesidades de las personas diagnosticadas, que más que atender a sus deseos parece responder a las propias ansiedades, es lo que, como vimos, Elisa Alegre-Agís identifica como característica de los cuidados que dispensan las familias a las personas con diagnóstico de salud mental, en los cuales “la línea entre «atender/cuidar y controlar» [...] es muy difusa” (Alegre-Agís, 2018: 216). Por el contrario, en el GAM, lxs compañerxs ofrecen, por una parte, “recursos” prácticos que pueden servir para encontrar formas mejores de lidiar con el malestar. Esto es parte de lo que María quería indicar cuando decía que su familia “no le aportaba nada”: su familia no podía darle esas herramientas prácticas, no le da “dónde cogerse”, por usar las palabras de Noelia. Y no ya solo por no tener experiencia en primera persona (de hecho, la madre de María también tiene un diagnóstico), sino ante todo porque no hablan con ella desde ese punto de vista, sino desde su rol como familiares.

Gran parte del malestar asociado a los problemas de salud mental tiene que ver con los sentimientos de “soledad”, “vergüenza” y “culpa” (por recuperar las palabras de Susana) que generan en quien recibe el diagnóstico y, de distinta manera, en sus familiares. En la distancia entre esa forma de sentirse la persona diagnosticada (¿qué me pasa, por qué me pasa a mí?) y esos otros sentimientos de sus familiares (¿qué he hecho para que le pase esto?), crecen incomprendimientos y silencios como el de Alicia, que como vimos no quiso hablar conmigo sobre sus relaciones familiares. Dichos silencios consolidan dinámicas relacionales en las que la persona diagnosticada, que de pronto se encuentra tratada de otra manera y muchas veces controlada, pierde su voz y es situada en un lugar desde el que no puede enunciar su propia perspectiva, ya que toda nota disonante es atribuida a la enfermedad. El resultado de todo ello es esta sensación de “incomprensión” que experimentan. La imposibilidad de verdadera empatía por parte de las personas más cercanas aumenta la sensación de soledad y vergüenza. Miguel me habló de cómo su mujer no lo había defendido de ciertos comentarios crueles sobre su malestar por parte de su familia política. Ante esta situación, comentaba con vehemencia que “cuando te das cuenta de que ni siquiera tu mujer te entiende, ¡te duele!”.

En el GAM, en cambio, las respuestas que reciben al compartir sus experiencias se enuncian desde otras *perspectivas distintas a la suya* (esta es su riqueza), pero desde un *lugar equivalente*.

Este es el otro elemento del “no aportar nada” que enunciaba María: el que tiene que ver con la falta de “confianza” con lxs familiares, en comparación con sus compañerxs de apoyo mutuo. Creo, por tanto, que lo que las personas con sufrimiento mental echan de menos en sus familias es un grado de comprensión y camaradería que resultan imposibles por dos motivos. Por un lado porque, en muchos casos, sus familiares no comparten la experiencia de las “dificultades” psíquicas y emocionales. Por otro, porque los roles definidos a partir del diagnóstico ponen a lxs familiares en el lugar de quien cuida y a la persona diagnosticada en el de quien solo recibe cuidados, dado que su “enfermedad ubicua” (Martínez Hernández, 2009) empapa todo lo que hace y la incapacita para cualquier tipo de rol activo en su proceso o en el mundo social más amplio. De ahí la resignificación de la “familia” que realiza María: cuando tu familia consanguínea se convierte en un espacio de incomprensión y control, un GAM, donde “aunque no sea de mi sangre [...] nos apoyamos todos”, se convierte en un nuevo tipo de familia, una donde sí que aparecen la “confianza” y “seguridad” que no existen en la familia de origen.

Hay otra cuestión que se desprende de la respuesta que me dio María cuando le pregunté qué podían hacer para aumentar de nuevo la participación en el GAM. Como se puede comprobar, a María le sobra entusiasmo, pero tal vez le falten algo de imaginación y recursos para ser una de las personas encargadas de la buena marcha del GAM. Precisamente en el momento de la entrevista estaba intentando solucionar ese problema: acababa de participar en un pequeño curso preparatorio sobre apoyo mutuo que había organizado la Federación, y planeaba participar en un curso de *peer to peer* para ser agente de apoyo mutuo que se iba a celebrar en SAPAME un mes más tarde y empezar a participar en el PAM. Además, motivada por su afán de servicio y su compromiso con la asociación, su objetivo último era llegar a ser facilitadora de su propio grupo. Sin embargo, en el momento en el que hablamos, aún tenía confusiones bastante importantes sobre el apoyo mutuo que podían dificultar seriamente que tuviera éxito en sus empeños.

Por ejemplo, no parecía entender las diferencias entre lo que se hace en un GAM y en el marco de una relación de apoyo mutuo individual, e incluso tenía dudas a la hora de explicar adecuadamente el funcionamiento del GAM. Para ella “es lo mismo. El grupo de apoyo mutuo es pues hacer una tera... terapia no, así no... directamente no es. Pues te pones con gente y hablas con ellos... es lo mismo que un *peer to peer*, pero con un grupo”, afirmaba. Su idea de cómo conformar un GAM tampoco era demasiado aterrizada o realista, y parecía ignorar los tipos de prevenciones y advertencias que suelen recogerse en las guías sobre GAMs en relación con ese proceso, así como los dilemas y decisiones que hay que tomar: “si me quiero poner a hacer un grupo de apoyo mutuo aquí en SAPAME, lo hago: reúno cuatro, cinco, seis personas y a cada uno pues le doy su apoyo. Y

el *peer to peer* pues igual, igual, claro”.

La razón por la que destaco estas confusiones es que, de forma recurrente a lo largo de mi trabajo de campo, se me planteó que uno de los problemas para la sostenibilidad del apoyo mutuo era la escasez de personas dentro del movimiento que tuviesen las capacidades y la formación necesarias para facilitar los GAMs (y mucho menos para ser agentes; hablaré de eso más detenidamente en el próximo capítulo). En ese sentido, María ilustra cómo la buena voluntad no es suficiente para hacer que un GAM funcione. Miguel, por ejemplo, fue muy franco al confesar que él había acabado siendo el facilitador de su GAM, pero que “no sé el cómo ni el por qué”. Quizás, reflexionaba, porque había sido una presencia constante en un momento de muchos cambios, con diversas personas renunciando a la facilitación en muy poco tiempo. Pepe, con su estilo directo, me dijo que “yo a Miguel lo quiero con locura, pero no sabe cómo tiene que llevar el GAM”, y no escondía que lo consideraba parcialmente responsable del deterioro que él percibía en el grupo, tal como reflejé en la anterior sección.

Facilitar un GAM no es una tarea fácil. Requiere de multitud de habilidades: una guía para la facilitación de grupos elaborada por la propia Federación enumera toda una serie de características que debería reunir lx facilitadorx, que incluyen desde conocimientos técnicos de gestión de grupos y “liderazgo” hasta virtudes personales de lo más diversas, como ser “honesto, abierto, empático, franco, específico, cálido, humano, natural, flexible y espontáneo” (*Guía de apoyo para el moderador de Grupos de Ayuda Mutua*, 2014: 91). Hay aquí una mezcla de habilidades que se pueden adquirir con la formación adecuada y características propias de cada persona que no se pueden entrenar. Dado que, además, en SAPAME y otras asociaciones de la Federación la mayoría de personas no quieren asumir la responsabilidad de facilitar, sino solo participar en los grupos¹⁸², encontrar a alguien que reúna esas características y esté dispuestx a estudiar para adquirir esas habilidades no es tarea fácil.

Susana me explicaba, en esta línea, que no todo el mundo “tiene herramientas para gestionar los grupos”, y que por eso se habían planteado hacer formaciones aún más básicas que las de facilitadorx de GAM, para enseñar ciertas “dinámicas” para “mover el grupo y fomentar la participación”. Porque de lo contrario, me decía, “se crea una dependencia” respecto a las pocas personas que sí tienen esas habilidades. Como veremos en la próxima sección, esta dependencia condicionaba profundamente la relación de Susana con el movimiento en la actualidad. María, con su ilusión y su buena voluntad, ilustra bien cómo el apoyo mutuo puede ser un revulsivo para muchas personas que las lleve a “empoderarse” y querer asumir nuevas responsabilidades. Al

182 Veremos un ejemplo claro al examinar el relato de José Carlos.

mismo tiempo, su falta de conocimientos y de realismo en algunos puntos muestra cómo, dado el punto del que parten muchxs de ellxs después de años de aislamiento, estigma y consumo de medicación, también puede serles difícil tener éxito en esos retos que se proponen.

“El apoyo entre iguales es una cosa de mujeres”: Susana, el movimiento en primera persona y la maternización de los roles

Cuando Susana empezó a buscar alternativas a lo que le ofrecía el sistema de atención de salud mental, pasó primero por una asociación de familiares que le recomendó su madre, pero no terminó de convencerle. Posteriormente, encontró por internet una asociación de personas diagnosticadas de trastorno bipolar. La asociación la habían fundado un grupo de pacientes de un mismo psiquiatra, después de que este los pusiera en contacto entre sí. Se reunían semanalmente en un centro cívico cedido por el ayuntamiento, y organizaban un grupo de apoyo mutuo. Fue en él donde se dio cuenta de que no era la única que estaba pasando por su situación. Ese momento de ruptura del estigma fue tremendamente liberador y le permitió empezar a “despojarme de la culpa”. Entusiasmada por esta nueva forma de enfrentar su malestar y convencida de que había mucho trabajo por hacer, Susana comenzó a implicarse cada vez más en la asociación.

Empezó sugiriendo que hicieran un taller de psicoeducación, que por entonces le parecía algo esencial, aunque ahora considera que “es un adoctrinamiento, absolutamente. Pero bueno, ya te digo, todavía estás en esa fase de pensar que esto es absolutamente biológico y que es como la diabetes y la hipertensión. Y allá que yo lo decía y me quedaba tan pancha, ¿eh?”. Tardó un tiempo en empezar a cuestionar el relato biologicista sobre su malestar, que le decía que su problema residía en un desequilibrio químico en su cerebro y que la solución era la medicación. Poco a poco, a través de su activismo y su participación en apoyo mutuo, Susana pudo empezar a relacionar su malestar con las experiencias por las que había pasado: sus conflictos en el lugar de trabajo, incluido el acoso sexista al que fue sometida, se le presentaron como el verdadero origen de su sufrimiento. Finalmente, llegaría a la conclusión de que “la sociedad es la que te enferma”. Pero en ese inicio, cuando aún pensaba que la psicoeducación era una herramienta fundamental para convivir con “la enfermedad”, Susana propuso que solicitaran una subvención pública para poder organizar el taller. A raíz de esta iniciativa, aparte del apoyo mutuo, la asociación empezó a hacer “reuniones un poco más enfocadas a la gestión”¹⁸³.

183 Esto encaja bastante bien en lo que Canals Sala denomina el “modelo clásico de formación de las [asociaciones de salud]” (2002: 68): en este caso, la asociación ya estaba formada, pero se centraba fundamentalmente en satisfacer las necesidades de apoyo mutuo de sus miembros a través del GAM; más tarde, al empezar a plantearse otras tareas más ambiciosas, el formato asociación se vuelve esencial, al permitir realizar esas tareas de gestión más

Susana acabó siendo secretaria y después presidenta de la asociación. Posteriormente, descubrió a través de la web de FAISEM que existía una asociación similar en Granada: SAPAME. En colaboración con José Manuel Arévalo, por entonces presidente de SAPAME, Susana fue una de las personas más destacadas en la conformación de la Federación “En Primera Persona” en Andalucía, donde pasó más de diez años luchando por los derechos humanos de las personas con sufrimiento psíquico. Ha participado en todos los grandes procesos del movimiento en lo que va de siglo: las protestas y las negociaciones con las administraciones para conseguir transformar la atención, las tensiones y conflictos con el movimiento de familiares, el impulso del apoyo mutuo a todos los niveles, la creación de un sistema formativo gestionado por personas con experiencia... Ha sido, en buena medida, una de las arquitectas del movimiento en Andalucía, y ella misma reconoce que lo considera “como un hijo”.

Sin embargo, desde hace unos años está retirándose poco a poco de la primera línea. “Ya no podía más”, me confesó, porque el movimiento había crecido tanto que el trabajo de gestión había ido adueñándose de todo su tiempo, arrinconando el apoyo mutuo y el “trabajo de campo” que la habían motivado a unirse al movimiento en un principio, hasta convertirse casi en una profesional del asociacionismo. Esto no solo “desvirtúa”, para ella, el movimiento, sino que paradójicamente ha sido negativo para su salud mental: “Al final tú empiezas a pensar: yo estoy encontrándome mal y yo estoy aquí para mejorar la calidad de vida y el autocuidado y el cuidado; digo, si yo no lo estoy practicando conmigo misma, es el momento de irme”. Además, sentía que estaba entrando “en otra fase de mi vida, que quiero hacer otras cosas y quiero soltar ya”, alejarse del mundo de la salud mental, por lo que incluso estaba dejando su rol como formadora en cursos sobre apoyo mutuo y derechos humanos en salud mental.

No obstante, el apoyo mutuo seguía teniendo mucho tirón para ella, lo cual le estaba poniendo muy difícil esa decisión de alejarse. En ese sentido, se estaba planteando volver a retomar la facilitación de un GAM, como forma de compartir lo aprendido a lo largo de casi dos décadas de experiencia con nuevos miembros del movimiento. En su opinión, existía una “obligación de devolver” todo lo que el apoyo mutuo le había aportado, aunque a la vez sentía que ya había devuelto mucho, por lo que estaba intentando “liberarse” de esa sensación de deuda. Al mismo tiempo, pensaba que su contribución sería muy valiosa en aquel momento, dado que serviría para transmitir su saber a una nueva generación. Se debatía entre la certeza de que quienes la han sucedido en el asociacionismo tienen que “andar su propio camino” y la sensación de haber dejado al movimiento en la estacada. Por eso era justamente en el apoyo mutuo, el aspecto más gratificante de lo que hacen en el movimiento, donde se planteaba volver. En el momento de la entrevista, no

complejas.

había decidido qué hacer al respecto.

A pesar de todo, Susana sentía que practicaba el apoyo mutuo con personas de otros ambientes de su vida, no solo en el movimiento en primera persona: “me voy haciendo pastora, como yo digo”. Me contó, sin ir más lejos, que en la piscina a la que asistía “me siento en el spa y, como hablo hasta con las piedras”, acababa entablando conversaciones que la llevaban a crear vínculos de apoyo mutuo. Incluso le había pasado recientemente entablar conversación mientras estaba sentada en un banco con una mujer octogenaria que se puso a contarle sus penas. Es más, estaba empezando a aplicar los principios del apoyo mutuo a esa cuestión que, como vimos, la tiene más preocupada hoy en día: los problemas asociados con la maternidad, de los que tan difícil puede ser hablar. Por eso valoraba el poder “encontrarte con mujeres que sientan, padezcan, y sufran por lo mismo que tienes tú, y que encima no te vean un bicho raro, y que tengas un espacio de seguridad donde poder hablar de cómo te sientes”.

En ese sentido, me subrayó que, en realidad, tanto el sufrimiento mental como el apoyo mutuo son cosas universales, que van más allá del ámbito específico de las personas con diagnóstico(s) de trastorno(s) mental(es). Decía que se había dado cuenta de que “eso de los problemas de salud mental, eso está democratizado ya”:

cuando tú hablas con otra gente, como la que me voy encontrando yo por la calle, que voy hablando con unos y con otros, tú dices: si al final está todo escrito, si tenemos todos la misma manera de sufrir y de sentir dolor. Eso está ya todo categorizado. (Entrevista a Susana, 1 de julio de 2022)

Esta realidad, así como “el carácter social que tienen los problemas de salud mental”, para ella se han hecho evidentes con la pandemia. Y en respuesta a ese dolor único pero compartido, común, el apoyo mutuo no es más que una encarnación particular de un mecanismo inveterado: “el cuidado entre iguales, eso se ha hecho toda la vida, a lo largo de los siglos”.

En la historia de Susana, el descubrimiento del apoyo mutuo es un momento decisivo, un punto de inflexión. Participar en un GAM le ofreció ejemplos vivientes de que su problema no era algo aislado, que solo sufriese ella, y además le proporcionó un “espacio de seguridad” donde poder compartir esas emociones. Darse cuenta de que “no era la única” que estaba atravesando esa situación, de que el problema no era exclusivamente suyo, abrió la posibilidad de resignificar lo que estaba viviendo y contemplar una explicación de raíz social, contextual, a su malestar. Al adoptar esta perspectiva, para Susana, apareció esa emoción clave en todo proceso de recuperación en salud

mental: la esperanza¹⁸⁴. En sus propias palabras: la clave es “convencer a la gente es que te puedes poner bien. O por lo menos te puedes poner mejor”. Para ella, esa idea solo pareció posible en el contexto de un grupo de personas con experiencias análogas con las que, por tanto, pudo hablar sobre lo que le ocurría, ya que no la iban a ver como un “bicho raro”.

Pero aún más importante es lo que hizo una vez que descubrió el apoyo mutuo. Susana no se conformó con usar una nueva herramienta que le pareció útil para afrontar el sufrimiento psíquico: decidió que tanto esa herramienta como otras similares debían extenderse todo lo posible, y para ello fue una de las principales contribuidoras al surgimiento del movimiento en primera persona en Andalucía. Lo que, a su llegada, eran apenas un par de grupúsculos aislados de personas afectadas que se reunían para hablar de sus problemas se convirtió, al cabo de quince años, en una Federación con múltiples proyectos en marcha y comunicación directa con las administraciones. Ya vimos en el relato de María que su gratitud para con SAPAME y el apoyo mutuo y todo lo que le habían aportado la había llevado a asumir cada vez más responsabilidades en el GAM y en su asociación. Susana es la encarnación de este proceso: su agradecimiento, su sensación de deuda y su deseo de devolver la habían llevado a prácticamente poner en pie el movimiento.

Ahora bien, antes de esto, pasó brevemente por una asociación de familiares. Susana no llegó a explicarme detenidamente por qué había rechazado esa asociación y había buscado otras opciones. Sin embargo, dado que lo que le pareció interesante del apoyo mutuo fue poder hablar con otras personas que estaban pasando por lo mismo que ella, parece que la cuestión fue que en la asociación de familiares no pudo identificarse con lxs “padres y madres, padres y madres” que encontró allí. Si recordamos lo comentado en el anterior apartado, es difícil pensar que familiares de personas con diagnóstico, cuya situación es tan diferente a la de las propias personas con sufrimiento psíquico, pudieran brindarle la comprensión que esperaba. Además, yendo más allá, está la cuestión de la representación: en el capítulo de contexto ya comenté que una de las fuerzas motrices del movimiento en primera persona es el deseo de poder representarse a sí mismxs, en lugar de permitir que las asociaciones de familiares hablen por ellxs (Erro, 2021: 109-110).

En este sentido, creo que es iluminador ver lo qué ocurrió en la relación con las asociaciones

184 La esperanza (en inglés “*hope*”) constituye uno de los cinco principios del marco CHIME para la recuperación (Leamy *et al.*, 2011), una de las propuestas conceptuales más ampliamente utilizadas para articular el significado de la recuperación en salud mental. El marco CHIME se llama así por las siglas en inglés de estos cinco principios: *connectedness* (conexión), *hope* (esperanza), *identity* (identidad), *meaning* (significado) y *empowerment* (empoderamiento o, en ocasiones, “fortalecimiento”). Se considera que una recuperación exitosa pasa, en esencia, por la puesta en marcha y progreso de un proceso por el que estos cinco aspectos de la forma de estar en el mundo de la persona diagnosticada cambien, dejando atrás la identidad de enfermxx y retomando la capacidad de agencia y de autodeterminación.

de familiares cuando se conformó el movimiento en primera persona. Susana recordaba con rabia que algunas personas destacadas del movimiento de familiares le habían dicho:

«No, es que tú no tienes un problema de salud mental». ¡Ah! Cuando estoy colgada, babeando y con las gafas de sol puestas para que no se me vea la cara, sí, ¿no? Pero si puedo hablar, si tengo capacidad para poder hablar y para expresarme, ya no soy una persona con problemas de salud mental, ¿no? (Entrevista a Susana, 1 de julio de 2022)

Esta tensión en torno a la posibilidad de que las personas diagnosticadas tuviesen una voz propia la confirmaba Águila Bono, la profesora de la Escuela Andaluza de Salud Pública a la que entrevisté. Ella había apoyado la creación de la Federación “En Primera Persona” desde el Plan Integral de Salud Mental de Andalucía¹⁸⁵ y había trabajado codo con codo durante muchos años con Susana. Decía que “lo que tuvimos aquí fue durísimo, a mí me insultaron en público incluso, por apoyar la constitución del movimiento de usuarios”.

El sentido de esta lucha por la independencia del movimiento en primera persona se reflejaba muy bien en la experiencia de Noelia con el apoyo mutuo. Antes de llegar a SAPAME, había pasado varios años participando en las actividades de una asociación de familiares, pero había acabado por aburrirse. Fue entonces cuando, aprovechando la apertura de los talleres online de SAPAME durante el confinamiento, empezó a participar en esta última asociación. Había tenido reticencias a hacerlo por la ausencia de “monitores especializados”, es decir, de profesionales. Sin embargo, una vez dado el paso, la práctica le había mostrado que “funciona mejor la forma en que lo hacen en SAPAME”, porque las personas con sufrimiento mental “tenemos muchas habilidades”, como por ejemplo la “sensibilidad” y “flexibilidad” a la hora de enseñar de la que hablé al inicio de este capítulo. “Pero claro”, comentaba, “tuve que probar, porque yo al principio decía, «esto no va bien, porque aquí son gente preparada los que nos tienen que liderar». Pero no es cierto, al final es mejor como lo hacen en SAPAME”.

En ningún sitio se le había hecho más evidente este valor del conocimiento en primera persona que en apoyo mutuo. Si hay una palabra que Noelia repite para describir el GAM en el que ha empezado a participar hace relativamente poco, esa es “respeto”. Bajo su punto de vista, esta actitud de parte de lxs integrantes del grupo es lo que define su funcionamiento. Lo comparaba positivamente con el “GAM” al que acudía en la asociación de familiares. Como ya señalé, aquel grupo estaba en realidad coordinado por un psicólogo, y según Noelia, su funcionamiento era mucho más caótico que el del GAM en el que estaba participando en SAPAME: todo el mundo se interrumpía, se infringían las normas más básicas y la mayor parte del esfuerzo se iba en mantener

185 Contaré este proceso en el capítulo relativo al apoyo mutuo individual y el PAM.

el orden. A Noelia eso la ponía “un poco *atacá*, porque digo: que me interesa el tema y no hay forma”. En cambio, desde su punto de vista, en el GAM de SAPAME se compartía la responsabilidad por el buen desarrollo de las sesiones, se le daba prioridad a las personas que se encontraban peor y, sobre todo, se encaraban colectivamente los problemas, intentando crear herramientas comunes para hacerles frente.

Noelia sospechaba que esta diferencia se debía a que, en el grupo de la asociación de familiares, “la gente que interrumpe, que no es la mayoría, que es unos cuantos, va como por obligación de sus familiares, o porque se lo manda el médico, y entonces no les gusta ir, o no están interesados e interrumpen mucho”. En cambio, “en SAPAME vas por tu propia voluntad, nadie te obliga”: la gente va porque quiere, porque consideran que puede ser bueno para su “proceso de recuperación”. Así pues, mientras que en la asociación de familiares las prioridades las marcaban otras personas, en SAPAME se busca que sea la propia persona con sufrimiento psíquico la que decida lo que quiere. Ella misma lo expresaba de manera sumaria: “SAPAME es otra asociación”. Y apoyo mutuo era el espacio donde más se marcaba esa diferencia.

Así pues, el orgullo de Susana por haber construido un movimiento de estas características es comprensible. De hecho, aún consideraba que el mayor reto para el movimiento en primera persona era llegar a ser, sin sombra de dudas, el movimiento de referencia en el ámbito del activismo en salud mental, por encima de las asociaciones de familiares; en sus palabras: “ser la voz del movimiento”¹⁸⁶. Para ello, en su opinión, era necesario construir una confederación en primera persona de ámbito estatal, algo que estuvieron a punto de conseguir hace unos años. Sin embargo, ahora mismo estaba en proceso de alejarse del mismo. Las principales razones que alegaba eran el cansancio y la sensación de estar bloqueando la aparición de nuevas figuras que pudiesen renovar el liderazgo (“muchas veces la sombra que tú creas impide que la luz de los demás se vea”). Sin embargo, como hemos visto en su relato, esta decisión no estaba exenta de ambivalencias para Susana. Su forma de explicar estos impulsos contrarios fue de lo más significativa: comparó al movimiento con un x hijx a quien tenía que dejar que recorriese su propio camino, superando el

186 No obstante, Susana señalaba que “por lo menos hemos conseguido, ya que ellos tienen el altavoz, que hayan hecho suyo nuestro argumentario”. Con ello se refería a que “ya hablan en los términos en los que hablábamos nosotros. Ya hablan desde otro sitio, ya hablan de derechos, ya hablan de... ¿sabes? Por lo menos hemos conseguido eso, que muchos de nuestros postulados los hayan hecho suyos ellos que tienen el altavoz”. En efecto, desde 2016 la Confederación Salud Mental España, que agrupa las asociaciones de familiares a nivel estatal, ha empezado a lanzar una serie de informes anuales sobre el estado de los derechos humanos en salud mental, entre otras publicaciones en la misma línea. Estos informes pueden consultarse en la web de la Confederación, concretamente en la siguiente dirección web: <https://consaludmental.org/centro-de-documentacion/publicaciones-de-salud-mental/informes-derechos-humanos/>

impulso de ayudarlx continuamente para evitar sus tropiezos. Reproduzco una cita extensa por su interés en este sentido:

El movimiento será ahora lo que las personas que están ahora en el movimiento hagan que se lleve a cabo. Que tú dices: ay, algo que hemos creado con tanto mimo, con tanto cuidado, como un hijo tuyo, ¿no? Pero tú no puedes estar ahí siempre, y ahora te preguntan [qué hacer], y ahora... llega un momento en que hay que cortar y hay que decir: chiquillos, andad. Andad y recorred vuestro propio proceso, porque nosotros al fin y al cabo hemos recorrido un proceso. Nosotros no nos lo hemos encontrado hecho: nosotros hemos recorrido un proceso. Y los que están ahora, pues tendrán que andar su propio camino y el movimiento resurgirá, se hundirá, nacerá otra cosa... pero será lo que las personas que están ahí quieran, puedan... y ya está. No hay más. Y claro, pues tú desapegándote, verás, que tienes que desapegarte también de eso, ¿no? Y es como cuando tú tienes un niño chico que va a andar y se va a caer y tú dices, «bueno, que se caiga, porque es que no tiene más narices que caerse y aprender a levantarse». (Entrevista a Susana, 1 de julio de 2022)

Esta comparación es interesante por varios motivos. Por una parte, esta forma de hablar del movimiento nos habla de un sentido casi patrimonial para con el mismo de parte de Susana. Esto sirve para poner en perspectiva sus palabras cuando dice que “quiero soltar ya”: ciertamente, su forma de expresar su relación con el movimiento parece denotar una actitud paternalista y posesiva de la que quizás ella misma es consciente y quiere deshacerse. Desde luego, no todo el mundo en el movimiento estaba de acuerdo con su forma de entender los objetivos que debían plantearse y los métodos que debían seguir, y lo cierto es que esto ha llevado a diversos conflictos en el seno del mismo a lo largo del tiempo.

Pero, en relación con mi análisis, lo más interesante es que estableciese esa comparación entre su vínculo con el movimiento y la maternidad. Este símil revela mucho acerca de cómo Susana interpreta su rol respecto al movimiento: no solo es una líder, una figura destacada con *poder*, sino además una madre, alguien que se siente *responsable* por el *bienestar* de su criatura. La ironía es que, como hemos visto, en el momento de la entrevista, para Susana la maternidad era un problema de cierta relevancia. Su convivencia continuada con su hijo de 27 años suponía un bloqueo en el proceso de separación madre-hijo, lo cual se había convertido en una fuente de malestar y tensiones de las que sentía que no podía hablar con mucha gente. Es decir, en ambos casos, Susana veía cómo la desvinculación no estaba terminando de producirse y señalaba los problemas que esto le estaba acarreado. Sin embargo, los motivos para este estancamiento eran opuestos en cada caso: lo que Susana describe al hablar del movimiento es, en esencia, el síndrome del nido vacío (es decir, la sensación de pérdida de significado de su vida al tener que “dejar volar”

a su “criatura”; Burín, 1996: 72-77); y sin embargo, sus problemas con su hijo vienen de seguir teniendo el nido “lleno”.

Sea como fuere, vemos en este ejemplo cómo Susana interpreta otros ámbitos de su vida desde una perspectiva marcada por su rol como madre. Como vamos a examinar a continuación, esta es una clave fundamental para analizar adecuadamente su forma de entender el apoyo mutuo en la actualidad.

Hablaba antes del efecto decisivo que había tenido el descubrimiento del apoyo mutuo en la trayectoria de Susana, al permitirle romper con el estigma que la hacía sentir que estaba sola, que a nadie más le pasaba lo que a ella. Cuando le pregunté en qué momentos consideraba que era más importante el apoyo mutuo¹⁸⁷, probablemente tuviera en mente esa experiencia suya de años antes al contestar sin asomo de duda que

en los momentos depresivos. Porque tú ahí no ves la luz por ningún lado, y no ves que vayas a salir nunca, no tienes esperanza ninguna. Entonces el conocer a otras personas que han estado en el pozo ahí, y ver que es posible salir y que hay maneras de enfrentarse y de afrontar esa situación, yo creo que ahí es fundamental. (Entrevista a Susana, 1 de julio de 2022)

También vimos al principio del capítulo cómo Susana destacaba del apoyo mutuo la forma en que fomenta la construcción de redes sociales en las vidas de personas muy aisladas, en la línea de lo que hemos visto en el relato de María, por ejemplo.

Sin embargo, cuando le pregunté expresamente por qué el apoyo mutuo es importante en los procesos de recuperación de *las personas con problemas de salud mental*, me llamó la atención que su contestación fue un poco diferente. Tras un breve silencio, me respondió con una serie de preguntas irónicas: “¿Que por qué es importante el apoyo mutuo en los problemas de salud mental? ¿Es importante el apoyo mutuo en cualquier dificultad y en cualquier ámbito de la vida? Es que es como que cae por su propio peso, ¿no?”. Esta respuesta refleja la perspectiva que está adquiriendo Susana casi veinte años después de conocer el apoyo mutuo, y especialmente desde que se está desvinculando poco a poco del campo del asociacionismo en salud mental. Se trata de un intento de subrayar, no tanto lo que es específico del apoyo mutuo en salud mental, sino lo que es relevante del apoyo mutuo en la vida humana en general... y, como veremos, en la vida de las mujeres en particular.

187 Esta pregunta la inspiró nuevamente el comentario de Miguel sobre que las personas suelen ir al GAM cuando están “*entreveraos*”.

Esta forma de verlo, en mi opinión, responde a la particular situación en la que se encontraba Susana en el momento de la entrevista. Como he ido mostrando a lo largo de todo este análisis, Susana no tenía ya su mente puesta en el mundo de la salud mental. De hecho, su fuerte implicación durante tanto tiempo en el activismo en ese campo le había llegado a generar un malestar intenso y por eso, entre otras cosas, se estaba desvinculando. En aquel momento de su vida, no parecía que sus principales problemas tuvieran que ver ya con ese malestar desatado hace décadas que tanta vergüenza y tanta culpa le había generado y que tanto la había condicionado en aquella época.

Sin embargo, el impacto que el apoyo mutuo había tenido en su vida era tan intenso, y lo que había aprendido a través de él era tan importante para ella, que su forma de ver el mundo ya estaba atravesada por esa perspectiva. En cierto modo, el punto de vista que propone, según el cual el apoyo mutuo es algo que permea todos los ámbitos de la vida humana, es una forma de “reciclar” las enseñanzas obtenidas en el apoyo mutuo en salud mental para su uso en su vida futura, que ella imagina alejada del activismo. Por lo tanto, veía apoyo mutuo en muchas de sus interacciones cotidianas (hablar con alguien en un spa o en un banco) y lo consideraba la base de la respuesta humana a “cualquier dificultad [en] cualquier ámbito de la vida”. De esta forma, Susana podía sentir que seguía participando del apoyo mutuo aun cuando se alejase del mundo del asociacionismo en salud mental: “sigo haciendo de pastora en la calle, no lo puedo evitar”.

Esto puede verse como el resultado de un proceso de reconfiguración de su percepción de la realidad social; yo diría que su participación en el apoyo mutuo tuvo un efecto de *subjetivación política*. De tener un punto de vista individualista y biologicista, Susana pasó a pensar que los malestares eran algo socialmente constituido y, correlativamente, pasó a entender el apoyo recíproco entre las personas como parte del tejido mismo de la sociedad. En este sentido, la experiencia de Susana refleja lo que Christel Keller Garganté afirma a partir de su trabajo de campo con ActivaMent en Cataluña:

Las entidades en primera persona en salud mental ponen en jaque el sujeto capitalista autosuficiente, haciendo evidente la necesidad de sostén emocional como algo inherentemente humano [...] y conforman una respuesta comunitaria, basada en lazos de compromiso y corresponsabilidad, de acuerdo con los principios de la [Economía Feminista] de vulnerabilidad universal e interdependencia. (2022a: 19)

No obstante, esta perspectiva “universalista” de Susana sobre el apoyo mutuo no era plenamente tal. Un hecho llamativo es que todos los ejemplos que puso de cómo estaba ejerciendo el apoyo mutuo en su vida más allá del ámbito de la salud mental se daban en interacciones con mujeres. De hecho, el campo más importante en el que estaba aplicando las lecciones del apoyo

mutuo era el de la maternidad. No parece casual que fuera justo después de decirme que la importancia del apoyo mutuo “en cualquier ámbito de la vida [...] cae por su propio peso” cuando me habló de esta cuestión. Me dijo que, ante las dificultades que le estaba suponiendo la situación con su hijo menor, había empezado a encontrar a otras mujeres con vivencias similares, con las que podía hablar del tema y pensar sobre su situación común para así darles validez a estas experiencias: “si tú no visibilizas esas cosas, esas cosas no existen. Si no las hablas... lo que no se dice, no existe”. Así, estaba usando esos encuentros con otras “mujeres que sienten, padecen, y sufren por lo mismo que tienes tú” para superar el estigma de ser una “mala madre”, de manera similar a como había usado los encuentros del GAM para superar el estigma por ser una “enferma mental”. De este modo, vemos en la experiencia de Susana un reflejo de esa capacidad que comparten los GAMs y los grupos de autoconciencia feminista de conectar lo personal con lo político, la experiencia individual con las circunstancias sociales (Guzmán Martínez *et al.*, 2021: 9-11)

En este sentido, a esas alturas de su vida, Susana veía el apoyo mutuo como algo más ligado a la identidad femenina que al hecho de tener un diagnóstico de salud mental: “entiendo que el apoyo entre iguales es una cosa que las mujeres llevamos practicando desde los comienzos de la eternidad, ¿no? Eso es una cosa de mujeres”. Al fin y al cabo, me decía, lo importante del apoyo mutuo es que “se comparte entre iguales, y yo tengo los problemas que tengo”. Susana ha desarrollado una fuerte conciencia feminista, y por tanto identifica claramente la necesidad de apoyo entre las mujeres para hacer frente a los distintos tipos de problemas que pueden enfrentar por su posición subordinada en una sociedad patriarcal. Como veremos al hablar sobre la experiencia de Alicia con apoyo mutuo, Susana se basa en esta idea para apoyar la creación de GAMs no mixtos de mujeres, de modo que se puedan comentar ciertos temas que quizás son más difíciles de compartir en un espacio mixto.

Pero yo me pregunto: ¿qué hay en el apoyo mutuo que lo hace una “cosa de mujeres”? Parecería, por lo que dice, que es el hecho de que las mujeres se apoyen entre sí: su capacidad para identificar(se en) las necesidades de otras y llenarlas; en otras palabras, su capacidad para *cuidarse* entre ellas. Creo que es en este punto donde su símil entre la maternidad y su liderazgo en el movimiento en primera persona se torna relevante. Esta forma de presentarse es una expresión explícita de que Susana ha *maternizado su rol* como líder del movimiento (Delgado Sánchez, Távora Rivero y Ortiz Gómez, 2003). La maternización de su rol implica la interpretación del mismo según los códigos de lo que significa ser una “buena madre” (lo cual, a través del ideal maternal, se identifica con ser una “buena mujer”; Burín, 1996). Ser una buena activista sería entonces ser una buena cuidadora, una buena “pastora”, por usar sus términos, que atiende y ayuda

a su(s) criatura(s)¹⁸⁸. Sin embargo, en la forma de plantearlo de Susana, aparece un dilema: tal como ella señala, la buena madre debe ser capaz de todo ello al tiempo que da a su hijx la independencia que necesita para desarrollarse por su cuenta. Esto es lo que le está resultando difícil, y precisamente es en torno al apoyo mutuo como está negociando ese proceso de desvinculación (o de construcción de una nueva vinculación) con el movimiento.

Y es que a pesar de su convicción de que debe dejar espacio para que otras personas adquieran protagonismo y desarrollen las habilidades necesarias para liderar un movimiento de estas características, al mismo tiempo Susana siente una obligación de utilizar sus propias habilidades para ayudar a esas nuevas figuras en su proceso. No es fácil alejarse de algo que ha formado parte de su identidad y le ha dado satisfacciones durante tanto tiempo; Susana aún quiere sentirse imprescindible, como lo es una madre para su criatura, aunque sea en otra función. Por ello, Susana se está planteando asumir la facilitación de un GAM. Explica esta posibilidad señalando que las competencias necesarias para facilitar adecuadamente un GAM se adquieren en buena medida a través del ejemplo: es necesario tener “referentes y modelos en los que fijarte”. Que ella facilitase un GAM sería entonces una manera de transmitir sus conocimientos en ese ámbito a quienes ahora tienen que enfrentarse a esa tarea y, tal como ella lo ve, no tienen de quién aprender.

Este dilema nos habla de las dos caras indisolubles de ese vínculo que ata a Susana al movimiento y al apoyo mutuo. Por una parte, es evidente que ella obtiene una gran satisfacción al ejercer un rol de “referente”, al igual que le ocurre por fuera del movimiento, donde afirma que no puede evitar ser “pastora” de multitud de mujeres con las que se cruza. Desde este punto de vista, el apoyo mutuo la llena y la satisface porque le permite ejercer un rol en el que se la reconoce por cuidar: es su capacidad de escuchar y de proporcionar bienestar lo que la coloca en un lugar de relevancia. Esta forma de presentar la cuestión tiene además la ventaja de poner en un segundo plano la cuestión del poder: Susana seguiría ejerciendo un rol importante en el movimiento sin necesidad de tener un cargo. De este modo, presenta como central su dominio del *poder de los afectos*, tradicionalmente asignado a las mujeres, mientras que su posición de *poder racional o instrumental*, “propio” de los hombres, no parecería tan importante (Burín, 1996: 70-74). Esto la inmunizaría contra cualquier acusación de estar actuando guiada por esa emoción vedada a las mujeres en un sistema patriarcal: la ambición (Delgado Sánchez, Távora Rivero y Ortiz Gómez, 2003: 604-606). Ser un “referente” en apoyo mutuo es, por tanto, la forma perfecta de seguir siendo imprescindible: le permite seguir obteniendo satisfacción tanto del hecho de cuidar como de la

188 Debo recordar en este punto que también Angustias, por entonces presidenta de SAPAME, explicó su celo a la hora de asegurarse de que mis entrevistadxs entendían que eran libres de no participar en mi tesis y que mi proyecto era independiente de la asociación diciéndole a Pepe: “es que soy vuestra madre”.

admiración que tienen por sus conocimientos en el movimiento sin vincularse a los cargos de responsabilidad en el mismo.

Pero, por otra parte, Susana también se siente atada a ese movimiento que es “como un hijo” por el peso de la responsabilidad, que constituye el reverso de su orgullo por ser un “referente”. Esta es otra consecuencia de haber construido su relación con el movimiento desde una concepción maternal: al situarse como imprescindible para el buen funcionamiento del movimiento, queda atada a él, ya que se le exige su sacrificio personal en aras del avance del movimiento y del bienestar de sus iguales. La “deuda” que aún siente que tiene por todo lo recibido y que la empuja a seguir “devolviendo” se basa en su sentimiento de culpa, el cual se debe a que está priorizando sus necesidades personales de dar un paso atrás en su implicación por encima de las necesidades del asociacionismo en primera persona. Este es el mayor pecado que puede cometer una madre y, por tanto, la mayor transgresión que puede cometer una mujer: priorizarse a sí misma (Delgado Sánchez, Távora Rivero y Ortiz Gómez, 2003: 593-594; Gilligan, 1982/1993: 73-105).

Así pues, Susana está claramente atravesada por un complejo conflicto entre sus deseos y los ideales de la feminidad normativa. Su conciencia feminista la lleva a señalar las injusticias que enfrentan las mujeres en una sociedad patriarcal, pero al mismo tiempo su concepción del apoyo mutuo como una “cosa de mujeres” delata una idealización de la capacidad de cuidar que la hace vulnerable a las exigencias internas y externas de ejercer esa capacidad, de maternar. Irónicamente, mientras que en la relación con su hijo identifica con facilidad los conflictos y la necesidad de cuestionar las exigencias patriarcales, en su relación con el movimiento en primera persona es ella misma la que emplea los marcos maternos para explicar el vínculo, proyectando así esas exigencias a este ámbito.

Susana negocia la inextricable mezcla de responsabilidad y poder, de culpa y gozo, que marca esta relación a través del apoyo mutuo. Por un lado, concibiéndolo como algo que va más allá del mundo de la salud mental (abriendo así la posibilidad de seguir practicándolo más allá del movimiento); por otro, situándose como un posible “referente” para la próxima generación de activistas (creando una nueva forma de vincularse con el movimiento con la que se sienta más cómoda). Apoyo mutuo es todas estas cosas para Susana: algo universal y femenino; algo imprescindible en salud mental pero también en cualquier otro ámbito; una fuente de bienestar y de quebraderos de cabeza. Y todo ello está mediado por símiles y metáforas relacionadas con la feminidad y la maternidad.

“Vamos a hablar de películas, que no sean siempre problemas”: José Carlos y el GAM como espacio de socialización y comodidad

Ya vimos en el anterior capítulo que José Carlos se compara mucho con otras personas a su alrededor. Hablé entonces de los efectos de esta forma de compararse con miembros de su familia, pero sus complejos van más allá. Me dijo que tenía “problemas para relacionarse” como resultado de su autismo leve, y lo explicó señalando que

si entro en un grupo de personas y se ponen a hablar, yo qué sé, por ejemplo, de páginas de internet, de cualquier cosa, pues... ¿qué pinto yo aquí, si yo no sé *na*? ¿Si yo no sé *na* de eso, qué...? Te sientes un poco... fuera de lugar. (Entrevista a José Carlos, 25 de mayo de 2021)

Cuando le pregunté si tenía algún círculo de amistades, negó con la cabeza. Su hermana, cuatro años más joven que él, alguna vez lo ha invitado a unirse a una comida con sus amigos, pero siempre ha declinado la invitación: “Digo, ¿pero qué pinto yo? Si no los conozco de *na*. Si fuera alguna actividad en concreto, pues sí, pero para ir a comer y que se pongan a hablar de cosas que no entiendo ni *na* de eso, pues no le veo mucho sentido”. Le dije que se estaba subestimando, que seguro que tenía que haber cosas de las que sí entendiera; “sí, alguna habrá”, contestó, con una sonrisa lacónica en la cara.

En general, me dice, prefiere quedar para realizar actividades concretas, como hacer deporte o ir a la playa. Usando un término que él nunca emplearía, me atrevo a decir que le espantan las situaciones *logocéntricas*, en las que el lenguaje es el eje de la interacción. Recordaba, por ejemplo, que una vez le había gustado una mujer, y que había intentado simplemente acompañarla “a la parada de autobús, pero por el camino, ¿qué? O sea, te mira como diciendo: «cuéntame algo, dime algo, lo que sea». Sí, es difícil”. De hecho, apenas un par de semanas antes de la entrevista, los dos habíamos participado en un taller de biodanza y, en efecto, había podido comprobar que José Carlos se desenvolvía mucho mejor si no era necesario hablar. Durante un ejercicio en que teníamos que bailar en espejo, imitando cada uno los movimientos del otro, hubo un momento casi mágico de conexión. Él comenzó a hacer movimientos muy sencillos y elegantes, y para mí fue precioso seguir las pautas que él marcaba. Quizás ayudase el hecho de que soy muy aficionado a bailar y, como estábamos aún en el segundo Estado de Alarma, llevaba tiempo sin poder hacerlo con gente, pero el caso es que me emocioné.

El contraste con las sensaciones durante nuestra entrevista no pudo ser más marcado. Lo cierto es que estuve algo incómodo, quizás porque su forma de presentarse a sí mismo, física y retóricamente, le hacía parecer algo indefenso. A menudo sus respuestas no pasaban de las cinco o seis palabras. Me preocupaba ser invasivo, pero me daba cuenta al mismo tiempo de que él no se estaba sintiendo invadido. Contestaba de forma escueta, pero no evasiva: no parecía que estuviese

esquivando las preguntas, solo que no se le ocurría qué más decir. Así pues, pude vivir en primera persona las incomodidades con el uso de la palabra de las que me habló. Y sin embargo, considera que el GAM, un espacio eminentemente logocéntrico, es el más importante de aquellos en los que participa en SAPAME. Cuando le pregunté qué sentía que le aportaba esta práctica, su respuesta fue la siguiente:

pues al hablar de lo que te ocurre, pues te sientes mejor... no lo sé, cómo explicarlo... cosas buenas que te pasan, cosas malas que te preocupan. O a lo mejor, si alguien tiene un problema, pues tú le das tu punto de vista, también. Y más o menos, entre todos, pues... ahí está, si tú cuentas algo, ellos te dan su punto de vista también. Está bien. (Entrevista a José Carlos, 25 de mayo de 2021)

Llama la atención que destaque entre los aspectos positivos de apoyo mutuo el “hablar de lo que te ocurre” y el “dar tu punto de vista”, justamente el tipo de cosas que lo harían sentir “fuera de lugar” en otras situaciones. Creo que la clave para entender este aparente contrasentido está en examinar los motivos que lo hacen sentirse incómodo al hablar. Recordemos que, al explicar por qué elude las situaciones sociales en las que la palabra es el centro de la interacción, menciona siempre el hecho de que se hable de “cosas que no entiendo”; y pensemos también en esa tendencia a compararse con lxs demás que él mismo reconocía al reflexionar sobre el consejo que le dio Pepe de no compararse con nadie. Lo que José Carlos siente es miedo a encontrarse en una situación en la que se espere de él que aporte un conocimiento que él piensa que le falta; teme encontrarse rodeado de personas que “saben de lo que hablan”, cuando él “no sabe nada”. Un temor que se expresa, de nuevo, de un modo profundamente masculino: teme “no dar la talla” y ser despreciado por ello, al no poder competir, como debe hacer todo hombre (Bonino, 2000: 48).

