

UNIVERSIDAD DE ALMERÍA



FACULTAD DE PSICOLOGÍA



**Trabajo Fin de Grado en Psicología
Convocatoria Septiembre 2016**

**Construyendo alternativas satisfactorias al discurso
público estigmatizante en enfermos mentales con
esquizofrenia**

Autora: Andrea Miras Ramos

Tutor: Baltasar Fernández Ramírez

CONSTRUYENDO ALTERNATIVAS SATISFACTORIAS AL DISCURSO PÚBLICO ESTIGMATIZANTE EN ENFERMOS MENTALES CON ESQUIZOFRENIA

Andrea Miras Ramos

RESUMEN. El enfermo mental, el ‘loco’, es hoy el actor doliente de un papel incapacitante impuesto por la sociedad, dotado de un sentido patológico y estigmatizante que acaba por cristalizar en la persona neutralizando sus acciones para volverlas infértiles. Es la conciencia de verse obligado a representar una historia saturada de problemas lo que se convierte en el problema acuciante de estas personas, pero quizás haya una alternativa deseable con la que enfrentarse al mundo satisfactoriamente.

Tal vez por eso surge este trabajo, por interés en el malestar individual y de las colectividades, por empatía, por filantropía. Surge de una intención de hacer justicia y mostrar que hay un espacio donde el loco tiene un papel activo y cierto dominio sobre los acontecimientos de su vida. Pretendemos, en primer lugar, analizar el discurso problematizador dominante abordándolo desde el enfoque socioconstruccionista de Kenneth Gergen y traer al centro de atención una alternativa potencialmente transformadora. Nuestro objetivo es analizar el lenguaje del déficit que subyuga a determinados colectivos estigmatizados y proporcionar una alternativa discursiva satisfactoria que personas de estos colectivos están ya ofreciendo discretamente.

Podemos encontrar en las redes muestras de su discurso en entrevistas públicas, documentales y, también, acceder a situaciones concretas como las de Radio La Colifata y Radio Nikosia, entre otros. El material documental será analizado cualitativamente mediante un análisis crítico del discurso. Se espera proporcionar unas claves discursivas diferentes al discurso hegemónico, restrictivo y doliente, que permitan al estigmatizado reelaborar una narrativa del yo problemática, a favor de una multiplicidad de alternativas que conduzcan al mejoramiento de la calidad de la vida humana.

PALABRAS CLAVE. Constructivismo social. Teoría queer. Deconstrucción. Performatividad. Identidad. Poder. Discurso del déficit. Estigma. Análisis crítico del discurso.

Constructing alternatives to the stigmatizing public discourse on mental patients with schizophrenia

ABSTRACT. At present, the mentally-ill patient, a person who is “crazy”, is an actor encumbered by a disabling, pathological and stigmatizing role imposed by