Sin embargo, el GAM no es ese tipo de espacio. Por una parte, en el GAM los temas a tratar son, en principio, personales, por lo que no hay nada que “saber”, ningún conocimiento técnico que haya que dominar para poder participar. Al no sentir esa presión, el GAM no le resulta intimidante, como sí se lo parecen situaciones tan cotidianas como una comida de amigxs o un paseo a solas con una mujer que le gusta, donde la mera posibilidad de que surja un tema que no conoce lo paraliza. Por otra parte, como anuncié al principio del capítulo, él mismo enunció la otra característica del GAM que le hace sentir cómodo: el hecho de que el resto de integrantes del grupo “también tienen sus problemas”, lo cual le otorga “más familiaridad” al espacio. Para alguien que, según sus propias palabras, se compara en exceso con las personas a su alrededor y se siente acomplejado por esas comparaciones, tener la certeza de que quienes lo rodean en un determinado momento son “sus iguales”, que tienen las mismas dificultades que él, es un importante bálsamo: no hay ninguna posibilidad de humillación, de que se revele la inferioridad que él asume respecto a lxs demás,

porque todo el mundo “tiene sus problemas”. Como diría Miguel: “aquí estás más abierto, porque el que más, el que menos, tiene una pestaña rota”.

De este modo, parece estar descubriendo la posibilidad de “hablar de lo que te ocurre” dentro de un espacio horizontal. Y es que, de nuevo, para alguien que se acerca a la mayor parte de interacciones desde el acomplejamiento, el espacio intrínsecamente jerarquizado de la consulta puede no ser el ideal para abrirse y compartir sus preocupaciones y dolores. Esto es lo que, en mi opinión, traslucen sus palabras de indignación ante el enfado de su psiquiatra relatado en el anterior capítulo: “tú puedes ser muy inteligente de una carrera, pero yo puedo pensar de forma diferente a ti”. En un momento en que él estaba hablando sobre su madre recientemente fallecida, expresando su admiración por lo que él entendía que era una de sus virtudes, la reacción de su psiquiatra (que José Carlos solo describe como que “le sentó muy mal” lo que él había dicho¹⁸⁹) activó estos complejos en José Carlos, que parece que no se sintió respetado y se sintió cuestionado como interlocutor válido por no tener estudios superiores.

Que no ocurran cosas así en el GAM es justamente lo que parece que José Carlos valora de él, lo que hace que se sienta cómodo y comprendido en ese espacio. Así, para él, el sentido del apoyo mutuo está estructurado, ante todo, en torno a esta aceptación y comodidad. Es muy clarificador en este sentido examinar su opinión sobre los cambios acontecidos en el GAM con la pandemia. Al preguntarle si el grupo seguía funcionando igual que cuando él entró, negó categóricamente: “No, ha habido muchas personas que no vienen ya. Por el Covid, o no lo sé, o que se encontraran mejor... era mucho más amplio al principio”. Yo le pregunté entonces si pensaba que funcionaba mejor antes o ahora. Yo sabía que la opinión generalizada, tal como expuse en el capítulo sobre los efectos de la pandemia, era que el grupo estaba funcionando peor: que esa pérdida de personas y la distancia generada por lo online habían obstaculizado el desarrollo del grupo, y que esto estaba provocando que las sesiones fueran menos dinámicas¹⁹⁰.

Por el contrario, José Carlos me expresó (aunque no sin dudas) que, en su opinión, los cambios acontecidos en el grupo habían sido positivos:

ahora pues... no sé, al estar menos, pues tenemos más tiempo de expresarse y tal. Y al ser por Zoom también, pues yo qué sé. Como más controlado. Que antes, como era todo presencial, pues a lo mejor uno se ponía a hablar al lado del otro y se perdía más tiempo y eso. (Entrevista a José Carlos, 25 de mayo de 2021)

189 Ya señalé en su momento que esta reacción de la psiquiatra podría tener que ver con la idea que expresó José Carlos de que era el deber de su madre cuidar a su padre a pesar de que la hubiera maltratado.

190 Como vimos al hablar de la perspectiva de María sobre apoyo mutuo, ella, como voluntaria que ayudaba en la facilitación del GAM, compartía esta opinión mayoritaria.

Es decir, frente a la sensación mayoritaria de que perder participantes era una mala señal y de que Zoom introducía distorsiones, José Carlos veía los aspectos positivos de estos cambios. En primer lugar, porque permitían que las personas pudiesen desarrollar sus aportaciones y expresarse con más libertad, sin constricciones de tiempo; y en segundo lugar porque entrañaban un mayor orden y control. Para una persona que, en general, tiene dificultades para expresarse mediante la palabra, es probable que estas dos características le facilitasen tanto animarse a hablar como desarrollar lo que estuviese diciendo.

Esta forma suya de entender el GAM de SAPAME y su participación en él se hace aún más evidente cuando le pregunto por las formaciones sobre apoyo mutuo que se estaban impartiendo en ese momento entre personas de la asociación. Sobre la idea de ser agente de apoyo mutuo y estudiar el curso Peer2Peer, me dijo que ni se lo planteaba. Cuando le pregunté por qué, me contestó: “no lo sé, por mi condición, uf... pues no sé... a ver, es que al ser grupal, es más fácil, pero de persona en persona... no sé cómo podría yo darlo a otra persona”. La responsabilidad adicional que implicaría ser quien llevase la iniciativa, la voz cantante, le parece incompatible con su “condición”, con sus dificultades con la palabra, especialmente cuando siente que se espera algo en concreto de él. Así, a pesar de que suele ser alérgico a los grupos, en este caso, en cambio, el carácter grupal del apoyo mutuo diluye la responsabilidad y le hace estar más cómodo.

Cambié entonces de pregunta: el apoyo mutuo individual quedaba descartado, pero ¿y la idea de convertirse en facilitador de un GAM, qué le parecía? De nuevo la respuesta fue rotunda: “No, no. La persona que lleva el grupo creo que lo lleva bien”. Entonces, añadió un detalle de lo más significativo: “No sé, a lo mejor algún día nos atascamos un poco, pues saco... digo, pues vamos a hablar de, yo qué sé, vamos a hablar de películas. Que no sean siempre problemas”. Recordé que, en las Tertulias Sapameras por Zoom, durante el confinamiento, José Carlos había demostrado ser un gran aficionado al cine, haciendo recomendaciones de películas muy diversas. Pero justamente esta palabra, “tertulia”, es una de las que se usan en las guías sobre GAMs para indicar lo que se debe *evitar* en su desarrollo. La guía elaborada por miembros de ActivaMent, por ejemplo, advierte que “un GAM no es un espacio lúdico. A pesar de que podemos tener momentos distendidos y nos sirva para socializar, su función no es distraernos” (Sampietro y Sicilia Matas, 2019: 16).

El que a José Carlos no le preocupe que la conversación derive hacia este formato de tertulia, de mera conversación sin necesidad de hablar sobre los “problemas” que, en teoría, se reúnen para abordar, es la indicación más clara de qué representa para él el GAM. Desde luego, valora la posibilidad de compartir cómo se siente ante un grupo de iguales y que ellxs le den sus puntos de vista; pero lo esencial, para él, es que es un espacio de comodidad, donde no se siente

juzgado o evaluado, donde no necesita compararse constantemente con quienes lo rodean. Participar en un espacio de estas características le sirve ante todo para socializar en unas condiciones que le cuesta mucho encontrar en la mayoría de situaciones sociales. Quizás esto no encaje con los cánones de qué debe ser un GAM, pero por eso mismo él no está interesado en formarse sobre apoyo mutuo. A él no le importa que el GAM se desarrolle de acuerdo con unas normas o unas indicaciones o, por el contrario, se las salte; lo que quiere es simplemente poder participar de un grupo del que se siente parte legítima, independientemente de su “condición” (e, incluso, precisamente *por* su condición). Su participación, aunque sea saliéndose de los temas estrictamente propios de estos grupos, es lo único que quiere aportar y es lo único que se le exige.

Esta forma de ver y de vivir el apoyo mutuo me sirve para recordar las palabras de la agente de apoyo mutuo citadas en la introducción a la sección de análisis. José Carlos es un ejemplo claro de ese tipo de participante en un GAM para quien el mero hecho de estar en ese espacio resulta satisfactorio, aunque no necesariamente se trabaje a fondo sobre sus malestares o los del resto de integrantes del grupo. José Carlos, recordemos, apenas se relaciona con nadie más allá de sus hermanxs, su sobrina y lxs socixs de SAPAME (especialmente Pepe, con quien tiene una amistad algo más profunda). Las relaciones humanas se le presentan en general como hostiles: se encuentra fuera de su elemento cuando tiene que hablar y cargar con el peso de una conversación, y más si las personas son desconocidas. Se siente intimidado por los temas de conversación más cotidianos, porque piensa que no va a tener nada que aportar. Su necesidad de compararse con lxs demás le ha llevado a inhibirse de casi todas las formas de interacción.

Frente a esto, el GAM es un espacio donde puede estar tranquilo y cómodo, ya que identifica al resto de participantes como sus iguales. Eso es lo que realmente necesita del grupo: un lugar donde no compararse con nadie y poder hablar de lo que sea, sean las dificultades a las que se enfrentan o la última película que le ha gustado. Cumplir ciertas normas ideales sobre el funcionamiento interno de los GAMs es menos importante para él que tener ese oasis de socialización de bajo riesgo. Para José Carlos, en resumen, el apoyo mutuo no es fundamentalmente una técnica específica que le ayuda a sobrellevar su malestar, sino más bien un mecanismo compensatorio que llena un importante vacío en su vida social. La capacidad de SAPAME de proveer de este tipo de espacio a sus socixs es una de sus señas de identidad como asociación, y por tanto esta actitud no es rara entre lxs participantes en los GAMs que organizan, lo cual, como vimos, condiciona el desarrollo de los grupos, haciendo que se adapten más a las necesidades de este tipo de participante.

“Yo veo cómo a compañeras se las calla”: Alicia y el machismo en los GAMs

Mi entrevista con Alicia fue significativa no ya solo por lo que me dijo, sino sobre todo por los silencios que se produjeron por su parte. Como señalé en el anterior capítulo, cuando le pregunté sobre sus relaciones familiares me pidió que cambiásemos de tema. También omitió, al principio, toda referencia a experiencias negativas con profesionales de la salud mental, presentando un relato idealizado en el que sus psiquiatras y psicólogos la habían ayudado en su “proceso de autoconocimiento” y no se habían producido conflictos más allá de “algún roce con algún profesional, son cosas normales”. Sin embargo, cuando le pregunté por sus primeros contactos con los servicios de salud mental, recordó que a los 17 años había sido ingresada en agudos tras un brote psicótico y había sido sometida a una contención mecánica. De pronto ese momento se presentó como un evento traumático: lo describió como

un proceso muy, muy, muy feo, realmente el peor de mi vida, lo recuerdo muy mal. Allí los profesionales carecen de humanidad. Yo pasé por una contención mecánica, sé lo que es, es muy duro. Entonces pienso que no puedes atar a una cama a una niña de 17 años, es algo muy *heavy*. Y bueno, que el sistema debería de cambiar. (Entrevista a Alicia, 8 de julio de 2022)

Así pues, no fue del todo sorprendente que durante la entrevista hubiese también silencios en torno al apoyo mutuo. En parte, creo que esto se debió a que, según me dijo hacia el final de nuestra conversación, Alicia deseaba alejarse del mundo de la salud mental. Estábamos hablando de sus relaciones de amistad y señaló que no eran muchas, quizás porque, tal como se describe a sí misma, es una persona muy “selectiva”. O quizás, añadió, lo que pasaba era que “no me muevo en los ámbitos apropiados”. Lo que quería decir era que estaba cansada de relacionarse solo con personas del ámbito de la salud mental. En parte por “estigma”, en parte por miedo a empeorar ella al tratar con personas con diagnóstico y en parte simplemente porque necesitaba otro tipo de retos, Alicia quería ir más allá de su espacio de seguridad en SAPAME y conocer a personas “en otros ámbitos, otras circunstancias, otras cosas afines a mí”. Después de haber llegado a formar parte, hace unos años, de la Junta Directiva, ahora afirmaba estar algo más distanciada de la asociación, y estaba centrada en sus estudios: estaba aprendiendo idiomas e iba a empezar una carrera universitaria.

Pero hubo otra cuestión que causó de forma aún más directa los silencios de Alicia en torno a apoyo mutuo. Había un conflicto relacionado con su GAM que la incomodaba profundamente y que, durante casi toda la entrevista, fue esquivando, pidiéndome que cambiásemos de tema cuando hablábamos de su relación con el grupo en la actualidad (cosa que hice sin problema). Cuando hablábamos del pasado, en cambio, ella se mostraba entusiasta: decía que desde que había empezado a participar en el GAM, este había tenido “muchísima importancia, puesto que era un

espacio donde me sentía muy identificada con el resto de compañeros y compañeras”. De hecho, en comparación con otros talleres, “apoyo mutuo era muy importante para mí puesto que era algo confidencial”, lo que la llevaba a “depositar” más de sí misma en el grupo. En este sentido, mientras que el resto de talleres en los que había participado en SAPAME “eran como más abiertos” y le servían más como forma de “evasión” y entretenimiento, apoyo mutuo era algo más “comprometido” e íntimo. Además, en un eco casi exacto de las palabras de Susana, destacó que el GAM le había servido “para darme cuenta de que hay gente con dificultades, al igual que tú”.

Ya desde un principio, no obstante, Alicia subrayaba los cambios que se habían producido desde aquellos tiempos en que había empezado a acudir. Por ejemplo, a la hora de describir lo que le gustaba de apoyo mutuo en sus inicios, cuando estuvo participando de manera más continuada, incidía en ciertos detalles que ya permitían intuir qué era lo que echaba de menos y, por tanto, dónde ubicaba ella el problema en la actualidad:

Antes se hacía en una sala y de una manera muy democrática, puesto que había un palo en medio y alguien lo cogía y decía «bueno, pues yo ahora hablo, es mi turno», y tenía el palo. Entonces cuando decía de dejarlo, realmente es cuando paraba de hablar, y nos dábamos unos tiempos y unos espacios y... había gente que lo moderaba, pero de una manera muy igualitaria. (Entrevista a Alicia, 8 de julio de 2022)

Este período de participación más intensiva duró en torno a dos años; después, según me dijo, comenzó a sentirse incómoda por la presencia de ciertas personas, por lo que se distanció durante un tiempo del grupo.

Tiempo después volvería a entrar en la dinámica del GAM, pero una vez más, en tiempos recientes, había vuelto a disminuir la frecuencia de su asistencia, a raíz de ese misterioso conflicto que, en principio, no quiso nombrar. Curiosamente, fue al sacar el tema específico de mi tesis y preguntarle por la influencia del género en el desarrollo de su GAM cuando al fin ella, diría que llevada por el enfado, explicó en qué consistía el problema. Sí, claro que influía, y la influencia era “muy negativa, ya te lo digo de primeras”. Consideraba que

aquí en SAPAME yo creo que hay mucho que trabajar en cuanto a perspectiva de género, la verdad es que... tela, ¿eh? Porque apoyo mutuo realmente lo lleva un hombre... [pausa significativa] un hombre precisamente ahí con autoridad, como con ambición de poder, que lleva mucho tiempo ejerciendo de moderador, entonces de ahí no sale. (Entrevista a Alicia, 8 de julio de 2022)

La actitud de este facilitador, en su opinión, no solo dejaba que desear a nivel “democrático” (“lo considero autoritario. Entonces yo con las cosas autoritarias, no”), sino que además tenía un claro

sesgo de género: “Yo veo cómo a compañeras se las calla, o se dicen comentarios [machistas]”. Sin embargo, afirmaba que se sentía sola a la hora de confrontarlo: “si solamente soy una persona la que va en contra de esto, pues la unión hace la fuerza, ¿no? Entonces pues uno se queda fuera”.

Yo sabía que el GAM en el que Alicia participaba era el que facilitaba Miguel, y ya había oído hablar a varias personas de la asociación sobre la complicada situación, desde el punto de vista de las relaciones de género, que se vivía en el seno del mismo. De hecho, cuando entrevisté a Miguel, él reconoció, sin necesidad de que yo le preguntase al respecto, que “las chicas en general tienden a irse al otro grupo”. Cuando enumeró a las personas participantes en el GAM en aquel momento, apenas dos eran mujeres, y Alicia, que era una de ellas, no asistía con mucha regularidad. Naturalmente, él no consideraba que el problema fuese su facilitación. Al principio, atribuyó ese fenómeno a una cuestión de intereses, pero finalmente concedió que había un problema con las actitudes de los participantes:

No es que las echemos ni nada. Será por lo que se hable, o porque se sientan más cómodas... Al final se dan esas dinámicas de hablar de unas cosas u otras. También quizás porque hay tendencias machistas en algunos hombres. Nada, comentarios así... yo intento canalizarlo, pero es difícil, porque una vez que se dice ya no... y no se sienten cómodas, y se enfadan y se van. (Entrevista a Alicia, 8 de julio de 2022)

En este punto tengo que decir que, cuando hablé con Susana (que, recordemos, no es socia de SAPAME, sino de otra asociación de la Federación) sobre los distintos tipos de problemas que podían dificultar el funcionamiento de los GAMs, nombró precisamente esta dinámica: “eso nos ha pasado con hombres: que se cree un *coleguismo* entre los tíos, ¿no? Eso nos ha pasado, hay como un *colegueíllo* ahí... y ha espantado a las mujeres del grupo, se han quedado grupos de hombres”. Es decir, no parece que esto haya sido algo exclusivo de este GAM. La aparente incapacidad de Miguel para frenar esta situación no me sorprendió demasiado. Durante el tiempo en que lo conocí, demostró tener buenas intenciones respecto a la búsqueda de la igualdad de género en el seno de la asociación; al fin y al cabo, si no hubiera sido por su apoyo como presidente, no habría podido llevar a cabo los talleres sobre masculinidades ni mi trabajo de campo. Pero, al mismo tiempo, tendía a usar el humor para deslizar comentarios ambiguos, que podían interpretarse fácilmente como antifeministas.

Es más, durante nuestra entrevista, no escondió que le desagradaba el hecho de que la facilitadora que gestionaba el GAM antes que él insistiera en el uso de lenguaje inclusivo en el grupo: consideraba que su estilo no era muy “constructivo” porque “había que estar con el las/los... era muy... que no lo veo mal tampoco, pero bueno, tú vas a contar tu vida, no tengo que decir «niño/niña», pensaba yo. Tuve más de una con ella. Pero en fin, cada uno tiene su ideología”. Así

pues, y aunque él afirmaba que una de sus prioridades como facilitador era que se mantuviese el respeto y “la gente no se tire a la cabeza unos con otros”, a juzgar por los resultados, cabe preguntarse cómo ponderaba Miguel lo que se consideraba una agresión y lo que no. Alicia, desde luego, consideraba que él formaba más parte del problema que de la solución.

Ante estas situaciones de exclusión subrepticia de las mujeres de algunos grupos, Susana me contó que había surgido la posibilidad de crear GAMs no mixtos de mujeres. Ella, como cabe suponer por lo que hemos visto de su forma de entender el apoyo mutuo, veía con buenos ojos esta idea. Por una parte porque, tal como le había pasado a ella con la maternidad, por ejemplo, la identificación con las compañeras podía facilitar que se compartieran ciertas experiencias¹⁹¹; por otra porque esto evitaría discusiones o réplicas por parte de algunos hombres (“que no me tenga que pelear con el tío que está al lado que no lo acaba de entender, porque también es muy cansado eso”), precisamente el tipo de comentarios que hizo Miguel alguna vez en mi presencia. No obstante, la idea no había salido adelante, porque “aquí entramos ahora con que los hombres se sienten muy discriminados, y yo de verdad... [resoplo exasperado] qué aburrimiento”.

Desde luego, esta idea no es exclusiva del movimiento en primera persona en Andalucía. De hecho, hay experiencias con GAMs no mixtos de mujeres en otros puntos del Estado español: además de InsPiradas, en Madrid, en los últimos años han surgido propuestas similares en lugares como Cataluña, con los GAMs de mujeres de ActivaMent¹⁹² o el *Grup de Dones* (grupo de mujeres) de Radio Nikosia¹⁹³, o Valencia, donde en 2019 se puso en marcha un GAM de mujeres con la

191 También la agente de apoyo mutuo a la que entrevisté estaba de acuerdo con la creación de este tipo de grupos, y de hecho había tratado de impulsar alguno por su cuenta, sin éxito (en su caso se debió a que no encontró a suficientes mujeres interesadas). En concreto, considera “muy importante” que se promuevan estos GAMs “porque van a aflorar cosas que no van a salir en un grupo mixto. Nunca jamás va a aflorar la cosa. Y más en estos ámbitos: tiene que ser un espacio muy seguro”. En concreto, se refiere sobre todo al hecho de que, como vimos que destacaban autoras feministas como Jane Ussher, “hay mucha violencia de género detrás de mucha problemática de salud mental en mujeres”. Le parece sorprendente que esa cuestión no se tenga más en cuenta en los servicios de salud mental: considera que debería ser “la primera pregunta” en el momento en que una mujer “entra en una consulta”. Desde luego, teniendo en cuenta el modo en que la violencia de género apareció como un emergente en varias de mis (relativamente escasas) entrevistas, sin que preguntase explícitamente al respecto, parece dar la razón a esta agente.

192 En el momento de escribir estas líneas, según anunciaban en su página web, había tres grupos funcionando: uno presencial en Barcelona, que fue el primero que pusieron en marcha, tomando como referentes a InsPiradas (Guzmán Martínez, 2022: 12), uno presencial en Manresa y uno online. Véase: <https://www.activament.org/projectes/grups-ajuda-mutua/#participar>

193 Este último ejemplo es interesante, ya que nació en 2014 como un grupo con características de “intimidad y recogimiento” bastante similares a las de un GAM, pero tiempo más tarde renació como un grupo más volcado hacia

colaboración de integrantes del grupo de ActivaMent¹⁹⁴. Los dos principales motivos para montar el grupo en ActivaMent coinciden, en esencia, con los examinados hasta ahora en otros casos:

Primero, algunas mujeres percibían dificultades para obtener un turno de palabra o para que su voz se legitimara al mismo nivel que la de los hombres. Segundo, sentían que al expresar cuestiones íntimas centrales en su malestar psicológico determinadas por el género (como haber sufrido abusos sexuales, violencia machista, abortos traumáticos o conflictos en torno a la maternidad) la capacidad de comprensión y empatía por parte de sus compañeros hombres era limitada o se veía torpedeada por el juicio social hacia estas cuestiones. (Keller Garganté, 2022a: 12)

Alicia no me llegó a decir si ella querría participar en un grupo no mixto¹⁹⁵. Lo que sí me expresó con claridad fue que, en su opinión, ser mujer había dado forma a su experiencia de sufrimiento psíquico. Por una parte, señalaba que había “sufrido maltrato psicológico por hombres”, con las nefastas consecuencias que eso había tenido en su salud mental, aunque no entró en detalles sobre estas relaciones y yo, dados sus silencios sobre otros tantos temas, preferí no preguntar. Pero además, ella era consciente de que su forma de procesar el sufrimiento, enfermado y pidiendo ayuda al sistema sanitario, era una respuesta condicionada por el género, típicamente “femenina”: “las mujeres estamos acostumbradas por la sociedad a sufrir más de la cuenta, o por lo menos es lo que nos han inculcado”. En cambio, muchos hombres “lo gestionan de otra manera: suelen cometer conductas delictivas, están en la cárcel, ¿no?”. Me dijo que sabía estos datos gracias a conversaciones con su psicóloga, lo cual me pareció de lo más interesante: parece que esta profesional estaba planteando un enfoque con perspectiva de género y tratando de transmitírselo a

el activismo político que además incluye a mujeres que no han sido diagnosticadas, aunque sí han vivido “experiencias de sufrimiento vinculadas a la subjetividad «mujer»” (Fernández, Serra y Grup de Dones Radio Nikosia, 2020: 36). Ellas mismas definían el grupo como “un espacio espontáneo que se construye sobre la marcha. Explicamos cómo nos sentimos, lo que nos ha pasado, pero no es un grupo de ayuda mutua. Somos personas que nos encontramos para hacer algo que decidimos entre todas, como participar en el 8 de marzo. No es pasar la tarde, es venir aquí para movilizarnos. Somos un grupo de mujeres polivalentes, no somos «pobrecitas», somos fuertes, trabajadoras, activistas. Encontramos refuerzo, apoyo, empatía. Hay una conexión simbiótica, compartimos mucho y de manera parecida. Nos sentimos muy comprendidas. Poder participar de este espacio y de otros de Radio Nikosia nos hace sentir más completas como seres humanos” (Fernández, Serra y Grup de Dones Radio Nikosia, 2020: 37). La propuesta de crear un grupo de mujeres fue bien recibida en la asamblea de Radio Nikosia.

194 En este caso, no obstante, no he podido confirmar si la experiencia ha tenido continuidad. Véase: <https://gamvalencia.wordpress.com/2019/11/18/presentacion-grupo-de-apoyo-mutuo-mujeres/>

195 Dado que pasaba por un momento de alejamiento respecto al mundo de la salud mental, de tal manera que marcó distancias discursivamente tanto con SAPAME como con el apoyo mutuo, intuyo que me habría dicho que no quería implicarse en crear un nuevo GAM.

Alicia. Al mismo tiempo, no obstante, me preguntaba si, más allá de esta conciencia teórica, ese conocimiento le había sido realmente útil en su vida para imaginar otras maneras de afrontar su sufrimiento.

Dados sus conflictos con Miguel como facilitador, además de la ambivalencia que mostraba en ese momento hacia SAPAME y su deseo de distanciarse del mundo de la salud mental, pensé que Alicia probablemente estaría de acuerdo con lo que una vez me había dicho Lucía: que el apoyo mutuo es una lanzadera de la que al final hay que desvincularse, un paso en el camino de la recuperación que debe llevar hacia una vida diferente, lejos del limitado mundo que normalmente habitan quienes tienen un diagnóstico. Desde luego, en teoría, Alicia estaba de acuerdo; sin embargo, ella misma señaló sus contradicciones en este punto: “yo siempre soy una persona muy contradictoria y tengo como cierta dependencia a las situaciones, entonces pues claro, aunque me encuentre bien, a veces he seguido viniendo [al GAM]. Que estoy mal: pues a veces no vengo, otras veces sí, otras veces... ¿sabes? Como que quiero cambiar, pero no termino de hacerlo”.

Es desde este marco de ambivalencia desde donde yo interpreto su postrera afirmación según la cual

yo a apoyo mutuo he venido, pero a mí no me ha servido como tal. Porque yo creo que ha sido un contexto que se pinta muy bien desde fuera, «sí, apoyo mutuo, nos queremos, todos nos ayudamos», pero luego hay conflictos, como en todos lados realmente, entonces... Para mí apoyo mutuo sería algo muy lindo y muy bonito en lo que estar. Porque es gratis, y entre todos y todas nos ayudamos, yo qué sé, gente que está en tus mismas dificultades... pero luego hay mucha ambición de poder en algunas cosas. (Entrevista a Alicia, 8 de julio de 2022)

Me pregunto si habría dicho lo mismo durante los dos años en que acudió cada semana a las sesiones de su GAM. Y al fin y al cabo, no ha abandonado por completo el grupo: seguía acudiendo de vez en cuando a pesar de todo. En cualquier caso, la experiencia reciente de Alicia ilustra cómo la utilidad del apoyo mutuo depende, entre otras cosas, de la existencia de buenas relaciones interpersonales y, lo que es más relevante, de la capacidad del grupo de afrontar los conflictos, del tipo que sean. La no respuesta o incluso el refuerzo y la reincidencia en conductas excluyentes, como pueden ser las actitudes machistas, tiene la capacidad de convertir un GAM, percibido previamente como un espacio seguro, en un lugar al que no se desea volver.

Tal como expresé en la introducción de este capítulo, la mayoría de las personas a las que entrevisté destacaban que los GAMs en los que participaban era un espacio amable, seguro y

cómodo donde podían compartir experiencias que, por lo general, no habían contado a nadie, ya que tenían miedo a ser percibidos como “bichos raros”. En ese sentido, encontrar a otras personas que compartían sus dificultades había sido liberador y desestigmatizante, y sentir que el poder de sentirse mejor estaba en sus manos y las de sus compañerxs, y no en manos de unx profesional o un tratamiento farmacológico, tenía un efecto empoderante. Pero, al examinar los relatos particulares de cada unx, hemos visto que, para cada cual, el GAM tenía esas características por comparación y contraste con sus experiencias previas. Esas experiencias estaban fuertemente condicionadas por el género como eje de distribución del poder en la sociedad y como condicionante de los procesos de subjetivación de cada unx.

Así, José Carlos sentía una “familiaridad” en el grupo que no estaba presente en casi ningún otro escenario de interacción, debido a que en el GAM quedaban anuladas las comparaciones que le hacían sentir complejos. Esta obsesión por compararse con lxs demás, especialmente en cuanto a sus conocimientos técnicos sobre cualquier tema, por banal que sea, es una encarnación del mandato masculino de competir constantemente; la idea de partida de que en el GAM “todxs somos iguales” elimina esta preocupación y le permite interactuar de manera más libre. Pepe, por su parte, valoraba que el GAM fuera un espacio donde su expresión emocional no estuviera penalizada. Como hombre fuertemente atravesado por los ideales de la masculinidad hegemónica, él mismo tendía a recordarse a sí mismo que llorar era “de nenazas” cuando lo hacía en público. En cambio, en el GAM, expresar lo que sentía era lo que se esperaba de él. Esto le permitía desahogarse, al menos antes de que ciertas dinámicas del grupo cambiaran y se sintiese de nuevo cohibido.

En cambio, las mujeres a las que entrevisté tendían a explicar lo que las hacía sentir cómodas del GAM a través de imágenes relacionadas con la familia (como María y Noelia) o la maternidad (como Susana), es decir, con ámbitos considerados como “propios” de las mujeres. Ponían también más énfasis en la posibilidad de ayudar que les brindaba el apoyo mutuo, cumpliendo así con el mandato de cuidar y desplegando el “poder de los afectos” que les asigna la feminidad normativa, el cual, como ha expresado Christel Keller Garganté al estudiar los GAMs de ActivaMent, “ancla a las mujeres en el movimiento de dar, imbuido por la obligatoriedad moral con el cuidado” (2022a: 13). Además, los sinsabores de sus relaciones familiares estaban mucho más presentes en sus relatos, y precisamente destacaban del GAM su capacidad de proporcionarles aquello que, en sus familias consanguíneas, no podían ofrecerles: comprensión, apoyo, cercanía. Es decir: en términos generales, ellas destacaban en mayor medida las dimensiones sociales y afectivas de las relaciones de apoyo mutuo, mientras que ellos se centraban más en sus experiencias individuales.

No obstante, también hubo quien señaló los aspectos en los que el GAM no era un espacio

amable o acogedor. Pepe señaló que la evolución de su grupo, con las nuevas formas de interactuar y las nuevas políticas de integración de nuevxs participantes, lo habían vuelto un espacio más hostil, donde él ya no sentía que pudiera desahogarse. De forma aún más marcada, Alicia se sentía excluida por las actitudes autoritarias del facilitador de su GAM, que además no intervenía ante los comentarios machistas de sus compañeros, llevando a que las mujeres acabasen por abandonar el grupo. Estos relatos nos muestran lo delicado que es el equilibrio que hace de un GAM un lugar donde compartir experiencias, brindarse apoyo y construir colectivamente estrategias para vivir mejor con el malestar. Las malas dinámicas grupales, los conflictos interpersonales y las relaciones de poder pueden desestabilizar un espacio que requiere de tanta confianza, seguridad y privacidad para funcionar de manera efectiva.

En particular, el machismo puede convertirse en un obstáculo para la presencia de mujeres en ciertos GAMs. De forma más o menos consciente, algunos hombres acaban expulsando a las mujeres a través de actitudes hostiles, comentarios machistas o la tendencia a acaparar la palabra. De ahí la idea, surgida en múltiples lugares, de crear GAMs no mixtos, especialmente de mujeres. Esta idea, no obstante, no se ha materializado en el contexto andaluz, en algunos casos por resistencias por parte de los hombres, en otros por falta de interés de las mujeres. Quizás, en este sentido, tiene más peso la capacidad de los GAMs en salud mental de crear una identidad en torno a “ser usuarixs”, “tener un diagnóstico”, “vivir con sufrimiento psíquico”, y al hecho de ser capaces de apoyarse precisamente por tener ese sufrimiento; una identidad que resulta liberadora para personas que han estado tan estigmatizadas por esos mismos motivos. En palabras de María: “somos todos iguales, ¿qué más da que sea mujer u hombre? Nos entendemos”¹⁹⁶.

Al mismo tiempo, la participación en los GAMs también puede tener un efecto de subjetivación política feminista, como muestra la historia de Susana. Descubrir el apoyo mutuo la condujo, no solo a dar la vuelta a sus ideas sobre el origen de su malestar, llegando a una explicación social y no biologicista del mismo, sino también a concebir la sociedad como un conjunto de relaciones que se sostienen gracias al cuidado mutuo, tal como defienden las autoras feministas que han desarrollado el concepto de “cuidados”. La esencia del apoyo mutuo está en ese ejercicio del cuidado para sobrellevar colectivamente los malestares, y por tanto participar en GAMs puede llevar a poner en cuestión las narrativas neoliberales acerca del sujeto autosuficiente y hecho a sí mismo que también se critica desde los feminismos. Sin embargo, esto no está desprovisto de riesgos, como puede verse con la naturalización que hace Susana del apoyo mutuo, en tanto que cuidado, como una “cosa de mujeres”.

196 En este sentido, Christel Keller Garganté señala que “la mayoría de las mujeres de [ActivaMent] continúan participando de GAM mixtos dónde [sic] sienten sus necesidades satisfechas” (2022a: 13).

Dicho lo cual, en este capítulo me he centrado en las experiencias y significados que asocian mis entrevistadxs al apoyo mutuo tal como se da en los GAMs. Sin embargo, como dije en el capítulo teórico correspondiente, el apoyo mutuo es más que los GAMs. Cuando se habla de apoyo mutuo desde el movimiento en primera persona de Andalucía, se está hablando también del “apoyo mutuo informal”, del que he hablado también, aunque en menor medida, en este capítulo; y sobre todo se está hablando del “apoyo mutuo individual” o “*peer to peer*”, es decir, de la incorporación de personas con experiencia a los servicios de salud mental para ejercer “apoyo mutuo” con pacientes de los mismos. ¿Qué implicaciones tiene esta última actividad? ¿Qué características comparte y cuáles lo diferencian del apoyo mutuo de los GAMs? ¿Qué significa el proyecto de llevar el apoyo mutuo a los servicios, a través del “*peer to peer*”, para las personas que pertenecen al movimiento? Estas son las preguntas que trataré de responder en el último capítulo de este análisis.

4.3. El apoyo mutuo individual: llevando el apoyo mutuo a los servicios de salud mental. El caso del Programa de Apoyo Mutuo en el Hospital Virgen de las Nieves

Seguramente el proyecto más ambicioso en el que se ha involucrado el movimiento en primera persona en Andalucía y en todo el Estado, por la escala y complejidad del mismo y sobre todo por las potenciales implicaciones, es la implantación del apoyo mutuo individual o *peer support* en servicios de atención públicos. Estos proyectos han supuesto una colaboración estrecha entre el movimiento asociativo, activistas independientes, investigadorxs, profesionales y gestores sanitarixs, tratando de poner en marcha programas de formación y de atención gestionados colaborativamente, lo cual supone un salto cualitativo en cuanto a complejidad de la gestión (a nivel político y burocrático) respecto al ámbito de relativa autonomía del asociacionismo, no digamos al activismo de colectivos más pequeños e independientes. Pero personas muy diversas dentro del movimiento, con perspectivas políticas diferentes y en muchos aspectos contrapuestas, han estado de acuerdo en apoyar este proyecto, lo cual da una idea de la importancia que se le otorga y la ilusión que ha generado.

En este capítulo voy a analizar este fenómeno, focalizándome en su desarrollo en Andalucía y, especialmente, en el Programa de Apoyo Mutuo del Hospital Virgen de las Nieves de Granada (de ahora en adelante, PAM). Las razones para centrarme en este último son el hecho de que sea el programa de este tipo con mayor alcance que se ha puesto en marcha en Andalucía; que en la actualidad sigue operando; y que SAPAME, la asociación con la que he colaborado a lo largo de mi trabajo de campo, forma parte del mismo. Mi intención es mostrar cuáles son las características de este tipo de apoyo mutuo, para entender por qué se le da esa importancia desde el movimiento, y así comprender mejor el potencial y las limitaciones que tiene su implementación para cambiar la forma en que se atiende el malestar psíquico en nuestra sociedad.

Para ello, me basaré tanto en documentos generados por el propio PAM y por proyectos de investigación en torno al apoyo mutuo individual o *peer support* como en entrevistas a distintos actores involucrados. En primer lugar, explicaré brevemente la historia de este tipo de práctica en Andalucía, para comprender cómo surge, quiénes han apoyado estos proyectos y con qué objetivos, así como conocer los orígenes concretos del PAM. Después exploraré la experiencia en el PAM, centrándome primero en las dificultades y los retos aparecidos en su desarrollo que señalaron mis entrevistadxs y quedaron recogidos en los documentos. Terminaré haciendo un balance en diálogo con las voces de mis entrevistadxs, repasando el impacto que tiene el apoyo mutuo individual en los

distintos actores implicados, examinando algunas cuestiones conceptuales que aún no había resuelto y señalando los proyectos de futuro que se están poniendo en marcha en la actualidad.

1. Breve historia del apoyo mutuo individual en Andalucía.

Como conté en el capítulo sobre mi trabajo de campo, a pesar de que la presentación del PAM en el Hospital de Día de Salud Mental fue mi primer contacto con el concepto y la práctica del apoyo mutuo, posteriormente me enfoqué tanto en los GAMs y en el trabajo con SAPAME que dejé algo olvidada esta dimensión del apoyo mutuo. Fueron las dificultades con otros aspectos de la investigación las que me animaron a seguir la pista que había encontrado: los materiales formativos utilizados en los cursos de agente de apoyo mutuo organizados por el asociacionismo andaluz. La autoría de los mismos estaba muy repartida, pero incluía a Águila Bono, profesora de la Escuela Andaluza de Salud Pública (de ahora en adelante, EASP), a quien entrevisté. Ella me puso en contacto posteriormente con Juan Carlos Maestro, psicólogo clínico y co-coordinador del PAM; y con Susana, que en su papel como miembro de la Junta Directiva en la Federación “En Primera Persona” había estado en estrecho contacto con todos los intentos por impulsar el apoyo mutuo individual en los servicios andaluces. Por otra parte, gracias a mis contactos previos, entrevisté a una agente de apoyo mutuo que había participado en el PAM. Todo ello se complementó con las preguntas sobre el apoyo mutuo individual que había realizado a lxs participantes en GAMs de SAPAME a quienes ya había entrevistado, algunxs de lxs cuales también habían ejercido como agentes.

Durante la entrevista con la profesora Bono, pude conocer los primeros pasos del *peer support* en Andalucía. Sin duda, uno de los hallazgos que más me llamaron la atención fue la constatación de que el impulso inicial para este tipo de proyectos no había venido del movimiento en primera persona, sino que se localizaba más bien en la institución. En concreto, tanto Susana como Águila Bono señalaban de forma destacada a Pablo García-Cubillana, quien durante más de diez años fue asesor del Servicio Andaluz de Salud en temas de salud mental y una de las figuras destacadas en la elaboración e implementación de los Planes Integrales de Salud Mental de Andalucía (PISMA): “venía con aires renovados de cosas que se hacían en otros sitios y cómo aquello estaba dando resultados y cómo aquello funcionaba” (Susana).

Dentro del equipo del PISMA, García-Cubillana fue quien se encargó de impulsar acciones para, según quedó recogido en el III Plan Integral, implementar “en todas las [Unidades de Gestión Clínica] de [Salud Mental] [...] actividades de apoyo mutuo en estrecha colaboración con los movimientos asociativos de personas usuarias con TMG y familiares” (Carmona, García-Cubillana

y Millán, 2016: 91)¹⁹⁷. En esa labor, Águila Bono lo apoyó desde la Escuela Andaluza de Salud Pública: “la Escuela apoya el Plan Integral en hacer cosas que mejoren los servicios, ese es mi papel aquí”. Este trabajo se desarrolló con mucha fluidez gracias a que existía una “sintonía” entre los diagnósticos de ambxs de qué era lo que iba mal en los servicios: “salud mental cuida para eliminar síntomas, pero no cuida para que la gente esté mejor, o tenga una vida más grata, o tenga mayor bienestar. ¿Por qué? Porque nuestra sociedad no soporta la locura”. Esto era justamente lo que había que cambiar, impulsando un modelo de cuidado basado en el respeto por la autonomía de lxs usuarixs y la mejora de su bienestar definido en sus propios términos, en lugar de en la normalización a toda costa.

Con ese propósito, en torno al año 2008 comenzaron a asistir a eventos internacionales organizados por la Organización Mundial de la Salud, la Unión Europea y otros organismos en los que se estaba hablando de cómo incorporar mejor el enfoque de la recuperación en los servicios de salud mental. Dicho enfoque llevaba tiempo siendo discutido, pero resultaba difícil de incorporar a la práctica profesional, especialmente en España, según Bono porque “tenía una palabrería que aquí no nos llegaba, ¿sabes? O sea, la *Hope, Identity*, el CHIME ese... era todo como muy ajeno, ¿no? Por otra parte tenía como un viso así como *espiritualoide*... no llegaba”¹⁹⁸. En estos eventos pudieron comprobar que el medio más efectivo que se estaba empleando en otros países, particularmente en Reino Unido, era “poner en valor el apoyo mutuo entre personas que tienen un diagnóstico psiquiátrico”. Así pues, de forma algo improvisada y “muy osada”, decidieron organizar un proyecto con el que realizar una pequeña experiencia piloto: “queríamos que los profesionales vieran el valor que [el apoyo mutuo] tiene para la gente que intentan apoyar, y por otra parte también queríamos probar el apoyo mutuo formalizado, desde los proveedores de servicios”.

Al mismo tiempo, los viajes de García-Cubillana y Bono, y en particular su contacto con la Scottish Recovery Network, les mostraron que “aquí teníamos un problema, y era que todo el activismo en relación a la salud mental estaba en manos de los familiares”. Debido a las dinámicas ya comentadas, por las que lxs familiares acaban por “fagocitar” la voz de las propias personas diagnosticadas, Bono no consideraba que la propuesta de que “los usuarios entraran en el movimiento de familiares, como en aquel momento se pretendió”, fuera viable. Por tanto, se pusieron en contacto con los primeros destellos del movimiento asociativo que existían en

197 Ya en el II Plan Integral se había recogido, de forma menos específica, el objetivo de “[i]mpulsar la cooperación con el movimiento asociativo en el desarrollo de programas de ayuda mutua, sensibilización social y potenciación del voluntariado” (Valmisa Gómez de Lara *et al.*, 2008: 102).

198 Recordemos que CHIME se refiere a los cinco procesos de la recuperación que se proponen desde el marco conceptual de Leamy *et al.* (2011) para operativizar el enfoque de la recuperación.

Andalucía, de entre los cuales destacaba con claridad SAPAME y su primer presidente, José Manuel Arévalo, y se propusieron fortalecerlos, apoyando la conformación de la Federación “En Primera Persona”, en paralelo al proyecto piloto que estaban iniciando.

Según Bono, el papel de Arévalo fue crucial, porque al mismo tiempo que “era un tipo que al sistema no le daba miedo”, tenía absoluta legitimidad dentro del movimiento asociativo. El reconocimiento a su labor en este punto es generalizado, y de hecho en SAPAME se le recuerda como el “alma máter” de la asociación (palabras de Angustias) y al menos hasta finales de 2020 se le solían consultar la mayoría de las decisiones antes de tomarlas (notas de campo, 20 de noviembre de 2020). Durante su discurso en la Asamblea en la que se la investió como presidenta, Angustias llegó a decir que “todos los que estamos aquí le debemos a él” (notas de campo, 15 de octubre de 2020). Posteriormente Arévalo se acabó distanciando de SAPAME, probablemente por una combinación de las tensiones generadas por la presidencia de Angustias y de los motivos esgrimidos por Susana (la necesidad de dejar que el movimiento evolucione por su cuenta) que vimos en el anterior capítulo.

Así pues, entre los años 2009 y 2011, un equipo formado por miembros de la incipiente Federación, la EASP y el PISMA concibió un programa formativo de 40 horas inspirado en el modelo de la recuperación y que ponía en valor el apoyo mutuo¹⁹⁹. Como vimos en el capítulo de contexto, esta formación se impartió a un total de ciento veinticuatro personas con experiencia, de las cuales diecinueve fueron seleccionadas para un “curso de profundización de 12 horas” donde se puso el énfasis en cómo llevar sesiones de apoyo mutuo individual (Bono del Trigo *et al.*, 2012: 4-5). Por otro lado, se contactó con profesionales de diversos servicios en cinco provincias de Andalucía, tanto Unidades de Salud Mental Comunitaria como Hospitales de Día de Salud Mental y Unidades de Rehabilitación, a quienes se les propuso colaborar para que se desarrollasen una serie de encuentros entre las personas a las que se había formado como agentes y lxs pacientes de esos servicios. Finalmente, durante dos meses, catorce agentes llevaron a cabo un total de ciento veinticuatro sesiones de apoyo mutuo con cincuenta y nueve pacientes diferentes en cinco servicios. El equipo del proyecto realizó una evaluación del mismo y, desde la EASP, se acabó elaborando un informe que recogía los principales resultados. Retrospectivamente, Bono sintetizaba así el impacto de aquel primer proyecto:

esto sirvió para que [lxs profesionales] entendiera[n] que la participación de la gente en su propio proceso es una cosa elemental para poder mejorar, y donde la prioridad de la mejoría la identifica la persona y no el profesional. Y para eso básicamente nos sirvió esto. ¿Qué

199 En este momento, el término utilizado aún era “ayuda mutua”. Más adelante volveremos a examinar la cuestión terminológica, prestando atención a las opiniones de las personas entrevistadas al respecto.

conseguimos? [...] Aquí el mayor beneficio se lo llevaron los agentes, que [...] estuvieron por varios sitios de Andalucía. En algunos sitios nos salió bastante bien, como en el Hospital de Día de Motril, o yo también recuerdo una Unidad de Salud Mental Comunitaria de Sevilla... y ¿por qué salió bien? Pues porque hubo profesionales que dijeron «hostia, pues sí», les iba la marcha. (Entrevista a Águila Bono, 26 de abril de 2022)

El más importante de entre estxs profesionales, por su posterior implicación en los subsiguientes proyectos relacionados con el apoyo mutuo individual, fue Juan Carlos Maestro, por aquel entonces psicólogo clínico en el Hospital de Día de Santa Ana, en Motril. Él es un testimonio viviente del impacto que esta experiencia tuvo sobre lxs profesionales participantes. No tanto, según me contó, por esos breves dos meses en que se hizo el pilotaje, sino porque, una vez concluido el mismo, “nos parecía que no tenía mucho sentido haber montado aquel tinglado y dejarlo ahí colgado, para nada”, de modo que junto a otrxs profesionales y a lxs agentes de apoyo mutuo que habían participado pusieron en marcha su propio programa de apoyo mutuo. Esto a pesar de que en Motril no existía ninguna asociación en primera persona ni tampoco había presupuesto para seguir formando a agentes. Para sortear estos problemas, en el nuevo programa

los agentes de apoyo mutuo metían pequeñas cuñas de formación en base al curso que habían hecho y a pequeños materiales que iban preparando. Y ahí organizamos el programa y lo pusimos en marcha ya de forma independiente [...] sin darnos cuenta estábamos dando un giro muy importante a la actividad, que es que hasta cierto punto nos poníamos al mismo nivel que los usuarios que hacían de agentes. Aunque nosotros, los profesionales, en [un primer] momento tuvimos más protagonismo, pero hubo bastante participación por parte de ellos en todo el proceso. [...] Empezamos a ofrecer el tema del apoyo mutuo a otros usuarios del equipo y del Hospital de Día. Y aquello con mucha tranquilidad, muy poco a poco, empezó a funcionar. Nos reuníamos un día fijo a una hora fija el equipo, cada semana o cada dos semanas, e íbamos tomando decisiones, preparando un poco los primeros encuentros con las personas que iban a conocer, nos contaban cómo les iba en estos encuentros, sin entrar en detalles íntimos, pero sí a grandes rasgos: qué cosas iban bien, qué dificultades encontraban... y entre todos se iba apoyando a los agentes, se iban tomando decisiones, íbamos incorporando nuevos compañeros y también nuevos agentes, que se formaban en el equipo. Como no podían hacer el curso, asistían durante unos meses a las reuniones del equipo y ahí entre las cuñas teóricas y la práctica que iban viendo, se iban formando. Y cuando ya se sentían seguros, empezaban a trabajar. (Entrevista a Juan Carlos Maestro, 8 de julio de 2022)

Con el inicio del programa de apoyo mutuo, se activaron muchos otros proyectos. Por una

parte, lxs agentes, empoderadxs por la experiencia, decidieron formar una asociación, AMENSA, que se integró en la Federación y continúa en activo a día de hoy. En torno a la asociación se formó un GAM en el que participaban tanto agentes, como personas que habían sido receptorxs de apoyo mutuo, como incluso terceras personas que nunca habían tenido contacto con el apoyo mutuo. Por otra parte, el efecto de la participación en el programa fue también notorio para lxs profesionales. Según me compartía Maestro, la participación en este programa supuso un antes y un después en su práctica clínica:

de repente un día me di un susto porque me di cuenta de que estaba haciendo un giro espectacular en mis prácticas, ¿no? Que una cosa es... no sé, hablar de modelo de recuperación, de teorías, y otra cosa es sentarte alrededor de una mesa con usuarios con un cierto nivel de igualdad. Lo cual desde fuera puede parecer algo, bueno, no muy significado, pero desde dentro y después de muchos años de prácticas... ¿sabes? Es como: bueno, sí, llevamos mucho tiempo hablando de esto, pero ahora [toca la mesa con vehemencia] vamos a tocar carne, digamos. Vamos a funcionar de otra manera. Entonces yo al principio me asusté, me acojoné, pero nada, duró muy poco, ¿no? Porque al final es que se convirtió en una experiencia muy bonita. La verdad es que lo pasábamos bien, disfrutábamos, y el susto me duró pues una semana, o tres o cuatro. Luego ya yo creo que todos nos fuimos sintiendo cómodos en ese nuevo encuadre, en esa nueva forma de relación, y aquello sí que marcó, nos marcó. (Entrevista a Juan Carlos Maestro, 8 de julio de 2022)

Así pues, tal como pretendían Bono, García-Cubillana y el resto del equipo del PISMA y la EASP, el pilotaje sirvió para prender una pequeña mecha: fue un revulsivo para algunxs de lxs profesionales que participaron, y se dio un importante impulso al movimiento asociativo, todo lo cual creó un “germen” (Bono) que, posteriormente, ha ido fructificando. Sin embargo, como apuntaba antes, una de las cuestiones clave, la formación de agentes, no estaba cubierta. En primer lugar, porque el programa formativo que se había improvisado en el proyecto piloto era susceptible de mejoras; en segundo lugar, porque no había presupuesto para las formaciones; y en tercero, porque hasta ahora las formaciones las habían llevado a cabo personas sin diagnóstico²⁰⁰. Para solventar estas cuestiones, Bono puso en marcha un nuevo proyecto: Peer2Peer.

Este proyecto también era más ambicioso porque introducía una cuestión que, en el piloto, apenas había formado parte del horizonte: la profesionalización del *peer support*, es decir, la posibilidad de convertir el apoyo mutuo individual en una fuente de empleo para lxs agentes. Para ello, en colaboración con la fundación INTRAS, se consiguió financiación del Programa de

²⁰⁰ En concreto, la principal encargada de esta cuestión había sido la profesora colaboradora de la EASP Bibiana Navarro, que también formó parte del equipo que escribió el informe del proyecto piloto y del proyecto Peer2Peer.

Aprendizaje Permanente de la Unión Europea, y concretamente del Programa Leonardo²⁰¹, con el objetivo de crear un programa de formación profesional que se convirtiera en el primer paso en dicha profesionalización. Bono contactó nuevamente con la Scottish Recovery Network, que ya contaba con un “certificado de profesionalidad” en esta línea, y se realizó una adaptación del mismo con la participación de representantes de la Federación y de asociaciones de salud mental de Austria y Rumanía.

El material resultante (Christie *et al.*, 2015) comenzó a utilizarse desde el propio movimiento para impartir sus formaciones. Y es que uno de los saltos cualitativos que se produjo en esta época fue que el trabajo formativo empezaron a realizarlo personas con experiencia de sufrimiento psíquico. Se conformó la Red de Apoyo Mutuo de Andalucía (RAMA), un ente formalmente independiente de la Federación, aunque estrechamente vinculado, que se convirtió en el vehículo para la formación sobre apoyo mutuo en general. De este modo, me contaba Susana, el movimiento en Andalucía pudo cumplir con el lema “nada sobre nosotrxs sin nosotrxs”:

ahí empezamos, al principio lo daba una profesional, como experta, ¿no? Como siempre: los expertos son ellos. Se elaboró también un documento que se llamaba “Expertos por experiencia”, empezamos a creernos que nosotros teníamos mucho que decir en todo esto. Luego te encuentras con la gente que tiene competencias para ello también, porque claro, no es fácil. Y entonces empezamos a dar la formación Peer2Peer nosotros. Dimos montones y montones y montones de cursos. (Entrevista a Susana, 1 de julio de 2022)

No obstante, este logro de conseguir que la formación en apoyo mutuo estuviera al cien por cien en manos del propio movimiento no ha podido mantenerse con el tiempo: el progresivo distanciamiento de la Federación y del activismo por parte de muchas de las personas que asumieron ese papel formativo llevó a un cuello de botella, por el cual no se podían hacer nuevas formaciones porque no había personas con suficiente formación para impartirlas. Esta cuestión fue muy polémica: desde que apareció esta dificultad (finales de 2019), hubo quienes consideraban más importante seguir formando a agentes, por ser este proyecto una prioridad absoluta, sin importar quién impartiera los cursos, mientras que otras personas defendían que el proyecto perdía su sentido si se volvía a poner la formación en manos de profesionales. Finalmente, tras meses de disputas, la situación se desbloqueó a inicios de 2021 en favor de la perspectiva de lxs primerxs. Se volvió a recurrir a Navarro, la profesional que habían impartido los primeros cursos una década antes, y ella retomó esa labor formativa.

201 Actualmente integrado dentro del programa Erasmus+.

Pero justamente la razón principal por la que se llegó a esta encrucijada fue que, algunos años antes, se había puesto en marcha un Programa de Apoyo Mutuo en el Hospital Virgen de las Nieves (Granada) que requería de la constante formación de nuevxs agentes para su funcionamiento. El origen de este programa se vincula a la llegada de Juan Carlos Maestro a la unidad de hospitalización (“agudos”) de dicho hospital, a inicios de 2018. Anteriormente, como vimos, había estado coordinando el programa de Motril desde su puesto en el Hospital de Día, que había operado continuamente, aunque con ciertos altibajos, desde 2011 hasta su marcha. A su llegada a Granada, recibió el encargo de María Angustias Ramos, psiquiatra y por entonces directora de la Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental del Hospital Virgen de las Nieves, de liderar desde las instituciones la puesta en marcha de un programa análogo al que había coordinado en Motril.

Ramos estaba muy familiarizada con el tema: llevaba años como directora y había sido la encargada de proponer dispositivos de su UGC donde se pudiera realizar la experiencia piloto de 2010-2011²⁰². Al mismo tiempo, Ramos estaba en contacto con José Manuel Arévalo, por entonces aún presidente de SAPAME, quien estaba muy interesado en un proyecto de estas características. Así, se empezaron a dar reuniones entre la asociación, Ramos, Maestro y otrxs profesionales donde se empezó a discutir la posibilidad de un convenio entre la asociación y el Hospital que diese amparo a la labor de lxs agentes. Dentro de SAPAME, se contactó con varias personas que habían recibido ya la formación para ejercer como agentes y que estaban especialmente implicadas en lo relacionado con el apoyo mutuo. Una de ellas fue la agente a la que entrevisté. Bajo su punto de vista, la existencia del convenio fue decisiva: el hecho de que lxs agentes participantes no fueran meros individuos, sino que estuvieran respaldadxs por una asociación tan potente como SAPAME, con una figura tan respetada como Arévalo como interlocutor de lxs profesionales y la institución, facilitó que el programa funcionara y que lxs agentes tuviesen una voz propia en el mismo; “si no, no se hubiera podido dar, yo creo”.

El primer paso fue consolidar un equipo de personas que pudiese gestionar el Programa. La conformación de este Equipo de Apoyo Mutuo (EAM) se llevó a cabo entre marzo y mayo de 2018. Ya en este último mes, y tras las gestiones legales de Ramos para encontrar la figura jurídica adecuada, se firmó finalmente el convenio y el Equipo empezó a operar, prestando las primeras sesiones de apoyo mutuo. El equipo estaba formado por todxs lxs agentes y “al menos un/a profesional referente de cada uno de los dispositivos que participen en el PAM” (SAPAME y UGC Salud Mental HU Virgen de las Nieves, 2019a: 6), con unx agente y unx profesional ejerciendo como co-coordinadorxs. Sus reuniones se celebraban “semanal o quincenalmente, según las

202 Finalmente, se llevó a cabo en la Unidad de Salud Mental Comunitaria de Santa Fe.

necesidades” (*Idem*), y en ellas se gestionaba todo lo relacionado con la prestación de apoyo mutuo: se comentaban los casos, se asignaban agentes, se supervisaba²⁰³ colectivamente lo sucedido en los encuentros. Igualmente, el equipo se encargaba de la incorporación de nuevos miembros, la presentación del Programa en nuevos servicios y en espacios formativos o académicos²⁰⁴ y la evaluación de su propio funcionamiento (que dio lugar a los dos informes que voy a citar a lo largo de este capítulo).

Una vez conformado el equipo, pues, se inició el ciclo de presentaciones del Programa en los servicios en los que iba a operar. Estos al inicio fueron la Unidad de Hospitalización de Salud Mental (“agudos”) y el Hospital de Día de Salud Mental²⁰⁵, pero pronto se propuso ampliar esta nómina, incluyendo el programa de Intervención Temprana en la Psicosis y el programa para Trastorno Límite de la Personalidad²⁰⁶. Según Maestro, se procuró que las presentaciones estuvieran a cargo de los agentes, para “cambiar la imagen” que los profesionales tenían de las personas con diagnóstico desde el principio. En junio de 2018, según recoge la memoria de actividades, Arévalo sugirió la incorporación de servicios de la Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental del otro

203 En el sentido técnico de “supervisión clínica”, habitual en las psicoterapias: “una actividad profesional en la cual un supervisor experimentado brinda retroalimentación a un psicoterapeuta en formación, o bien, ya con práctica establecida, a fin de apoyar en el manejo de los casos de sus pacientes” (Villafuerte Montiel, 2016: 44). Pese a que la misma autora señala que en la relación de supervisión “se da una jerarquía de roles asignados por niveles de experiencia” (*Idem*), precisamente lo que se estaba ensayando en el PAM, como antes se hizo en el programa de Motril, era una forma de supervisión colectiva, en la que esa jerarquía no solo por niveles de experiencia, sino entre los roles de profesionales y agentes, se disolviera (relativamente). En este sentido, Juan Carlos Maestro me comentaba que “no era que los profesionales supervisáramos a los agentes, sino que el grupo, el equipo, apoyaba, supervisaba, y como con el tiempo iba habiendo agentes que tenían más experiencia, más habilidad, era... hombre, supongo que... sabes que los profesionales siempre tenemos que dejar claro que somos más listos, ¿no? [reímos a carcajadas]. Por mucho que queramos... alguna diferencia habría seguro, pero sí es verdad que en buena medida aquello funcionaba como supervisión del equipo”. A esta metodología se estaban empezando a referir como “intervisión”, un concepto que se viene usando en varias disciplinas, incluyendo el trabajo social (Staempfli y Fairtlough, 2019) o la psicoterapia (Toman, 1996), para hablar de la supervisión grupal entre iguales (profesionales), sin necesidad de jerarquías. Lo novedoso en este caso sería el intento de realizar esa “intervisión” en grupos integrados tanto por profesionales como por agentes, donde las jerarquías implícitas son difíciles de esquivar.

204 La memoria de actividades del PAM en su primer año incluye varias sesiones de formación sobre apoyo mutuo impartidas por agentes del programa en servicios y en sesiones multiprofesionales de residentes, así como varias presentaciones de comunicaciones sobre la experiencia del PAM en congresos profesionales a cargo tanto de agentes como de profesionales (SAPAME y UGC Salud Mental HU Virgen de las Nieves, 2019b: 9-10).

205 En este ciclo de presentaciones se encuadra el episodio narrado en la introducción, en el que presencié la presentación del PAM ante el equipo de Hospital de Día.

206 Aunque el programa de Intervención Temprana se ha incorporado al funcionamiento regular del programa, no ha sido así con el de Trastorno Límite.

hospital de la ciudad, el Hospital Universitario Clínico San Cecilio (SAPAME y UGC Salud Mental HU Virgen de las Nieves, 2019b: 9). No obstante, debido a las diversas dificultades que se han ido sucediendo, y aunque algunxs profesionales referentes se incorporaron al funcionamiento del Equipo de Apoyo Mutuo (a partir de febrero de 2019; SAPAME y UGC Salud Mental HU Virgen de las Nieves, 2019b: 10), no ha sido posible extender el funcionamiento del Programa a los servicios de la otra UGC, ni tampoco ha prosperado el intento de crear un GAM en Hospital de Día (SAPAME y UGC Salud Mental HU Virgen de las Nieves, 2019b: 3; María Angustias Ramos, comunicación personal).

Exploraré en detalle estas dificultades en la próxima sección; pero antes, terminaré de explicar la forma de funcionamiento del PAM. El protocolo para el establecimiento de relaciones de apoyo mutuo entre agentes y receptorxs empieza cuando unx profesional de uno de los servicios que forman parte del programa sugiere la participación de unx paciente suyx que, en su opinión, se beneficiaría de la recepción de apoyo mutuo individual. Estx profesional informa a lx “profesional referente” del programa en su servicio (es decir, a lx profesional de ese servicio que forma parte del equipo de apoyo mutuo), ya sea a nivel individual o en una reunión de equipo del servicio. Lx profesional referente o lx propix profesional que lleva a estx paciente informa a lx mismx de la existencia y naturaleza del PAM y le propone participar. Si acepta, lx profesional referente lleva esta propuesta al equipo de apoyo mutuo, y entonces el equipo asigna a lx agente más apropiadx para lx paciente, en función de sus características²⁰⁷. Lx profesional referente entonces tiene el encargo de mediar para concertar una cita, proporcionar un espacio adecuado, presentar a agente y receptorx, hacer una primera evaluación con cada unx de ellxs y, si lx receptorx lo desea, posibilitar que se den más entrevistas (SAPAME y UGC Salud Mental HU Virgen de las Nieves, 2019a: 6-7).

El informe también recoge instrucciones para marcar el encuadre de las entrevistas, diferenciado especialmente en función del servicio, si bien se aclara que el encuadre “se [podrá] flexibilizar cuando sea preciso”²⁰⁸ atendiendo a “las características y necesidades del receptor/a” (SAPAME y UGC Salud Mental HU Virgen de las Nieves, 2019a: 8). En Hospital de Día se pone el énfasis en la continuidad de los encuentros, que se recomienda que sean semanales o quincenales a lo largo de todo el curso escolar y con una duración de entre 45 minutos y una hora. En cambio, en agudos, debido al periodo de ingreso más corto, se habla de uno o dos encuentros semanales más

207 Hablaré de estas características y de la necesidad de diversidad entre lxs agentes para amoldarse a la diversidad entre lxs receptorxs en la próxima sección.

208 De hecho, se recomienda que mantengan “la espontaneidad de los encuentros” (SAPAME y UGC Salud Mental HU Virgen de las Nieves, 2019a: 10), evitando caer en una excesiva formalidad y planificación que acerquen la práctica del apoyo mutuo a los modelos profesionales.

breves (30 minutos a una hora en función de lo que estime lx agente) y se pone el énfasis en que las entrevistas se realicen “en un espacio que resulte tranquilizador par[a] la persona que recibe el apoyo” (SAPAME y UGC Salud Mental HU Virgen de las Nieves, 2019a: 9).

En este sentido, es muy interesante que se especifique que “Las entrevistas se podrán mantener en los dispositivos de salud mental, en espacios abiertos (plazas, parques, en la calle o en un bar) o en SAPAME” (SAPAME y UGC Salud Mental HU Virgen de las Nieves, 2019a: 9). Si bien para lxs pacientes de Hospital de Día esto no es tan importante, en el caso de lxs pacientes de agudos, la participación en el PAM les abre la posibilidad de salir del confinamiento forzoso en el que se hallan, al menos durante unos minutos, y tomar un café o tomar el sol en una plaza. Esta cuestión se valoraba de forma especialmente positiva por parte de lxs pacientes y “prácticamente nunca” trajo problemas a pesar de las reservas iniciales de lxs profesionales (Entrevista a Juan Carlos Maestro, 8 de julio de 2022).

En cualquier caso, esta diferenciación entre el encuadre con pacientes de Hospital de Día y de agudos se refleja en las “modalidades” de apoyo mutuo que se “contemplan” en el PAM. Estas son: el “apoyo mutuo prolongado”, para pacientes de Hospital de Día, “centrado en las experiencias de recuperación”; el “apoyo mutuo puntual” con pacientes ingresadxs en agudos, que se desarrolla “a lo largo de entre uno y cinco encuentros” y se centra más en las necesidades inmediatas de la persona que, se asume, está en crisis; y, por otro lado, el “acompañamiento”, que responde a “necesidades concretas del receptor de [apoyo mutuo] de cara a sentirse apoyado en desplazamientos a recursos que le generen dificultad por uno u otro motivo” (SAPAME y UGC Salud Mental HU Virgen de las Nieves, 2019a: 11). Se contempla igualmente que la relación de apoyo mutuo continúe en el caso de que unx paciente pase de un dispositivo a otro (por ejemplo, alguien a quien se le da el alta de agudos para pasar a Hospital de Día), lo cual implicaría un cambio de modalidad de apoyo mutuo (SAPAME y UGC Salud Mental HU Virgen de las Nieves, 2019a: 9).

Con este esquema de funcionamiento inició su andadura el PAM. Según Juan Carlos Maestro, el trabajo desarrollado durante el siguiente año y medio, antes de la pandemia, no solo fue “más potente” que el que llevaron a cabo en experiencias anteriores como la de Motril, sino que tenían “muchas más posibilidades” abiertas. Esto se debía en gran medida a que “partíamos de una situación ventajosa”: la potencia de SAPAME como motor y como cantera de agentes²⁰⁹, unida a la cantidad de profesionales comprometidos y servicios implicados o interesados y al apoyo de Ramos como responsable de la gestión, supuso que en poco tiempo el programa estuviese funcionando a

209 Maestro también destaca la importancia de la implicación en el PAM de un agente que había tenido mucho protagonismo en todo el proceso desarrollado en Motril, cuya experiencia y talento comunicativo y docente fueron clave.

plena potencia e incluso con proyectos de expansión sobre la mesa.

En este sentido, fue decisivo un hecho sobre el que aún no he incidido. Aunque, como dije antes, el objetivo de fondo del proyecto Peer2Peer era posibilitar una vía de inserción profesional, lo cierto es que por diversos motivos en los que incidiré más adelante esto no había sido posible en las experiencias anteriormente mencionadas. Señalaba también que el PAM arrancó con dos coordinadorxs: Juan Carlos Maestro, por lxs profesionales, y una de las agentes. Pues bien: a diferencia de todas las experiencias similares que se habían puesto en marcha con anterioridad en Andalucía, en el PAM llegó a haber una persona contratada para ejercer como agente, y fue esa persona la que asumió el rol de coordinación. Sin embargo, este experimento no duró mucho: el contrato, realizado a través de la Federación en un proceso supervisado por Susana, apenas duró unos meses y no fue renovado. Este fue uno de los principales obstáculos que se encontró el programa, los cuales paso a examinar en detalle a continuación.

2. Los retos del apoyo mutuo individual: jerarquías profesionales, obstáculos burocráticos, falta de continuidad y otros conflictos en el PAM.

Desde el principio, el PAM se enfrentó a importantes obstáculos. Aun cuando, según la memoria de actividades que redactaron en junio de 2019, “[l]a ilusión y el entusiasmo han estado muy presentes en las vivencias de las personas que de una manera u otra han colaborado con el Programa” (SAPAME y UGC Salud Mental HU Virgen de las Nieves, 2019b: 3), y desde luego ese entusiasmo se trasluce en las palabras de las personas a las que entrevisté, el PAM sufrió reveses desde un principio y tuvo que transformarse y adaptarse para sobrevivir. Ya en las primeras páginas de aquel informe en el que hacían balance del primer año y medio de andadura del proyecto, desde el PAM señalaban cuatro “dificultades” que habían surgido, a saber:

- Los errores en la información proporcionada a los profesionales de salud mental, en la coordinación con los mismos y en su implicación.
- Las limitaciones en la continuidad de los agentes, derivadas del carácter voluntario de sus prácticas.
- La interrupción del contrato realizado a una de las agentes de [apoyo mutuo].
- Los cambios acontecidos en la junta directiva de SAPAME que han precisado un periodo de adaptación. (SAPAME y UGC Salud Mental HU Virgen de las Nieves, 2019a: 3)

Si bien estas cuatro dificultades están profundamente interrelacionadas, voy a tomarlas por separado como guía para, uniendo lo reflejado en los documentos con lo extraído de las entrevistas, ir explorando y valorando los aspectos menos halagüeños del PAM y, con ello, del proyecto de hacer

del apoyo mutuo individual un elemento clave en la atención pública a la salud mental²¹⁰.

2.1. Las relaciones entre agentes y profesionales.

La dificultad más básica y, en muchos sentidos, la más compleja de superar, por tratarse de una inercia instalada en los servicios, es la de superar la desconfianza de lxs profesionales hacia este tipo de proyectos. Para personas acostumbradas a una forma de atención fuertemente orientada hacia la supresión de los síntomas y cuya imagen de sus pacientes está llena de un paternalismo más o menos consciente, la idea de que personas diagnosticadas trabajen codo a codo con ellas es difícil de asumir. Hay varios niveles en los que se puede dar esta resistencia. Puede haber una hostilidad abierta: siempre habrá profesionales que consideren que este tipo de proyectos son un error, una temeridad, o incluso un riesgo para su propio trabajo, y que se opongan de forma directa a su implantación.

El aspecto en el que más aflora el miedo que subyace a este tipo de resistencias es el tema de la medicación. La obsesión clínica (y, por extensión, familiar) con el consumo regular y obediente de la medicación como paso primero e ineludible para que la situación de lx paciente se normalice, de la que hablé al comentar la situación de Noelia tras su diagnóstico, da lugar a suspicacias muy fuertes con la labor de lxs agentes. En ocasiones (y, al parecer, sin necesidad de demasiadas evidencias) estos recelos se traducen en acusaciones abiertas contra lxs agentes de aconsejar a lxs receptorxs que dejen la medicación. Miguel me estaba explicando que, para él, el apoyo mutuo individual era el proyecto más valioso del movimiento asociativo, porque servía como tarjeta de presentación de las virtudes del apoyo mutuo y de la relación entre personas con diagnóstico ante lxs profesionales; sin embargo, parece que incluso con todo el trabajo, sigue habiendo ciertas resistencias:

es verdad que ya, cuando llegas a los dispositi... a *algunos* dispositivos, ya sabes que te conocen. Ya saben que no somos unos viva la virgen, ni les vamos a ir con una historia rara, ni les vamos a decir a los... que muchas veces se nos ha tirado a la cara, de que les decimos que no se tomen la medicación. Eso a mí me lo han dicho, por ejemplo... estuve presentando la asociación ahí en [la Unidad de] Salud Mental [Comunitaria] de Cartuja y la psiquiatra va y me escupe: «es que ustedes dicen que no se tomen la medicación». Digo, «dígame usted quién se lo ha dicho, porque lo ha dicho usted como si fuese verdad». (Entrevista a Miguel, 13 de abril de 2021)

210 Hay que decir que la inmensa mayoría de los obstáculos a los que se ha enfrentado el PAM coinciden con los obstáculos identificados en otras experiencias, tal como las recogen Francisco José Eiroa-Orosa y Cecilia Sánchez-Moscona en su artículo sobre la implementación de la figura de agente (2023: 4-6).

Sin embargo, no parece que este haya sido el principal problema para el desarrollo del PAM en sí mismo: las principales resistencias se han dado a otros niveles. Evidentemente, lxs profesionales referentes, es decir, quienes formaban parte del equipo de apoyo mutuo que coordinaba el PAM, estaban allí porque “creían en la causa”, en palabras de Susana; sin embargo, por parte del resto de profesionales de los dispositivos adscritos al programa, quienes tenían que referir pacientes para que se convirtieran en receptorxs de apoyo mutuo, Maestro considera que

no ha habido hostilidad abierta [...] pero bueno, sí que a veces no había como... iniciativa, o mucha colaboración. Pero es verdad que no ha habido... ¿cómo te diría yo? Descalificación, hostilidad, o boicoteo... no. Pero bueno, sí es verdad que mucha gente... pues supongo que lo percibía, bueno, pues estas cosas, yo qué sé, progres, ¿no? (Entrevista a Juan Carlos Maestro, 8 de julio de 2022)

Así pues, aun cuando las respuestas iniciales a las presentaciones del programa fueron muy positivas, lo cierto es que en muchos casos lxs profesionales no llegaron a incorporar el apoyo mutuo individual como un recurso terapéutico habitual. Tal como valoraban en la memoria de actividades: “cambiar «el chip», tener presente esta herramienta en el día a día de los profesionales y afinar la coordinación entre el EAM y los equipos de los dispositivos implicados es un proceso que precisa su ritmo y su tiempo” (SAPAME y UGC Salud Mental HU Virgen de las Nieves, 2019b: 3).

Eso sí, parece que al menos algunxs de lxs profesionales que sí llegaron a incorporar el uso del apoyo mutuo estuvieron abiertxs a que esto implicase un cambio en la dirección terapéutica. Debido al protocolo que hemos examinado antes, normalmente no existía contacto entre lx profesional que llevaba el caso de lx receptorx de apoyo mutuo y lx agente: la gestión de todo el proceso la llevaba a cabo lx profesional referente. No obstante, en un caso, la agente de apoyo mutuo entrevistada sí que llegó a tener una conversación con un psiquiatra. Estaba haciendo apoyo a

una persona que estaba en una situación así *complicáilla* y fuimos a hablar con su psiquiatra [y] nos atendieron. De hecho ahí sí creo que el hecho incluso de que fuera acompañada... igual con otro [psiquiatra] no, porque depende de cómo... Pero bueno, en realidad en este servicio, yo creo que le ayudó. Y el profesional estaba... o sea, nos escuchó y estaba abierto, sí, sí. (Entrevista a agente de apoyo mutuo, 27 de octubre de 2022)

Con ese comentario acerca del servicio, la agente de apoyo mutuo parece estar diciendo que, en algunos de los dispositivos implicados en el PAM, lxs agentes tenían la confianza de que lxs profesionales probablemente escucharían lo que tenían que decir. Pero a pesar de ello, tanto ella

como otras personas con experiencia señalan sin lugar a dudas que el mayor obstáculo al que se enfrentan el PAM y otros proyectos similares es la dificultad de lxs profesionales, incluso de lxs más implicadxs, para relacionarse con lxs agentes desde la horizontalidad. Esta agente explicaba que “para la mayoría seguimos siendo pacientes. No éramos voluntarios, ni profesionales, ni nada: seguíamos siendo pacientes de alguna manera”, y Susana coincidía: “los profesionales, cuando las personas llegaban a los servicios, tú eras un bicho raro. Porque tú al fin y al cabo eras parte de la plantilla; pues no eras parte de la plantilla, eras un usuario que viene aquí”.

La agente de apoyo mutuo entrevistada matiza que “dentro de eso hay personas que tienen esa capacidad, con sus limitaciones o lo que sea, pero tienen esa capacidad y esa actitud y ese interés por tender hacia [la horizontalidad]”. Pero incluso en estos casos existían limitaciones: “*tendencia* hacia la horizontalidad, porque horizontalidad ninguna, pero... Bueno, ninguna: depende con quien, pero...”. Estas dudas parecen indicar una mezcla de experiencias difícil de resumir en pocas palabras, pero en la que desde luego pesa la sensación de no haber sido tratada como una igual, como una compañera, salvo en contadas excepciones.

Aquí es interesante comprobar que, naturalmente, las percepciones de un profesional como Juan Carlos Maestro difieren de las de las personas con experiencia. Para él, y en comparación con su experiencia en Motril, “a nivel de funcionamiento en equipo era bastante modélico. Había más nivel de participación de los usuarios, más capacidad de criticar, de participar por parte de la coordinadora, ¿no?”. Ya hemos visto que Maestro es capaz de ver que lxs profesionales tienden a reproducir las diferencias incluso a nivel inconsciente, y que reconoce que “alguna diferencia habría” en el trato entre unxs y otrxs, dado que “los profesionales siempre tenemos que dejar claro que somos más listos”. No obstante, la diferencia a nivel de sensaciones es relevante: aunque tanto él como la agente de apoyo mutuo señalan la relación con lxs profesionales como problemática, él está hablando del *resto* de profesionales, lxs no implicadxs en el programa, mientras que ella está hablando precisamente de lxs que forman parte del equipo, que son con quienes tuvo trato. En este sentido, para ella, el problema no es solo que no exista la horizontalidad, sino que ni siquiera se puede nombrar esta situación: “ellos, aunque digan que lo hacen, no lo hacen. Y además están muy ciegos en eso, entonces si lo intentas plantear tampoco... es como gato panza arriba”.

Esto se plasmaba también en ciertas confusiones respecto a la función que debían tener lxs agentes, o a para qué podía servir su presencia allí. Susana señalaba que “algunos profesionales” trataban a lxs agentes “como un correveidile, ¿no? O sea, que tú hables con el usuario y luego tú, esas cosas que te cuenta a ti, que a mí no me cuenta, pues tú me las cuentas a mí”. Este problema llevó de hecho a debates al interior del equipo, tal como queda reflejado en su memoria de

actividades²¹¹ y en el informe de revisión. En este último, en la sección sobre la metodología del PAM, se incluye un apartado llamado “El respeto de la intimidad, una cuestión compleja”, en cuya redacción se pueden rastrear fácilmente las tensiones y los debates surgidos en torno al tema. Si bien por un lado se subraya que “la intimidad es un derecho de las personas” y que la divulgación de “información íntima [...] puede agravar problemas de los/las compañeros/as e incrementar su desconfianza y malestar”, al mismo tiempo se insiste en la necesidad de “compartir alguna información sobre los/las usuarios/as del programa, tanto en la presentación de la persona por parte del profesional como a la hora de que los agentes informen del desarrollo de los encuentros para que el EAM pueda supervisar” (SAPAME y UGC Salud Mental HU Virgen de las Nieves, 2019a: 12).

En cualquier caso, se indica que “[e]l convenio entre el HU Virgen de las Nieves y SAPAME ampara desde el punto de vista legal” el hecho de que se comparta la información imprescindible para cumplir esas funciones básicas del PAM (SAPAME y UGC Salud Mental HU Virgen de las Nieves, 2019a: 12). A continuación, se reflejan algunos consejos para lxs agentes a la hora de divulgar información que también recogen las distintas sensibilidades del equipo: si por una parte se recomienda “ponernos en el lugar del receptor a la hora de decidir qué informaciones nuestras no nos gustaría que se supieran”, por otra se insiste en que “[l]a información relacionada con el riesgo de conductas autoagresivas o heteroagresivas siempre tendrá que ser compartida al menos con algún miembro pertinente del equipo” (*Idem*). Esto último refleja nuevamente la aparición de miedos por parte de lxs profesionales que tan a menudo se traducen en estrategias defensivas, donde evitar el riesgo es la principal prioridad, por encima de la escucha y el respeto a la persona con malestar.

Todas estas cuestiones se complican aún más cuando lx agente ha tenido un vínculo previo como paciente del servicio, algo que en el PAM es bastante habitual. Para la agente de apoyo mutuo entrevistada (que nunca había sido tratada en ninguno de los servicios en los que operaba el PAM), esta relación puede ser completamente disruptiva, impidiendo a lx agente cumplir su función de forma adecuada al complejizar sus lealtades:

alguien que un profesional le haya ayudado mucho, que [su] experiencia con él o con el servicio haya sido muy positiva, los profesionales tienen el rol de autoridad, entonces... Claro, aliarte en contra de la autoridad cuando te ha ayudado, cuando hay un vínculo emocional... yo no sé si podría, y mira que yo tengo trabajo y mucha terapia hecha, y no sé

211 El 18 de marzo de 2019, tras un año aproximadamente de trabajo en el PAM, una de las reuniones del equipo se dedicó a “el manejo de la información y la intimidad de los receptores de AM” (SAPAME y UGC Salud Mental HU Virgen de las Nieves, 2019b: 10).

si podría [...] ¿hasta qué punto mi lealtad estaría con el compañero, estaría con el profesional, con el servicio...? Es lío [...] te digo en el caso positivo, ¿y si es en el caso negativo? ¿Y si resulta que te pasó algo con alguien del servicio...? [...] Entonces hay un riesgo de eso, de que esté todo más empantanado. (Entrevista a agente de apoyo mutuo, 27 de octubre de 2022)

Como se ve en las palabras de la entrevistada, el peligro tiene que ver con que lxs agentes no puedan defender su lugar propio en el servicio. Este es uno de los grandes riesgos que existen en el trabajo como agente en general, pero hablaremos sobre él en más profundidad al tratar el tema de la (difícil) profesionalización del apoyo mutuo. En cualquier caso, como hemos visto, este sostenimiento de las diferencias y jerarquías²¹² implicaba entre otras cosas que no había un contacto directo entre pacientes y agentes, sino que existía un filtro profesional. Además, lxs encargadxs de filtrar eran esxs profesionales que, desde el punto de vista de Maestro, no eran abiertamente hostiles, pero tampoco terminaban de creer en el programa. Esto también añadía niveles de complicación a la cuestión de la información que se podía o no se podía compartir; Susana lo expresaba así:

ellos, en sus reuniones, en algunos sitios decidían cuáles eran los usuarios que eran susceptibles de recibir el apoyo entre iguales, ¿no? Bueno, luego la ley de protección de datos, todo este tipo de cosas que también... en esas reuniones pues no participaban los agentes, con lo cual... lo bueno habría sido que los agentes pues hablaran con los usuarios y saliera la necesidad de los usuarios de primera mano, no filtrado por los profesionales que aplican sus criterios. (Entrevista a Susana, 1 de julio de 2022)

En este sentido, resulta llamativo que lxs profesionales e investigadorxs entrevistadxs no parecían dar mucha importancia a la cuestión de quién debería participar como receptorx en el programa. Bono me dijo que, en el informe del primer proyecto, apenas habían puesto un criterio: “una persona que estuviera en mucha situación de aislamiento”²¹³, y añadía que no creía que se

212 El peso de esta cuestión es, por otro lado, poco sorprendente en un ámbito tan jerarquizado como el sanitario. Al fin y al cabo, esta excesiva centralidad de la jerarquía profesional y, con ella, de la jerarquía epistemológica entre profesiones es uno de los grandes retos que identifican lxs profesionales progresistas a la hora de cambiar las dinámicas asistenciales. Véase Martín López-Andrade (2017).

213 En realidad, en el informe se reflejan los siguientes criterios: “situación personal de aislamiento social, poca conexión con los/as profesionales y/o el servicio, estabilidad del/la paciente receptor, personalidad y que no se conocieran previamente agente y paciente receptor, etc. En algunos casos se tuvo en cuenta la edad, y en general, no se tuvo en cuenta el diagnóstico” (Bono del Trigo *et al.*, 2012: 8). Sin embargo, este olvido parece confirmar que Bono da relativamente poca importancia a esta cuestión. Por otra parte, el énfasis en este y otros puntos del informe en la “estabilidad” o “compensación” de lxs receptorxs (p.ej., Bono del Trigo *et al.*, 2012: 46) vuelve a poner en el

podiese concretar mucho más. Maestro me planteó múltiples reflexiones sobre el tipo de personas que pueden ejercer el rol de agentes; en cambio, al hablar sobre a quién le puede venir bien recibir apoyo apenas señaló que buscaban a “personas que estaban en un momento más complicado”. Susana, en contraste, afirmaba que, en el transcurso de uno de los encuentros de la Red de Apoyo Mutuo de Andalucía, en 2019²¹⁴, habían debatido en detalle esos criterios.

A su vez, en el informe del PAM, elaborado como sabemos por agentes y profesionales de manera conjunta, se reflejaba un “Perfil del Receptor/a de AM” que incluía varias características. La mayoría de ellas tenían que ver efectivamente con el aislamiento: aparte de la situación de soledad, se habla de “dificultades de relación social”, la falta de “actividades ajenas a las del dispositivo donde se les atiende”, el hecho de que vayan a recibir el alta en breve y el corolario de todas ellas, la idea de que “[s]e podrían beneficiar del acompañamiento a SAPAME para integrarse en la asociación” (SAPAME y UGC Salud Mental HU Virgen de las Nieves, 2019a: 8). Más allá de esto, se subraya la necesidad de que la participación sea voluntaria, se recoge el tautológico criterio de que se seleccione a personas que “[p]odrían beneficiarse especialmente de la relación con un/a igual”, se hace una referencia algo inespecífica a la posibilidad de ayudar a desbloquear los procesos de recuperación y, sobre todo, se habla de seleccionar a quienes “[t]ienen dificultad para vincularse a los dispositivos de salud mental o a los/las profesionales” (*Idem*).

El problema con este último criterio es que, de nuevo, pone de relieve el riesgo de que lxs agentes se conviertan en instrumentos de la institución para conseguir extraer una información o facilitar una vinculación que no se generaría con profesionales, pero sí se puede dar con unx igual²¹⁵. Al mismo tiempo, este criterio se puede interpretar en un sentido contrario: como una renuncia de lxs profesionales a llegar a determinadxs pacientes y/o un intento de lxs agentes de llegar a personas que, de lo contrario, no recibirían ningún tipo de apoyo desde la institución. Que este criterio teórico opere, en la práctica, en un sentido o en otro dependerá en buena medida de cómo sean las relaciones entre lxs profesionales y lxs agentes, un problema que como hemos visto está lejos de solucionarse. Al menos desde el punto de vista del movimiento; Bono, por ejemplo, es más optimista. Según ella, que tiene contacto con muchxs profesionales a través de los cursos formativos sobre derechos humanos en salud mental que imparte, ha habido un notable cambio a

centro los miedos de lxs profesionales a que lxs agentes no puedan manejar las situaciones de lxs receptorxs.

214 En teoría, de aquella reunión salió un documento bastante comprensivo que debía servir para guiar la creación de programas como el PAM. La Federación publicó una entrada en su blog hablando de este encuentro (las V Jornadas de RAMA) y de ese documento (véase: <https://www.enprimerapersonaandalucia.es/v-jornadas-de-la-red-de-apoyo-mutuo-de-andalucia-rama/>), pero pese a haber hablado de él con Susana, finalmente no he conseguido tener acceso a él.

215 Este riesgo se ha señalado en estudios previos, como el de Otte *et al.* (2020).

mejor en la percepción de estxs sobre cosas como el apoyo mutuo:

A los profesionales les gusta, antes era: «ay, a ver si me van a quitar mi puesto de trabajo; qué locura, ahí están los de la Escuela, los modernos blablablá». Ahora no, ahora la gente cree que esto está bien. No todo el mundo, pero... «oye, pues mira, le viene muy bien; oye, yo lo veo más contento». [risas] Joder, pues hala. O sea, que ahora ya no está, no se ve como... incluso no se ve como una carga más. [...] «Ah, claro, pero es que encima más trabajo». Digo a ver, el único papel que tienen los profesionales es permitir que esto exista: mediar en que haya un espacio, un lugar y una agenda, punto. No tienen que hacer más. ¡No me vengas con que ese es el problema! Y si no deja de hacer algo que seguro que no está bien para hacer esto otro, porque dejar de hacer también está bien, algunas cosas que no sirven *pa na*. (Entrevista a Águila Bono, 26 de abril de 2022)

No obstante, como se puede intuir por esas últimas palabras, las resistencias siguen existiendo. No es fácil cambiar inercias institucionales tan arraigadas, y en particular, no es fácil ceder el control cuando todo el sistema está construido sobre el miedo a y la prevención de la crisis, la descompensación, el brote. Pero es que parte de lo que implica la promoción de programas como este para lxs profesionales y para la institución es no solo ceder el control a otras personas, lxs agentes, que tienen una forma de conocimiento muy diferente a la que están acostumbradxs, sino también relajar esos miedos, cambiar las prioridades. Lo que Bono llama cuidar “hacia el bienestar de la persona, hacia la mejoría, hacia que tenga calidad de vida, no a eliminar [síntomas]”. Y ese cambio es especialmente difícil de realizar. Susana lo capta a la perfección al hablar, una vez más, de los miedos que lxs profesionales expresaban a lxs agentes respecto a la medicación:

«No vayas a decirle algo de los medicamentos, porque entonces»... ¿Sabes? Todo eso, el temor al... yo siempre digo que en cualquier proceso de recuperación hay unos riesgos, y hay pasos *palante* y hay para atrás, ¿no? Y los riesgos, ¿merecen la pena? Pues yo creo que sí, que habrá daños colaterales, pero como en todo avance: hay daños colaterales, ¿no? Pero a mí la práctica me dice que es bueno, que es bueno andar *palante*. (Entrevista a Susana, 1 de julio de 2022)

Conseguir que tanto lxs agentes como lxs profesionales asuman esos riesgos y no se retrotraigan a una estrategia defensiva de aplacar los síntomas es un reto, no ya del apoyo mutuo individual²¹⁶,

216 Este es de hecho uno de los temas que se abordan en el curso Peer2Peer, donde se dan ciertos consejos para abordar los riesgos desde la posición de agente sin dejarse llevar por el miedo, como “[s]er consciente de lo que nos incomoda de cada situación y de nuestras reacciones instintivas, por ejemplo, el impulso de tratar de «arreglarlo»” o “[r]eflexionar sobre lo que siente la otra persona cuando se involucra en actividades consideradas peligrosas, por ejemplo auto-lesión o suicidio” (Christie *et al.*, 2015: 149).

sino del sistema de atención en salud mental en su conjunto. Pero en lo que respecta a programas como el PAM, lo fundamental es que estos miedos no lleven a la imposición del criterio profesional por encima del trabajo del equipo en su conjunto.

2.2. La falta de continuidad de lxs agentes.

Otro de los grandes retos que plantean los programas de apoyo mutuo es el de mantener una cierta continuidad entre lxs agentes que prestan el servicio. Por diversos motivos, y desde el inicio de la andadura del PAM, las personas que estaban participando del equipo y realizando sesiones de apoyo mutuo cambiaron con frecuencia. La marcha provisional²¹⁷ o permanente de algunxs agentes obligaba a buscar nuevas personas que pudieran cumplir con ese rol. Esta constante rotación “hacía que al principio vivieras como que el programa tenía mucha fragilidad”, según Maestro, y esta ansiedad se unía al resto de dificultades que encaraban.

Las razones para estos cambios tan frecuentes son múltiples. Por una parte, hay una cuestión que pende sobre este tipo de programas tanto como sobre el activismo en salud mental en general: las crisis que a menudo sufren muchas personas con sufrimiento mental grave, incluso aquellas que están muy recuperadas, y que las incapacitan para realizar apoyo mutuo (y para muchas otras tareas de la vida diaria). Recordemos las palabras de Águila Bono antes citadas: “en las personas con problemas de salud mental, la enfermedad no es así [ascendente] o así [descendente], es así [cíclica]. Esa es la fundamental diferencia, desde mi punto de vista, en casi todo lo que pretendemos hacer”. Sea por cuestiones puramente personales, sea por las presiones que implica el propio trabajo de agente, o por una combinación de ambas, el caso es que no es extraño que las personas tengan que tomarse respiros a la hora de ejercer esa función. De hecho, la cuestión de las posibles crisis también estaba contemplada dentro del programa: según reflejan los documentos internos del PAM, se debatió acerca de los “pactos de cuidados” en al menos una reunión (SAPAME y UGC Salud Mental HU Virgen de las Nieves, 2019b: 10), y los resultados del debate fueron después sistematizados y están contenidos en el informe de revisión.

Bajo el epígrafe “El apoyo al agente por parte del equipo”, se recogían los acuerdos respecto a cómo actuar en casos en los que “un compañero pasa por dificultades emocionales, crisis o ingresos hospitalarios” (SAPAME y UGC Salud Mental HU Virgen de las Nieves, 2019a: 13), lo cual con seguridad refleja alguna experiencia de crisis de algunx(s) integrante(s) del equipo. En

217 Estas marchas provisionales adoptaban muchas formas, de acuerdo con Maestro: “gente que está de agente y tiene una época complicada, de un tipo o de otro [...] y durante una etapa se retiran, o pasan a un segundo plano, o van a las reuniones, pero no tienen encuentros con compañeros... ¿sabes? Como que hay una fluctuación, o sea, no son roles desde siempre, para siempre, sino que hay una continua fluctuación”.

esencia, lo que se decidió fue crear “pequeño[s] pactos de cuidados”²¹⁸ con cada agente en el momento en que se uniera al equipo. El contenido del pacto era sencillo: cada agente debía expresar si quería o no que desde el equipo se le diesen diversos tipos de apoyo en caso de crisis o ingreso, o incluso si prefería que no se informase al equipo en absoluto, además de señalar si consideraba que podría “continuar expresando sus preferencias en el momento” y seleccionar a un integrante del equipo como intermediaria en caso de que desease que hubiese contacto (*Idem*).

Sin embargo, los momentos de crisis en sí no son la única razón por la que existía inestabilidad entre los agentes del equipo. En ocasiones, antes de que llegase ese momento, las personas expresaban su cansancio y su necesidad de alejarse. Este término, el cansancio, fue una constante en las entrevistas y también en la observación participante. Para algunas personas, “estar cansada” significaba que veían que se acercaban a su límite, que si seguían con ese nivel de implicación en el apoyo mutuo, tendría consecuencias para su bienestar. Para otras, el cansancio se refería más bien a esa necesidad de desvincularse del activismo en salud mental que expresó Susana. Maestro sintetizaba muy bien un relato que ambos, sin duda, habíamos escuchado muchas veces: “[hay] gente que en un momento dado le apetece también salirse un poco de las actividades relacionadas con salud mental y... Bueno, pues llevar una vida un poco... yo qué sé, más normal, fuera de estas historias”. Se quiera o no, la distinción entre lo normal y lo patológico en salud mental condiciona incluso las propuestas más desestigmatizantes.

Por otro lado, y de forma más específica al PAM, otra de las causas de la inestabilidad era el hecho de que, salvo para una persona por espacio de unos meses, el trabajo como agente era puramente voluntario. Las personas no cobraban por una actividad que llevaba bastante tiempo y que suponía un importante grado de implicación. Para sostener la participación en algo así hace falta mucha motivación, además de tener las necesidades materiales cubiertas, y estos requisitos no siempre se cumplían. Maestro incidía en que ha habido muchas personas que “cambian sus circunstancias personales, que tienen que empezar a trabajar, que se trasladan”. Para la agente de apoyo mutuo entrevistada, este es un problema intrínseco a este formato: “los voluntariados son así: la peña no se mantiene porque pierde el interés, o porque no puede, o porque... es difícil que haya un compromiso”, y el compromiso es para ella la clave de que el apoyo mutuo individual se haga de

218 Los pactos de cuidados son una estrategia desarrollada desde el movimiento en primera persona por los que, previamente al momento de “crisis”, se acuerdan con el entorno las medidas a seguir en caso de que ocurra, de modo que se puedan crear espacios seguros donde expresar las angustias y, en su caso, los delirios, además de negociar si es o no necesario recurrir a la atención profesional. Paula Tomé los define como “las relaciones que se establecen entre quien delira, quien/es pululan alrededor del delirio, y el propio delirio como historia” (2014: 17), en un artículo que los explica con mucha ternura y claridad.

manera correcta.

El constante cambio de agentes debido a la combinación de todas estas causas había hecho que lxs profesionales naturalizaran la inestabilidad del PAM y otros programas similares. Maestro lo describía como “un programa muy dinámico y muy sujeto a cambios”, por lo que, por un lado, acepta como normal que hubiese enormes fluctuaciones en el nivel de actividad del programa en sí: “estabas ahí siempre como... con los hilos, intentando sostenerlos y con etapas de más solidez y etapas de actividad mínima”. Por el otro, esto suponía también normalizar la necesidad de encontrar siempre nuevas personas que ejerzan como agentes:

intentabas también aceptar esto como una característica del programa, ¿no? Y ya está: esto es lo que hay, tiene que ser un programa en el que la gente entre y salga, en el que tengamos que hacer un esfuerzo continuo por colaborar con los usuarios, con la asociación, con buscar personas nuevas, con favorecer la realización de cursos, y aceptar que esto es así, que tampoco puedes presionar a la gente, ¿sabes?, para que se quede ahí porque a ti te interesa. (Entrevista a Juan Carlos Maestro, 8 de julio de 2022)

De hecho, también desde el movimiento había quienes lo veían así: Miguel lamentaba que, por culpa de estas pérdidas de agentes, aún no se hubiese podido poner en marcha el PAM en el Hospital San Cecilio, pero consideraba normal “tener una renovación muy constante” y señalaba que “hay que tener siempre una cantera”. Por este motivo, Miguel era partidario de la realización de cursos aun cuando tuvieran que ser impartidos por profesionales. En cambio, Susana no veía esto tan claro. En su opinión, “se les subió a la cabeza a algunos profesionales, como que necesitaban agentes para el voluntariado en los servicios y tal, y nosotros decíamos: ¿esto qué es, una máquina expendedora de churros?”. Para ella, esta exigencia de que se abasteciera constantemente de agentes al PAM y demás programas había resultado sospechosa:

entonces ya empiezas tú a pensar que hay servicios que quieren tener cumplidos determinados objetivos, ¿no? Que me parece muy bien, pero que tú también tienes que tener cumplidos los objetivos tuyos, no solamente estar al servicio de cubrir los objetivos de los demás. Y cuando te das cuenta de eso, que hay gente que no se da cuenta, de que tú estás para cubrir los objetivos de los demás, pero de tu parte... oye, de mi parte, de esto, ¿qué hay? Entonces te empiezas a cuestionar si no estará desvirtuándose todo esto, si no estarán algunos servicios utilizando esto tan bonito del *peer to peer* y del apoyo mutuo y de los agentes de apoyo mutuo, pues para paliar determinadas carencias que ellos tienen en sus servicios. Entonces un agente de apoyo mutuo, ¿qué es? ¿Un agente que ayuda al otro y que le acompaña para que vaya a hacer una gestión administrativa y le acompañe a esto, porque no hay nadie que lo haga, o...? (Entrevista a Susana, 1 de julio de 2022)

De este modo, vemos a través de los ojos de Susana, que tanto trabajó para favorecer la colaboración entre asociaciones y servicios, que esta también tiene sus lados oscuros. Esta es otra cara de esa externalización subrepticia de los servicios que comenté en la introducción al análisis: hablamos de un trabajo que implica una formación, un tiempo y un esfuerzo emocional enorme, que debería ser pagado y sin embargo se estaba realizando de manera voluntaria. La exigencia de alimentar esa maquinaria aparecía entonces como un uso interesado de las energías del movimiento asociativo para mejorar los servicios sin coste alguno. Jijian Voronka explica que la confluencia de “las economías neoliberales y biopolíticas de la salud mental y los servicios sociales [con] los discursos de justicia social aparentemente contradictorios, como los del movimiento por la recuperación” (2016: 193), han creado una situación en la que lxs “*peer workers*” son al mismo tiempo un elemento progresista destinado a mejorar los servicios y un método de ahorro para las administraciones (Voronka, 2017: 334).

Precisamente por eso, una de las cuestiones que se planteaba el PAM era la posibilidad de remunerar el trabajo de lxs agentes. Esta idea había estado sobre la mesa desde el principio, pero cuando por fin se concretó, no resultó como se esperaba.

2.3. Los problemas con la profesionalización.

Las dificultades asociadas a la profesionalización del apoyo mutuo individual o *peer support* son de dos tipos. Por un lado, hay obstáculos legales y administrativos para conseguir siquiera que se llegue a desarrollar este trabajo de manera remunerada; por otro, una vez que se consiguen salvar esos problemas, surgen toda una serie de problemas prácticos que hacen difícil que se sostenga el ejercicio profesional. Empezaré por el primer tipo, dada su prioridad lógica y cronológica.

Cuando se iniciaron los primeros pilotajes en Andalucía, en 2009, la idea de que la actividad de agente de apoyo mutuo fuera remunerada no estaba entre las prioridades inmediatas. Lo que se consideraba importante era crear pequeñas experiencias que pusieran en marcha procesos de cambio en los servicios al mismo tiempo que se empoderaba al movimiento asociativo en primera persona. Según me contaba Maestro, en su época en Motril, cuando ni siquiera había dinero para organizar nuevos cursos y tuvieron que improvisar metodologías alternativas para formar a nuevxs agentes, no se contemplaba “para nada” que se pudiera pagar a estxs por su trabajo: este se realizaba de manera puramente voluntaria. Pero matiza: en ocasiones sí que surgía esta cuestión “a la hora de elucubrar un poco por dónde podía ir el futuro y tal... pero vamos, que en ningún momento aquello se percibió como algo fácil o cercano, que pudieran cobrar”.

En efecto, esta cuestión no era fácil, como se descubrió cuando, a raíz del proyecto Peer2Peer (que, recordemos, sí contemplaba la profesionalización de esta actividad como un

objetivo prioritario), se intentó encontrar la manera de crear la figura laboral de agente. Se intentaron seguir dos vías: por un lado, se intentó crear un certificado de profesionalidad asociado al programa formativo desarrollado con el proyecto; por otro, se intentó conseguir la contratación directa de agentes por parte del Servicio Andaluz de Salud. Inicialmente, ninguna de las dos fructificó. La puesta en marcha del PAM supuso un revulsivo a este respecto: la cuestión aún no estaba resuelta, pero figuraba entre los objetivos, de manera que se iniciaron negociaciones con FAISEM para encontrar la manera de hacerlo posible.

La razón por la que se acudió a la Fundación es que, de acuerdo con lo que me explicaba Bono, “el SAS tiene una RPT, una relación de puestos de trabajo, donde esta [figura] no entra. No existe ni puede existir, ni tiene ninguna fórmula que [lo] permita”. Maestro concordaba en que la contratación directa por parte de los servicios públicos “era prácticamente imposible por la complejidad a nivel burocrático de la creación de categorías”²¹⁹. Descartada debido a su excesiva complejidad esta opción, se intentó que fuera FAISEM quien contratase a lxs agentes, dado que “hay un puesto de trabajo en FAISEM, que es el más básico, que es como el monitor de FAISEM, que podría ser asimilable” (Bono). Hubo reuniones, pero una vez más “todo quedó en agua de borrajas” (Susana), a pesar del entusiasmo de FAISEM, que todxs lxs entrevistadxs coinciden en señalar. El problema no fue la falta de voluntad, sino nuevamente los problemas burocráticos y administrativos: según Maestro, “tuvieron muchas complicaciones con... no sé si era con la intervención de Hacienda... con entes, digamos, que tienen que controlar el gasto, el tema de los contratos y tal, y tuvieron que parar”.

Finalmente, FAISEM propuso una solución alternativa. Consistía en aumentar la cuantía de las subvenciones que se destinan al movimiento asociativo para permitir que fuera la propia Federación la que contratase a agentes de apoyo mutuo. En este punto hay discrepancias: mientras que Bono señala que esto requería de un proyecto específico financiado aparte, Susana, que fue quien hizo las gestiones, señala más bien que no recibieron financiación “para ese programa en específico”, sino que todo iba dentro de la misma “partida presupuestaria” que después ellxs distribuían. Pero el caso es que, efectivamente, y a pesar de que se trasladaba todo el peso de la contratación al movimiento asociativo, se accedió a seguir adelante bajo este modelo: tras años de intentos infructuosos, el hecho de que al fin pareciera posible conseguir este objetivo fue suficiente para acallar cualquier duda sobre el formato.

Una vez conseguida al fin la fórmula legal para contratar agentes, se decidió ir más allá del

219 De acuerdo con Eiroa-Orosa y Sánchez-Moscona (2023: 16), el origen de este tipo de complicaciones es la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, que no recoge ninguna figura semejable a la de agente.

PAM. Desde la Federación, se contactó con “profesionales referentes” en otros tres servicios de distintos puntos de Andalucía, que se encargarían de trabajar con sendxs agentes. Así, a modo de experiencia piloto, se contrató a cuatro agentes²²⁰ (incluyendo unx agente del programa que, como antes dije, fue quien ejerció como co-coordinadorx) a tiempo parcial durante tres meses, a finales de 2018. Sin embargo, una vez concluida esta experiencia, la propia Federación decidió no renovar a lxs agentes contratadxs, ni volver a intentar algo así en el futuro²²¹. Entre las razones que me dio Susana para justificar esta decisión, aparte de las relativas a las dificultades en la relación con lxs profesionales que ya hemos visto, la principal fue que este modelo había hecho que toda la responsabilidad por la contratación recayese de pronto sobre la Federación:

tú contratas a uno de los agentes *pa* cuatro meses y al mes se te da de baja... ¡al mes se te da de baja! Y al final te das cuenta de que tú te estás convirtiendo en una empresa, con las responsabilidades laborales por tu parte. [...] Entonces estuvimos pensando en montar una cooperativa, estuve en contacto con algunas cooperativas sociales, a ver qué figura jurídica podía encajar para hacer una cooperativa... en fin, [resopla] todo esto, que al final tú dices: Dios mío de mi vida, me estoy metiendo en un berenjenal que... (Entrevista a Susana, 1 de julio de 2022)

Estas dificultades coincidieron con un retraso en el pago de las subvenciones por parte de las administraciones, por lo que la Federación de hecho no tenía dinero para continuar la contratación. A pesar de los esfuerzos del equipo del PAM por que se mantuviese la contratación, aunque fuese la de lx coordinadorx del propio programa, a modo de “punto de referencia” en Andalucía (Maestro), no se pudo llegar a un acuerdo²²².

La consecuencia esencial de esta decisión fue que el trabajo como agente quedaba relegado necesariamente al voluntariado. En este sentido, la agente de apoyo mutuo entrevistada es clara: ser agente “es un trabajo”, independientemente de que se remunere o no, y para poder hacerlo bien es imprescindible una dedicación propia de una profesión. Por tanto, el problema de que en el PAM todo sea voluntario es que “no es sostenible, porque para que tú puedas dedicarle las horas que le

220 Además de en Granada, estas contrataciones se produjeron en Málaga, en Almería y en Motril. Tanto Juan Carlos Maestro como Águila Bono recordaban que se había producido una contratación en Cabra (Córdoba), pero Susana, como parte de la entidad contratante, la Federación, me confirmó estas cuatro ubicaciones tras una consulta específica al respecto.

221 Si bien la Junta Directiva de la Federación ha cambiado desde entonces y esto tal vez abra la puerta a repetir la experiencia.

222 Esta mala experiencia matiza las recomendaciones de Eiroa-Orosa y Sánchez-Moscona (2023: 16-17), que ven en esta contratación por parte de entidades sin ánimo de lucro una salida a la parálisis provocada por la rigidez burocrática de las contrataciones de profesionales sanitarixs.

tienes que dedicar, para que lo hagas bien, para que te puedas formar, para que haya un compromiso, la persona tiene que estar cubierta en sus necesidades básicas”. Cuando hablamos de personas con experiencia de sufrimiento mental, esto significa casi inevitablemente que solo quienes tengan una pensión razonable podrán dedicarse a este trabajo. El acceso a estas pensiones no es sencillo, y depende en gran medida justamente de que el tipo de sufrimiento mental que se padezca incapacite para el desempeño continuado de un trabajo. Es decir, al no pagar a lxs agentes, estamos limitando enormemente la cantidad de personas que pueden llegar a desarrollar ese trabajo, y centrándonos en un grupo que probablemente enfrente aún más obstáculos para desarrollarlo con garantías.

Pero además de esta cuestión estrictamente económica, hay otro problema con el hecho de que lxs agentes sean voluntarixs. Como señala nuevamente la agente de apoyo mutuo, “el sueldo da un reconocimiento que no lo da el voluntariado, se reconoce más, y más siendo paciente de salud mental”. Como veíamos antes, uno de los principales problemas en la relación de lxs agentes con lxs profesionales²²³ es el que estxs lxs sigan tratando como “pacientes”; de este modo, el sueldo se convierte en un elemento simbólico que proporciona estatus y en una herramienta para acortar las diferencias jerárquicas, y gracias a él lxs agentes son tratadxs con “un respeto que no se te da si no”. Esta cuestión no parecía tenerla en cuenta Maestro, que si bien defendía la necesidad de contratar a *algunxs* agentes, también consideraba positivo que aquellxs personas con pensión, a quienes por ello “no se les puede contratar”, pero que “son gente que les apetece seguir activa” y además “con mucha capacidad de trabajo”, pudieran participar del programa de todos modos.

Por otro lado, el problema económico va más allá del cobro de un salario. Ejercer como agente supone ciertos gastos, como los del desplazamiento hasta los servicios para las reuniones del equipo o para realizar encuentros de apoyo mutuo, además de gastos en los que se puede incurrir durante los propios encuentros, como explicaba la agente entrevistada: “vas a agudos, la persona no tiene dinero y le pagas tú el desayuno”. Tampoco estos gastos estaban cubiertos: ni desde los servicios ni desde el movimiento asociativo se hacían cargo de ellos. De este modo, el trabajo de

223 En este punto hay que reconocer un problema terminológico, y es que las palabras que se han generalizado en castellano para referir a quienes hacen el trabajo de *peer worker* y el resto de personas que se dedican a la atención a la salud mental, “agentes” y “profesionales”, respectivamente, parecen indicar que lxs agentes no fueran profesionales. Esto sin duda es un obstáculo más para que se tome en serio el trabajo de agente desde los servicios, pero no tiene una fácil solución, dado que es necesario señalar de alguna manera la diferencia entre quienes se dedican a la atención en salud mental a raíz de su experiencia en primera persona y su formación en torno a ello y quienes lo hacen a raíz de su formación en una disciplina psi y su integración en un colectivo profesional consolidado. Quizás sea necesario avanzar un poco más en la profesionalización del apoyo mutuo para que cambien estas distinciones terminológicas en favor de otras.

agente, incluso aunque se tenga pensión, acaba costando dinero a quien lo ejerce. Así pues, a raíz de la decisión de acabar con las contrataciones, lx agente de apoyo mutuo que había sido contratadx en el PAM acabó por abandonar el programa y, en general, el apoyo mutuo, teniendo incluso que trasladarse a otra ciudad por cuestiones laborales. Para Pepe, que vivió de cerca esta situación, este resultado fue

muy injusto, porque una persona que se parta la cara... sí, que estamos de acuerdo, que puede ser *mu* comunista, puede ser *mu to* lo que tú quieras, pero la gente para vivir necesita comer, y para comer necesitas dinero. Es que no hay otra, y del aire no se alimenta nadie. (Entrevista a Pepe, 29 de abril de 2021)

Aparte de los problemas burocráticos, hay otros obstáculos a la profesionalización, en este caso de tipo práctico, que se hicieron visibles con la experiencia de contratar a cuatro agentes, incluyendo unx en el PAM. El más básico de ellos era la dificultad de lxs agentes para adecuarse a su nuevo rol como profesionales, midiendo adecuadamente su forma de relacionarse con el resto de profesionales, que ahora eran sus compañerxs, y con lxs pacientes, a quienes antaño consideraban compañerxs y ahora tenían que tratar. Para algunas de las personas contratadas, me explicaba Susana, esta era “su primera relación laboral”, por lo que no estaban habituadas a pensarse como empleadxs y a actuar en consecuencia: “estás acostumbrado a estar en tu situación, haciendo apoyo entre iguales, y ahora te vas a un servicio donde estás trabajando, ¿no? ¿Cómo te relacionas con las otras personas que trabajan, cuál es tu posicionamiento desde ser trabajador?”.

Esta dificultad se puso en evidencia en particular en la relación que mantenían algunxs agentes con lxs receptores de apoyo mutuo: sentían confusión respecto a los límites que implicaba su nueva posición como trabajadorxs, las “barreras que no deben traspasar”. Este problema era mucho más grave para lxs agentes que fueron contratadxs en otros puntos de Andalucía, donde no existían un programa ni un equipo: ante estas dificultades, lxs agentes “necesitaban del apoyo, del sostén de alguien” (Susana), y lxs profesionales referentes no supieron abordar estas necesidades. Esto también contribuyó a que desde Federación se decidiera no continuar con la contratación. Para la agente de apoyo mutuo entrevistada, la combinación de falta de experiencia con falta de apoyos fue la clave del fracaso de las contrataciones: “si tú sueltas a alguien en un servicio sin un respaldo, sin una asociación, sin mucha tabla a ese nivel [de saber hablar en una reunión]”, resulta casi imposible que esta persona pueda desempeñar su papel de forma adecuada. En este sentido, le parece que el experimento de contratar a esxs otrxs agentes “fue aventurado, porque no había un respaldo para esos trabajadores”.

Se apuntan aquí dos requisitos para posibilitar el éxito en el desempeño profesional del rol de agente. Por una parte, las circunstancias tienen que ser adecuadas: todas las personas entrevistadas coincidían en subrayar la importancia de que existiese un programa robusto, y en especial la agente subrayaba la conveniencia de que hubiese una colaboración con asociaciones suficientemente fuertes para apoyar a lxs agentes en casos en que su trabajo fuera cuestionado. Ya hemos visto que este no es el caso en casi ningún lugar de Andalucía: salvo en Motril y Granada, los programas de apoyo mutuo en servicios no han llegado a tener recorrido suficiente y, correlativamente, fuera de SAPAME, es difícil encontrar asociaciones con el peso, la experiencia y la base social necesarias para apoyar adecuadamente a lxs agentes.

Pero, por otra parte, hay un problema que tiene que ver con el propio perfil de lxs agentes: no es fácil encontrar personas que, además de experiencia en primera persona y voluntad, tengan el resto de habilidades necesarias para cumplir con su rol de la manera adecuada. La agente de apoyo mutuo entrevistada es contundente en este sentido: “tener experiencia en primera persona no es suficiente por sí solo. Que tú tengas experiencia en un brote psicótico no te capacita para acompañar a alguien en eso”. Desde luego, el requisito más básico que coinciden en señalar lxs entrevistadxs, aparte de la experiencia, es estar en un “momento avanzado de la recuperación”. Esto requiere, en primer lugar, un grado de consciencia sobre el propio sufrimiento psíquico y, en segundo, en palabras de la agente de apoyo mutuo, “la reflexión sobre tu propio proceso, lo que tú hayas elaborado”. Sin esta elaboración que ayude a poner en perspectiva la historia de sufrimiento que se ha experimentado, es imposible que puedas posicionarte en el lugar adecuado para acompañar a alguien que está en un momento más agudo de malestar.

Pero además de esto, Susana identificaba un problema bastante más elemental: según me contaba, la principal laguna que, pasado el tiempo, habían detectado en el curso Peer2Peer era que este daba por sabidas muchas cuestiones básicas que, en muchos casos, las personas con experiencia que forman el movimiento asociativo y acuden a estos cursos no saben:

Nosotros a raíz de la experiencia dando el Peer2Peer, encontrábamos dificultades con la gente en los conceptos, por ejemplo. ¿Qué significa “empoderamiento”? ¿Qué significa “participación”, qué significa “ayuda”, “apoyo”, “mutuo”? Montones de conceptos que los da por sobreentendidos [...] El saber utilizar un ordenador, el saber hacer un escrito... formación en técnicas de entrevista, cuando hablo con el otro qué tipo de preguntas hacer, qué es la escucha activa... ¿sabes? Quién es el emisor, quién es el receptor, qué tipo de preguntas puedo hacer, cómo puedo elaborar un documento, cómo puedo... o sea, lo básico, básico, básico, que en nuestro movimiento hay montones de personas que es que no tienen capacitaciones ningunas desarrolladas, ¿no? (Entrevista a Susana, 1 de julio de 2022)

Como solución a estas cuestiones, en sus últimos meses en la Federación habían pensado elaborar lo que llama “píldoras formativas”, que sirvieran para llenar esos vacíos y que las personas pudiesen aprovechar mejor las formaciones sobre apoyo mutuo individual. Sin embargo, esto no llegó a ponerse en marcha. De este modo, vemos nuevamente las dificultades que entraña el hecho de que el movimiento asociativo andaluz esté tan volcado con personas en situaciones de especial gravedad. Se consigue llegar a una población que los servicios prácticamente dan por desahuciada, pero por otro lado se hace muy difícil aspirar a cumplir con los objetivos más ambiciosos que se plantean.

En este sentido, muchas de las personas entrevistadas que participan en GAMs ni siquiera se planteaban la posibilidad de ser agentes. Ya vimos que José Carlos se sentía incapaz debido a “mi condición”, ese “autismo leve” que él identificaba como la raíz de sus dificultades comunicativas. Alicia alegaba que “soy una persona muy sensible, y sentirme identificada con la salud mental para mí es difícil”, tanto por la cuestión del estigma como, sobre todo, porque no se ve capaz de gestionar la “carga emocional” que le “depositarían”. Pepe, por su parte, era de lo más lúcido en este punto; cuando le pregunté si había pensado en ser agente, contestó que le gustaría, pero que ese rol tenía que desempeñarlo “gente que esté más preparada” que él y que la mayoría de personas que de hecho lo hacían. Cuando le pregunté si pensaba que esto era una cuestión de formación, aclaró que no: “estar preparadx” tiene que ver con encontrarse bien unx para poder ayudar, y eso depende de que unx “se trabaje”.

De todas formas, aun cuando se salvase esta cuestión tan básica, lxs agentes aún tendrían que reunir otras habilidades y atributos para poder hacer bien el trabajo. Estas abarcan desde cuestiones personales como “ser una persona optimista” (Bono) hasta las habilidades comunicativas avanzadas que Maestro destacaba en lxs agentes con quienes se inició la andadura del PAM y que les permitieron causar tan buena impresión entre lxs profesionales de los servicios donde presentaban el programa:

yo recuerdo en esa reunión en la unidad de agudos... claro, la gente normalmente, en este tipo de reuniones para temas de formación o tal... pues la mitad de la cuadrilla está mirando el móvil, ¿no? Y ese día no había nadie mirando los móviles y veías miradas muy fijas y bocas muy abiertas escuchando a [un agente]. Para mi aquello fue espectacular, ¿no? (Entrevista a Juan Carlos Maestro, 8 de julio de 2022)

Igualmente, como veíamos antes, se requiere de ciertas habilidades que capaciten para incorporarse a un lugar de trabajo altamente jerarquizado: la agente de apoyo mutuo hablaba de tener experiencia en reuniones (adquirida, en su caso, a través del activismo político), mientras que Bono destacaba la “capacidad para hacer una valoración continuada del trabajo que [se] realiza”, así

como la capacidad de integrarse en un grupo, ya sea en un equipo mixto o exclusivamente con profesionales. Y lo más importante de todo: es necesaria una actitud crítica que permita evaluar lo que se está haciendo desde los servicios, pensar en vías alternativas y defender estas alternativas ante los equipos. Esta capacidad de poner en cuestión el trabajo de lxs profesionales es especialmente importante y, por desgracia, especialmente rara: según la agente de apoyo mutuo, “no hay muchos agentes, ya no aquí, [sino] en el Estado español... formados, a día de hoy como para poder hacerlo y mantener el rol dentro de los servicios sin que te coman”. Y es que, desde su punto de vista, no hay discusión: “si tú eres del todo complaciente con el sistema, no puedes estar ahí acompañando”.

Con ello ponemos en perspectiva uno de los principales riesgos de la profesionalización del apoyo mutuo: la posibilidad de que, en lugar de ser una palanca para el cambio de los servicios, sea asimilado por el sistema y reabsorbido sin que cambien las cuestiones esenciales. En este punto emerge una nueva e interesantísima tensión en el discurso de mis entrevistadxs. Mientras que, como hemos visto, algunas personas consideran que la remuneración es imprescindible para poder desarrollar el rol de agente con garantías, hay quienes consideran que el riesgo de fagocitación es tal que debería preservarse el carácter fundamentalmente voluntario del apoyo mutuo. Uno de los agentes de apoyo mutuo participantes en el PAM articuló este rechazo a la profesionalización de su rol durante un encuentro de (Mal)Estar usando una expresiva imagen: decía que existe el peligro de que lxs agentes “se pongan la bata”. Con esa metáfora hacía referencia a dos riesgos: por una parte, está el peligro de que entren al juego jerárquico profesional; y por otra, el de que se pongan esa capa protectora que interpone una distancia con la persona que sufre, impidiendo que se pueda acompañar adecuadamente. Pero además de este riesgo, está la cuestión práctica de que el malestar a veces impide el desempeño profesional adecuado: hay momentos en que lxs agentes no están en condiciones de acompañar a nadie. Miguel me hablaba de ambos temores de forma combinada:

Luego hay unos que quieren que [esto] tire para profesional, y yo... yo profesionales ya tengo bastantes. Yo creo que soy un usuario, hago apoyo mutuo, pero todos los días no puedo darte apoyo mutuo, porque hay días que estoy hundido, no puedo. Si me hago profesional y tengo un sueldo, ¿voy a ir estando bien y voy a ir estando mal? Yo ya me surgen muchas dudas en eso. (Entrevista a Miguel, 13 de abril de 2021)

También Bono destacaba este riesgo de que el sistema “fagocitara” a lx agente y lx convirtiera “en un profesional como los demás” (Bono). Para Maestro, esta era una de las grandes motivaciones para seguir combinando la profesionalización del apoyo mutuo con el voluntariado: había que evitar que, al igual que ocurre con lxs profesionales, lxs agentes se fueran “cronificando, institucionalizando, y se pierda un poco de frescura, de dinamismo”. Sin embargo, como ya hemos

visto, el carácter voluntario es uno de los factores que hace más precario el apoyo mutuo y que facilita la dinámica por la que las personas van abandonando con mucha frecuencia el programa. En este sentido, hay dos cuestiones que me parecen importantes. Por una parte, la agente de apoyo mutuo entrevistada también mostraba preocupación por el mantenimiento del espíritu del apoyo mutuo, pero incidía más bien en la importancia de que existiese un movimiento asociativo fuerte que fuera quien preservase ese espíritu, tanto en su interior, a través de los GAMs y el apoyo mutuo informal, como a través de su participación directa en los programas de apoyo mutuo institucionalizado, evitando así “que eso [...] se les deje a los profesionales”.

Pero además, aunque en nuestro país tengamos poca experiencia con esta figura de agente profesional, hay otros lugares donde sí que existe una importante tradición y de los que podemos aprender. Si miramos lo que ocurre en países como Reino Unido, vemos entre otras cosas que quienes empiezan a trabajar como agentes experimentan un momento de crisis al cabo de unos meses de trabajo; sin embargo, con el apoyo adecuado y gracias en parte al reconocimiento que supone tener un trabajo remunerado, este malestar y sensación de *burnout* se supera al cabo de un año, y las personas siguen desempeñando su trabajo (Gillard *et al.*, 2022). Es fácil comprender que, para una persona con un historial de gran sufrimiento mental, experimentar una crisis puede ser un gran incentivo para dejar la actividad que la está provocando; cuando el vínculo con esa actividad es puramente voluntario, parece haber pocos motivos para perseverar a pesar de todo, dado que ni hay un salario, ni el reconocimiento que le acompaña. En este sentido, Susana, al expresar su frustración con este carácter voluntario del trabajo de agente, ilustra la devaluación del mismo que implica esa voluntariedad:

lo del voluntariado tiene muchas connotaciones. Ya sabemos, todo aquello que tiene que ver con el autocuidado, el cuidado y lo social, todo es voluntario, ¿no? Bueno, pues los abogados que también lo hagan todo voluntario, y los médicos y cirujanos que lo hagan todo voluntario, y el de la NASA también que lo haga todo voluntario, ¿no? (Entrevista a Susana, 1 de julio de 2022)²²⁴

Dado que uno de los principales obstáculos identificados por los propios programas para su

224 Esta forma de contrastar el escaso reconocimiento económico y social del trabajo de apoyo mutuo, al cual emparenta con el trabajo de cuidados y con “lo social”, con el gran prestigio de otros oficios considerados “productivos”, entronca con la falta de reconocimiento y remuneración del trabajo de cuidados en sentido amplio. Susana explicita así la relación que ella ve entre el apoyo mutuo, tal como se plantea desde el movimiento en primera persona, y los cuidados, tal como se conceptualizan desde los feminismos, además de denunciar el uso del marco del voluntariado para naturalizar este desigual reconocimiento. Agradezco a Ana Inés Lázzaro que me señalase esta cuestión.

correcto funcionamiento es la constante rotación de agentes, la contratación de lxs mismxs en los contextos adecuados, donde cuenten con el apoyo de un equipo bien conformado, parece un paso imprescindible para avanzar en el camino de convertir el apoyo mutuo individual en una parte significativa de la oferta pública de atención en salud mental. De lo contrario, como argumenta la agente de apoyo mutuo entrevistada, es poco probable que se consiga acabar con la “pescadilla interminable: tú te formas como agente, ahora estás unos meses, ahora te vas. Ahora otro, venga, vamos a formar a otro para que esté unos meses y se va”. Y esa dinámica no solo es un desperdicio de la experiencia y conocimientos de las personas que acaban por irse, sino que dificulta la sostenibilidad de los programas a medio y largo plazo.

2.4. Los retos de la relación con el asociacionismo.

La encendida defensa de la profesionalización del apoyo mutuo por parte de Susana podría resultar algo paradójica dado que, como hemos visto, ella fue una de las personas que, desde la Federación, decidió acabar con el experimento de la contratación de agentes. Pero es preciso recordar que sus razones para ello tenían que ver con la sensación de que el asociacionismo estaba siendo instrumentalizado por los servicios, de modo que sus energías se estaban desviando de la creación de apoyo mutuo dentro de redes informales controladas por las propias personas afectadas hacia la gestión de contratos de personal que estaba ejerciendo en los servicios de atención pública. En cualquier caso, lo que muestra este conflicto con la Federación en torno a la renovación o no de lxs agentes de apoyo mutuo es que, como se refleja en el informe del PAM, el hecho de que estos programas se desarrollen en colaboración con asociaciones puede tener muchas ventajas, pero también tiene inconvenientes.

En concreto, el inicio del PAM coincidió con el conflicto interno en SAPAME que culminó con la marcha de quienes entendían el activismo en primera persona en una clave más politizada y activista. Cuando comenzó el conflicto, que se alargó durante unos meses, había personas de ambas tendencias participando de manera destacada en el PAM, lo cual evidentemente supuso un desafío importante para su buen funcionamiento. No obstante, según me contó Juan Carlos Maestro, “el equipo siguió funcionando [...]. En el programa había personas de los dos lados y pudieron seguir colaborando en lo que tenía que ver con el programa. Hombre, afectó un poco, pero no se bloqueó el programa”²²⁵. De hecho, revisando la memoria de actividades, se puede comprobar que, tiempo

225 Esto se refleja también en la evaluación cualitativa del PAM por parte del equipo que quedó reflejada en la memoria: “Coincidimos también en que, a pesar de los cambios frecuentes, imprevistos, dificultades de algunas agentes y los cambios en SAPAME, la continuidad se ha mantenido en el funcionamiento del equipo y se ha facilitado la incorporación de los nuevos miembros” (SAPAME y UGC Salud Mental HU Virgen de las Nieves, 2019b: 5).

después de concluido el conflicto en la asociación, en una reunión se produjo un debate “sobre el manejo de las críticas, los conflictos y los desacuerdos entre los miembros del equipo” que, presumiblemente, debió versar entre otras cosas sobre lo acontecido en esos meses (SAPAME y UGC Salud Mental HU Virgen de las Nieves, 2019b: 10). Además, en la autoevaluación del equipo se valoraba que “[c]uando han surgido críticas o conflicto en el seno del EAM hemos podido, por lo general, abordar algunos asuntos espinosos, alcanzar acuerdos al respecto y minimizar el daño o malestar generado” (*Ibid.*: 5).

Y es que a pesar de que estxs activistas abandonaran la asociación, no dejaron de participar en el PAM; al menos no inmediatamente²²⁶. Esta situación, según Maestro, supuso un reto para el modo de funcionamiento del equipo, en el sentido de que despertó “tentaciones” entre lxs profesionales de intervenir y resolver ellxs los conflictos internos de la asociación. Como hemos visto, Maestro describía el trabajo del equipo como “modélico”, mientras que la agente entrevistada era más crítica, señalando que no solo no había horizontalidad, sino que era muy difícil traer este hecho a discusión. Esta crisis al parecer hizo emerger los paternalismos que estaban (más o menos) latentes en lxs profesionales, a quienes les costó aceptar “que no debíamos intervenir, que como mucho escuchar, acompañar, apoyar... pero no intentar nosotros resolver el problema y respetar que era su mundo” (Maestro), aunque finalmente, en efecto, se abstuvieron de intervenir.

Otra cuestión que se evidenció con esta crisis fue la limitación que suponía una norma que había sido impuesta en el PAM: el que lxs agentes tuviesen que ser obligatoriamente socixs de SAPAME. Esta regla suponía un filtro de entrada en el PAM que daba lugar a múltiples complicaciones. Para empezar, daba lugar a que el perfil de agente fuese muy específico. Como hemos visto repetidamente, SAPAME se centra en atender a una población muy institucionalizada, mucha de la cual no siente que tenga las capacidades para asumir este rol. La agente de apoyo mutuo entrevistada reconocía el valor de la labor de SAPAME, pero al mismo tiempo indicaba que “si se limita solo al perfil de personas que están bien en SAPAME, dejás fuera a mogollón de gente con experiencia de recuperación real”. Por “recuperación real”, aclaró, se refería a personas que tienen “experiencias psíquicas inusuales” y aun así llevan vidas “plenas” e independientes con una carrera profesional satisfactoria; esto es, vidas asimilables a las de personas que no han tenido ese tipo de experiencias ni han sido psiquiatrizadas.

Además de la limitación en cuanto a los perfiles de agentes, sobre la cual entraré en más profundidad en la próxima sección, la norma por la cual solo se podía acceder al PAM como agente si se era socix de SAPAME supuso un problema después de la crisis interna, ya que quienes habían

226 Su marcha, tiempo más tarde, tendría que ver más bien con los motivos económico-laborales que, como hemos visto, dificultan la continuidad en un programa voluntario de quienes no tienen pensión.

salido de la asociación de pronto estaban en una posición extraña e incómoda dentro del programa. Ya no podían apoyarse en SAPAME, algo que como hemos visto suponía un respaldo importante en la relación con lxs profesionales, y su presencia contradecía esa norma: si el convenio era entre el hospital y SAPAME, ¿quién amparaba la presencia de agentes que no estuvieran vinculadxs con ninguna de las dos entidades? Esto ha llevado a varias figuras del campo profesional a cuestionar que los programas como el PAM tengan que estar necesariamente vinculados al movimiento asociativo. Bono, por ejemplo, señala que habría que proteger estos programas de las “derivadas” del movimiento asociativo, “que a veces son conflictivas”.

Para ello, la vía más importante que propone es la incorporación de pacientes de los servicios en los que trabajan lxs profesionales: “hay una persona que es usuaria de mi servicio, quiere colaborar, yo creo que tiene perfil, se ha formado o se quiere formar, lo hace, pues le puedo proponer”. En este punto, María Angustias Ramos, la que fuera impulsora del PAM desde su puesto de gestión y que en la actualidad es co-coordinadora del mismo por parte de lxs profesionales, concuerda con Bono, y de hecho señala que se ha estandarizado esta manera de incorporar agentes (comunicación personal). Considera fundamental evitar los efectos nocivos de los posibles conflictos en el movimiento asociativo, que incluyen, según ella, las presiones por parte de SAPAME para que lxs agentes que habían abandonado la asociación dejaran igualmente el programa, basándose en la norma referida.

No obstante, me parece importante señalar que esta solución tiene varios inconvenientes. En primer lugar, esta forma de operar era, al fin y al cabo, la primitiva, la que se empleó, por ejemplo, en el programa de Motril que coordinó Juan Carlos Maestro. Para el psicólogo, esta forma artesanal de operar había sido una limitación en comparación con el trabajo desarrollado en Granada: señala el hecho de que la asociación de Motril, AMENSA, fuese “poco potente en comparación a SAPAME” como algo que restaba “solidez” al programa. En conexión con ello, otra limitación es que las formaciones en apoyo mutuo y *peer to peer* siguen estando en manos del movimiento asociativo, aunque hayan vuelto a ser impartidas por profesionales, por lo que por mucho que lxs profesionales quieran formar a sus pacientes, tendrían que amoldarse a los ritmos de las asociaciones en este aspecto²²⁷.

El principal problema que tiene esta opción, no obstante, ya lo señalé: tal como pone de relieve la agente entrevistada, la existencia de un vínculo previo entre lx agente y el servicio donde va a trabajar, y muy especialmente con lx profesional con quien va a compartir programa, genera un importante conflicto de lealtades. Así, el hecho de que se pase de un programa formado por agentes

227 Como veremos en la última sección del capítulo, ya hay planes para esquivar esta dificultad.

independientes y apoyadxs por una asociación a un programa donde la mayoría de agentes han llegado allí gracias a la influencia de unx profesional supone un grave riesgo de que el programa pase a estar cada vez más tutorizado por dichxs profesionales. En este sentido, los inconvenientes de la relación del PAM con una asociación son inextricables de las ventajas de esa situación: la presencia en el programa de un organismo que represente a las personas con experiencia, sean agentes o receptorxs, supone un contrapoder a la voz de lxs profesionales y sobre todo de la institución sanitaria, si bien los intereses propios de la asociación pueden en ocasiones ser disruptivos. Del mismo modo, por otro lado, que pueden ser disruptivos los intereses de la institución: un cambio en los puestos de gestión puede ser igualmente fatal para un programa de estas características.

Así pues, volvemos a encontrarnos con el problema de la posible fagocitación de lxs agentes por parte del sistema. La existencia de contrapesos como el movimiento asociativo es valorada por todos los actores implicados, pero al mismo tiempo, en el momento en que esto entraña dificultades, la solución que se plantea desde el ámbito profesional pasa por aumentar, de forma más o menos consciente, su poder en el marco del programa. Como vimos, para la agente entrevistada, lo ideal es que el movimiento asociativo mantenga una independencia que le permita, por una parte, seguir realizando apoyo mutuo en los GAMs y a nivel informal y, por otra, tener una voz más fuerte dentro de los programas de apoyo mutuo individual, que para ella, a pesar de todo, es importante que existan.

3. El PAM en la actualidad: balance, reflexiones y proyectos de futuro.

La mayor parte de lo referido hasta ahora sobre el Programa de Apoyo Mutuo del Hospital Virgen de las Nieves ocurrió durante sus primeros dos años de funcionamiento. Esto se debe a que, al igual que en el resto de lo estudiado en esta tesis (y en toda la sociedad), la pandemia por el Covid-19 supuso un antes y un después en el PAM. Con la llegada del confinamiento y demás medidas político-sanitarias para contener la expansión del virus (que fueron especialmente estrictas, como es lógico, en los propios servicios de atención sanitaria), el programa simplemente dejó de operar durante más de un año²²⁸: aunque se mantuvieron algunos contactos entre profesionales y

228 Los motivos para este cese de operaciones quedaron implícitos: ni Juan Carlos Maestro ni María Angustias Ramos sintieron la necesidad de explicarlos, ni a mí se me ocurrió cuestionarlos. Desde luego, se entienden las complicaciones que implicaban las nuevas medidas, especialmente durante el confinamiento, momento en el cual ni siquiera se ingresaba a las personas con graves descompensaciones en las unidades de hospitalización en salud mental. Sin embargo, el hecho de que no se retomara la actividad durante meses después de acabado el confinamiento parece indicar que esta no era una prioridad institucional, sino solo una iniciativa apoyada por ciertxs profesionales. Hay que señalar que, con el cambio a un gobierno conservador en la Junta de Andalucía en enero de

agentes, no se produjeron reuniones ni tampoco encuentros entre agentes y receptorxs de apoyo mutuo.

El programa se volvió a poner en marcha en abril de 2021, ahora con Ramos como coordinadora tras la marcha de Maestro a Sevilla para trabajar como asesor del Programa de Salud Mental en los servicios centrales del Servicio Andaluz de Salud. Las sesiones de apoyo mutuo volvieron a tener lugar en los servicios donde había estado funcionando antes de la pandemia: agudos, Hospital de Día y el programa de Intervención Temprana en la Psicosis. En cambio, en el programa de Trastorno Límite de la Personalidad el programa no llegó a asentarse y por tanto no se ha retomado la actividad, pese a lo cual algunas personas que fueron receptoras de apoyo mutuo en dicho programa se han incorporado al equipo del PAM como agentes (María Angustias Ramos, comunicación personal). Por último, en el equipo siguen participando profesionales del Hospital San Cecilio, pero no se ha avanzado en el intento de hacer un convenio con dicho hospital para incluir servicios dependientes de su UGC en el funcionamiento del PAM, pese al interés continuado del psicólogo clínico Juan Francisco Estévez, coordinador de la Unidad de Rehabilitación de dicho hospital, y de un agente del PAM que facilita desde hace años un GAM en dicha unidad.

En la anterior sección me he centrado en las dificultades y retos a los que se ha enfrentado el PAM. Sin embargo, para hacer un balance equilibrado de la experiencia, es necesario observar también los logros obtenidos y, en general, los aspectos positivos de su funcionamiento. Para ello, hablaré primero del impacto sobre los distintos actores que participan y, a través de ello, del efecto estratégico que tiene la existencia de este tipo de programas. Después abordaré algunas cuestiones conceptuales relativas a este tipo de apoyo mutuo tan particular, y por último haré algunos apuntes acerca del futuro de esta práctica en Andalucía.

Empezando por el impacto del apoyo mutuo sobre las distintas partes implicadas, el balance es francamente bueno. Tanto para lxs receptorxs, como para lxs agentes y lxs profesionales, las consecuencias de participar en un programa como el PAM parecen ser fundamentalmente positivas. Si empezamos por lxs receptorxs, hay que decir que no he podido entrevistar a ningunx, pero que desde el PAM se les pedía que evaluaran (cuantitativamente) su experiencia con el apoyo mutuo, y los resultados eran excelentes. Entre las 33 personas atendidas en el marco del PAM durante su primer año de funcionamiento²²⁹, la “valoración global de la utilidad del apoyo mutuo para ti” era

2019, Ramos había sido cesada como directora de la Unidad de Gestión Clínica y sustituida por José Guerrero, una figura menos receptiva a este tipo de iniciativas de reforma de los servicios.

229 Es reseñable que, aunque se recogía la media de edad de estas personas (34,5 años), no se desagregaba la información por sexo, lo cual dificulta un análisis con perspectiva de género del programa.

de 9 sobre 10, mientras que a la pregunta “cómo te has sentido con tu agente de apoyo mutuo” contestaban con un 9,2 sobre 10 (siendo 10 la máxima comodidad) (SAPAME y UGC Salud Mental HU Virgen de las Nieves, 2019b: 7-8)²³⁰.

Para profundizar más, sin embargo, tendremos que valernos de la perspectiva del resto de actores implicadxs. Según me indicaron, el impacto más inmediato tenía que ver con las circunstancias en que se encontraban: en concreto, para quienes estaban ingresadxs en agudos “el poder salir un rato, dar una vuelta, tomar algo... son cuestiones que suelen tener un valor tremendo” (Maestro). Pero más allá de este simple relajamiento de las condiciones de encierro, la clave es conseguir que la persona receptora experimente el mismo tipo de identificación que, como vimos, constituye el paso inicial del apoyo mutuo en los GAMs. Si se consigue esto, los efectos del apoyo mutuo pueden ser trascendentales, ya sea porque se haga con personas que están en un momento de crisis, como las ingresadas en agudos (“Es impagable [...] el poder compartir ratos con un compañero, el recibir palabras ahí un poco... no sé, de esperanza, positivas. O simplemente el que alguien les escuche”, dijo Maestro), o porque son personas jóvenes que se enfrentan por primera vez al sufrimiento mental grave, como las que participan en el programa de Intervención Temprana en la Psicosis:

son personas muy jóvenes que están empezando a batallar con todo este lío y con un grado de desconfianza a veces muy importante. Cuando se encuentran con un compañero *apañado*, con un igual que les va poco a poco contando su experiencia, es para ellos como un apoyo muy importante, de cara a ver futuro, a ver puertas abiertas. (Entrevista a Juan Carlos Maestro, 8 de julio de 2022)

En este sentido, la palabra clave, reiterada una y otra vez por distintos actores, pero en especial por lxs agentes, es “esperanza”²³¹. Ya vimos cómo lo expresaba Susana: “lo que hay que convencer a la gente es que te puedes poner bien. O por lo menos te puedes poner mejor”. A partir de esta experiencia de identificación que genera esperanza, se hace posible que, de acuerdo con los principios del modelo de la recuperación, “el paciente identifique sus propias necesidades, sus propios anhelos”, cosa que resulta mucho más compleja desde los enfoques tradicionales en los servicios, según me expresó Águila Bono.

230 La calidad de estos datos es bastante modesta, por el escaso número de personas entrevistadas, el escaso número de preguntas, la falta de detalle de las mismas y su intento de expresar cuestiones cualitativas en términos cuantitativos. Este parece ser un problema común en los estudios sobre la efectividad del apoyo mutuo individual sobre las personas receptoras, como muestra el metaanálisis sobre este tema de Smit *et al.* (2022).

231 Recordemos que la esperanza es uno de los cinco procesos de la recuperación designados por las siglas CHIME (la H, por *hope*, en inglés).

De esta manera, se abre la posibilidad de imaginar futuros que no pasen por lo que los servicios (y la sociedad) normalmente muestran: la cronificación, el consumo de fármacos de por vida, la pérdida de relaciones sociales y de cualquier proyecto de vida autónoma... A menudo, el primer paso en esta dirección es la idea de convertirse ellxs mismxs en agentes de apoyo mutuo. Hemos mencionado ya varios casos, aunque cabría destacar que una de las figuras fundamentales tanto del programa de Motril como del PAM empezó siendo receptor de apoyo mutuo. En este sentido, al preguntar a lxs receptores del PAM si “te gustaría ser agente de apoyo mutuo en el futuro”, la respuesta era de un 8,5 sobre 10 (SAPAME y UGC Salud Mental HU Virgen de las Nieves, 2019b: 8).

No obstante, habría que puntualizar que, para conseguir este efecto, es esencial que se seleccione de manera adecuada a lx agente para cada receptorx. Y es que, tal como advierte la agente a la que entrevisté, existe el riesgo de que esta identificación no se dé o se dé en clave negativa. Por una parte, ella señalaba desde su experiencia que

si yo estoy en agudos, que he estado [...] y me viene alguien de SAPAME a hablar de apoyo mutuo, yo digo: me tengo que tirar por el balcón. Alguien de SAPAME, entiéndeme: estamos hablando de determinado tipo de perfil. Porque otra gente de SAPAME, no: me habría alegrado mucho de que hubiera venido a verme. Pero hay determinado perfil que tú vienes a verme y me hundes en la miseria. Es como: no es lo que yo necesito. Lo que necesito estando en agudos es que venga alguien que tiene una vida. Aunque tenga una pensión, ¿sabes? Que no es una cuestión de si curras o no, no, no: que tú tengas una vida plena, que estés contento con tu vida, que te guste, de calidad... (Entrevista a agente de apoyo mutuo, 27 de octubre de 2022)

Pero al mismo tiempo, señala que esto puede ocurrir a la inversa: “claro, si tú le llevas a alguien que está en ese perfil, o que está muy malico, muy malica, y ni siquiera puede vislumbrar... si le llevas a alguien que está muy independizado, igual le sienta mal, porque no lo ve viable”. Por ello, considera que lo esencial es “tener mucho ojo y mucha variabilidad de perfiles, en ese sentido. No es que unos quepan y otros no”. Esta cuestión también aparecía reflejada en la memoria de actividades del PAM, donde se señalaba la “conveniencia de seleccionar adecuadamente a los receptores (debido a las limitaciones de los recursos)” (SAPAME y UGC Salud Mental HU Virgen de las Nieves, 2019b: 6).

Hay que decir que la opinión de lxs agentes sobre este punto de la utilidad del apoyo mutuo para lxs receptorxs es más comedida su opinión sobre otros puntos²³², o que la opinión de lxs

232 El metaanálisis más reciente y comprehensivo sobre esta cuestión muestra, de hecho, resultados modestos,

profesionales a este respecto. De hecho, si observamos la evaluación cuantitativa de lxs agentes respecto a su propia labor, veremos que contestaron dos encuestas sobre la experiencia desde la perspectiva de lxs receptorxs: una justo después de la entrevista y otra durante el proceso de evaluación global del PAM. Es interesante que, en las primeras, los valores son más bajos: en el momento de la entrevista valoraban “la utilidad del apoyo mutuo para tu compañerx” con un 7,2 sobre 10, mientras que en la valoración retrospectiva y global, su “valoración global de la utilidad del PAM para lxs receptores” se situaba en 8,1 sobre 10 y a la pregunta “¿cómo crees que se han sentido los receptores de apoyo mutuo en el proceso?”, respondieron un 7.8 sobre 10 (siendo 10 la máxima comodidad; SAPAME y UGC Salud Mental HU Virgen de las Nieves, 2019b: 8). Probablemente esta disparidad se deba a que, en el momento inmediatamente posterior al encuentro, la angustia que despierta en lx agente el hecho de presenciar el malestar de la persona receptora pese más en la valoración, haciéndola más negativa, en comparación con cuando se evalúa la experiencia a posteriori.

Además de esto, lxs agentes consideraban que el PAM era más útil para profesionales (8,2 sobre 10) y para sí mismxs como agentes (8,7 sobre 10) que para lxs receptorxs (8,1), aunque como se puede ver las diferencias son pequeñas. Al mismo tiempo, la evaluación del proyecto reflejaba que “[l]as dificultades con los receptores de [apoyo mutuo] han sido mínimas”, y se destaca que apenas una persona receptora ha decidido no tener más sesiones de apoyo mutuo después de la primera experiencia (SAPAME y UGC Salud Mental HU Virgen de las Nieves, 2019b: 6). También se señala que “en algunas ocasiones” se tuvo la sensación de “atasco” en el proceso de apoyo mutuo, pero estas se “[resolvieron] de formas diversas” (*Idem*). Sea como fuere, la agente entrevistada considera que el hecho de que algunas de las personas a las que ha “acompañado” en el PAM le hayan dicho que la experiencia “ha sido valiosa” ya justifica en buena medida el proyecto, en consonancia con el espíritu de la autoevaluación del PAM, que señalaba que

la experiencia de [apoyo mutuo], por corta que sea, puede dar fruto más adelante o de forma inesperada. Concebimos la aportación del [apoyo mutuo] como un retal que se añade a otros con los que se va tejiendo el proceso de recuperación de las personas que participan en el programa. (SAPAME y UGC Salud Mental HU Virgen de las Nieves, 2019b: 6)

aunque positivos y estadísticamente significativos, en los distintos indicadores medidos: recuperación clínica (desaparición de síntomas), recuperación personal (percepción subjetiva de recuperación) o recuperación funcional (mejora de la calidad de vida y del “grado de funcionamiento social”; Smit *et al.*, 2022: 2). De nuevo, la escasa calidad de los datos de los estudios invita a tomar estos resultados con precaución, más si tenemos en cuenta que “dado que el *peer support* tiene una naturaleza informal, es difícil analizar cuantitativamente estas intervenciones” (*Ibid.*: 8)

Por otro lado, está la cuestión del efecto del apoyo mutuo sobre lxs agentes. Desde luego, como exploré en la sección anterior, este efecto no es únicamente positivo. Enfrentarse a la angustia de otra persona, especialmente cuando está en un momento de especial vulnerabilidad como es el caso de quienes están ingresadxs en agudos, es un desafío, y justamente por eso se incide tanto en la necesidad de que lxs agentes estén en un momento avanzado de su recuperación, que hayan reflexionado sobre su propio proceso y que cuenten con el respaldo adecuado en términos de super/intervisión. En esencia, la razón que aducen la mayoría de personas para convertirse en agentes es la posibilidad de ayudar a otras personas que están pasando por algo por lo que unx mismx ha pasado antes. Pero, como decía, no es fácil ayudar a quien está en un momento de sufrimiento tan intenso, y no siempre se tiene conciencia cabal de esto desde el movimiento. María, como hemos visto, querría convertirse en agente además de en facilitadora de un GAM, pero muestra serias confusiones respecto a lo que suponen ambos roles. Su motivación, en efecto, es casi idéntica a la que expresaba el activista antes citado: “espero que pueda ayudar a quien esté en el hospital, a quien esté mal, que esté en la misma situación que yo estuve. Y poder aportar cosas para que esa persona se sienta bien”. Pero, al preguntarle cómo cree que sería la experiencia de ser agente, me dice que ha hablado con “gente de SAPAME” sobre ello y que “dice que es muy bonito, que va de voluntario, y va ayudando a la gente y se siente bien consigo mismo”.

Esta imagen idealizada de lo que supone ser agente se añade a la gran cantidad de confusiones de María sobre el apoyo mutuo. Desde luego, ella está apenas iniciándose en este camino, pero seguramente a este tipo de cuestiones se refería Pepe cuando me decía que no todo el mundo que está en SAPAME (y él se incluía) puede ejercer como agente, porque “ayudar en un hospital es algo más serio de lo que nos creemos”. No obstante, añadía: “hay algunos que sí están para ayudar *algo*”. Aquí es donde vuelve a ser relevante la idea de la agente entrevistada de que es importante contar con una diversidad de perfiles entre lxs agentes. Tal vez María solo necesitase completar su formación y salir del bache personal en que se encontraba en la época de la entrevista para poder hacer apoyo mutuo individual con garantías, al menos con cierto tipo de receptorxs.

Pero volviendo a lo que antes indicaba, esto solo será posible si cuenta con la supervisión adecuada. Maestro, como vimos antes, destacaba la labor de super/intervisión del equipo del PAM, pero en la autoevaluación cualitativa del mismo se puede ver que esto fue algo que evolucionó a mejor a raíz de las demandas de lxs agentes:

Se plantea la necesidad de aumentar la supervisión de los encuentros entre agente y receptor en las reuniones y mejorar los espacios para la formación interna. (En los últimos meses se han introducido mejoras en los dos aspectos). Acordamos priorizar en las reuniones la

revisión de los encuentros y el apoyo a los agentes, ubicando estos temas en la primera parte de la reunión. (SAPAME y UGC Salud Mental HU Virgen de las Nieves, 2019b: 6)

Ahora bien, contando con que esta supervisión sea adecuada y que lxs agentes estén “preparadx” (que hayan “trabajado”, mediante la formación y la reflexión sobre su proceso, sus propias angustias), el resultado puede ser transformador para ellxs. Al nivel más básico, el simple hecho de poder ocuparse de problemáticas distintas a las suyas, y establecer ese vínculo en torno a la ayuda, es una parte importante de lo que aporta el apoyo mutuo: “dejas tu drama para otro rato, te enfrentas a la otra persona y la acompañas”, como me dijo la agente a la que entrevisté. Pero no solo es una cuestión de “distraerse” de los propios problemas, sino que además es fundamental el cambio de rol que se produce cuando unx se pone en la posición de apoyar. Especialmente cuando esto ocurre en un equipo donde existe al menos cierta tendencia hacia la horizontalidad: el dejar de ser siempre pacientes y ponerse en posición de expertxs, ya sea al hablar de su experiencia o al impartir formaciones sobre recuperación y apoyo mutuo, es un giro radical que se produce precisamente en los espacios desde los que más se lxs había infantilizado.

En este sentido, ser agente se constituye en el nivel más alto de participación que se puede tener en los servicios de atención sanitaria. Según me explicaba Bono, más allá de la participación en el propio proceso terapéutico (el poder decir si se quiere o no tomar esta o aquella medicación, o señalar qué alternativas terapéuticas se quieren probar) y de la participación comunitaria (que consiste en colaborar en el diseño y evaluación de los servicios²³³), convertirse en agente significa participar directamente como proveedorx de atención sanitaria. “Eso en España nos suena a chino”, me decía, con cierta amargura, “pero fuera de España existe”. Esta forma de participación puede servir, incluso, para “cerrar heridas que están un poco pendientes”, de acuerdo con la perspectiva de Maestro: “están sacando estas cuestiones con profesionales, con la institución, también, y están integrando todas estas piezas, ¿no? Y entonces para los agentes también es muy útil”.

Por último, hay una cuestión que me parece especialmente interesante y que tiene que ver con cómo ejercer como agente ayuda en el aprendizaje de los propios límites. Una de las primeras

233 El concepto de “participación comunitaria en salud” se definió en la conferencia de Alma Ata, de la cual hablé en el capítulo de contexto, como “el proceso en virtud del cual los individuos y familia asumen responsabilidades en cuanto a su salud y bienestar propio y los de la colectividad y mejoran la capacidad de contribuir a su propio desarrollo y el comunitario. Llegan a conocer mejor su propia situación y a encontrar incentivo para resolver sus problemas comunes. Esto les permite ser agentes de su propio desarrollo, en vez de ser beneficiarios pasivos de la ayuda al desarrollo. Para ello [...] [h]an de adquirir la aptitud necesaria para evaluar una situación, ponderar las diversas posibilidades y calcular cuál puede ser su aportación” (Organización Mundial de la Salud, 1978: 58). Como vemos, ya entonces se incluía la idea de que la propia comunidad pudiese llegar a formar parte de la provisión de servicios.

hipótesis que planteé para mi tesis surgió mientras hablaba con Lucía, la trabajadora con experiencia en primera persona de SAPAME: según me contó, el apoyo mutuo en general, y el individual en particular, la habían obligado a conocer y respetar sus límites a la hora de apoyar²³⁴. En ese sentido, había tenido que aprender a cuestionar su tendencia a sacrificarlo todo, incluso a sí misma, por ayudar a otras personas, puesto que, si no, sabía que acabaría entrando en crisis. La narración de este aprendizaje me llamó la atención porque planteaba el apoyo mutuo como una herramienta de cuestionamiento de la feminidad normativa: esa tendencia que describe Lucía es totalmente coincidente con el Ideal Maternal, la noción de “bondad” que prescribe la feminidad normativa (Gilligan, 1982/1993; Burín, 1996), que conduce a la desigualdad al predisponer a las mujeres al cuidado, sosteniendo la feminización del mismo en una “ética reaccionaria del cuidado” (Pérez Orozco, 2014: 168-171).

Poner sus propias necesidades por delante de las de lxs demás es, en este sentido, un acto político de primer orden, y el que haya aprendido a hacerlo dentro del apoyo mutuo indica que, como vimos también en el caso de Susana, este tiene el potencial de ser un espacio de subjetivación política feminista. Pero más allá de que se cumpla o no este potencial de subjetivación política, los aprendizajes sobre este tema son fundamentales en cualquier caso para lxs agentes a nivel individual: dar el salto a la posición de quien apoya es, así, un paso esencial en la propia recuperación, puesto que supone un proceso intenso de autoconocimiento que se da en la relación con lxs otrxs.

Por último, si observamos cómo afecta participar en programas como el PAM a lxs profesionales, Maestro lo tiene claro: “creo que este tipo de programas a quien más ayuda es a los profesionales, luego a los agentes y luego a los que reciben el apoyo mutuo, por ese orden”. Como comenté al principio del capítulo, en su experiencia el apoyo mutuo supuso un antes y un después a la hora de enfocar su trabajo. Los cambios más importantes tienen que ver con la posibilidad de cambiar la imagen que tienen lxs profesionales de las personas con diagnóstico, en particular entre quienes las atienden en sus peores momentos, como lxs que trabajan en agudos. Como consecuencia de ello, se pueden replantear ciertas prácticas y actitudes paternalistas y coercitivas en dichos espacios, de manera que se puede empezar a comprender de manera más profunda y práctica lo que implica trabajar desde el modelo de la recuperación. Maestro toca todos estos puntos en la siguiente cita, que es extensa pero muy rica:

234 A esta cuestión de los límites se le dedica de hecho una sesión específica en el curso Peer2Peer, según refleja el manual (Christie *et al.*, 2015: 143-145).

A [lxs profesionales] nos viene muy bien porque te ayuda a tocar el modelo de recuperación a nivel más emocional, más de cambio de actitudes, más de asimilar, no hablar desde lo intelectual, desde el pensamiento, sino desde otra esfera mucho más vivencial. Entonces este tipo de programas, o el meter usuarios en los programas de formación de los residentes y de los no residentes, ayuda a dar ese giro. Y esta parte es de las más positivas y especialmente en agudos. Aquí no hay magia, es un cambio lento, pero este tipo de programas ayuda a que la gente... todo el mundo, pero especialmente enfermería, vaya cambiando la percepción. Allí que están acostumbrados a ver pacientes en situaciones muy complicadas, muy de crisis... es como que enriquecen la imagen de las personas a las que atienden, ven que se puede flexibilizar mucho el régimen de funcionamiento de agudos, que son personas responsables... pues eso, que son capaces de apoyar a compañeros en momentos muy complicados de los compañeros, ¿no? Que nosotros nos angustiamos también y ellos son capaces a veces de convivir con situaciones de cierta dificultad y angustia. (Entrevista a Juan Carlos Maestro, 8 de julio de 2022)

Este último punto es especialmente importante en tanto en cuanto puede facilitar cambios aún más profundos. Cuando lxs profesionales se ponen a trabajar codo con codo con agentes, como hemos visto, hay momentos en que se vive cierta ansiedad por adentrarse en lo desconocido. Se activan entonces las alertas contra los riesgos, como el de que lxs agentes no puedan sobrellevar las angustias que despierta el acompañamiento a personas en crisis, y existe el peligro de que se pongan en funcionamiento los mecanismos defensivos paternalistas y que se tome el control de la situación usando la autoridad que confiere la posición de profesional. Pero entonces, buena parte del potencial del apoyo mutuo queda bloqueado, al no deshacerse las jerarquías entre profesionales y personas con diagnóstico (sean agentes o receptorxs).

Ahora bien, si se consigue fomentar esa tendencia a la horizontalidad, los efectos, en el ámbito altamente jerarquizado de la atención sanitaria, pueden ser radicales. Como señala Laura Martín López-Andrade, uno de los obstáculos fundamentales al cambio de modelo en la atención en salud mental es la jerarquización en los equipos de trabajo, donde la jerarquía epistemológica y de poder entre las profesiones y disciplinas implica una jerarquía aún más insalvable entre lxs profesionales, que saben, y quien sufre, que no sabe (2017: 115-119). Construir espacios de trabajo dentro de los servicios donde se cuestione esta jerarquía puede poner en marcha cambios que alteren la premisa fundamental que, como me señalaron Susana y Águila Bono, nunca se llega a abordar: el modelo de atención basado en el biologicismo y la eliminación de los síntomas.

Uno de los procesos que podríamos considerar indicativo de que se está produciendo ese cambio es el hecho de que lxs profesionales aprendan de lxs agentes. Juan Carlos Maestro destacaba

este punto con entusiasmo: en el PAM, lxs agentes de apoyo mutuo

eran interlocutores nuestros, ellos nos transmitían... hay una cosa muy bonita que en las reuniones, cuando hablan de sus encuentros con los compañeros, normalmente conectan eso con cuestiones de su historia personal: qué me benefició, qué me perjudicó, qué problemas tenemos en común la persona a la que yo acompaño y yo, ¿vale? De ahí vuelven a la actualidad, al momento presente con ese compañero, y todo ese juego hace que para nosotros... o sea, tienes un material riquísimo de primera mano de qué les ayuda y qué les perjudica. Entonces si tú estás atento y surge este tipo de diálogos en las reuniones al hilo de lo que está pasando con los compañeros, para nosotros es un banco de aprendizaje que no tiene precio. (Entrevista a Juan Carlos Maestro, 8 de julio de 2022)

Desde luego, esta forma de retratarlo parece idílica. Ya hemos visto, no obstante, que incluso en un programa donde lxs agentes estaban muy empoderadxs, tenían el respaldo de una asociación grande y potente con una voz muy reconocida por la institución, y lxs profesionales participantes creían firmemente en el proyecto, como es el PAM, la horizontalidad era más bien un ideal regulador que una realidad. A este respecto, la agente entrevistada era vehemente: no todxs lxs profesionales eran capaces de tener esa actitud de escucha y aprendizaje para con el saber de lxs agentes.

[El apoyo mutuo] es complementario en realidad, es como: vale, el psiquiatra te acompaña desde el saber que tiene en psicofarmacología, nosequé, nosecuántos, y está bien, hace falta peña que sepa de fármacos, claro. A lo mejor el psicólogo o el terapeuta te acompaña desde algo más emocional o desde más... pautas... está bien. Y yo te acompaño desde [enfáticamente, golpeando la mesa en cada palabra]: sé lo que es estar en tu sitio. Y tengo un saber que es tan valioso... no solo porque podemos empatizar, que es lo que a veces se vende: «es que podéis»... sí, es una parte. Que es como «eso ya no lo tengo que hacer extra». ¿No? El psicólogo o el terapeuta, si no tiene experiencia, tiene que hacer ese ejercicio de intentar... ponerte un poco ahí, o de ver dónde está tu parte psicótica, o dónde está tu parte de adicción, para poder encontrarte. Pero el haber atravesado eso, haber reflexionado, el tener unas actitudes, unas capacidades que puedes adquirir con formación, da un saber que es tan valioso como el del psicofármaco o el del psicólogo. Entonces todo junto complementa de una manera muy chula si se hace... si se hiciera bien. [...] Porque incluso: el psiquiatra sabe sobre psicofármacos, pero nosotros los tomamos. Entonces es como: aunque tú sabes, y es muy valioso tu saber, ¡claro! Pero yo me lo he tomado. Y entonces yo puedo aportar algo que tú no puedes aportar. ¡Y es tan valioso! (Entrevista a agente de apoyo mutuo, 27 de octubre de 2022)

Por desgracia, las jerarquías están demasiado arraigadas como para poder disiparlas de una vez por todas con solo quererlo²³⁵. Reconocer las formas en que estas se reproducen e intentar corregirlas en el contexto del equipo es un trabajo constante. Pero es un trabajo que merece la pena, tal como expresan todxs lxs entrevistadxs, dado el potencial de este tipo de programas no solo para mejorar el trato que reciben unas pocas personas en unas pocas sesiones de apoyo mutuo, sino en último término incluso para alterar la forma en que la institución en su conjunto se relaciona con las personas que atiende, aunque esto, de momento y en el contexto andaluz, caiga más del lado de la utopía que del de la realidad.

Una vez consideradas las distintas facetas del impacto del PAM en los actores implicados y en la institución sanitaria, y siguiendo con el balance de este caso de estudio, quiero recapitular sobre algunas cuestiones conceptuales que había dejado abiertas en el capítulo teórico sobre el apoyo mutuo. La más importante tiene que ver con el sentido mismo de llamar apoyo *mutuo* a una actividad como el *peer work*, donde una de las partes, lx agente, se entiende que brinda un servicio y que incluso a veces cobra por ello, mientras que la otra parte, lx receptorx, se encuentra en situación de crisis y, por tanto, como su nombre indica, *recibe* apoyo. Esto parecería violar las dos características más esenciales del apoyo mutuo: la horizontalidad y la reciprocidad.

Respecto a la primera cuestión, la realidad es que la horizontalidad plena es prácticamente imposible de encontrar incluso en los GAMs, dada la existencia de la figura de facilitadorx y las dificultades de muchxs participantes para asumir plenamente las responsabilidades que implica el funcionamiento del grupo. La horizontalidad, en ambos casos, se establece más bien a nivel simbólico, en relación con el hecho de compartir una característica concreta: lo que iguala las posiciones de agente y receptorx no es una igualdad en la situación, sino el compartir una experiencia, con la diferencia de que una de las personas la está atravesando en ese mismo momento, mientras que la otra la vivió con anterioridad y actualmente está recuperada. Lo que diferencia a ambas personas es el “rol” que cada una juega en la relación, por usar la expresión de Bono, pero la horizontalidad se preserva gracias al hecho de que, en contraste con lxs profesionales que atienden a quien tiene el rol de receptorx, lx agente ha estado en la situación en que se encuentra lx receptorx.

Más compleja es la discusión en torno a la reciprocidad. Ya vimos que el apoyo mutuo se

235 De hecho, estas jerarquías epistemológicas las reproducen incluso algunxs agentes, como cuando Miguel me dijo que, a la hora de hacer apoyo, hay que limitarse a hablar de la experiencia que unx ha tenido, especialmente cuando se habla de la medicación, y más allá de eso “tienes que callarte. Porque tú no sabes, tú no eres médico”.

define como “reciprocidad entre iguales” (Canals Sala, 2002: 34), y que es el fluir recíproco de relatos, reflexiones, escucha y comprensión lo que, en esencia, se llama “apoyo mutuo” en el contexto de los GAMs de salud mental. Así pues, ¿existe algo asimilable a esto en la relación entre unx agente y unx receptorx de apoyo mutuo individual? Para Miguel, no hay dudas: sí que lo hay, y esto es lo que convierte esta actividad en apoyo mutuo genuino. Él es de lxs que cree que el apoyo mutuo individual es útil sobre todo para lxs agentes, porque “las tristezas esas que te quedas dentro, que nunca las has contado, pues claro que las vas a contar, ¿por qué? Porque contando las tuyas a lo mejor el otro te cuenta las suyas”. De hecho, su rechazo a la profesionalización, que comenté anteriormente, tiene que ver con que, en su opinión, con ese tipo de intentos

se está pervirtiendo, porque el apoyo mutuo no es que tú ayudes, es que tú recibes lo mismo que das, o más. Entonces a ti te va a servir más, porque vas a aprender, vas a escuchar a otra persona, con otro punto de vista. No es que el que le vas a dar apoyo mutuo es el enfermo y tú eres el sano. Que tú estás tan enfermo como él, o como ella. Ahí se está en un ten con ten. Y eso es lo que a mí me gusta. (Entrevista a Miguel, 13 de abril de 2021)

Vemos que Miguel argumenta señalando a esa idea de reciprocidad como núcleo del apoyo mutuo, y apela para ello a sus propias experiencias de reciprocidad en la práctica del mismo. Sin embargo, la agente de apoyo mutuo a la que entrevisté no pudo ser más categórica a la hora de negar esta reciprocidad, al menos tal como se la suele plantear: “no, no es verdad. Porque si yo estoy haciendo apoyo mutuo, yo priorizo lo que tú me vas a contar. No es real que tú ahora que estás en agudos me vas a apoyar a mí. O sea, no es verdad. No: lo mío queda a un lado”. Pero esto no significa que lx agente no reciba nada, sino que la reciprocidad de la que se habla (ese “recibes lo mismo que das, o más” de Miguel) no es algo *específico* del apoyo mutuo.

Esto que se plantea de que los dos salen beneficiados... es como ya, pero yo como terapeuta también salgo beneficiado y cobro cincuenta pavos la sesión. O sea, no es real que en esto el apoyo mutuo sea especial. O sea, si tú estás dispuesto a que las cosas te toquen, te beneficias. *Pa bien, pa mal y pa to*. Y creces. (Entrevista a agente de apoyo mutuo, 27 de octubre de 2022)

En este sentido, Susana y Águila Bono coincidían plenamente con esta agente. Esta última de hecho me señaló que, por supuesto, existía la reciprocidad en este sentido en las relaciones de apoyo mutuo individual, “pero yo también estoy teniendo una reciprocidad ahora aquí contigo, por ejemplo, ¿no?”, en referencia a la entrevista que estábamos manteniendo. Es decir, nos estamos deslizando, a la hora de caracterizar el apoyo mutuo *individual*, hacia rasgos más propios del apoyo mutuo *informal*, aquel que se produce en general en las relaciones entre personas como mecanismo

básico de construcción de vínculos²³⁶. Sin embargo, como señaló perspicazmente Susana, este modo de argumentar introduce una distorsión al dificultar la justificación para profesionalizar el apoyo mutuo individual, ya que parece marcar una diferencia con el trabajo de los profesionales, cuando “de hecho los profesionales también reciben muchísimo, ¿no? Entonces, ¿se le llama mutuo? Pues no, no se le llama mutuo, se da por sentado”.

La clave aquí es otro concepto que aparece en la definición de apoyo mutuo de Canals: la simetría. En el apoyo mutuo individual, podemos hablar de una horizontalidad simbólica, construida en torno a la experiencia común; podemos hablar de una reciprocidad en sentido no específico, una posibilidad de extraer algo de esta relación (como de cualquier otra relación humana), aunque no sea equivalente; pero lo que definitivamente no se cumple es la simetría en los intercambios. La situación (o el rol, según el término de Bono) de agente y receptor son demasiado diferentes como para esperar que, en el marco de esa relación, ambos actores aporten lo mismo. Lo que define el apoyo mutuo individual, el *peer support*, es que hay una persona que tiene que dar más de lo que recibe, al menos en cuanto a apoyo emocional, en tanto en cuanto su situación es mejor y además se ha formado para ello.

Esto me lleva a una tardía disquisición terminológica. Como anticipé en su momento, estas complicaciones con el concepto de “apoyo mutuo” en el contexto de los servicios han llevado a la propuesta de alternativas. La más importante de ellas²³⁷ la expuso Susana. Según me decía, del mismo modo que se había acabado pasando del término “ayuda mutua” al término “apoyo mutuo”, por las connotaciones de la palabra “ayuda”, en las mismas jornadas de la Red de Apoyo Mutuo de Andalucía que antes mencioné se había debatido y, finalmente, decidido cambiar “apoyo mutuo”

236 En el informe de revisión del PAM, a la hora de definir el apoyo mutuo, se cuelean algunas de estas confusiones y dobles sentidos cuando se intenta acotar el tipo de apoyo mutuo que se provee desde el programa: “Lo característico del apoyo mutuo formal que se promociona en programas como el que tenemos entre las manos, es el establecimiento intencionado y estructurado de relaciones de apoyo entre iguales de forma continuada en el tiempo. El apoyo mutuo formal busca el establecimiento de una relación intencionada entre dos personas con experiencias comunes para brindarse apoyo mutuamente. La mutualidad es uno de los ingredientes clave del apoyo mutuo: no sólo resulta beneficiado el receptor por el programa, también el agente se nutre de forma muy positiva a partir de la relación con el compañero. A menudo, el papel de dar y recibir puede intercambiarse en determinados momentos de ese proceso vivo y dinámico que denominamos apoyo mutuo” (SAPAME y UGC Salud Mental UH Virgen de las Nieves, 2019a: 4).

237 Águila Bono, por ejemplo, citó a la autora estadounidense Shery Mead y su modelo teórico-práctico para este tipo de relación, lo que ella llama el “*intentional peer support*”. Sin embargo, hay que tener en cuenta que en inglés no existe este conflicto terminológico, dado que a esta práctica no se le llama *mutual aid*, sino *peer support*. De hecho, uno de los cuatro pilares de su modelo es la “mutualidad” (Mead, 2014: 12), por lo que tampoco parece que haya abordado los problemas teóricos que estoy discutiendo.

por “apoyo entre iguales”, con el propósito de “quitar el «mutuo» que lleva a engaño”. Con este término, desde luego, se captura de forma más precisa lo que tiene de específica esta práctica: frente al apoyo que pueden prestar lxs profesionales, el apoyo que presta el agente se distingue por venir de unx igual.

No obstante, aunque el resultado del debate en las Jornadas fuera favorable a “apoyo entre iguales”, no hay más que ver los comentarios de Facebook a una publicación de la Federación preguntando sobre esta cuestión para ver que el debate no está cerrado. Encontramos un comentario que defiende la opción de “apoyo entre iguales” apelando por un lado a que el apoyo mutuo no es específico de salud mental, mientras que esta práctica sí lo es, y por otro a que “se corresponde con la terminología internacional («peer support»)”. Pero también hay dos comentarios a favor de “apoyo mutuo”. Uno de ellos es del blog del Hospital de Día de Salud Mental de Motril que, recordemos, está vinculado al programa de apoyo mutuo de esa localidad, y simplemente expresa su preferencia por esas palabras. Pero el otro señala una problemática inesperada con la expresión “entre iguales”, y es que, al subrayar la igualdad, se ignora la diversidad que, como hemos visto, es tan importante respetar en este tipo de prácticas: “Nadie es igual a otro. Todos somos únicos e irrepetibles”²³⁸. Para rizar aún más el rizo, un cuarto usuario prefiere la expresión primigenia: “ni una ni otra ayuda mutua que es como verdaderamente se yama eso un abrazo pa toos [sic]”²³⁹.

Así pues, no parece que exista un consenso, ni probablemente lo pueda haber. Pero el uso de “apoyo mutuo”, como comenté en su momento, está más extendido y probablemente lo siga estando, porque aunque no sea tan preciso para hablar del *peer support*, tiene la ventaja de ser una expresión ya asentada. Además, no parece probable que se use “apoyo entre iguales” para hablar de otras formas de lo que se suele llamar “apoyo mutuo”, dado que en esos contextos esta última expresión no es problemática; es solo al aplicarla al apoyo mutuo individual cuando surgen problemas. Por último, la polisemia de la expresión “apoyo mutuo” le permite poner en relación lo que ocurre en el PAM con lo que ocurre en los GAMs, lo cual sirve en cierta medida para recordar el espíritu con el que fue concebido el “apoyo mutuo individual” y, de este modo, evitar o al menos dificultar su cooptación por los servicios. Aunque solo sea por este motivo, y aunque en el futuro esto pueda cambiar, considero que “apoyo mutuo” sigue siendo la mejor expresión para referirse a estas prácticas.

Está claro que esta cuestión preocupa a lxs integrantes del movimiento. Ese es justamente el

238 La importancia de esta cuestión la explica elocuentemente Voronka (2017), al advertir del riesgo del “esencialismo estratégico” al que tienen que recurrir en ocasiones lxs agentes.

239 Véase:

https://www.facebook.com/FederacionAndaluzaEnPrimeraPersona/posts/pfbid02Bn3HD6NnHY6KGjXgbBmdsRAyzs2HEKf5tmxEzYhTqAr1tALHq7ngHi7NQ44gpFCkl?locale=es_ES

núcleo de los debates en torno a la profesionalización y la fagocitación que hemos examinado antes. Cuando algunas personas hablan del riesgo de que el apoyo mutuo “pierda frescura”, de que lxs agentes se conviertan en “unx profesional más”, se está señalando que la conversión de algo que debería ser espontáneo e informal en algo reglado y delimitado puede hacer que desaparezca el componente de horizontalidad y cercanía del apoyo mutuo. Estos son los riesgos de la “participación comunitaria en salud”, por usar el concepto delineado en Alma Ata y citado antes. Aquí, la tendencia de toda administración pública a la absorción dentro de sus lógicas burocráticas de aquello en lo que participa se encuentra con la tendencia de lxs profesionales sanitarixs (y especialmente en salud mental) a controlar toda situación que implique atención a pacientes. El resultado es que es difícil evitar la cooptación de prácticas como el apoyo mutuo y la desactivación de aquello que las hace interesantes.

Parece claro que el mantenimiento de los vínculos entre los programas y el movimiento asociativo puede ser la principal garantía en este sentido. No obstante, como ya hemos visto, la relación de dependencia entre el movimiento asociativo andaluz y las administraciones es estrecha, hasta el punto de que la existencia misma de la Federación fue posible gracias en parte al impulso de las mismas. Al mismo tiempo, mantener la voluntariedad del trabajo como agente parece poco viable a largo plazo, dada la inestabilidad a la que aboca. Lo cierto es que los elementos que pueden mantener la potencia transformadora del apoyo mutuo individual están en un momento de escasa fuerza.

Para ir concluyendo, una vez hecho este balance de lo ocurrido hasta ahora con el apoyo mutuo individual en Andalucía, voy a dedicar unas líneas a hablar sobre lo que puede deparar el futuro de esta práctica. Mirando primero desde la perspectiva de las instituciones, Juan Carlos Maestro, desde su actual posición como asesor del Programa de Salud Mental del SAS, está intentando retomar el impulso institucional a este tipo de programas²⁴⁰. Según me informó en una llamada telefónica en mayo de 2023, en la que me informó de lo sucedido en el año transcurrido desde la entrevista, conformó primero un “grupo motor”, del que formaban parte Águila Bono, Bibiana Navarro, María Angustias Ramos, otrxs profesionales comprometidxs con la causa, como el mencionado Juan Francisco Estévez, y varixs agentes con dilatada experiencia, además de una persona en representación de Salud Mental Andalucía, del movimiento de familiares²⁴¹. Después de mantener varias reuniones a lo largo del curso 2022/23, el grupo motor redactó un documento base, estableció una hoja de ruta y convocó a una reunión, en junio de 2023, a representantes de todas las

240 Esto a pesar de que “este tema en principio no tenía que ver conmigo, pero tampoco lo llevaba nadie allí”.

241 Hasta este momento, la Federación no está representada institucionalmente, pero sí a través de particulares.

UGCs de Salud Mental de Andalucía, tanto profesionales como agentes (que lo fueran en activo o hubieran ejercido el rol en proyectos piloto anteriores). Se esperaba que acudiesen representantes de la mitad de las UGCs, aproximadamente.

Este conjunto de personas formaría el nuevo “grupo motor ampliado”, que trataría de hacer una evaluación y ver en qué UGCs se podían impulsar programas similares al PAM. Este grupo sería la referencia para profesionales de toda Andalucía que quisieran impulsar programas en sus servicios. En noviembre se esperaba que tuviese lugar la primera formación de miembros del grupo motor ampliado, y posteriormente se trataría de diseñar una adaptación del modelo del PAM a la situación particular de cada UGC. Lo ideal en este sentido sería que se implicasen varios servicios en cada UGC, que el equipo se encargase de la supervisión, que lxs agentes se encargasen de impartir formaciones para todo el equipo y, en particular, que hubiese asociaciones en primera persona implicadas. Sin embargo, Maestro enfatizó que no se quería paralizar ninguno de estos procesos embrionarios por falta de asociaciones con las que colaborar.

Maestro también me señaló que el camino a seguir para dar más solidez a los programas que ya existen, y el camino hacia el que deberían tender los nuevos, es el de la integración de las distintas formas de apoyo mutuo entre sí, y de todo ello con los servicios. La idea, que habían concebido en el PAM antes de que la pandemia pusiera todo en suspenso, sería conectar el programa con otras estructuras, como los GAMs de SAPAME y los que operan en la Unidad de Rehabilitación del Hospital San Cecilio, al mismo tiempo que con iniciativas de apoyo mutuo informal como “Locos por la montaña”, un grupo de senderismo donde participaban personas con experiencia y profesionales. Todo ese entramado estaría a su vez conectado con los servicios, de manera que “por ejemplo pacientes que se iban de alta del Hospital de Día y tenían un grupo posterior al alta, que de ahí algunos pudieran saltar a nuestro programa”, y de ahí a otros puntos del entramado. Es decir, “que hubiera en ese sentido pasarelas más fluidas para que la gente pudiera discurrir y moverse. Como un diseño más de red”. Incluso, bebiendo de la experiencia de Motril, Maestro sugería que se podía incluir a familiares en este diseño, de modo que se pudiese trabajar con ellxs de manera más cercana y se acercaran posiciones.

Sin embargo, esta posibilidad parece aún distante, dada la cantidad de obstáculos que aún se interponen en el camino delineado por Maestro. El primero y fundamental sería la cuestión de la retribución para lxs agentes: “El tema está en la parte retributiva. El problema está ahí” (Bono). El psicólogo reconocía en la entrevista que esta cuestión “está muy verde” y que no sería fácil, pero señalaba que aquí la responsabilidad para encontrar “una alternativa viable para poder empezar a hacer algunos contratos” era de servicios centrales (es decir, suya), y recordaba que, si en otros lugares se ha podido hacer, en Andalucía también debía ser posible. De lo contrario, advertía Bono,

podrían sucederse los pilotajes de diverso tipo, pero la precariedad de todo proyecto basado en el voluntarismo probablemente lo condenaría al fracaso. Lo cierto, sin embargo, es que según me dijo Maestro en nuestra conversación telefónica, un año más tarde, esta cuestión seguía aparcada mientras se ponía en marcha el proyecto antes delineado.

Otro obstáculo importante es el de la formación, no solamente de lxs agentes, sino también de lxs profesionales. Durante nuestra entrevista, Maestro se planteaba si no sería buena idea “dar un pequeño soporte de formación” a los profesionales acerca de algunas “claves” que podían ser de mucha ayuda, especialmente al principio: hablarles “de las variantes de los programas, de cómo empezar, de dependiendo de si estás en un sitio donde hay asociación o no, cómo montar el tinglado...”. Uno de los objetivos interesantes que se planteaba era la realización de formaciones conjuntas en las que profesionales, agentes y asociaciones trabajasen juntxs, se nutriesen mutuamente y empezaran a crear las redes que permitieran la puesta en marcha de programas. Meses más tarde me confirmó que estas eran las ideas que iban a guiar la primera formación del grupo motor ampliado prevista para noviembre de 2023, donde una parte de la formación sería conjunta de profesionales y agentes, mientras que otra parte sería una formación básica para agentes de día y medio, más breve que el curso Peer2Peer.

Esto apunta a otra cuestión que sigue siendo problemática: la formación de lxs agentes. Ya hemos visto que una de las grandes polémicas tiene que ver con que esta formación la impartan las propias personas con experiencia. Esto resulta muy complicado en este momento, dado el distanciamiento de la mayoría de personas que se habían encargado previamente de esta cuestión con respecto al movimiento. Sin embargo, lxs propixs profesionales reconocen que esto era un valor añadido importante, y la existencia de esta área de autonomía es decisiva en el precario equilibrio entre las instituciones y el movimiento en estos contextos de colaboración. Pero la agente a la que entrevisté señalaba un problema más básico con la formación en apoyo mutuo:

yo creo que ahí la formación no se ha hecho bien, y esto creo que pasa en mucho tipo de formaciones, no solo en *peer to peer*, que es como: se hace una formación que está orientada a una profesión, pero va gente que no va a ejercer esa profesión. Y eso es como muy lioso. Es como: pero entonces [...] haz formaciones para gente que quiera crecer personalmente, cursos o lo que sea, incluso de los mismos años, y por otro lado formas los terapeutas que van a acompañar peña, porque no tienen ni las mismas necesidades... es como un rebujito que te viene bien a ti, pero no está orientado al bienestar ni de los que solo quieren crecimiento personal, ni de los que quieren ser terapeutas. Es como «no, te viene muy bien hacer el curso *peer to peer* para ti»; pues coño, haz cursos sobre recuperación, que pueden ser súper valiosos, donde ves lo mismo prácticamente, pero que está enfocado para que la

persona avance en su proceso de recuperación. ¡No lo mandes al *peer to peer*! Porque además luego a esa gente que tú le das el diploma, ¿qué le dices? «No, tú no puedes ahora ir a ver gente». ¿No? ¿Ahora qué le dices? (Entrevista a agente de apoyo mutuo, 27 de octubre de 2022)

Esta forma de plantearlo sirve para poner en perspectiva los problemas relacionados con la “falta de capacidades” entre lxs potenciales agentes que señalaban varias personas del movimiento en primera persona. Los proyectos relacionados con el apoyo mutuo individual han generado mucha ilusión, y por eso desde el movimiento se han invertido muchísimas energías en ellos. Pero quizás por ello se han ignorado ciertas contradicciones, ciertas tensiones entre objetivos muy distintos y en gran medida incompatibles. Atender a la población con sufrimiento mental más abandonada a través de la creación de vínculos comunitarios, a través del apoyo mutuo informal y en los GAMs, ya supone un esfuerzo ingente; son pocos los lugares de Andalucía donde se ha podido hacer esto con garantías y estabilidad en el tiempo. Crear además un sistema de colaboración con los servicios a través de programas de apoyo mutuo individual y proveer de agentes a estos programas suponía quizás más de lo que un movimiento tan precario podía abarcar, como concluyó en su momento Susana.

En este sentido, cuando le pregunté a la agente de apoyo mutuo qué retos pensaba que tenía por delante el movimiento en primera persona en lo relativo al apoyo mutuo en salud mental, su respuesta fue descorazonadora: “Es que son todos. Porque eso no es real en ningún sitio. Bueno, SAPAME puede que sea algo real con algunas personas en concreto, pero en general no es muy real. Creo que hay mucha burbuja creada alrededor”. Aún más expresiva fue otra imagen que usó: “si yo pusiera una imagen del apoyo mutuo, está cogido un poquito con pinzas”. Pero a pesar de ello, tanto ella como la mayoría de personas entrevistadas consideran que es importante que este tipo de programas continúen funcionando y que, en la medida de lo posible, mejoren su funcionamiento y profundicen la colaboración entre servicios y movimiento asociativo, aunque este mantenga su independencia.

Quizás la que mejor explicó la necesidad de que existan iniciativas en los servicios fue Águila Bono. Insistía en que “institucionalizar” la figura de agente de apoyo mutuo remuneradx debe ser una prioridad, porque es la mejor garantía de que este tipo de programas puedan llevar el apoyo mutuo, a través de los servicios, a más personas. Y concluía:

porque lo otro es lo de fuera, ¿y qué es lo de fuera? Lo de fuera es lo comunitario, que se basa en el valor que podamos tener de... cómo relacionarnos nos ayuda a sentirnos bien. En qué medida ocurra eso en la sociedad pues depende de cómo cada uno nos situemos ahí, pero realmente esto en salud mental es mucho más difícil, por eso, por la fragilidad, porque

yo me pongo mala. Y si me pongo mala, pues claro, no puedo estar ahí. (Entrevista a Águila Bono, 26 de abril de 2022)

Pero por más que esto sea cierto, el espíritu del movimiento en primera persona apunta siempre hacia la creación de redes en común (Martínez-Pereda, 19 de abril de 2016). Por precario que sea el tejido comunitario en tiempos neoliberales, por difícil que sea sostener el apoyo mutuo por fuera de las instituciones, este impulso por crear redes de solidaridad, mutualidad, reciprocidad, debe ser la fuerza que guíe cualquier iniciativa para transformar la atención al sufrimiento psíquico en nuestra sociedad.

Universidad de Granada

Registro Electrónico	ENTRADA
REGAGE23e00086605284	21/12/2023 - 10:22:43

5. Conclusiones

En esta tesis, he investigado el auge del activismo en salud mental en primera persona que ha tenido lugar en España en la última década. Dentro de este contexto de nuevos tipos de activismo en salud mental liderados por usuarixs/supervivientes/expertxs por experiencia, me he centrado en las nuevas herramientas y prácticas que estxs activistxs han desarrollado, en particular en el llamado apoyo mutuo en salud mental. He desarrollado la mayor parte de mi trabajo de campo en Andalucía, de modo que mi estudio refleja las formas particulares en que se piensa y se lleva a la práctica el apoyo mutuo en esta comunidad autónoma. En el activismo en salud mental en primera persona en Andalucía, “apoyo mutuo” se refiere a varias prácticas, incluidos los Grupos de Apoyo Mutuo (GAMs), el apoyo mutuo informal y el “apoyo mutuo individual”, también conocido como “*peer support*” o “*peer to peer*”.

Mediante una discusión detallada de los conceptos de apoyo mutuo, género, sufrimiento psíquico y “salud mental” como dispositivo biopolítico, he creado un marco conceptual que me ha permitido analizar estas prácticas desde una perspectiva etnográfica y feminista. Mi uso de la etnografía feminista como metodología me ha permitido acceder a e interpretar el significado cultural del apoyo mutuo en sus diversas formas. Como sucede con muchas otras prácticas relacionadas con la salud y la enfermedad, el apoyo mutuo ha sido estudiado principalmente desde un punto de vista psicológico, usando métodos cuantitativos con el objetivo de estudiar su efectividad en tanto que intervención sanitaria. En lugar de ello, yo he optado por estudiarlo en tanto que fenómeno social, centrándome en sus aspectos culturales. Mi objetivo principal ha sido entender por qué las personas practican el apoyo mutuo, qué significa para ellas esta actividad y cómo el género, en tanto que eje de distribución del poder en nuestra sociedad, moldea las experiencias de estas personas con el apoyo mutuo.

Durante mi trabajo de campo, he trabajado con varias organizaciones en primera persona, así como con activistas independientes, y he entrevistado a siete participantes en GAMs. También he entrevistado a varias personas que han estado implicadas en la implementación de “programas de apoyo mutuo” en entornos clínicos en los servicios sanitarios públicos de Andalucía, entre ellxs una agente de apoyo mutuo, una investigadora, un psicólogo clínico y una de las líderes de una asociación en primera persona. Estas entrevistas, junto con mi observación participante en espacios activistas y en un GAM, me han proporcionado el núcleo de los datos que he analizado. Además, he revisado en profundidad los manuales y guías sobre apoyo mutuo publicados por el movimiento en primera persona, así como algunos documentos generados por el Programa de Apoyo Mutuo del Hospital Virgen de las Nieves de Granada (PAM), el programa de su clase más importante

desarrollado en Andalucía.

En primer lugar, he estudiado las trayectorias que siguieron mis entrevistadxs antes de descubrir el apoyo mutuo y el movimiento en primera persona. La principal característica que comparten las vidas de estas personas es que, tras desarrollar un malestar psíquico y ser diagnosticadas, sus vidas estuvieron marcadas por un grave aislamiento durante largos periodos de tiempo, a menudo de varios años. En las historias de muchxs de mis entrevistdxs, el consumo intensivo de fármacos psiquiátricos, el peso del estigma y unos profundos sentimientos de apatía, vergüenza y culpa condujeron a la práctica desaparición de su vida social. Muchxs de ellxs señalaban que dejaron de participar en cualquier tipo de actividad o de tener relaciones más allá de lxs integrantes de su familia nuclear. En algunos casos, señalaron que apenas habían salido de sus casas durante años.

Uno de los factores más complejos e interesantes del sufrimiento psíquico de estas personas resultó ser el de sus relaciones con sus familias. Para interpretar estas relaciones, así como las reacciones familiares al sufrimiento y diagnóstico de unx de sus integrantes, he usado la edad y el género como los principales ejes de estructuración del análisis. Había una importante diferencia entre aquellxs que habían sido diagnosticadxs jóvenes, mientras aún dependían de sus padres, y aquellxs que ya habían formado sus propias familias de procreación. Entre lxs primerxs, el concepto de Elisa Alegre-Agís de “institución doméstica total” ha sido de gran utilidad: con él se designa el proceso por el que, ante el diagnóstico de un trastorno mental grave a unx de lxs hijxs, las familias se convierten en sus guardianes dentro de los muros del domicilio familiar. Bajo la guía de lxs profesionales de la salud mental, el control y la supervisión se convierten en rasgos esenciales de sus esfuerzos por cuidar de sus hijxs, como hemos visto en el caso de Noelia.

Sin embargo, este proceso está profundamente generizado a varios niveles. En primer lugar, las expectativas de lxs familiares sobre sus hijxs diagnosticadxs, así como las áreas en que se focaliza su control, son muy elocuentes. Mientras que en el caso de Noelia se puso el foco en controlar sus patrones de sueño y alimentación, demonizando la vida nocturna, prohibiendo el consumo de alcohol y cafeína y limitando su libertad de movimientos y el contacto con sus amistades, los conflictos de José Carlos con sus padres tenían más que ver con sus dificultades en los ámbitos académico y laboral. A causa de las mismas, el padre de José Carlos, cuyo carácter él describe como estricto y violento, lo comparaba negativamente con su hermano mayor de manera constante. Lxs padres de Noelia, en cambio, supervisaban más bien los que comía o incluso cómo se vestía. Por su parte, María desarrolló una relación fusional y codependiente con su madre, diagnosticada a su vez de un trastorno mental, mientras que su hermano lleva una vida más independiente y no ha sido diagnosticado.

En segundo lugar, lxs familiares de mis entrevistadxs adoptaron roles muy generizados a la hora de responder al diagnóstico de sus hijxs. Las madres asumieron una mayor carga de cuidados, mientras que los padres se convirtieron en figuras de autoridad que intervenían para regañar a lx hijx enfermxx cuando se alejaba del camino correcto. Los hermanos desaparecían del mapa familiar, mientras que las hermanas se quedaban más cerca y compartían la carga de lxs padres. En cuanto a las personas diagnosticadas, María y Noelia hablaron de sus esfuerzos por cuidar de sus madres por diversas circunstancias, mientras que José Carlos casi siempre tenía el rol de cuidado (excepto en lo relativo a su sobrina). Además, dos de mis entrevistadxs señalaron la violencia de género como la principal causa de su sufrimiento psíquico. Esto es especialmente relevante dado que no les pregunté explícitamente sobre este tema; así, la violencia de género emerge en mi investigación como un factor en el desarrollo de problemas de salud mental que no puede ni debe ser ignorado.

En cuanto a las personas que ya tenían hijxs cuando fueron diagnosticadxs, el principal aspecto generizado tenía que ver con la distribución del trabajo de cuidados en su trama familiar. Miguel reconoce que abandonó cualquier responsabilidad por su propio bienestar, y más aún por el de su mujer o sus hijxs. En cierto modo se convirtió en un hijo más para su esposa. Así, Miguel solo reaccionó cuando su mujer lo abandonó, llevándose a sus hijxs con ella. No obstante, fueron sus hermanas las que le dieron la información sobre SAPAME, la asociación en primera persona a la que empezó a acudir y que le ayudó a poner su vida en orden. Susana, en cambio, pese a ser la que estaba pasando por un sufrimiento mental agudo, fue la que tuvo que hacerse cargo de sus hijxs cuando se divorció de su marido.

Después de todas estas experiencias previas, el descubrimiento del apoyo mutuo fue un hecho decisivo en las vidas de mis entrevistadxs. Aunque siguieron caminos muy diversos hasta llegar al movimiento en primera persona (a algunxs se lo recomendaron profesionales de la salud mental, otrxs encontraron la información por internet, a otrxs lxs informaron sus familiares), todxs señalaron el apoyo mutuo como algo decisivo que les permitió dar un vuelco a sus vidas. El tomar conciencia de que otras personas compartían sus problemas y que podían apoyarse mutuamente en un espacio igualitario y de confianza fue emocionante y desestigmatizante. Además de su participación en los GAMs mismos, el desarrollo de amistades y relaciones de reciprocidad más allá de los estrictos confines de la vida familiar fue un aspecto crucial de las experiencias de recuperación de estas personas. A esto es a lo que en el movimiento llaman “apoyo mutuo informal”.

Dicho lo cual, el significado concreto del apoyo mutuo era diferente para cada persona, y los matices particulares que le atribuían estaban profundamente generizados. Si bien tanto mujeres como hombres destacaban la mutualidad como el atributo definitorio del apoyo mutuo y señalaban

que era su carácter recíproco lo que más les gustaba, las mujeres tendían a enfatizar que los GAMs las hacían sentir bien porque les permitían ayudar a otras personas, en concordancia con el mandato femenino de cuidar a lxs otrxs. Usaban además imágenes e ideas relacionadas con los lazos familiares para explicar el significado del apoyo mutuo para ellas: María y Noelia hablaban de SAPAME como una “familia”, mientras que Susana comparó su relación con el movimiento en primera persona con el de una madre con su hijx. Los hombres, por su parte, subrayaban que los GAMs les permitían expresar sus emociones de maneras que normalmente les están vedadas, dado que se arriesgan a ser considerados poco masculinos (Pepe hablaba constantemente de sí mismo como una “nenaza”, aunque lo hiciera en tono jocoso). Pepe incluso llegó a hablar de que usaba el GAM para desahogarse a toda costa, ignorando por completo las necesidades del resto del grupo.

Por su parte, José Carlos se sentía bienvenido en su GAM porque era un espacio relajado, donde no sentía que tuviera que compararse con lxs demás. Esto es significativo, en primer lugar, porque nos habla del peso de las expectativas masculinas que José Carlos siente de forma casi permanente, lo cual parece relacionado con la decepción que sentía su padre y con su forma de compararlo con otros hombres de su familia. Pero este hecho también nos habla de cómo se sienten tanto José Carlos como muchxs otrxs socixs de SAPAME respecto a los GAMs. Para ellxs, estos grupos no son principalmente un espacio donde encontrar formas nuevas, creativas, colectivas y emancipadoras de lidiar con el sufrimiento mental. No piensan en los aspectos políticos del apoyo mutuo. La característica que más les atrae de estos grupos es el simple hecho de que les proporcione un espacio para socializar y participar de actividades organizadas, lo cual muchxs de ellxs no han podido hacer en mucho tiempo.

Por último, la experiencia de Alicia es significativa porque muestra cómo las dinámicas sexistas penetran en el funcionamiento de los GAMs. El machismo de los hombres de su grupo y las actitudes autoritarias del facilitador la hicieron sentir incómodo, hasta el punto de que casi no asistía a los encuentros del GAM. No era la única: el grupo se componía casi exclusivamente de hombres, ya que las mujeres nuevas en la asociación se iban al otro GAM. Este problema no es raro: se han dado situaciones similares en otros puntos del Estado español, lo que ha llevado a la formación de GAMs no mixtos de mujeres en varias ciudades. Sin embargo, esto no ha ocurrido en Andalucía. Al parecer, esto se debió en parte a la oposición de algunos hombres, pero también en parte a la falta de mujeres que quisieran formar parte de estos grupos. En el contexto del movimiento en primera persona andaluz, parece que para muchas mujeres (aunque no todas) la capacidad de los GAMs basados únicamente en la experiencia de sufrimiento psíquico para crear y proveer de una identidad colectiva desestigmatizadora tiene más peso que la creación de espacios sensibles al género.

Por último, también he estudiado el proyecto más ambicioso del movimiento en primera persona andaluz: el intento de llevar el espíritu del apoyo mutuo al sistema público de atención en salud mental mediante la implementación de programas de apoyo mutuo individual o *peer support*. Mi investigación de la experiencia del PAM, que surge de la colaboración entre el Hospital Virgen de las Nieves y SAPAME, ha mostrado que estos proyectos han nacido por iniciativas compartidas entre profesionales y gestorxs sanitarixs progresistas, investigadorxs y el movimiento en primera persona. El objetivo de fondo es cambiar el modelo de atención en salud mental: de una perspectiva centrada en la eliminación de síntomas mediante el consumo de psicofármacos a otra con conciencia social, orientada a la recuperación y respetuosa con los Derechos Humanos de las personas diagnosticadas. Sin embargo, la precariedad de la mayoría de estos programas en la práctica ilustra la dificultad para llevar a cabo esos cambios.

Los principales obstáculos que han enfrentado los programas de apoyo mutuo tienen que ver con tres aspectos. En primer lugar, está la resistencia al cambio de lxs profesionales de salud mental. Muchxs de ellxs tienen reticencias o desconfían de estos proyectos, e incluso lxs más progresistas muestran una preocupante incapacidad para relacionarse con lxs agentes en pie de igualdad. En segundo lugar, están las complicaciones derivadas de la inconstancia del activismo. Los graves conflictos internos en SAPAME no llegaron a hacer descarrilar el PAM, pero sí que entrañaron ciertas dificultades. Por ejemplo, agravó la constante rotación de lxs agentes, que ya era muy alta debido al agotamiento, las crisis personales y la falta de remuneración. Esto nos lleva al tercer obstáculo que encontró el PAM, el más grave: la dificultad para profesionalizar (es decir, para pagar por) el trabajo de agente. Las complicaciones legales y burocráticas para contratar a agentes, que llevaban años afectando a estas iniciativas, se consiguieron salvar en el caso del PAM: las propias asociaciones en primera persona fueron quienes lxs contrataron. No obstante, este experimentó no duró: las dificultades que surgieron llevaron a las asociaciones al convencimiento de que no merecía la pena llevar esa carga, al tiempo que las llevaron a desconfiar de los servicios que, desde su punto de vista, estaban usando el programa para mejorar sus servicios a coste de saldo mientras transferían toda la responsabilidad laboral a las asociaciones.

Aun así, todas las personas implicadas coinciden en señalar que estos programas son clave. Lxs profesionales progresistas, con apoyo de lxs gestores, están intentando crear una red más amplia de programas por toda Andalucía. Esta iniciativa cuenta con la implicación de activistas, aunque parece haber ciertos celos por su parte. Esto es comprensible, dado que las experiencias previas, aunque se han valorado positivamente en su conjunto por todas las partes, han tenido serios problemas que han recaído, por lo general, en los hombros de las asociaciones en primera persona y lxs agentes. Es imprescindible que estos proyectos cobren conciencia de estas limitaciones y

prioricen las necesidades expresadas por lxs activistas, entre las cuales destacan dos: encontrar mejores maneras de profesionalizar y remunerar el trabajo de agente y asegurarse de que exista implicación de asociaciones en primera persona que puedan abogar por lxs agentes y lxs pacientes en el contexto de los programas, como contrapeso a las instituciones. Esto último es esencial si se quiere que los programas de apoyo mutuo mantengan los valores y el espíritu comunitario del apoyo mutuo, de modo que puedan conservar el potencial revolucionario con el que han sido impulsados en lugar de ser absorbidos sin más por el sistema de atención sin llegar a cambiarlo.

5. Conclusions

In this thesis, I have looked into the surge of mental health activism “in the first person” (“*en primera persona*”), as it has come to be known in Spanish, that has taken place in Spain in the past decade. Within this context of new types and styles of mental health activism led by users/survivors/experts by experience, I have focused on the new tools and practices that these activists have developed, particularly on what in Spain has been called “mutual aid in mental health” (“*apoyo mutuo en salud mental*”). I have centered most of my fieldwork in Andalusia, so my study reflects the peculiar ways in which “mutual aid” is carried out and thought of in this region. In user-led mental health activism in Andalusia, “mutual aid” refers to various activities, including mutual aid groups (more commonly referred to as “self-help groups” in English), informal mutual aid and “individual mutual aid,” also known as “peer support.”

Through a detailed discussion of the concepts of mutual aid, gender, mental distress, and “mental health” as a biopolitical device, I have created a conceptual framework that has helped me analyze these practices from a feminist and ethnographic perspective. The use of feminist ethnography as my methodology has allowed me to access and interpret the cultural meaning and significance of mutual aid in its diverse forms. Mutual aid, as is the case with many other practices related to health and illness, has mostly been studied from a psychological point of view, using mostly quantitative methods, in order to study its effectiveness as a healthcare intervention. I have preferred instead to approach it as a social phenomenon, focusing on its cultural aspects: my main aim has been to understand why people engage in mutual aid, what it means to them to practice it, and how gender as an axis of distribution of power within society molds people's experiences of it.

During my fieldwork, I have worked with several user/survivor/mad activist-led organizations, as well as independent activists, and I have interviewed seven current or past members of mutual aid groups. I have also interviewed several people who have been involved in the implementation of “mutual aid programs” within clinical settings in Andalusian public healthcare services, including a peer worker, a researcher, a clinical psychologist, and one of the leaders of a user-led association. These interviews, along with my extensive participant observation in activist spaces and in a mutual aid group, have provided me with the core of the data I have analyzed. Additionally, I have reviewed the manuals and guides on mutual aid produced by the user/survivor movement, as well as some documents produced by the most important mutual aid program that has been developed in Andalusia, the *Programa de Apoyo Mutuo* at the Virgen de las Nieves Hospital, in Granada.

Firstly, I have studied the trajectories that people follow before they discover mutual aid and

the mental health user/survivor movement. The main feature that these people's lives have in common is that, after developing a mental health problem and being diagnosed, their lives fell into severe isolation for long periods of time, often several years. In many of my interviewees' stories, the heavy use of prescribed psychiatric drugs, the weight of stigma, and profound feelings of apathy, shame, and guilt, resulted in the virtual collapse of their lives, with many of them saying that they basically did not engage in any activities or have any relationships beyond those with the members of their nuclear families. In some cases, they spoke of barely having left their homes in years.

Their relationships with their families proved to be among the most complex and interesting factors in these people's experiences of mental distress. In order to interpret the relationships among these families and their reactions to the suffering of one of their members, I have used age and gender as my main tools of analysis. There was an important difference between the situation of those people who had developed their problems and been diagnosed while being young and still dependent on their parents, and those people who already had formed their own families of procreation. Among the first group, Elisa Alegre-Agís' concept of the "total domestic institution" has been useful: it shows how the families of young people who are diagnosed with severe mental disorders react to this fact by becoming their child's wardens within the walls of the family home. Under the guidance of mental health professionals, control and supervision become the essential features of their efforts to take care of their child, as could be seen in the case of Noelia.

However, this process is profoundly gendered on several levels. Firstly, the relatives' expectations and areas of focus surrounding their child's control are very telling. Whereas in the case of Noelia, the emphasis was put on controlling her sleep and eating patterns, demonizing nightlife, prohibiting her consumption of alcohol or caffeine, and limiting her ability to go out on her own or with friends, José Carlos' conflicts with his parents mostly revolved around his difficulties with academic and work-related performance. José Carlos was constantly, disparagingly compared to his brother on these grounds by his violent, strict father; Noelia, on the other hand, was supervised in terms of what she ate and even how she dressed. María, for her part, developed a fusional, co-dependent relationship with her mother, who also has been diagnosed with a mental disorder, while her brother has grown to be more independent and has not been diagnosed.

Secondly, my interviewees' relatives adopted very gendered roles in terms of how they related to their child's diagnosis. Mothers were charged with a heavier care load, whereas fathers became authoritative figures who intervened to remonstrate the mentally ill child when he or she strayed from the right path. Brothers disappeared from the picture, while sisters stayed closer and shared the parents' load. As for the diagnosed people themselves, María and Noelia both spoke of

their efforts to take care of their mothers, owing to different circumstances, whereas José Carlos was almost always the cared-after (except as relates to his niece). Additionally, two of my interviewees pointed to gender-based violence as the main reason why they experienced mental distress. This is all the more relevant given that I did not explicitly ask about this topic; gender-based violence thus emerges as a factor in the development of mental health problems that cannot, and should not, be ignored.

As for those people who already had children when they were diagnosed, the main gendered aspect has to do with the distribution of care work in the household. Miguel, by his own admission, abdicated any and all responsibility for his own well-being, let alone that of his wife or children. In a way, he became an additional son to his wife. As a result, it was not until his wife left him to his own devices (and took the children with her) that Miguel reacted. Still, it was his sisters who gave him the information about SAPAME, the user-led association that he began to attend, which helped him get his life together. Susana, on the other hand, despite being the one who was going through severe mental distress, was the one who was left to care for her children after her husband divorced her.

After all of these previous experiences, the discovery of mutual aid was a life-changing event for my interviewees. Although they followed many different paths to get to the user/survivor movement (some followed professionals' recommendations, others found out about it through the internet, still others were told by their relatives), they all pointed to mutual aid as the decisive factor in their turning their lives around. The realization that there are other people who experience the same kinds of problems, and that they could all support each other in a space defined by egalitarianism and mutual trust, was exhilarating and de-stigmatizing. Along with their participation in the mutual aid groups per se, the development of friendships and relationships of reciprocity beyond the strict confines of family life was a crucial aspect of these people's experience of recovery. That is what people in the movement refer to as “informal mutual aid”.

Still, the meaning that mutual aid held for each person differed, and the particular nuances in the meanings they ascribed, were deeply gendered. Although both men and women highlighted reciprocity and mutuality as the defining characteristics of mutual aid and stated that its back-and-forth nature was what they liked about it the most, women generally emphasized how participating in mutual aid groups made them feel good because it allowed them to help other people, in accordance with the feminine mandate to care for others. They also used images and ideas related to familial bonds to explain the meaning of mutual aid to them: María and Noelia spoke of SAPAME as a “family,” whereas Susana compared her relationship to the user-led movement to that of a mother with her child. Men, on the other hand, highlighted how mutual aid groups allowed them to

express their emotions in ways which they are normally forbidden from engaging in, for they risk being deemed unmanly (Pepe humorously, yet constantly, spoke of himself as a “sissy”). Pepe even spoke about how he sometimes used his group to vent his emotions, totally disregarding the needs of the rest of the group.

For his part, José Carlos found his mutual aid group to be welcoming because it was a low-stakes, easy-going space where he did not feel the need to compare himself with others. This is significant, firstly, because it speaks of the weight of masculine expectations that José Carlos feels most of the time, which seems to arise from his father's disappointment in him and his way of comparing him to other men in his family. But this fact also tells us a lot about how not only José Carlos, but most members of SAPAME feel about mutual aid groups. To them, these groups are not primarily about finding new, creative, collective, liberating ways of dealing with their experiences of mental distress. They do not think about the political aspects of mutual aid. The main thing which makes these groups attractive to them is simply the fact that they grant them a space to socialize and engage in organized activities, something which most of them have not been able to do for long periods of time.

Finally, Alicia's experience was significant because it showed how sexist dynamics seep into the way these groups function. The sexism of the men in her group and the authoritarian attitudes of the group's facilitator had made her feel uncomfortable, and she had almost ceased attending the meetings. She was not the only one: the group was attended almost exclusively by men, with new women flocking to the other mutual aid group in the association. This problem is not uncommon: similar situations have been described elsewhere in Spain, which has led to the formation of women-only mutual aid groups in several cities. However, this has not been the case in Andalusia. Apparently, this was due in part to some men opposing it, but also in part due to not enough women supporting the initiative. In the context of the user-led movement, the power of mutual aid groups based exclusively on the experience of mental distress to provide a collective, de-stigmatizing identity seems to hold more weight than the creation of gender-specific, gender-sensitive spaces does for many (though not all) women.

Finally, I have also studied the most ambitious project the Andalusian user-led movement has embarked upon: bringing the spirit of mutual aid to the public healthcare system through the implementation of peer support programs. My research of the experience at the *Programa de Apoyo Mutuo* (PAM), which is the product of close collaboration between the Virgen de las Nieves Hospital and SAPAME, has shown how these projects have been born out of the shared initiatives of progressive professionals and healthcare service managers, researchers, and the user-led movement. The ultimate goal is to change the way mental health care is provided: from medication

heavy, symptom-elimination-focused care to socially aware, recovery-oriented, Human Rights-respecting care. However, the precariousness of most of the actual attempts at implementing these types of programs illustrates the difficulty in making these changes.

The main obstacles that peer support programs have faced are to do with three aspects. Firstly, there is the matter of how mental health professionals resist change. Many of them show reluctance and distrust towards these projects, and even the most progressive professionals display a worrisome inability to engage with peer workers in an egalitarian fashion. Secondly, there are complications to do with activism and its inconsistencies. The serious conflicts within SAPAME did not quite derail the program but did lead to many complications. Among them, it worsened the constant turnover of peer workers, which was already high as a result of burnout, personal crises, and the lack of pay. This brings us to the third and most important obstacle that PAM encountered: the difficulty in professionalizing peer work, i.e., finding a way to pay for it. The legal and bureaucratic complications that made the hiring of peer workers impossible for years were overcome in the case of the PAM: the user-led associations hired them themselves. However, this experiment did not last long: the difficulties that arose convinced the associations that it was not worth the trouble and also made them distrust the services which, in their view, were using the program to improve care for little money while transferring all the responsibility to the associations.

Still, everyone involved agrees that these programs are key. The progressive professionals, with support from management, are trying to create a wider network of programs across Andalusia. Activists are also involved, although there seem to be more misgivings on their part. This is unsurprising, given that previous experiences, while deemed very positive on the whole by (and for) everyone involved, have had serious problems which have mostly fallen on the backs of user-led associations and activists themselves. It is imperative for these projects to become aware of these shortcomings and to prioritize the needs voiced by activists, among which I would highlight two: finding better ways to professionalize and pay for peer work and making sure that user-led associations are involved so that they may advocate for peer workers and for patients within the programs. The latter is essential if peer work programs are to remain true to the grassroots values of mutual aid and, in that way, retain their revolutionary potential instead of simply being absorbed by the healthcare system without changing it.

6. Bibliografía

“65 entidades apoyan a la familia de la joven que murió atada a la cama en un hospital” (2019).

Píkara Magazine. <https://www.pikaramagazine.com/wp-content/uploads/2019/06/Manifiesto-y-adhesiones-1.pdf>

Alba Rico, Santiago (1 de diciembre de 2020). ¿Qué está pasando con el tiempo? *CTXT*. Accesible en: https://ctxt.es/es/20201201/Firmas/34260/Santiago-Alba-Rico-revolucion-tiempo-pandemia-cuerpo-humanidad.htm?utm_campaign=lecturas-del-1-de-diciembre&utm_medium=email&utm_source=acumbamail

Alcántara Moreno, Gustavo (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Sapiens. Revista Universitaria de Investigación*, 9(1), 93-107. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=41011135004>

Alegre-Agís, Elisa (2016). Ethnoscapes domésticos y rite de passage: significación y cronicidad del diagnóstico de esquizofrenia. *Revista de Antropología Social*, 25(1), 195-217. https://doi.org/10.5209/rev_RASO.2016.v25.n1.52631

Alegre-Agís, Elisa (2017). Internados en casa: del manicomio a la “institución doméstica total”. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 37(131), 63-78. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352017000100004>

Alegre-Agís, Elisa (2018). La des-institucionalización “negada”: Lógicas manicomiales en la hospitalización doméstica. In Josep M. Comelles, Antoni Conejo y Josep Barceló-Prats (Eds.), *Imago Civitatis. Hospitales y manicomios en Occidente* (pp. 205-222). Tarragona: Publicacions Universitat Rovira i Virgili.

Alegre Agís, Elisa (2021). *Stultifera Domus. Del manicomio a la institución doméstica total: vida cotidiana, familia y esquizofrenia* (Tesis doctoral). Universitat Rovira i Virgili. Accesible en: <https://www.tesisenred.net/handle/10803/673090?show=full>

American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3rd Edition (DSM-III)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5^a edición (DSM-5)*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Amnistía Internacional (2020). *La década perdida. Mapa de austeridad del gasto sanitario en España del 2009 al 2018*. Madrid: Amnistía Internacional – Sección española. <https://www.consalud.es/uploads/s1/14/53/39/8/la-decada-perdida.pdf>

- Apuntes previos a la creación de un Grupo de Apoyo Mutuo en Salud Mental* (6 de febrero de 2022). Primera Vocal. Accesible en: <https://primeravocal.org/apuntes-previos-a-la-creacion-de-un-grupo-de-apoyo-mutuo-en-salud-mental/>
- Ardèvol, Elisenda, Bertrán, Marta, Callén, Blanca y Pérez, Carmen (2003). Etnografía virtualizada: la observación participante y la entrevista semiestructurada en línea. *Athenea Digital - Revista de Pensamiento e Investigación Social*, 1(3), 72-92. <http://psicologiasocial.uab.es/athenea/index.php/atheneaDigital/article/view/67%5Cnhttp://psicologiasocial.uab.es/athenea/index.php/atheneaDigital/article/view/67/67>
- Bacigalupe, Amaia, Cabezas, Andrea, Baza Bueno, Mikel y Martín, Unai (2020). El género como determinante de la salud mental y su medicalización. Informe SESPAS 2020. *Gaceta Sanitaria*, 34(Suppl. 1), 61-67. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.013>
- Baker Miller, Jean (1986). *Toward a New Psychology of Women*. Boston: Beacon Press. (Original publicado en 1976).
- Balbo, Laura (1978). La doppia presenza. *Inchiesta*, 8(32), 3-6.
- Ballesteros-Urpí, Ana (2020). El suport mutu (peer support) en salut mental i la seva aplicabilitat en infants i adolescents. *Educació social. Revista d'intervenció socioeducativa*, 75, 45-60. <https://doi.org/10.34810/EducacioSocialn75id367205>
- Bandrés, Eduardo y González, Rosa (2015). La reducción del gasto sanitario español durante la crisis. *Cuadernos de Información Económica*, 248. https://www.funcas.es/wp-content/uploads/Migracion/Articulos/FUNCAS_CIE/248art05.pdf
- Basaglia, Franco (1970). *La institución negada. Informe de un hospital psiquiátrico*. Barcelona: Barral.
- Beauvoir, Simone de (2015). *El segundo sexo*. (Alicia Martorell, Trad.). Valencia: Cátedra. (Original publicado en 1949).
- Beck, Ulrich (1998). *La sociedad del riesgo. Hacia una nueva modernidad*. Barcelona: Paidós. (Original publicado en 1986).
- Benjamin, Jessica (1988). *The Bonds of Love: Psychoanalysis, Feminism, and the Problem of Domination*. Nueva York: Pantheon Books.
- Benjamin, Jessica (2017). *Beyond Doer and Done to: Recognition Theory, Intersubjectivity and the Third*. Nueva York: Routledge.
- Bertolete, José M. (2008). The roots of the concept of mental health. *World Psychiatry*, 7(2), 113-116. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2008.tb00172.x>

- Bjorklund, Pamela (2006). No Man's Land: Gender Bias and Social Constructivism in the Diagnosis of Borderline Personality Disorder. *Issues in Mental Health Nursing*, 27(1), 3-23. <https://doi.org/10.1080/01612840500312753>
- Blázquez Rodríguez, Maribel y Bolaños Gallardo, Eva (2017). Aportes a una antropología feminista de la salud: el estudio del ciclo menstrual. *Salud Colectiva*, 13(2), 253–265. <https://doi.org/10.18294/sc.2017.1204>
- Bodoque Puerta, Yolanda y Sanz Abad, Jesús (2021). Capítulo 6: Iniciativas comunitarias. En Dolors Comas-D'Argemir y Silvia Bofill-Poch (Eds.), *El cuidado importa. Impacto de género en las cuidadoras/es de mayores y dependientes en tiempos de la Covid-19* (pp. 469-545). Fondo Supera COVID-19 Santander-CSIC-CRUE Universidades Españolas.
- Bohannan, Paul y Glazer, Mark (Eds.) (1993). *Antropología. Lecturas*. (2ª Ed.). Madrid: McGraw Hill.
- Bonino, Luis (2000). Varones, género y salud mental: deconstruyendo la “normalidad” masculina. En Marta Segarra Montaner y Àngels Carabí (Eds.), *Nuevas masculinidades* (pp. 41-64). Barcelona: Icaria.
- Bono del Trigo, Águila, Navarro Martillas Bibiana y Mena Jiménez, Ángel (2012). *Evaluación del proyecto ayuda mutua: entrenamiento y prácticas en los servicios de salud mental de Andalucía*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública. https://www.1decada4.es/pluginfile.php/174/course/section/44/informe_evaluacion_ayuda_mutua_servicios_andalucia.pdf
- Bordo, Susan (1993). *Unbearable Weight: Feminism, Western Culture, and the Body*. Berkeley: University of California Press.
- Borkman, Thomasina (1976). Experiential Knowledge: A New Concept for the Analysis of Self-Help Groups. *Social Service Review*, 50(3), 445–456. <https://doi.org/10.1086/643401>
- Bourdieu, Pierre y Wacquant, Loïc (2005). *Una invitación a la sociología reflexiva*. Avellaneda: Siglo XXI.
- Brown, Wendy (2015). *Undoing the Demos: Neoliberalism's Stealth Revolution*. Nueva York: Zone Books.
- Buitrago Ramírez, Francisco, Ciurana Misol, Ramón, Fernández Alonso, María del Carmen y Tizón García, Jorge Luis (2021). Repercusiones de la pandemia de la COVID-19 en la salud mental de la población general. Reflexiones y propuestas. *Atención Primaria*, 53(7), 102143. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102143>

- Burín, Mabel (1996). Género y psicoanálisis: subjetividades femeninas vulnerables. En Mabel Burín y Emilce Dio Bleichmar (Comps.), *Género, psicoanálisis, subjetividad* (pp. 61-99). Buenos Aires: Paidós.
- Busfield, Joan (2002). The archaeology of psychiatric disorder. Gender and the disorders of thought, emotion and behaviour. En Gillian Bendelow, Mick Carpenter, Caroline Vautier y Simon Williams (Eds.), *Gender, Health and Healing. The Public/Private Divide* (pp. 144-162). Londres: Routledge.
- Busfield, Joan (2017). The concept of medicalisation reassessed. *Sociology of Health and Illness*, 39(5), 759–774. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12538>
- Butler, Judith (2007). *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. (M^a Antonia Muñoz, Trad.). Barcelona: Paidós. (Original publicado en 1990).
- Calero, Jorge (2021). El estado del bienestar español: valoración y perspectivas de futuro. *Araucaria*, 23(47). <https://doi.org/10.12795/araucaria.2021.i47.20>
- Canals Sala, Josep (2002). *El regreso de la reciprocidad. Grupos de ayuda mutua y asociaciones de personas afectadas en la crisis del Estado del Bienestar* (Tesis doctoral). Universitat Rovira i Virgili. Accesible en: <https://www.tdx.cat/handle/10803/8411#page=1>
- Canals Sala, Josep (2003). Grupos de ayuda mutua y asociaciones de personas afectadas: reciprocidades, identidades y dependencias. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, 3(1), 71–81.
- Caponi, Sandra (2009a). Un análisis epistemológico del diagnóstico de depresión. *Interface - Comunicação Saúde Educação*, 13(29), 327–338.
- Caponi, Sandra (2009b). Para una genealogía de la anormalidad: la teoría de la degeneración de Morel. *Scientiae Studia*, 7(3), 425–445. <https://doi.org/10.1590/s1678-31662009000300004>
- Caponi, Sandra (2011). Para una estadística universal: un debate sobre la primera clasificación internacional de enfermedades mentales (1888-1889). *Frenia. Revista de Historia de La Psiquiatría*, 11(1), 67–88.
- Caponi, Sandra (2012). Clasificaciones, acuerdos y negociaciones: Bases de la primera estadística internacional de enfermedades mentales (París, 1889). *Dynamis*, 32(1), 185–207. <https://doi.org/10.4321/S0211-95362012000100009>
- Caponi, Sandra (2014). O DSM-V como dispositivo de segurança. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 24(3), 741–763.
- Caponi, Sandra Noemi (2018). Security devices, psychiatry and crime prevention: the TOD and the

notion of a dangerous child. *Saúde e Sociedade*, 27(2), 298–310.
<https://doi.org/10.1590/S0104-12902018180146>

- Caponi, Sandra (2019). *Uma sala tranquila: neurolépticos para uma biopolítica da indiferença*. São Paulo: Editora LiberArs.
- Caponi, Sandra (2021). Sobre la llamada revolución psicofarmacológica: el descubrimiento de la clorpromazina y la gestión de la locura. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, 28(3), 661–683.
- Caponi, Sandra y Martínez-Hernández, Ángel (2013). Kraepelin, el desafío clasificatorio y otros enredos anti-narrativos. *Scientiae Studia*, 11(3), 467–489. <https://doi.org/10.1590/S1678-31662013000300002>
- Carmona, José, García-Cubillana, Pablo y Millán, Almudena (Coords.) (2016). *III Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2016-2020*. Sevilla: Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.
- Carmona Calvo, José y del Río Noriega, Francisco (2011a). Análisis histórico de la Reforma Psiquiátrica andaluza: los inicios y el proyecto. *Estudios de Psicología*, 16(3), 329-339. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2011000300017>
- Carmona Calvo, José y del Río Noriega, Francisco (2011b). Análisis histórico de la Reforma Psiquiátrica andaluza: la salud mental reformada sin manicomios. *Estudios de Psicología*, 16(3), 341-352. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2011000300018>
- Carrasco Bengoa, Cristina (2017). La economía feminista. Un recorrido a través del concepto de reproducción. *Ekonomiaz. Revista vasca de economía*, (91), 52-77.
- Castel, Françoise, Castel, Robert y Lovell, Anne (1980). *La sociedad psiquiátrica avanzada. El modelo norteamericano*. (Nuria Pérez de Lara, Trad.). Barcelona: Anagrama.
- Castillejos, María del Carmen, Martín-Pérez, Carlos y Moreno-Küstner, Berta (2018). A systematic review and meta-analysis of the incidence of psychotic disorders: The distribution of rates and the influence of gender, urbanicity, immigration and socio-economic level. *Psychological Medicine*, 48(13), 2101-2115. <https://doi.org/10.1017/S0033291718000235>
- 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>
- Chernin, Kim (1981). *The Obsession: Reflections on the Tyranny of Slenderness*. Nueva York: Harper & Row.

- Chernin, Kim (1985). *The Hungry Self: Women, Eating and Identity*. Nueva York: Times Books.
- Chesler, Phyllis (1983). *Women and Madness*. Nueva York: Avon. (Original publicado en 1972).
- Chinchilla, Cristina [Otras Perspectivas Feministas UGR] (5 de octubre de 2022). *Activismos queer y transfeministas: construyendo espacios seguros y de cuidados* [Archivo de vídeo]. YouTube. Accesible en: <https://www.youtube.com/watch?v=VspLZAA7v-Y>
- Christie, Louise, Smith, Lesley, Bradstreet, Simon, Orihuela, Teresa, Conde, Henar, Marcos, Sara, Bono, Águila, Navarro, Bibiana, Téllez, Martín, Keita-Komferhl, Michaela, Kargl, Erwin, Nica, Raluca y Tascau, Loredana (2015). *Peer2peer. Curso de formación profesional* (Trad.: Beatriz Arias y Mario Clavero). Scottish Recovery Network y Fundación INTRAS. https://www.1decada4.es/pluginfile.php/285/mod_label/intro/MANUAL_ES_P2P.pdf
- Colectivo LoComún (2019). Prólogo. En Tamasin Knight, *Más allá de las creencias. Maneras alternativas de trabajar con delirios, ideas obsesivas y experiencias inusuales* (pp. IX-XIV). Granada: LoComún/Biblioteca Social Hnos. Quero.
- Coll Benejam, Txema, Palacio Lapuente, Jesús, Añel Rodríguez, Rosa, Gens Barbera, Montse, Jurado Balbuena, Juan José y Perelló Bratescu, Aina (2021). Organización de la Atención Primaria en tiempos de pandemia. *Atención Primaria*, 53, 102209. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102209>
- Comas D'Argemir, Dolors (2014). Los cuidados y sus máscaras. Retos para la antropología feminista. *Mora. Revista del Instituto Interdisciplinario de Estudios de Género*, 20, 167-182. <https://doi.org/10.34096/mora.n20.2339>
- Comas D'Argemir, Dolors (2015). Los cuidados de larga duración y el cuarto pilar del sistema de bienestar. *Revista de Antropología Social*, 24, 375-404. https://doi.org/10.5209/rev_RASO.2015.v24.50663
- Comas D'Argemir, Dolors y Chirinos, Carlos (2017). Cuidados no pagados: Experiencias y percepciones de los hombres cuidadores en contextos familiares. *Revista Murciana de Antropología*, (24), 65–86.
- Comelles, Josep Maria (10 de mayo de 2019). *Luces y sombras de la reforma sanitaria en España* [Conferencia de clausura]. II Jornadas de Antropología, Salud y Feminismos, Madrid. Accesible en: <https://www.youtube.com/watch?v=T-3dcWwznK4>
- Conejo Trujillo, Rafael (2021). Políticas públicas de salud mental en Andalucía y Trabajo Social: análisis desde un espacio sociosanitario. En Carlos Vladimir Zambrano (Coord.), *Las políticas sociales que vendrán* (pp. 275-293). Pamplona: Thomson Reuters Aranzadi.

- Conejo Trujillo, Rafael y Zambrano, Carlos Vladimir (2019). La especialización del Trabajo Social en salud mental. Desarrollo en el ámbito sanitario español. En M. Nieves Moreno Vida y M^a Teresa Díaz Aznarte (Dir.), *La protección social de la salud en el marco del Estado del Bienestar. Una visión nacional y europea* (pp. 375-396). Granada: Comares.
- Confederación Salud Mental España (s.f.). *Dossier corporativo*. Confederación Salud Mental España. <https://consaludmental.org/wp-content/uploads/2019/10/Dossier-corporativo.pdf>
- Cooke, Anne (Ed.). (2017). *Understanding Psychosis and Schizophrenia* (2nd ed.). British Psychological Society Division of Clinical Psychology. <https://doi.org/10.1176/appi.pn.2017.5a13>
- Cooper, David (2001). *Psychiatry and Anti-Psychiatry*. Abingdon: Routledge. (Original publicado en 1967).
- Cooper, David (Ed.) (2015). *The Dialectics of Liberation*. Londres: Verso Books. (Original publicado en 1968).
- Corbanezi, Elton (2018). Transtornos depresivos e capitalismo contemporâneo. *Caderno CRH*, 31(83), 335–353. <https://doi.org/10.1590/s0103-49792018000200011>
- Correa Urquiza, Martín (2010). *Radio Nikosia. La rebelión de los saberes profanos. Otras prácticas, otros territorios para la locura* (Tesis Doctoral). Universitat Rovira i Virgili. Accesible en: <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/8437/Tesi.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Correa-Urquiza, Martín (2018). La condición del diálogo. Saberes profanos y nuevos contextos del decir. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 38(134), 567-585.
- Corstens, Dick, Longden, Eleanor, McCarthy-Jones, Simon, Waddingham, Rachel y Thomas, Neil (2014). Emerging perspectives from the hearing voices movement: Implications for research and practice. *Schizophrenia Bulletin*, 40(Suppl. 4), 285–294. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbu007>
- Cosgrove, Lisa y Karter, Justin M. (2018). The poison in the cure: Neoliberalism and contemporary movements in mental health. *Theory & Psychology*, 28(5), 669–683. <https://doi.org/10.1177/0959354318796307>
- Crenshaw, Kimberlé (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*, 1, 139-167.
- Cummins, Ian (2020). Using Fraser’s model of ‘progressive neoliberalism’ to analyse

deinstitutionalisation and community care. *Critical and Radical Social Work*, 8(1), 77–93.

<https://doi.org/10.1332/204986020X15783175560038>

Dalla Costa, Mariarosa (1977). Las mujeres y la subversión de la comunidad. En Mariarosa Dalla Costa y Selma James, *El poder de la mujer y la subversión de la comunidad* (pp. 22-65). Ciudad de México: Siglo XXI. (Original publicado en 1972).

Dalla Costa, Mariarosa (1982). Percorsi femminili e politica della riproduzione della forza-lavoro negli anni '70. *La Critica Sociologica*, (61), 50-73.

Davies, James (2017). Political Pills: Psychopharmaceuticals and Neoliberalism as Mutually Supporting. En James Davies (Ed.), *The Sedated Society. The Causes and Harms of our Psychiatric Drug Epidemic* (pp. 189-225). Londres: Palgrave Macmillan.

Davies, James (2021). *Sedated. How Modern Capitalism Created Our Mental Health Crisis*. Londres: Atlantic Books.

Davis, Angela Y. (1981). *Women, Race & Class*. Nueva York: Vintage Books.

Delgado Sánchez, Ana, Távora Rivero, Ana y Ortiz Gómez, Teresa (2003). Las médicas, sus prácticas y el dilema de la feminidad. *Estudios de sociolingüística*, 4(2), 589-611. <http://hdl.handle.net/10481/20367>

Delphy, Christine (1993). Rethinking sex and gender. *Women's Studies International Forum*, 16(1), 1-9. [https://doi.org/10.1016/0277-5395\(93\)90076-L](https://doi.org/10.1016/0277-5395(93)90076-L)

Desviat, Manuel (2016). *Cohabitar la diferencia. De la reforma psiquiátrica a la salud mental colectiva*. Madrid: Editorial Grupo 5.

Desviat, Manuel (2020). *La reforma psiquiátrica* (2ª ed.). Valladolid: La Revolución Delirante.

Dillon, Jacqui y Longden, Eleanor (2012). Hearing voices groups: Creating safe spaces to share taboo experiences. En Marius Romme y Sandra Escher (Eds.), *Psychosis as a Personal Crisis: An Experience-Based Approach* (pp. 129-139). Londres: Routledge.

Dio Bleichmar, Emilce (1996). Feminidad/masculinidad. Resistencias en el psicoanálisis al concepto de género. En Mabel Burín y Emilce Dio Bleichmar (Comps.), *Género, psicoanálisis, subjetividad* (pp. 100-139). Buenos Aires: Paidós.

Dio Bleichmar, Emilce (1999). *La depresión en la mujer*. Madrid: Temas de Hoy.

“Documental experto x experiencia” (s.f.). Fundación Sociosanitaria de Castilla-La Mancha. https://fsclm.com/web/index.php?option=com_content&view=article&id=168:documental-experto-x-experiencia&catid=69:noticias&Itemid=363

- Double, Duncan B. (2006). Historical Perspectives on Anti-psychiatry. En Duncan B. Double (Ed.), *Critical Psychiatry* (pp. 19-39). Londres: Palgrave Macmillan. https://doi.org/10.1057/9780230599192_2
- Eguiluz, Itzel, Díaz de León, Alejandra, González Zepeda, Carlos Alberto y Trejo Peña, Alma Paola (2022). Repensar, reinventar y reflexionar la investigación cualitativa en tiempos de covid-19: el caso de los estudios migratorios. *Caleidoscopio - Revista Semestral De Ciencias Sociales Y Humanidades*, 25(46). <https://doi.org/10.33064/46crscsh3346>
- Eiroa-Orosa, Francisco José (2019). ¿Es posible la investigación desde el activismo en salud mental? *E-Átopos*, 5, 64–84. <http://www.atopos.es/images/eatopos5/eatopos57.pdf>
- Eiroa-Orosa, Francisco José y Sánchez-Moscona, Cecilia (2023). Implementación de la figura de agente de apoyo entre iguales en salud mental: una perspectiva internacional en el contexto de su implementación en Cataluña. *Salud Colectiva*, 19, 19:e4252. <https://doi.org/10.18294/sc.2023.4252>
- “El programa del Gobierno de Castilla-La Mancha ‘Profesional Experto por Experiencia en Salud Mental’, galardonado en la V Edición de los premios ‘Albert Jovell’” (2019). Consejería de Sanidad del Gobierno de Castilla-La Mancha. Accesible en: <https://www.castillalamancha.es/actualidad/notasdeprensa/el-programa-del-gobierno-de-castilla-la-mancha-%E2%80%98profesional-experto-por-experiencia-en-salud-mental%E2%80%99>
- Elola Somoza, Francisco Javier (1991). La evaluación de la política sanitaria: una base necesaria para reformas futuras. *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 65(4), 287-297.
- Erro, Javier (2021). *Pájaros en la cabeza. Activismo en salud mental desde España y Chile*. Barcelona: Virus Editorial.
- Esposito, Luigi y Perez, Fernando M. (2014). Neoliberalism and the Commodification of Mental Health. *Humanity & Society*, 38(4), 414–442. <https://doi.org/10.1177/0160597614544958>
- Esteban, Mari Luz (2004). *Antropología del cuerpo. Género, itinerarios corporales, identidad y cambio*. Barcelona: Edicions Bellaterra.
- Esteban, Mari Luz (2006). El Estudio de la Salud y el Género: Las Ventajas de un Enfoque Antropológico y Feminista. *Salud Colectiva*, 2(1), 9–20.
- Esteban, Mari Luz (2017). Los cuidados, un concepto central en la teoría feminista: aportaciones, riesgos y diálogos con la antropología. *Quaderns-e de l'Institut Català d'Antropologia*, 22(2), 33-48. <https://raco.cat/index.php/QuadernseICA/article/view/333111>

- Esteban, Mari Luz y Távora, Ana (2008). El amor romántico y la subordinación social de las mujeres: revisiones y propuestas. *Anuario de Psicología*, 39(1), 59-73.
- Evaristo, Pasquale (2011). La reforma psiquiátrica hoy día en Trieste e Italia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(110), 345-351. <https://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352011000200011>
- Facchini, Mónica (2006). La preocupación por el peso y la figura corporal en las niñas y adolescentes actuales: ¿de dónde proviene? *Archivos argentinos de pediatría*, 104(4), 345-350. <http://www.scielo.org.ar/pdf/aap/v104n4/v104n4a12.pdf>
- Fajardo Alcántara, Angélica (2007). *El proceso de especialización en medicina familiar y comunitaria en España. Cambios profesionales en Atención Primaria en la década de 1980*. (Tesis doctoral). Universidad de Granada.
- Fanon, Frantz (2009). *Piel negra, máscaras blancas*. (Ana Useros Martín, Trad.). Madrid: Akal. (Original publicado en 1952).
- Faulkner, Alison y Layzell, Sarah (2000). *Strategies for living: A report of user-led research into people's strategies for living with mental distress*. Londres: The Mental Health Foundation.
- Fausto-Sterling, Anne (2000). *Sexing the Body. Gender Politics and the Construction of Sexuality*. Nueva York: Basic Books.
- Federación Andaluza de Asociaciones de Salud Mental “En Primera Persona”. (16 de marzo de 2017). *Queremos respuestas ante la muerte de una persona "en contención mecánica" en A Coruña*. Accesible en: <https://federacionenprimerapersona.blogspot.com/2017/03/queremos-respuestas-ante-la-muerte-de.html>
- Federación Andaluza de Asociaciones de Salud Mental “En Primera Persona”. (2 de octubre de 2017). *Manifiesto: Por una Salud Mental Libre de Ataduras. 0% Contenciones Mecánicas en Salud Mental*. Accesible en: <http://sapame.blogspot.co.uk/2017/10/os-recordamos-que-con-motivo-del-dia.html>
- Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (2011). *La sostenibilidad del sistema sanitario público: 12 propuestas para garantizarla*. Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública. Accesible en: <https://www.adspalamanca.org/wp-content/uploads/2011/01/2011-fadsp-sostenibilidad-del-sistema-sanitario-publico.pdf>
- Federación de Servicios Públicos de UGT (10 de noviembre de 2021). UGT se concentra contra la precariedad laboral en FAISEM y para exigir su integración en el SAS. *Blog UGT Servicios Públicos Málaga*. Accesible en: <https://ugtserVICIOSpublicosmalaga.org/salud-sociosanitario->

[y-dependencia/ugt-se-concentra-contra-la-precariad-laboral-en-faisem-y-para-exigir-su-integracion-en-el-sas/](#)

- Fernández, Ana, Serra, Lucía y Grup de Dones de Radio Nikosia (2020). Vida comunitaria para todas: salud mental, participación y autonomía. Informe SEESPAS 2020. *Gaceta Sanitaria*, 34, 34-38. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.08.001>
- Fernández Liria, Alberto (2018). La enfermedad mental como respuesta al fallo social. *E-Átopos*, 4, 34–55. <http://www.atopos.es/images/eatopos4/eatopos43.pdf>
- Fernández-Savater, Amador (9 de febrero de 2018). Política de clase como política del encuentro. *elDiario.es*. https://www.eldiario.es/interferencias/clase-obrera-cornelius-castoriadis_132_2800943.html
- Ferrándiz, Francisco (2011). *Etnografías contemporáneas. Anclajes, métodos y claves para el futuro*. Barcelona: Anthropos.
- FlipasGAM (1 de julio de 2017). *Parece q en @consaludmental no nos conocen a los colectivos d usuarios del Estado* [Tweet]. Twitter. <https://twitter.com/FlipasGAM/status/881261850750595072>
- Foucault, Michel (1998). *Historia de la locura en la época clásica*. Bogotá: Fondo de Cultura Económica. (Original publicado en 1961).
- Foucault, Michel (2006). *Seguridad, territorio, población. Curso en el Collège de France (1977-1978)*. (Horacio Pons, Trad.). Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, Michel (2007a). *Nacimiento de la biopolítica. Curso en el Collège de France (1978-1979)*. (Horacio Pons, Trad.). Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, Michel (2007b). *Historia de la sexualidad 1: La voluntad de saber*. (Ulises Guñazú, Trad.). México D.F.: Siglo XXI. (Original publicado en 1976).
- Foucault, Michel (2008). *Tecnologías del yo y otros textos afines*. (Mercedes Allendesalazar, Trad.) Buenos Aires: Paidós.
- Fraser, Nancy (2016). Las contradicciones del capital y los cuidados. *New Left Review*, Segunda época, 100, 111-132.
- Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental (s.f.). *El modelo público de FAISEM*. Accesible en: <https://www.faisem.es/faisem/el-modelo-publico-de-faisem/>
- Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental (2020). *Memoria de Actividades 2020*. Sevilla: Fundación Pública Andaluza para la Integración

Social de Personas con Enfermedad Mental. Accesible en: <https://www.faisem.es/wp-content/uploads/2021/07/MEMORIA-ACTIVIDADES-2020-DEFINITIVA.pdf>

- García-Valdecasas Campelo, José y Vispe Estola, Amaia (2017). El fin de la psicopatología (o de cómo nombrar las cosas no es sino un ejercicio de poder). *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, 14(1), 21-33.
- Geertz, Clifford (1997). *La Interpretación de las Culturas* (Alberto L. Bixio, Trad.). Barcelona: Gedisa. (Original publicado en 1973).
- Gillard, Steve, Foster, Rhiannon, White, Sarah *et al.* (2022). The impact of working as a peer worker in mental health services: a longitudinal mixed methods study. *BMC Psychiatry*, 22, 373. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03999-9>
- Gilligan, Carol (1993). *In a Different Voice. Psychological Theory and Women's Development*. Cambridge, MA: Harvard University Press. (Publicado originalmente en 1982).
- Goffman, Erving (1961). *Asylums*. Nueva York: Anchor Books.
- Gómez Cruz, Edgar (2018). Etnografía celular: una propuesta emergente de etnografía digital. *Virtualis*, 8(16), 77-98. <https://www.revistavirtualis.mx/index.php/virtualis/article/view/251/209>
- Gomiz Pascual, María del Pilar (2016). La sexualidad y la maternidad como factores adicionales de discriminación (y violencia) en las mujeres con discapacidad. *Revista Española de Discapacidad*, 4(2), 123-142. <https://doi.org/10.5569/2340-5104.04.02.07>
- González de Chávez, Manuel (2003). La generación de la democracia: De la Coordinadora psiquiátrica a la Asociación Española de Neuropsiquiatría. *Frenia*, 3(1), 87-114.
- Goudsmit, Ellen M. (1994). All in Her Mind! Stereotypic Views and the Psychologisation of Women's Illness. En Sue Wilkinson y Celia Kitzinger (Eds.), *Women and Health. Feminist Perspectives* (pp. 7-12). Londres: Taylor & Francis.
- Green, Carla A. (2006). Gender and Use of Substance Abuse Treatment Services. *Alcohol Research & Health*, 29(1), 55-62. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmc6470905/>
- Gregorio Gil, Carmen (2006). Contribuciones feministas a problemas epistemológicos de la disciplina antropológica: representación y relaciones de poder. *AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana*, 1(1), 22-39. <https://doi.org/10.1007/s13398-014-0173-7.2>
- Gregorio Gil, Carmen (2019). Explorar posibilidades y potencialidades de una etnografía feminista. *Disparidades. Revista de Antropología*, 74(1), e002a. <https://doi.org/10.3989/dra.2019.01.002.01>

- Gregorio Gil, Carmen, Martínez Pozo, Lola y Martínez Sevilla, Jesús (2020). Observar nuestra cotidianidad para entrenar la mirada antropológica. En Luis Mañas Viniegra, Ignacio Sacaluga Rodríguez y Sara Mariscal Vega (Coords.), *Manifestaciones del Humanismo en el siglo XXI* (pp. 299-311). Valencia: Tirant Lo Blanch.
- Gregorio Gil, Carmen, Pérez Sanz, Paula y Espinosa Spínola, María (2020). La construcción de relaciones de confianza: tensiones y contradicciones en el campo desde una mirada feminista. En Aurora Álvarez Veinguer, Alberto Arribas Lozano y Gunther Dietz (Eds.), *Investigaciones en movimiento. Etnografías colaborativas, feministas y decoloniales* (pp. 297-324). Buenos Aires: CLACSO.
- Guber, Rosana (2011). *La etnografía: método, campo y reflexividad*. Avellaneda: Siglo XXI.
- Guía de apoyo para el moderador de Grupos de Ayuda Mutua* (2014). Federación Andaluza de Asociaciones de Usuarios/as de Salud Mental “En Primera Persona”. Accesible en: https://www.1decada4.es/pluginfile.php/285/mod_label/intro/GUIA_MODERADOR_GRUPOS_AYUDA_MUTUA.pdf
- Guillén, Ana M. y Luque Balbona, David (2019). La opinión pública sobre el sistema sanitario español. *Panorama Social*, 30, 125-143. https://www.funcas.es/wp-content/uploads/Migracion/Articulos/FUNCAS_PS/030art10.pdf
- Guzmán Martínez, Grecia (2022). *Hacia una democratización del conocimiento del malestar y la locura desde las epistemologías feministas: ciencia encarnada y políticas de la resistencia en el contexto contemporáneo de la salud mental* (Tesis doctoral). Universitat Autònoma de Barcelona. Accesible en: <https://www.tdx.cat/handle/10803/675553#page=1>
- Guzmán Martínez, Grecia, Pujal i Llombart, Margot, Mora Malo, Enrico, y García Dauder, Dau (2021). Antecedentes feministas de los grupos de apoyo mutuo en el movimiento loco: un análisis histórico-crítico. *Salud Colectiva*, 17: e3274. <https://doi.org/10.18294/sc.2021.3274>
- Harvey, David (2007). Neoliberalism as creative destruction. *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 610, 22-44.
- Hernando, Almudena (2018). *La fantasía de la individualidad. Sobre la construcción sociohistórica del sujeto moderno*. Madrid: Traficantes de Sueños.
- Histeria Colectivizada (18 de marzo de 2023). *¡Bienvenidos a nuestra cuenta de Insta! Somos un nuevo colectivo de Granada en la lucha en primera persona contra el Psistema...* [Descripción audiovisual]. Instagram. <https://www.instagram.com/p/Cp70lpqoJ-e/>
- Hochschild, Arlie Russell (1989). *The second shift: working parents and the revolution at home*.

Nueva York: Viking.

hooks, bell (1981). *Ain't I a Woman? Black Women and Feminism*. Boston: South End Press.

Hutchinson, Steven y O'Malley, Pat (2019). Discipline and Governmentality. En Mathieu Deflem (Ed.), *The Handbook of Social Control* (pp. 63-75). Oxford: Wiley Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781119372394.ch5>

Illouz, Eva (2007). *Intimidaciones congeladas. Las emociones en el capitalismo*. (Joaquín Ibarburu, Trad.). Buenos Aires: Katz Editores.

Irigoién Ulaiar, Maier, Oiz Elgorriaga, Iker y Sáez Pérez, Isabel (2019). *Zuarika(k): eromena, gorputza eta feminismoak* [Película]. Zauriak Dokumentala.

Irigoyen, Juan (1994). La participación comunitaria en salud: una reformulación necesaria. En José Manuel Aranda Regules (Ed.), *Nuevas perspectivas en atención primaria de salud: una revisión de la aplicación de los principios de Alma-Ata* (pp. 183-221). Madrid: Díaz de Santos.

Jablensky, Assen (2016). Psychiatric classifications: Validity and utility. *World Psychiatry*, 15(1), 26–31. <https://doi.org/10.1002/wps.20284>

Junta de Andalucía (2021). *Auditoría operativa del sector público instrumental de la Junta de Andalucía. Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental. Informe Definitivo*. Sevilla: Junta de Andalucía. Accesible en: https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/AUDITORIA_FAISEM.pdf

Junta del Patronato de FAISEM (2021). *Plan de Actuación de FAISEM. Ejercicio 2022*. Sevilla: Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de las Personas con Enfermedad Mental. Accesible en: <https://www.juntadeandalucia.es/sites/default/files/2022-02/2022%20PLAN%20ACTUACION.pdf>

Keller Garganté, Christel (29 de julio de 2020). Reinventar el apoyo mutuo en salud mental en tiempos de COVID19. En Montserrat Soronellas Masdeu (Coord.), *Los cuidados en tiempos de la COVID-19 I*. Panel presentado en el VI Congreso Internacional de Antropología AIBR. Edición online. Accesible en: <https://aries.aibr.org/articulo/2020/25/3320/reinventar-el-apoyo-mutuo-en-salud-mental-en-tiempos-del-covid19>

Keller Garganté, Christel (2022a). Apoyo mutuo, autogestión y activismo en salud mental. Elementos para la democratización del cuidado. *Athenea Digital*, 22(3), 1–22. <https://doi.org/10.5565/rev/athenea.3130>

Keller Garganté, Christel (2022b). *Cuidar en común. Los proyectos comunitarios en la*

democratización del cuidado (Tesis doctoral). Universitat de Vic – Universitat Central de Catalunya. Accesible en: <https://www.tdx.cat/handle/10803/687689#page=1>

Kessler, Ronald C. (2003). Epidemiology of women and depression. *Journal of Affective Disorders*, 74(1), 5-13. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(02\)00426-3](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(02)00426-3)

Kleinman, Arthur (1988). *The Illness Narratives: Suffering, Healing, and the Human Condition*. Nueva York: Basic Books.

Knight, Tamasin (2019). *Más allá de las creencias. Maneras alternativas de trabajar con delirios, ideas obsesivas y experiencias inusuales*. Granada: LoComún/Biblioteca Social Hnos. Quero.

Kropotkin, Piotr (1970). *El apoyo mutuo. Un factor de la evolución*. Algorta (Vizcaya): Zero S.A. (Original publicado en 1902).

Laing, Ronald David (1971). *The Politics of the Family and Other Essays*. Londres: Routledge.

Laing, Ronald David (1990). *The Politics of Experience and The Bird of Paradise*. Londres: Penguin Books. (Original publicado en 1967).

Las LoLes Antipsistema (8 de febrero de 2023). *Jajajhdhja XD la psicología es una ciencia, Y la religión también...* [Descripción audiovisual]. Instagram. <https://www.instagram.com/p/CoX300FqcEu/?hl=en>

Las LoLes Antipsistema (29 de enero de 2023). *Radio crimen emitiendo!! Un medio autogestionado que sirve para repetir los mismos bulos sobre la Salud mental* [Descripción audiovisual]. Instagram. https://www.instagram.com/p/Cn_udSOjtSR/?hl=en

Laval, Christian y Dardot, Pierre (2013). *La nueva razón del mundo. Ensayo sobre la sociedad neoliberal*. Barcelona: Gedisa.

Lázaro, José (2000). Historia de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (1924-1999). Tercera Etapa (1977-1999). La diversificación. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 20(75), 473-515.

Leamy, Mary, Bird, Victoria, Le Boutillier, Clair, Williams, Julie y Slade, Mike (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry*, 199(6), 445-52. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733>

Levinton, Nora (2000). *El superyó femenino. La moral de las mujeres*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Ley 9/1984, de 3 de julio, por la que se crea el Instituto Andaluz de la Salud Mental. *Boletín Oficial de la Junta de Andalucía*, 67, del 13 de julio de 1984. <https://www.juntadeandalucia.es/boja/1984/67/1>

- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. *Boletín Oficial del Estado*, 104, de 29 de abril de 1986. <https://www.boe.es/buscar/pdf/1986/BOE-A-1986-10499-consolidado.pdf>
- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. *Boletín Oficial del Estado*, 280, de 22 de noviembre de 2003. <https://www.boe.es/eli/es/l/2003/11/21/44/con>
- Llona, Miren (2007). Los otros cuerpos disciplinados. Relaciones de género y estrategias de autocontrol del cuerpo femenino (primer tercio del siglo XX). *Arenal. Revista de Historia de las Mujeres*, 14(1), 79-108. <https://doi.org/10.30827/arenal.v14i1.3008>
- López, Carmen M. (21 de abril de 2020). Salud Mental: ¿La próxima pandemia? *Gaceta Médica*. <https://gacetamedica.com/investigacion/salud-mental-la-proxima-pandemia/>
- López, Marcelino, Laviana, Margarita y García-Cubillana, Pablo (2006). Los hospitales psiquiátricos en la(s) reforma(s). Notas para orientar una investigación necesaria. En Fermín Pérez (Ed.), *Dos décadas tras la reforma psiquiátrica* (pp. 239-273). Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- López Fernández, Luis Andrés y Aranda Regules, José Manuel (1994). El debate sobre el sistema sanitario. En José Manuel Aranda Regules (Ed.), *Nuevas perspectivas en atención primaria de salud: una revisión de la aplicación de los principios de Alma-Ata* (pp. 13-37). Madrid: Díaz de Santos.
- López-Fernández, Luis Andrés y Jiménez Martín, Juan Manuel (1997). Diferencias entre los sistemas de valores de los gestores sanitarios y los profesionales asistenciales. *Gestión Hospitalaria*, 1, 34-39.
- López-Fernández, Luis Andrés y Solar Hormazábal, Orielle (2017). Repensar la Carta de Ottawa 30 años después. *Gaceta Sanitaria*, 31(6), 443-445.
- López Mondéjar, Lola (2022). *Invulnerables e invertebrados. Mutaciones antropológicas del sujeto contemporáneo*. Barcelona: Anagrama.
- López Trujillo, Noemí (19 de abril de 2019). Andreas murió de meningitis tras 75 horas atada en la unidad psiquiátrica del Hospital Central de Asturias. *El País*. https://elpais.com/sociedad/2019/04/18/actualidad/1555612101_291957.html
- López Trujillo, Noemí (30 de noviembre de 2020). La hermana de Andreas, la joven que falleció tras 75 horas atada en Psiquiatría del HUCA, recurre el sobreseimiento del caso. *Newtral*. <https://www.newtral.es/andreas-fernandez-muerte-huca-75-horas-atada-sobreseimiento-recurso/20201130/>
- López Trujillo, Noemí (27 de mayo de 2021). El caso de Andreas, la joven que falleció en el HUCA tras 75 horas atada en Psiquiatría, llega al Tribunal Constitucional. *Newtral*.

<https://www.newtral.es/caso-andreas-fernandez-huca-recurso-amparo-tribunal-constitucional/20210527/>

- Mackenzie, Corey S., Gekoski, William L. y Knox, V. Jane (2005). Age, gender, and the underutilization of mental health services: The influence of help-seeking attitudes. *Aging & Mental Health*, 10(6), 574-582. <https://doi.org/10.1080/13607860600641200>
- Malinowski, Bronisław (1939). The group and the individual in functional analysis. *American Journal of Sociology*, 44(6), 938-964. <https://doi.org/10.1086/218181>
- Malinowski, Bronisław (1986). *Los argonautas del Pacífico occidental. Un estudio sobre comercio y aventura entre los indígenas de los archipiélagos de la Nueva Guinea melanésica*. Barcelona: Planeta-De Agostini. (Original publicado en 1922).
- Manifiesto "Locura Feminista."* (2017). No Es Lo Mismo Ser Loca Que Loco. <https://locurafeminista.wordpress.com/manifiesto/>
- Manual para profesionales* (2022). Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental (FAISEM). <https://www.faisem.es/wp-content/uploads/2020/04/MANUAL-PROFESIONALES-FAISEM.pdf>
- Marbán, Vicente (2007). Tercer sector, Estado de Bienestar y política social. *Política y Sociedad*, 44(2), 153-169.
- Marbán, Vicente y Rodríguez, Gregorio (2006). Estado de bienestar y tercer sector social en España. El estado de la investigación social. *CIRIEC-España, Revista de Economía Pública, Social y Cooperativa*, 56, 117-139.
- Marcus, George E. y Fischer, Michael F. (1986). *Anthropology as Cultural Critique: An Experimental Moment in the Human Sciences*. Chicago: University of Chicago Press.
- Margolis, Maxine (2000). *True to Her Nature: Changing Advice to American Women*. Prospect Heights, IL: Wavelength Press.
- Marinker, Marshall (1975). Why make people patients? *Journal of Medical Ethics*, 1(2), 81-84.
- Martín, Isabel y Punzano, David (Anfitriones) (22 de septiembre de 2022). Paciente experto en salud mental: ¿posibles contratos en el SNS? [Episodio de podcast]. En *La Anámnesis. Los Podcast de Redacción Médica*. https://www.ivoox.com/anamnesis-paciente-experto-salud-mental-audios-mp3_rf_92771783_1.html
- Martín López-Andrade, Laura (2017). Manual de instrucciones para la deconstrucción de un dispositivo. *E-Átopos*, 3, 104-128.
- Martin Bascuñán, Jorge (2015). El higienismo y la noción de contagio. El caso de la sífilis en los

Anales de la Universidad de Chile. *Intus-Legere Historia*, 9(1), 69-86.

<https://doi.org/10.15691/%25x>

- Martínez, José Gabriel del Rosario (2016). El efecto terapéutico de la empatía. *Archivos de Medicina Familiar y General*, 13(1), 35-39.
- Martínez Guzmán, Antar y Medina Cárdenas, Omar (2021). Resiliencia y cultura terapéutica en tiempos neoliberales: una exploración de discursos de autoayuda. *Quaderns de Psicologia*, 23(1), e1808, 1–23. <https://doi.org/doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.1808>
- Martínez Hernández, Ángel (1998a). *¿Has visto cómo llora un cerezo? Pasos hacia una antropología de la esquizofrenia*. Barcelona: Publicacions de la Universitat de Barcelona.
- Martínez Hernández, Ángel (1998b). Antropología versus psiquiatría: el síntoma y sus interpretaciones. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 18(68), 645-659.
- Martínez Hernández, Ángel (2008). *Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Barcelona: Anthropos.
- Martínez Hernández, Ángel (2009). Más allá de la rehabilitación psicosocial. Metáforas de exclusión y tareas de inclusión. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 1(1), 42-54.
- Martínez Hernández, Ángel (2015). Antidepressivos y neuronarrativas en la era del sujeto cerebral. *Interrogant*, (13), 53-56. <https://revistainterrogant.org/antidepressivos-neuronarrativas-la-del-sujeto-cerebral/>
- Martínez-Hernández, Ángel y Correa-Urquiza, Martín (2017). Un saber menos dado: Nuevos posicionamientos en el campo de la salud mental colectiva. *Salud Colectiva*, 13(2), 267–278. <https://doi.org/10.18294/sc.2017.1168>
- Martínez-Hernández, Ángel, Pié-Balaguer, Asun, Serrano-Miguel, Mercedes, Morales-Sáez, Nicolás, García-Santesmases, Andrea, Bekele, Deborah y Alegre-Agís, Elisa (2020). The collaborative management of antipsychotic medication and its obstacles: A qualitative study. *Social Science and Medicine*, 247(August 2019), 112811. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.112811>
- Martínez-Pereda, Fernando (19 de abril de 2016). *Grupos de Ayuda Mutua domesticados por el estado*. Primera Vocal. Accesible en: <https://primeravocal.org/grupos-de-ayuda-mutua-domesticados-por-el-estado-de-fernando-martinez-pereda-y-firmado-colectivamente-por-la-xarxa-gam-red-de-grupos-de-apoyo-mutuo-formada-por-personas-psiquiatrizadas/>
- Martínez Sevilla, Jesús (2018). *Diferencias de género en los procesos “enfermar”-recuperarse de pacientes del Hospital de Día de Salud Mental de Granada* (Trabajo Fin de Máster).

Granada: Universidad de Granada. <http://dx.doi.org/10.30827/Digibug.53220>

- Martínez Sevilla, Jesús (2022). Digitalizar la etnografía en pandemia. Ajustes metodológicos en una investigación sobre grupos de ayuda mutua en salud mental. *Caleidoscopio - Revista Semestral De Ciencias Sociales Y Humanidades*, 25(46). <https://doi.org/10.33064/46crscsh3349>
- Martinhago, Fernanda y Caponi, Sandra (2019a). Breve história das classificações em psiquiatria. *Revista Internacional Interdisciplinar INTERthesis*, 16(1), 74–91. <https://doi.org/10.5007/1807-1384.2019v16n1p73>
- Martinhago, Fernanda y Caponi, Sandra (2019b). Controvérsias sobre o uso do DSM para diagnósticos de transtornos mentais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 29(2), e290213. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312019290213>
- Mathieu, Nicole-Claude (2005). ¿Identidad sexual/sexuada/de sexo? Tres modos de conceptualización de la relación entre sexo y género. En Ochy Curiel y Jules Falquet (Comps.), *El patriarcado al desnudo. Tres feministas materialistas* (pp. 130-175). Buenos Aires: Brecha Lésbica.
- McHugh, R. Kathryn, Votaw, Victoria R., Sugarman, Dawn E. y Greenfield, Shelly F. (2018). Sex and gender differences in substance use disorders. *Clinical Psychology Review*, 66, 12-23. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.10.012>
- Mead, Shery (2014). *Intentional Peer Support: An Alternative Approach*. Bristol (Vermont): Intentional Peer Support. Accesible en: <http://www.intentionalpeersupport.org/wp-content/uploads/2014/12/IPS-An-Alternative-Approach-2014-First-Chapter.pdf>
- Menéndez, Eduardo Luis (1984). El Modelo Médico Hegemónico: Transacciones y Alternativas Hacia una Fundamentación del Modelo De Autoatención En Salud. *Arxiu d'Etnografia de Catalunya*, 3, 84–119.
- Menéndez, Eduardo Luis (2005). El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores. *Salud Colectiva*, 1(1), 9-32.
- Menéndez, Eduardo Luis (2018). Autoatención de los padecimientos y algunos imaginarios antropológicos. *Desacatos*, (58), 104-113.
- Meyenberg Leycegui, Yolanda (1996). Socialismo en tiempos de neoliberalismo: el Partido Socialista Obrero Español. *Revista Mexicana de Sociología*, 58(1), 133-152. <https://doi.org/10.2307/3541028>
- Mohanty, Chandra Talpade (1988). Under Western Eyes: Feminist Scholarship and Colonial

Discourses. *Feminist Review*, 30, 61-88. <https://doi.org/10.2307/1395054>

Moncrieff, Joanna (2013). *Hablando claro. Una introducción a los fármacos psiquiátricos*. Barcelona: Herder.

Moncrieff, Joanna (2022). The Political Economy of the Mental Health System: A Marxist Analysis. *Frontiers in Sociology*, 6, 771875. <https://doi.org/10.3389/fsoc.2021.771875>

Moncrieff, Joanna, Cooper, Ruth E., Stockmann, Tom, Amendola, Simone, Hengartner, Michael P. y Horowitz, Mark A. (2022). The serotonin theory of depression: a systematic umbrella review of the evidence. *Molecular Psychiatry*. <https://doi.org/10.1038/s41380-022-01661-0>

Montes de Oca Barrera, Laura Beatriz (2016). Una ventana epistémica a la (inter) subjetividad. Las potencialidades del método etnográfico. *Forum: Qualitative Social Research*, 17(1), 1–20. <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/viewFile/2227/3929>

Moore, Henrietta (1999). *Antropología y feminismo*. Madrid: Cátedra.

Morell-Mengual, Vicente, Gil-Llario, María Dolores, Díaz-Rodríguez, Irene y Caballero-Gascón, Lorena (2017). Actitudes de padres, profesionales y población general hacia la sexualidad de las personas con discapacidad física e intelectual. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 4(1), 173-183. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2017.n1.v4.1040>

Moreno Fuentes, Francisco Javier (2015). El puzzle de la exclusión sanitaria de los inmigrantes indocumentados en España. En *Flujos cambiantes, atonía institucional. Anuario de la Inmigración en España en 2014* (pp. 278-299). Barcelona: CIDOB. <https://raco.cat/index.php/AnuarioCIDOBInmigracion/article/view/312799>

Morgan, Vera A., Castle, David J. y Jablensky, Assen V. (2008). Do Women Express and Experience Psychosis Differently from Men? Epidemiological Evidence from the Australian National Study of Low Prevalence (Psychotic) Disorders. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 42(1), 74-82. <https://doi.org/10.1080/00048670701732699>

Murray, Stuart B. (2017). Gender Identity and Eating Disorders: The Need to Delineate Novel Pathways for Eating Disorder Symptomatology. *Journal of Adolescent Health*, 60(1), 1-2. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.10.004>

Narotzky, Susana (1995). *Mujer, mujeres, género: una aproximación crítica al estudio de las mujeres en las Ciencias Sociales*. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

Nasser, Mervat (1995). The rise and fall of anti-psychiatry. *Psychiatric Bulletin*, 19(12), 743-746. <https://doi.org/10.1192/pb.19.12.743>

- Nencel, Lorraine (2014). Situating reflexivity: Voices, positionalities and representations in feminist ethnographic texts. *Women's Studies International Forum*, 43, 75-83.
<https://doi.org/10.1016/j.wsif.2013.07.018>
- Nicholson, Linda (2010). Feminism in "Waves": Useful Metaphor or Not? *New Politics*, XII-4(48).
Accesible en: https://newpol.org/issue_post/feminism-waves-useful-metaphor-or-not/?print=pdf
- Nova, I.P. (29 de agosto de 2022). La Generalitat catalana contratará a antiguos pacientes para cuidar a enfermos de salud mental. *El Español*.
https://www.elespanol.com/espana/20220829/generalitat-catalana-contratara-antiguos-pacientes-cuidar-enfermos/698180542_0.html
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (2022) *Informe 2022. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Ochoa, Susana, Usall, Judith, Cobo, Jesús, Labad, Xavier y Kulkarni, Jayashri (2012). Gender Differences in Schizophrenia and First-Episode Psychosis: A Comprehensive Literature Review. *Schizophrenia Research and Treatment*, 2012, 916198.
<https://doi.org/10.1155/2012/916198>
- Organización Mundial de la Salud (1978). *Atención primaria de salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud/Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.
<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39244/9243541358.pdf;jsessionid=2B71D747172762CA719AC678911847C3?sequence=1>
- Organización Mundial de la Salud (1986). *Carta de Ottawa para la promoción de la salud*. Ottawa: Organización Mundial de la Salud/Asociación Canadiense de Salud Pública.
<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (2014). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. En Organización Mundial de la Salud, *Documentos Básicos (48ª Edición)* (pp. 1-21). Ginebra: Organización Mundial de la Salud. (Original publicado en 1948).
- Orgullo Loco Madrid (29 de septiembre de 2022). *Hemos decidido en asamblea cerrar el colectivo Orgullo Loco Madrid al exterior para entrar en un proceso de reconstrucción interna...* [Descripción audiovisual]. Instagram. <https://www.instagram.com/p/CjFunt2D4y4/?hl=en>

- Orgullo Loco Madrid (9 de enero de 2023). *¡Estamos de vuelta! Después de unos meses en los que hemos estado reconstituyéndonos...* [Descripción audiovisual]. Instagram. <https://www.instagram.com/p/CnMf-egDjOg/>
- Ortiz Gómez, Teresa (2006). *Medicina, historia y género. 130 años de investigación feminista*. Oviedo: KRK.
- Ortner, Sherry B. (1972). Is Female to Male as Nature Is to Culture? *Feminist Studies*, 1(2), 5–31. <https://doi.org/10.2307/3177638>
- Otte, Ina, Werning, Anna, Nossek, Alexa, Vollmann, Jochen, Juckel, Georg y Gather, Jakov (2020). Beneficial effects of peer support in psychiatric hospitals. A critical reflection on the results of a qualitative interview and focus group study. *Journal of Mental Health*, 29(3), 289–295. <https://doi.org/10.1080/09638237.2019.1581349>
- Palomer, Eduardo, Izquierdo, Roser, Leahy, Eithne, Masferrer, Carme y Flores, Paz (2010). El usuario como experto: concepto, modalidades y experiencia desde el Proyecto Emilia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 30(105), 109-123.
- Paris, Joel, Chenard-Poirier, Marie-Pierre y Biskin, Robert (2013). Antisocial and borderline personality disorders revisited. *Comprehensive Psychiatry*, 54(4), 321-325. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2012.10.006>
- Pattyn, Elise, Verhaeghe, Mieke y Bracke, Piet (2015). The gender gap in mental health service use. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50(7), 1089-1095. <https://doi.org/10.1007/s00127-015-1038-x>
- Perdigueiro-Gil, Enrique y Comelles, Josep M. (2020). The defence of health. The debates on health reform in 1970s Spain. *Dynamis*, 39(1), 45-72.
- Pérez Hernández, Alba y Viñolo Berenguel, María (2010). Las arpilleras una alternativa textil femenina de participación y resistencia social. En Carmen Gregorio Gil (Dir.), *¿Por qué tienen que decir que somos diferentes? Las mujeres inmigrantes, sujetos de acción política* (pp. 41-54). Granada: Editorial Universidad de Granada.
- Pérez Orozco, Amaia (2014). *Subversión feminista de la economía*. Madrid: Traficantes de Sueños.
- Picchio, Antonella (1992). *Social Reproduction: The Political Economy of the Labour Market*. Cambridge (UK): Cambridge University Press.
- Pichón-Rivière, Enrique (1985). *El proceso grupal. Del Psicoanálisis a la Psicología social, Vol. I*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Pigott, Teresa A. (1999). Gender differences in the epidemiology and treatment of anxiety disorders.

Journal of Clinical Psychiatry, 60(Suppl. 18), 4-15.

- Pla Director de Salut Mental i Addiccions (2018). *Programa Suport Entre Iguals a Catalunya*. Barcelona: Pla Director de Salut Mental i Addiccions, Direcció General de Planificació en Salut. <https://www.aencatalunya.cat/images/2020/PROGRAMA-SUPORT-ENTRE-IGUALS-003.pdf>
- Plan de Salud Mental de Asturias 2022-2030* (2022). Consejería de Salud del Principado de Asturias. http://www.asturiasparticipa.es/informacion_publica/plan-de-salud-mental-del-principado-de-asturias-2022-2030/
- Plan de Salud Mental de Castilla-La Mancha 2018-2025* (2018). Consejería de Sanidad del Gobierno de Castilla-La Mancha. https://www.castillalamancha.es/sites/default/files/documentos/pdf/20190927/plan_salud_mental_2018-2025.pdf
- Plaza Casares, Sara (29 de octubre de 2020). Sanitarias que renuncian a su puesto en Atención Primaria: “No se puede ejercer así”. *El Salto*. <https://www.elsaltodiario.com/sanidad-publica/sanitarias-renuncian-puesto-atencion-primaria-no-se-puede-ejercer-asi>
- Polanyi, Karl (1976). La economía como actividad institucionalizada. En Karl Polanyi, Conrad M. Arensberg y Harry W. Pearson (Dirs.), *Comercio y mercado en los imperios antiguos* (pp. 289-315). (Alberto Nicolás, Trad.). Barcelona: Editorial Labor. (Original publicado en 1957)
- Pols, Jeannette (2005). Enacting appreciations: Beyond the patient perspective. *Health Care Analysis*, 13(3), 203-221. <https://doi.org/10.1007/s10728-005-6448-6>
- Pols, Jeannette (2011). Wonderful webcams: About active gazes and invisible technologies. *Science, Technology, & Human Values*, 36(4), 451-473. <https://doi.org/10.1177/0162243910366134>
- Pols, Jeannette y Moser, Ingunn (2009). Cold technologies versus warm care? On affective and social relations with and through care technologies. *ALTER, European Journal of Disability Research*, 3(2), 159-178. <https://doi.org/10.1016/j.alter.2009.01.003>
- “¿Por qué la necesidad de apostar por mantener (o incluir) la figura de par en los servicios de atención en salud mental?” (2018). Informe anónimo.
- Postill, John (2017). Doing remote ethnography. En Larissa Hjorth, Heather Horst, Anne Galloway y Genevieve Bell (Eds.), *The Routledge Companion to Digital Ethnography* (pp. 61-69). Routledge.
- Pressman, Jack D. (1993). Concepts of Mental Illness in the West. En Kenneth F. Kiple (Ed.), *The Cambridge World History of Human Disease* (pp. 59-85). Cambridge (UK): Cambridge

University Press. <https://doi.org/10.1017/CHOL9780521332866.009>

“Programa ‘Paciente Experto’ en el Hospital Sagrat Cor de Martorell” (2017). *Fòrum Salut Mental i Addiccions*. <https://forumsalutmental.org/es/noticias/1172-programa-paciente-experto-en-el-hospital-sagrat-cor-de-martorell>

Proposición de Ley General de Salud Mental (2021). *Boletín Oficial de las Cortes Generales. Congreso de los Diputados, serie B, 185-I, de 17/09/2021*. https://www.congreso.es/public_oficiales/L14/CONG/BOCG/B/BOCG-14-B-185-1.PDF

“Proposición de Ley General de Salud Mental: una iniciativa estancada” (2022). Tirant Lo Blanch. <https://tirant.com/actualidad-juridica/noticia-proposicion-de-ley-general-de-salud-mental-una-iniciativa-estancada/>

Pujal i Llombart, Margot, Calatayud, Marina y Amigot, Patricia (2020). Subjetividad, desigualdad social y malestares de género: una relectura del DSM-V. *Revista Internacional de Sociología*, 78(2), e155. <https://doi.org/10.3989/ris.2020.78.2.18.113>

Pujal i Llombart, Margot y Mora, Enrico (2017). Contextualizar la vulnerabilidad: el diagnóstico psicosocial de género. El caso de la fibromialgia. En Pilar Montesó Curto y Lluís Roselló i Aubach (Coords.), *Compartir experiencias, combatir el dolor. Una visión de la fibromialgia desde el ámbito «bio-psico-social»* (pp. 159-188). Tarragona: Publicacions Universitat Rovira i Virgili.

Redondo Rincón, M^a Gloria (2013). *El seguro obligatorio de enfermedad en España: responsables técnicos y políticos de su implantación durante el franquismo* (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid.

Rendueles, Guillermo (1997). De la Coordinadora Psiquiátrica a la Asociación Española de Neuropsiquiatría: de conspiradores a burócratas. En Víctor Aparicio Basauri (Ed.), *Orígenes y fundamentos de la psiquiatría en España* (pp. 287-309). Madrid: Arán.

Rendueles, Guillermo (2004). Adiós a las obreras: ¿Qué fue de las de IKE? En Carlos Prieto (Ed.), *IKE. Retales de la reconversión: Trabajo femenino y conflicto social en la industria textil asturiana* (pp. 83-109). Madrid: Ladinamo Libros.

Rey, Patricia (1 de julio de 2017). *El pasado jueves asistimos mi compañero Guille y yo a la 1^a Escuela de Verano Franco y Franca Basaglia...* [Descripción audiovisual]. Facebook. <https://www.facebook.com/photo.php?fbid=1398285803573104&set=pb.100001750930470.-2207520000.&type=3>

Rey Artime, Patricia (2021). Prólogo. En Miguel Salas Soneira, Asun Pié Balaguer y M. Carmen Morán de Castro, *La locura rev/belada. Narrativas, experiencias y saberes encarnados* (pp.

9-13). Oviedo: Cambalache.

Rimke, Heidi y Brock, Deborah (2012). The Culture of Therapy: Psychocentrism in Everyday Life. En Deborah Brock, Rebecca Raby y Mark P. Thomas (Eds.), *Power and Everyday Practices* (pp. 182-202). Toronto: Nelson Education.

Romo-Avilés, Nuria, Marcos-Marcos, Jorge, Gil-García, Eugenia, Marquina-Márquez, Alfonso y Tarragona-Camacho, Alicia (2015). Bebiendo como chicos: consumo compartido de alcohol y rupturas de género en poblaciones adolescentes. *Revista Española de Drogodependencias*, 40(1), 13-28.

Rose, N. (2019). *Our Psychiatric Future: The Politics of Mental Health*. Cambridge (RU): Polity Press.

Rosillo Herrero, Marta y Alonso Martos, Vicenta (2018). La experiencia del apoyo mutuo en los Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS), el “programa mentor” del servicio. *Norte de salud mental*, XV(59), 103-114.

Ruiz, Mario (6 de mayo de 2020). Secuelas psicológicas de la pandemia: “Nos preparamos para la cuarta ola, los problemas sobre la salud mental”. *Gaceta Médica*. <https://gacetamedica.com/profesion/secuelas-psicologicas-pandemia-nos-preparamos-para-la-cuarta-ola-los-problemas-sobre-la-salud-mental/>

Ruiz-Pérez, Isabel (Coord.) (2022). COVID-19 y salud mental. Desigualdades de género en el impacto psicosocial de la pandemia. En Rosa Mª López Rodríguez e Isabel Soriano Villarroel (Coords.), *Informe Salud y Género 2022 Aproximación multidisciplinar a la pandemia por COVID-19* (pp. 225-247). Madrid: Ministerio de Sanidad.

Rutherford, Alexandra (2018). Feminism, psychology, and the gendering of neoliberal subjectivity: From critique to disruption. *Theory & Psychology*, 28(5), 619–644. <https://doi.org/10.1177/0959354318797194>

Sabia Suárez, Lucía y Figueredo Rolle, Soledad (2022). Repensar la investigación cualitativa en escenarios virtuales. Aportes y reflexiones metodológicas a partir del trabajo de campo remoto. *Caleidoscopio - Revista Semestral De Ciencias Sociales Y Humanidades*, 25(46). <https://doi.org/10.33064/46crscsh3365>

Sahlins, Marshall (1983). *Economía de la Edad de Piedra*. Madrid: Akal.

Saldaña Soto, Sergio (2022). Asociación Mejorana, la lucha por la salud mental en primera persona. Entrevista a Eva Roncero. *Revista Ezkaba*, 299, 12-13. Accesible en: <https://issuu.com/ezkabarotxapea/docs/2022-12>

- Salvador-Carulla, Luis, Bulbena, Antonio, Vázquez-Barquero, José L., Muñoz, Pedro E., Gómez-Beneyto, Manuel y Torres, Francisco (2002). La salud mental en España: Cencienta en el País de las Maravillas. En Juan Manuel Cabasés, Joan Ramón Villalbí y Carlos Aibar (Coords.), *Invertir para la salud: prioridades en salud pública. Informe SESPAS 2002* (pp. 301-326).
- Sampietro, Hernán María y Sicilia Matas, Laura (2019). *Guía para los Grupos de Ayuda Mutua de Salud Mental en primera persona*. Barcelona: Federació Salut Mental Catalunya, Generalitat de Catalunya y Federació Veus.
- “Sanidad pone en marcha un proyecto de ‘Paciente experto’ con personas con enfermedad mental”, (2016). Consejería de Sanidad del Gobierno de Castilla-La Mancha <https://www.castillalamancha.es/actualidad/notasdeprensa/sanidad-pone-en-marcha-un-proyecto-de-%E2%80%9Cpaciente-experto%E2%80%9D-con-personas-con-enfermedad-mental>
- Sanmartín, Ricardo (2003). *Observar, escuchar, comparar, escribir. La práctica de la investigación cualitativa*. Barcelona: Ariel.
- SAPAME y UGC Salud Mental HU Virgen de las Nieves (2019a). *Programa de Apoyo Mutuo. 1ª Revisión Junio 2019*. Granada: SAPAME y UGC Salud Mental HU Virgen de las Nieves.
- SAPAME y UGC Salud Mental HU Virgen de las Nieves (2019b). *Memoria del Programa de Apoyo Mutuo*. Granada: SAPAME y UGC Salud Mental HU Virgen de las Nieves.
- Scheper-Hughes, Nancy (1990). Three propositions for a critically applied medical anthropology. *Social Science and Medicine*, 30(2), 189-197. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(90\)90079-8](https://doi.org/10.1016/0277-9536(90)90079-8)
- Scott, Joan Wallach (1986). Gender: A Useful Category of Historical Analysis. *The American Historical Review*, 91(5), 1053-1075.
- Scott, Joan W. (1991). The Evidence of Experience. *Critical Inquiry*, 17(4), 773–797.
- Scourfield, Jonathan (2005). Suicidal Masculinities. *Sociological Research Online*, 10(2), 35–44. <https://doi.org/10.5153/sro.1057>
- Segura del Pozo, Javier (18 de abril de 2018). Historia de la Atención Primaria (...y de la Medicina Social). *Salud Pública y otras dudas*. Accesible en: https://saludpublicayotrasdudas.files.wordpress.com/2018/04/historia-de-la-atencic3b3n-primaria_texto-blog.pdf
- Sennett, Richard (2010). *La corrosión del carácter. Las consecuencias personales del trabajo en el nuevo capitalismo*. (Daniel Najmías, Trad.). Barcelona: Anagrama. (Original publicado en

1998).

Serrano-Miguel, Mercedes, Pié-Balaguer, Asun y Martínez-Hernández, Ángel (Coords.) (2020). *Guía para la gestión colaborativa de la medicación en salud mental*. Universitat Rovira i Virgili y Universitat Oberta de Catalunya.

Sevilla, Francisco (2006). *La universalización de la atención sanitaria. Sistema Nacional de Salud y Seguridad Social* (Documento de trabajo 86/2006). Madrid: Fundación Alternativas. https://www.fundacionalternativas.org/storage/laboratorio_documentos_archivos/xmlimport-AswPjC.pdf

Showalter, Elaine (1987). *The Female Malady: Women, Madness and English Culture, 1830-1980*. London: Virago.

Smit, Dorien, Miguel, Clara, Vrijssen, Janna N., Groeneweg, Bart, Spijker, Jan y Cuijpers, Pim (2022). The effectiveness of peer support for individuals with mental illness: systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 1-10. <https://doi.org/10.1017/S0033291722002422>

Spade, Dean (2022). *Apoyo mutuo. Construir solidaridad en sociedades en crisis* (Pamela Cappas-Toro, Trad.). Madrid: Traficantes de Sueños.

Spelman, Elizabeth V. (1982). Woman as Body: Ancient and Contemporary Views. *Feminist Studies*, 8(1), 109-131. <https://doi.org/10.2307/3177582>

Spivak, Gayatri Chakravorty (1988). Can the Subaltern Speak? En Cary Nelson y Lawrence Crossberg (Eds.), *Marxism and the Interpretation of Culture* (pp. 271-313). Chicago: University of Illinois Press.

Staempfli, Adi y Fairtlough, Anna (2019). Intervision and Professional Development: An Exploration of a Peer-Group Reflection Method in Social Work Education. *The British Journal of Social Work*, 49(5), 1254–1273. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcy096>

“Stop centro psiquiátrico penitenciario Siete Aguas” (2021). *Osasun Mentalaren Elkartea*. Accesible en: <https://ome-aen.org/stop-centro-psiquiatrico-penitenciario-siete-aguas/>

Suárez Alonso, Andrés G. (Coord.) (2021). *Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Período 2022-2026*. Madrid: Ministerio de Sanidad. <https://www.consaludmental.org/publicaciones/Estrategia-Salud-Mental-2022-2026.pdf>

Szasz, Thomas (1974). *The Myth of Mental Illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct*. Nueva York: Harper & Row. (Original publicado en 1961).

Szasz, Thomas (2017). *Faith in Freedom: Libertarian Principles and Psychiatric Practices* (1st

ed.). Nueva York: Routledge. (Original publicado en 2004).

<https://doi.org/10.4324/9780203792407>

- Tarí García, Antonio y Dozza de Mendonça, Leonel (1996). Estrategias asistenciales para pacientes graves: Un intento de conceptualización. *Área 3. Cuadernos De Temas Grupales e Institucionales*, 3, 36-51. <http://www.area3.org.es/uploads/a3-3-COMPLETO.pdf>
- Toman, Walter (1996). A plea for more intervision. *Contemporary Family Therapy*, 18(3), 385–392. <https://doi.org/10.1007/BF02197049>
- Tomé, Paula (2014). Pactos de cuidado. *Mujeres y salud*, 36, 16-18. Accesible en: <https://matriz.net/mys36/img/MYS36.pdf#page=16>
- Tonaco Borges, Fabiano, López Fernández, Luis Andrés y de Sousa Campos, Gastão Wagner (2018). Políticas de austeridade fiscal: tentativa de desmantelamento do Sistema Nacional de Salud da Espanha e resistência cidadã. *Saúde e Sociedade*, 27(3), 715-728. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902018180043>
- Torres González, Francisco (2012). La reforma psiquiátrica española en perspectiva: logros y pendientes a la hora de la crisis. *Medwave*, 12(10), e5543–e5543. <https://doi.org/10.5867/medwave.2012.09.5543>
- Tuchman, Ellen (2010). Women and Addiction: The Importance of Gender Issues in Substance Abuse Research. *Journal of Addictive Diseases*, 29(2), 127-138. <https://doi.org/10.1080/10550881003684582>
- Uriarte, José Juan y Vallespí, Ana (2017). Reflexiones en torno al modelo de recuperación. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 37(131), 241-256. Doi: 10.4321/S0211-57352017000100014
- Ussher, Jane M. (1991). *Women's Madness: Misogyny or Mental Illness?* Hemel Hempstead: Harvester Wheatsheaf.
- Ussher, Jane M. (2011). *The Madness of Women. Myth and Experience*. Nueva York: Routledge.
- Valle, Teresa del (2012). Un ensayo metodológico sobre la mirada en la antropología social. *Gazeta de Antropología*, 28(3), 1-18. <http://hdl.handle.net/10481/22979>
- Valls-Llobet, Carme (2009). *Mujeres, salud y poder*. Madrid: Cátedra.
- Valmiso Gómez de Lara, Eulalio (Coord.) (2008). *II Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2008-2012*. Sevilla: Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.
- Vázquez-Barquero, José Luis, García, José y Torres-González, Francisco (2001). Spanish psychiatric reform: what can be learned from two decades of experience? *Acta Psychiatrica* 366

Scandinavica, 104(s410), 89-95. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2001.1040s2089.x>

- Vega, Cristina, Martínez-Buján, Raquel y Paredes, Myriam (2018). Introducción. Experiencias, ámbitos y vínculos cooperativos para el sostenimiento de la vida. En Cristina Vega, Raquel Martínez-Buján y Myriam Paredes (Eds.), *Cuidado, comunidad y común. Experiencias cooperativas en el sostenimiento de la vida* (pp. 15-50). Madrid: Traficantes de Sueños.
- Verbeke, Evi, Vanheule, Stijn, Cauwe, Joachim, Truijens, Femke y Froyen, Brenda (2019). Coercion and power in psychiatry: A qualitative study with ex-patients. *Social Science and Medicine*, 223, 89-96. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.01.031>
- Villafuerte Montiel, Ana Lilia (2016). La Práctica de la Supervisión Clínica en México: Una Actividad Profesional en Desarrollo. *Multidisciplinary Health Research*, 1(2). <https://doi.org/10.19136/mhr.a1n2.1560>
- Voronka, Jijian (2016). The politics of ‘people with lived experience’: Experiential authority and the risks of strategic essentialism. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 23(3-4), 189-201. <https://doi.org/10.1353/ppp.2016.0017>
- Voronka, Jijian (2017). Turning Mad Knowledge into Affective Labor: The Case of the Peer Support Worker. *American Quarterly*, 69(2), 333–338. <https://doi.org/10.1353/aq.2017.0029>
- Voronka, Jijian (2019). The mental health peer worker as informant: performing authenticity and the paradoxes of passing. *Disability and Society*, 34(4), 564–582. <https://doi.org/10.1080/09687599.2018.1545113>
- Wallerstein, Immanuel (2012). *El capitalismo histórico*. (Pilar López Máñez, Trad.). Madrid: Siglo XXI.
- Whitley, Rob (2012). The Antipsychiatry Movement: Dead, Diminishing, or Developing? *Psychiatric Services*, 63(10), 1039-1041.
- Widiger, Thomas A. (1998). Sex Biases in the Diagnosis of Personality Disorders. *Journal of Personality Disorders*, 12(2), 95-118. <https://doi.org/10.1521/pedi.1998.12.2.95>
- Wolf, Naomi (2002). *The Beauty Myth: How Images of Beauty Are Used Against Women*. Nueva York: HarperCollins.
- Yanagisako, Sylvia Junko y Collier, Jane Fishburne (1987). Toward a Unified Analysis of Gender and Kinship. En Jane Fishburne Collier y Sylvia Junko Yanagisako (Eds.), *Gender and Kinship: Toward a Unified Analysis* (pp. 14-50). Stanford: Stanford University Press.
- Zabaleta González, Rebeca (2021). *Desarrollo y evaluación del Programa de formación ¡ACOMPÁÑAME! implementado con personas con Trastorno Mental Severo que participan*

en entidades sociales (Tesis doctoral). Universidad de Burgos. Accesible en:
<https://riubu.ubu.es/handle/10259/5863?locale-attribute=fr>

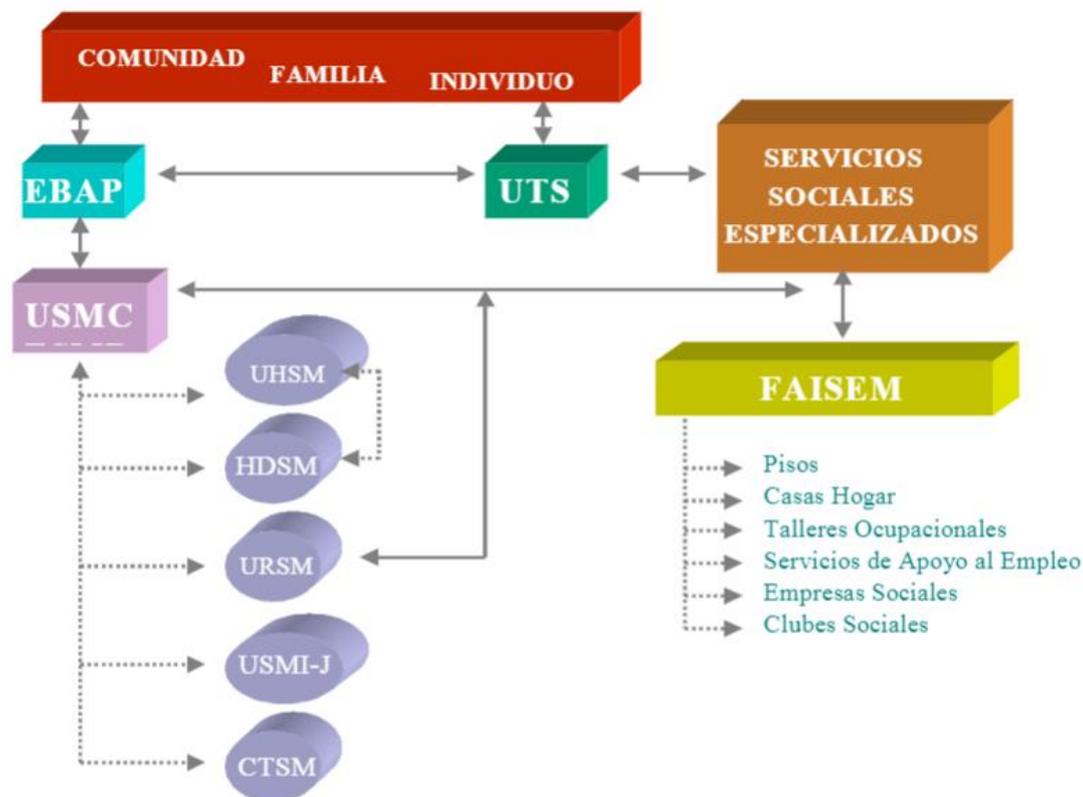
Zabaleta González, Rebeca, Lezcano Barbero, Fernando y Perea Bartolomé, María Victoria (2021). Programas de formación para el apoyo entre iguales en salud mental en España. *Interdisciplinaria*, 38(2), 183-198. <https://doi.org/10.16888/interd.2021.38.2.12>

Zapata Hidalgo, M. (2019). *La depresión y su recuperación. Una etnografía feminista y corporal* (Tesis doctoral). Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea. Accesible en:
<https://addi.ehu.es/handle/10810/32923>

Zapico, Martín Gonzalo (2021). ¿Es viable pragmáticamente la interseccionalidad? Pensar la interseccionalidad desde sus críticas. *Analéctica*, 7(45), 1-7.
<https://doi.org/10.5281/zenodo.4733140>

7. Anexos

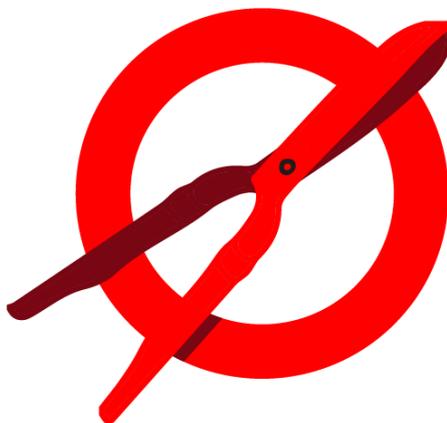
Anexo 1: Red de servicios de atención a la salud mental en Andalucía



EBAP: Equipo Básico de Atención Primaria; **USMC:** Unidad de Salud Mental Comunitaria; **UHSM:** Unidad de Hospitalización de Salud Mental; **USMI-J:** Unidad de Salud Mental Infanto-juvenil; **URSM:** Unidad de Rehabilitación de Salud Mental; **HDSM:** Hospital de Día de Salud Mental; **CTSM:** Comunidad Terapéutica de Salud Mental; **UTS:** Unidad de Trabajo Social; **FAISEM:** Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental.

Fuente: Documento “Atención a la salud mental”, del Sistema de Información de Atención Primaria del SNS, 2009 (accesible en: <https://docplayer.es/4081042-Atencion-a-la-salud-mental.html>)

Anexo 2: Imágenes de la campaña #0Contenciones, coordinada por el colectivo LoComún



#0CONTENCIONES

Imagen de logo de la campaña disponible para descarga en:

<https://www.0contenciones.org/materiales/>



Imagen de banner para sitios web disponible para descarga en:

<https://www.0contenciones.org/materiales/>

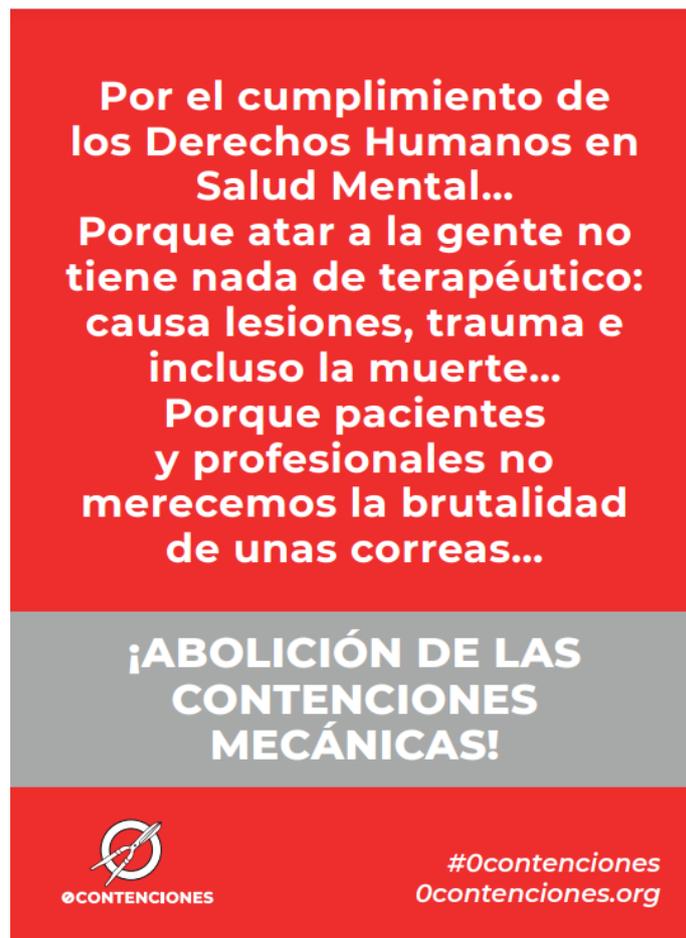


Imagen de pegatina disponible para descarga en: <https://www.0contenciones.org/wp-content/uploads/2019/04/Pegatina-imprenta.pdf>

Anexo 3: Cartel de convocatoria y octavillas repartidas por Orgullo Loco en la concentración del 17 de diciembre de 2020



Cartel extraído del perfil de Instagram de Orgullo Loco Graná:

<https://www.instagram.com/p/CI2qZW3jhzh/?hl=en>

CONTRA LA VIOLENCIA PSIQUIÁTRICA Y POLICIAL

El uso que se da del TEC (terapia electro convulsiva o electroshock) por parte de los "profesionales" de la psiquiatría tiene como finalidad conseguir que su paciente con algún trastorno mental MEJORE debido a la convulsión que le es provocada. ¿Mejorar en qué sentido? ¿Qué tipo de concepto manejan los profesionales? ¿Se adapta a los deseos de los pacientes para con sus vidas?

Para estés científicos somos una máquina defectuosa que hay que "reiniciar", se basan en que nuestro cerebro es disfuncional y tienen que redirigir la actividad hacia donde debería estar. Tú, paciente psiquiátrico, loque, neurodivergente, ¿defines tu realidad y tu sentir como disfuncional?

Deberíamos todos preguntarnos si es necesario entrar a las cabezas de quienes definen como enfermos mentales para arreglar algo que consideran roto. Entrar de forma invasiva, violenta, dañina. Parecen decirnos que lo que está mal está en nuestro interior. En vez de poner la atención en las circunstancias en que nos encontramos, muy graves para nuestra salud (a nivel social, económico, sanitario, cultural...) que muchas veces provocan directamente muchos de los síntomas por los que nos patologizan, son nuestros cuerpos los que reciben las descargas. En una economía que nos excluye, nos empobrece, nos mata, nos aísla, en una sociedad que nos margina, que nos señala, que nos violenta, sometidos a instituciones que nos ignoran o que directamente nos agreden, tenemos que someternos a sus descargas.

Primero nos drogáis y cuando eso no os surte el efecto deseado y seguimos reclamando ayuda, nos "recetáis" corrientes eléctricas para que podamos funcionar o dejar de funcionar como queráis.

Esto impregna inevitablemente la cultura de cómo tratar o contener a pacientes psiquiátricos. Por eso, el pasado 25 de noviembre, cuando una joven recibe un trato vejatorio por parte de quien se supone que debe cuidarle (según la cultura y desde el lenguaje de la institución psiquiátrica), se recurre a la contención con un arma de electrochoque. Siendo absolutamente innecesario y erróneo llamar a las fuerzas de contención y usar dicho método con la joven. Pero, ¿cómo nos han enseñado a tratar con los loques? Marginar, violentar, reducir, contener, atar. Ya sea en una planta de un hospital, en una residencia, en un domicilio o en la calle.

Pero nosotros somos fuertes, estamos unidos y no vamos a dejar de luchar por nuestro derecho a vivir y el respeto y consideración que merecemos.

#STOPCONTENCIONES

#NOMEATES

#NOMETASER

MANIFIESTO ORGULLO LOCO



ORGULLO LOCO

Fotografías de autoría propia de las octavillas repartidas por el colectivo

¿Quién somos?

Una asamblea de personas neurodivergentes que tiene como objetivo construir un espacio en el que se escuchen las voces marginadas en un sistema funcional y una sociedad psiquiatrizada que nos trata como errores a sanar.

¿Qué queremos?

Construir un espacio sin jerarquías, en el que podamos visibilizar la disidencia de la neuronormatividad haciendo de nuestro grupo un espacio de apoyo mutuo y concienciación.

¿Qué pretendemos hacer?

Luchar desde el transfeminismo y la locura, por tanto, cuestionar los modos asamblearios que no contemplan las diversas necesidades y marginan a les que somos neurodivergentes, constituyendo su sujeto como claramente excluyente, puesto que la neurodivergencia es considerada como el error y la falta de adaptación, y desde los movimientos que luchan contra las fuerzas patriarcales y capitalistas, no se han escuchado nuestras voces.

¿Cuáles son nuestros principios?

La lucha contra las jerarquías y las relaciones de poder entre nosotres. Creemos, además, que comunmente se marginan las identidades que cuestionan la binariedad: por lo que queremos que el sujeto de nuestra lucha no tenga que caber en los patrones de legibilidad social binarios que han sido impuestos; queremos contruir partiendo de la diversidad y de la diferencia.

¿Qué consideramos importante?

Replantear el discurso clínico y positivista que se practica y perpetúa desde los movimientos feministas y anticapitalistas.



ORGULLO LOCO GRANADA

Fotografías de autoría propia de las octavillas repartidas por el colectivo

Anexo 4: Cartel de convocatoria y octavillas repartidas por Orgullo Loco en la concentración del 23 de febrero de 2021

STOP VIOLÈNCIA PSIQUIÀTRICA - PROU CONTENCIONS - NO ALS INGRESSOS INVOLUNTARIS

CONCENTRACIÓ

DIMARTS 23 DE FEBRER - MARTES 23 DE FEBRERO

BARCELONA
15h. Clínica Llibria
 Píge. Mercader, 14 - Barcelona

VALENCIA
15h. Subdelegació de Govern
 Plaça del Temple S/N - Valencia

GRANADA
15h. Hospital Virgen de las Nieves
 Av/ de la Constitución, 50
 CALETA - HOSPITAL GRANADA

CONVOCANTS CONVOCANTES **#NoMeAtes #EsTortura**

- INSANIA* (Barcelona)
- Observatori Independent de DDHH y Salud Mental (Madrid)
- Activistas en Acció (Valencia)
- Flipas GAM (Madrid)
- ActivaMent (Catalunya)
- Colectivo InsPIRADAS (Madrid)
- ODSaM, Observatori de Drets en Salut Mental (Catalunya)
- Federació VEUS (Catalunya)
- Associació Matissos (Barcelona)
- Orgullo Loco Granada (Granada)
- FRYDAS (Madrid)
- Orgullo Loco Madrid (Madrid)
- Orgullo Loco Astur (Asturias)
- Asociación Hierbabuena (Asturias)
- Orgull Divers (Barcelona)
- Radio Nikosia (Barcelona)
- PAICAM, Plataforma d'Afectades per l'ICAM i l'INSS (Catalunya)
- Orgull Boig (Catalunya)
- O.U.A. Orgullo y Unión Autista (Internacional)
- Asociación Mejorana Elkartea (Navarra)
- Associació EMILIA (Barcelona)

Cartel extraído del perfil de Instagram de Orgullo Loco Graná:

<https://www.instagram.com/p/CLbe71vDINC/?hl=en>

NO A LOS INGRESOS INVOLUNTARIOS

Queremos denunciar toda la violencia sistemática y estructural que sufrimos las personas psiquiatrizadas. Patologizan todas nuestras conductas, nos tratan como diagnósticos, no como personas, nos encierran contra nuestra voluntad, nos atan, nos violentan, abusan física y psicológicamente de nosotres, nos sobremedican, nos quitan la capacidad de decidir sobre nuestros cuerpos y nuestra vida, nos pesa el estigma, nos duele el cuerdisimo.

Pero las personas neurodiversas nos estamos uniendo para luchar juntas contra las violencias psiquiátricas.

Desde Orgullo Loco Granada hemos convocado una concentración el martes día 23 a las 15:00 horas en frente del Hospital Virgen de las Nieves, en Caleta, para gritar: ¡NO MÁS VIOLENCIAS PSIQUIÁTRICAS DE NINGÚN TIPO! ¡POR EL LIBRE DESENVOLVIMIENTO DEL DELIRIO!

¡ACUDE Y DIFUNDE!



@orgullolocogranada



orgullolocogranada@gmail.com



@orgullolocogranada (DIFUSIÓN)

Fotografías de autoría propia de las octavillas repartidas por el colectivo



¿Quiénes somos?

Una asamblea de personas neurodiversas que queremos construir un espacio en el que se escuchen las voces marginadas en un sistema funcional y una sociedad psiquiatrizada que nos trata como errores a sanar.

¿Qué queremos?

Construir un espacio sin jerarquías, en el que podamos visibilizar la disidencia de la neuronormatividad haciendo de nuestro grupo un espacio de apoyo mutuo y concienciación.

¿Qué pretendemos hacer?

Luchar desde el transfeminismo y la locura, por tanto, cuestionar los modos asamblearios que no contemplan las diversas necesidades y marginan a les que somos neurodiverses, constituyendo su sujeto como claramente excluyente, puesto que la neurodiversidad es considerada como el error y la falta de adaptación, y desde los movimientos que luchan contra las fuerzas patriarcales y capitalistas, no se han escuchado nuestras voces.

¿Cuáles son nuestros principios?

La lucha contra el cuerdismo. Creemos, además, que comúnmente se marginan las identidades que cuestionan la binariedad: por lo que queremos que el sujeto de nuestra lucha no tenga que caber en los patrones de legibilidad social binarios que han sido impuestos; queremos construir partiendo de la diversidad y de la diferencia.

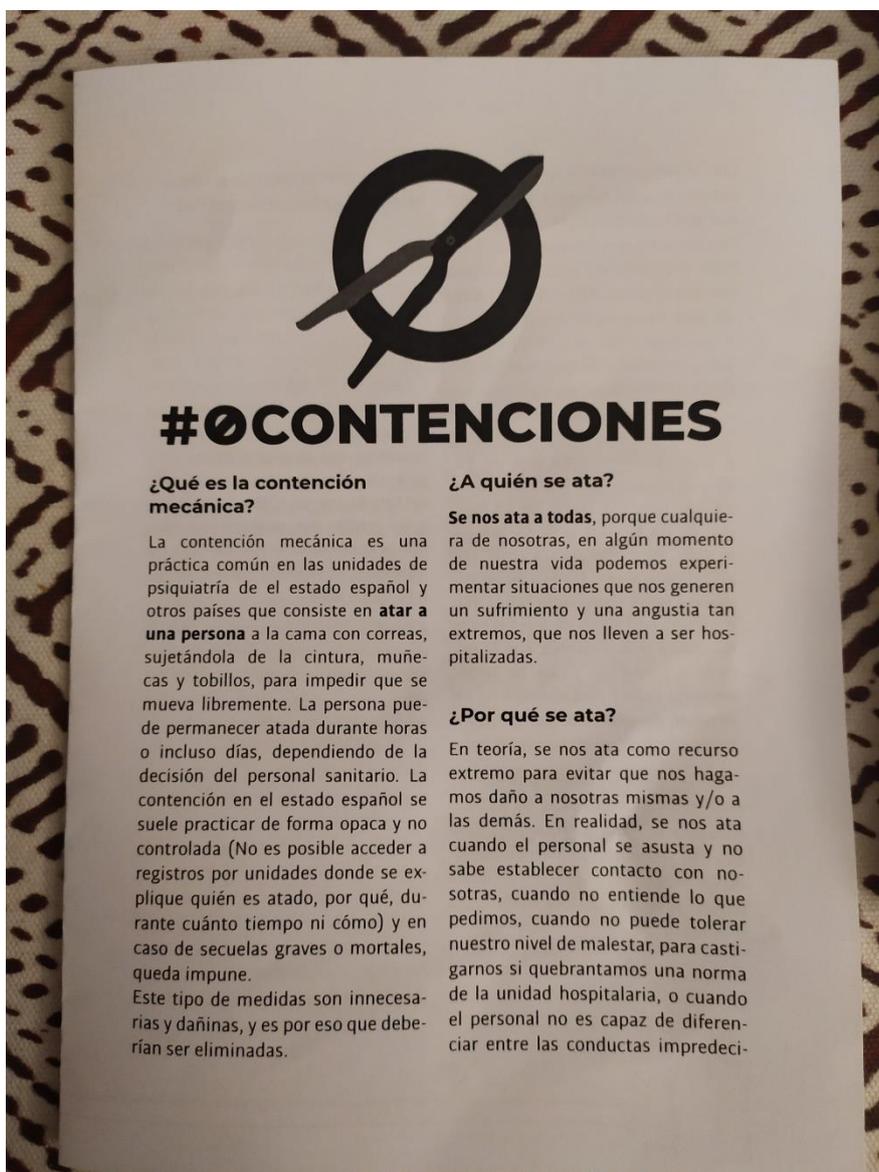
¿Qué consideramos importante?

Replantear el discurso clínico y positivista que se practica y perpetúa desde los movimientos feministas y anticapitalistas.

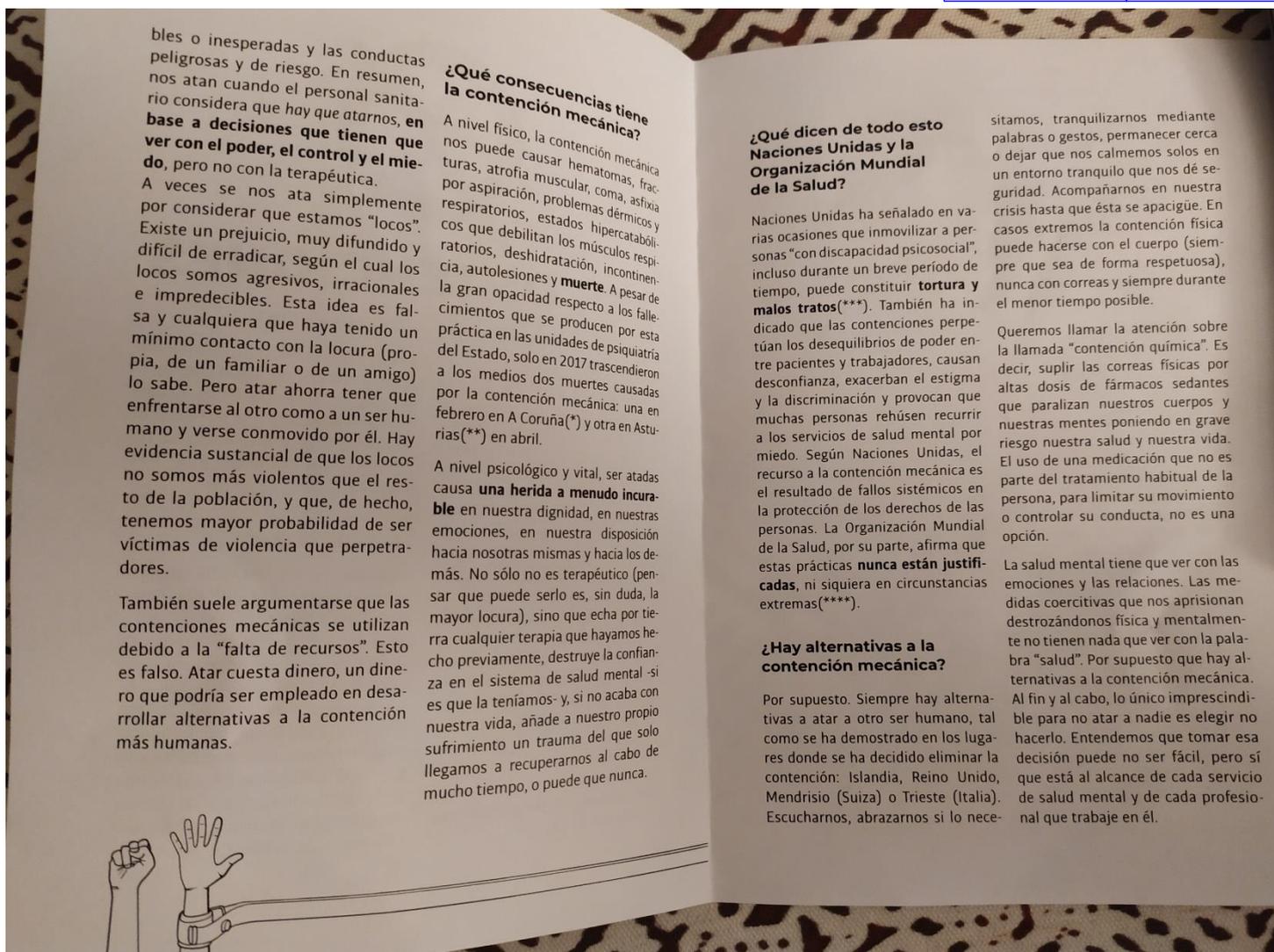
ORGULLO LOCO GRANADA

Fotografías de autoría propia de las octavillas repartidas por el colectivo

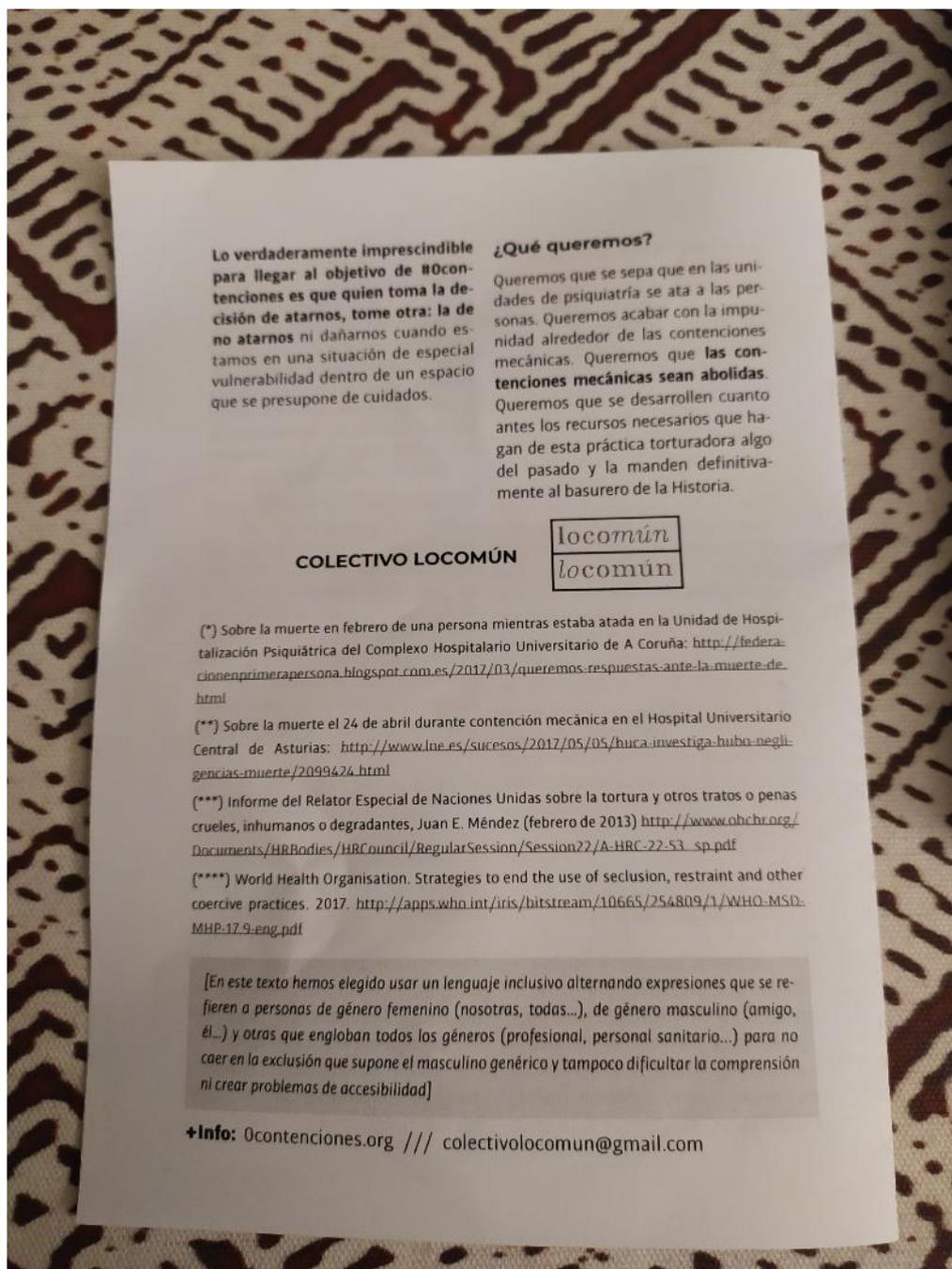
Anexo 5: Díptico repartido por LoComún en la presentación de *Más allá de las creencias*, el 23 de enero de 2020



Fotografías de autoría propia del díptico repartido por el colectivo

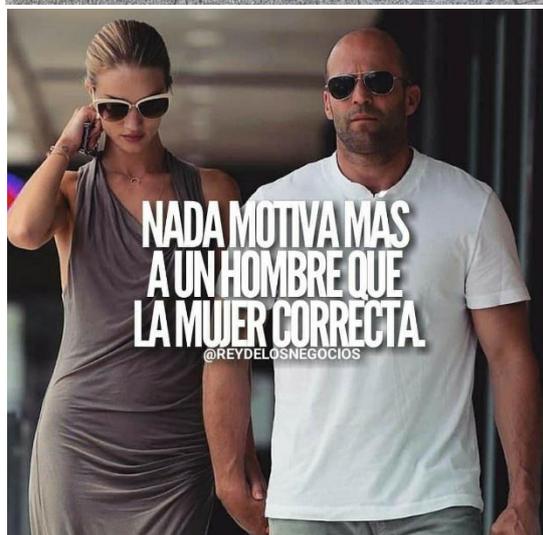


Fotografías de autoría propia del díptico repartido por el colectivo

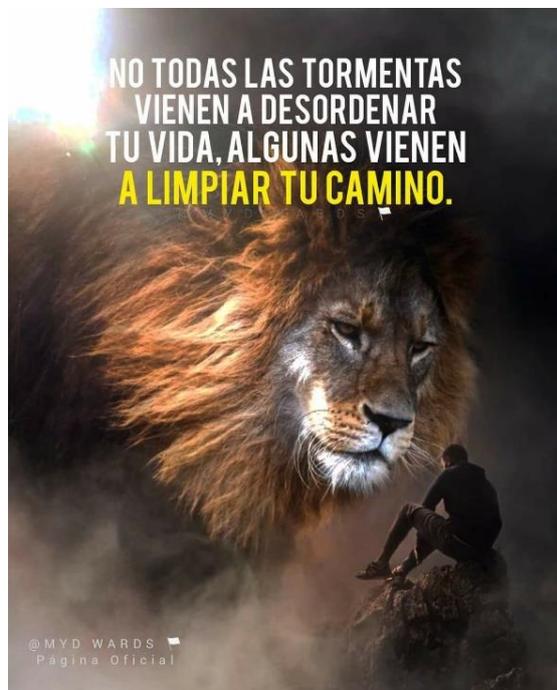


Fotografías de autoría propia del díptico repartido por el colectivo

Anexo 6: Imágenes compartidas por Pepe a través de WhatsApp



Imágenes compartidas por Pepe vía WhatsApp; reproducidas con su permiso



Imágenes compartidas por Pepe vía WhatsApp entre 2021 y 2023; reproducidas con su permiso

Anexo 7: Cuadro de entrevistas y semblanza de personas entrevistadas (ordenadas por fecha de entrevista)

Nombre/Pseudónimo	Cómo lo conocí	Entrevistado en calidad de...
Miguel	SAPAME	Participante en GAM Facilitador de GAM Agente de apoyo mutuo
Pepe	SAPAME	Participante en GAM
María	SAPAME	Participante en GAM
José Carlos	SAPAME	Participante en GAM
Noelia	SAPAME	Participante en GAM
Alicia	SAPAME	Participante en GAM
Águila Bono	Coautora de un manual sobre apoyo mutuo; contactos a través de la Escuela Andaluza de Salud Pública	Investigadora implicada en proyectos de apoyo mutuo individual
Activista de Orgullo Loco Graná	Contactos a través del activismo	Activista en primera persona
Susana	Contacto a través de Águila Bono	Directiva de Federación implicada en proyectos de apoyo mutuo individual Participante en GAM Facilitador de GAM Agente de apoyo mutuo
Juan Carlos Maestro	Contacto a través de Águila Bono	Profesional implicado en proyectos de apoyo mutuo individual
Agente de apoyo mutuo	Contactos a través del activismo	Agente de apoyo mutuo

Fuente: elaboración propia

- Miguel: hombre de entre 50-55 años. Era el presidente de SAPAME cuando llegué a la asociación, y mi buena relación con él fue fundamental para el despegue de mi

investigación. Posteriormente, Angustias lo sustituyó en la presidencia. Facilitador de uno de los GAMs, llevaba varios años ejerciendo como tal cuando lo entrevisté. Su malestar le había sobrevenido unos quince años antes de la entrevista, cuando ya tenía mujer e hijxs; había llegado a SAPAME después de diez años de tratamiento psiquiátrico infructuoso, de los cuales los últimos cinco los pasó “en un estado catatónico”. El detonante de su llegada a la asociación fue que su mujer lo dejó, cansada de que él se abandonara a sus cuidados. Sus hermanas fueron quienes le hablaron de SAPAME. Falleció a principios de 2023.

- Pepe: hombre de entre 35-40 años. Fue adicto en su juventud, se considera franquista y es muy bromista; todo ello lo supe el primer día en que lo conocí, lo cual habla también de su carácter extrovertido. Tuvo un brote y un ingreso en agudos unos doce años antes de la entrevista. Después, consiguió dejar definitivamente la droga, pero cuando le dieron de alta en Proyecto Hombre pasó dos años prácticamente sin salir de su casa. Finalmente, aceptó los consejos de una psicóloga a quien había conocido en PH y acudió a SAPAME. Con ciertas intermitencias, ha sido una de las figuras con más presencia en la asociación desde entonces. Tuvo una crisis en el verano de 2020, unos meses antes de nuestra entrevista, que le llevó a dos ingresos y a un grave problema con la expresión emocional: no es capaz de llorar desde entonces. Seguía muy enfadado por el trato recibido durante sus ingresos más recientes.
- María: mujer de unos 30 años. Según ella misma indica, su malestar se desarrolló a causa de la violencia machista que ejerció su padre contra su madre, su hermano y ella, antes de marcharse de casa. A los 18 años, estaba estudiando un Grado Medio para ser auxiliar de enfermería cuando recibió su diagnóstico y empezó a consumir medicación. Esto le impidió seguir estudiando. Pasó diez años solo consumiendo medicación y “atontada, en la casa”; no tenía otro vínculo que su hermano y especialmente su madre, también diagnosticada. Pidió un cambio de psiquiatra y esta nueva profesional le recomendó ir a SAPAME. Esto le ha cambiado la vida, por lo que se siente muy agradecida y está asumiendo responsabilidades: forma parte de la Junta Directiva, es voluntaria en su GAM y apoya a la facilitadora y se está formando para ser facilitadora ella misma.
- José Carlos: hombre de 45 años. Sus problemas son de dos tipos. Por un lado, dice que tiene un “autismo leve” no diagnosticado hasta hace muy poco, que le ha causado muchos problemas para relacionarse y para alcanzar objetivos académicos o laborales (aunque ha llegado a formarse y trabaja intermitentemente como ayudante de cocina, trabajo que le gusta). Por otro, ha padecido “depresiones” recurrentes, vinculadas a los momentos de desempleo, que lo han llevado a no salir de la cama durante largos periodos de tiempo. A todo ello se suma el que su padre ejerció violencia de género contra su madre y le hizo la

vida imposible a él, exigiendo que estudiara una carrera universitaria cuando no conseguía aprobar Bachillerato y comparándolo constantemente con su hermano mayor. Como resultado de todo esto, dos años antes de la entrevista empezó a tener “conductas erráticas” que hicieron que su madre lo mandase a Proyecto Hombre. Sin embargo, desde PH lo redirigieron a SAPAME, porque no tenía una adicción. Allí se ha hecho amigo de Pepe y ha descubierto apoyo mutuo, donde le gusta participar, pero ni se plantea implicarse más allá. Su madre falleció poco antes de nuestra entrevista, y ahora tiene un contacto muy estrecho con su hermana.

- Noelia: mujer de unos 40 años. Tuvo su primer “brote” con veintipocos años, mientras estudiaba en el extranjero. Sus padres, profesionales sanitarios, supervisaron su tratamiento con ayuda de un colega, psiquiatra. Durante unos años, prácticamente no salió de casa, perdió todas sus relaciones y tuvo que aceptar las normas impuestas por sus padres: consumo de medicación a altas dosis, control estricto de la alimentación y el sueño, demonización de la vida nocturna... Con los años y los cambios de profesional, especialmente tras su paso por Hospital de Día, el enfoque terapéutico cambió. Redujo su consumo de medicación y pudo retomar una vida social siempre precaria y dentro de unos límites muy concretos. Incluso hoy, tiene muy pocas relaciones más allá de su familia, ya que los grupos que ha ido formando se han ido disolviendo. Ha participado en las actividades de una asociación de familiares durante unos años, hasta que se ha cansado y ha probado con SAPAME, por recomendación del monitor de un grupo de aquella asociación. El descubrimiento de apoyo había sido muy importante para ella: insistía sobre todo en el “respeto” con que se trataban y en la utilidad de poner en común recursos para afrontar las dificultades.
- Alicia: mujer de entre 30-35 años. Empezó a ir a una consulta psiquiátrica en la adolescencia. El tratamiento no fue efectivo y acabó sufriendo un brote; durante el ingreso fue sometida a una contención mecánica, experiencia que describe como “el peor proceso de mi vida”. Posteriormente, descubrió a SAPAME a través de internet, pero no llegó a participar de forma continuada. Fue después de completar su tratamiento en Hospital de Día cuando, sintiéndose algo desamparada, decidió acudir. Llegó a formar parte de la Junta Directiva, pero actualmente se ha distanciado: quiere llevar una vida menos vinculada con el diagnóstico. Su GAM fue muy importante para ella en un determinado momento, pero las dinámicas machistas que se dan en él hacen que no sienta deseos de asistir. Ella responsabiliza en especial al facilitador por esta situación. Durante la entrevista, prefirió no

hablar sobre sus relaciones con sus familiares, y en general presentó relatos idealizados de todo lo que hablamos hasta que le señalé las contradicciones que surgían.

- Águila Bono: profesora en la Escuela Andaluza de Salud Pública e investigadora sobre, entre otras cosas, apoyo mutuo individual o “*peer support*”. Participó en dos proyectos de investigación clave en el impulso a estas iniciativas: el proyecto Ayuda Mutua en los Servicios de Salud Mental, por el que se hicieron los primeros pilotajes de *peer support*, y el proyecto Peer2Peer, por el que se desarrolló un manual muy utilizado en la formación de agentes. Durante todo ese proceso, y en colaboración con el equipo del Plan Integral de Salud Mental de Andalucía (PISMA) y sobre todo con Pablo García-Cubillana, impulsó la conformación de la Federación Andaluza de Asociaciones de Salud Mental “En Primera Persona”.
- Activista de Orgullo Loco Graná: mujer de unos 25 años. Una de las fundadoras y de las cabezas visibles de Orgullo Loco en Granada. Además de las etiquetas que definen su colectivo (antibiologicismo, antipsiquiatría, transfeminismo), se declara abiertamente anarquista. Hicimos una entrevista breve sobre el significado del apoyo mutuo, el cuidado y los espacios seguros dentro de Orgullo Loco.
- Susana: mujer de entre 55-60 años. Empezó a desarrollar su malestar unos veinte años antes de la entrevista, cuando ya era madre y tenía una carrera profesional consolidada. En la actualidad, identifica el acoso laboral por razón de género que sufrió como el origen de su malestar, pero al principio creyó en el relato biologicista. El hecho de no mejorar pese a tomar su medicación durante cinco años la llevó a cuestionar ese relato. Dejó los fármacos por su cuenta y buscó alternativas; durante este proceso, se divorció de su marido y quedó a cargo de sus hijxs. Su madre le recomendó una asociación, pero resultó ser de familiares, por lo que buscó por internet hasta encontrar una asociación en primera persona. El apoyo mutuo fue liberador y desestigmatizante para ella, al encontrar al fin otras personas que tenían sus mismas experiencias y poder encontrar una explicación social a sus problemas. Se implicó profundamente en el desarrollo del movimiento en primera persona en Andalucía, hasta el punto de que se la puede considerar una de sus arquitectas. Ha estado en la Junta Directiva de la Federación durante años, pero en la actualidad se está alejando del movimiento porque está “en otra fase de mi vida” y quiere que otras personas adquieran más protagonismo y habilidades. Afirma, no obstante, que sigue practicando el apoyo mutuo en la calle, especialmente con otras mujeres.

- Juan Carlos Maestro: psicólogo clínico. Fue coordinador del Hospital de Día de Santa Ana, en Motril, donde lideró un Programa de Apoyo Mutuo. Sobre la base de esta experiencia, cuando se trasladó a trabajar a la unidad de hospitalización (agudos) del Hospital Universitario Virgen de las Nieves, en Granada, recibió el encargo de liderar el nuevo Programa de Apoyo Mutuo de este hospital. En 2021 se marchó a Sevilla, a trabajar como asesor del Programa de Salud Mental en los Servicios Centrales del Servicio Andaluz de Salud. En la actualidad está intentando impulsar el apoyo mutuo individual en toda Andalucía desde este puesto.
- Agente de apoyo mutuo: mujer, activista en primera persona con una larga trayectoria y agente de apoyo mutuo experimentada. Participó en el Programa de Apoyo Mutuo del Hospital Virgen de las Nieves. Prefiere permanecer anónima.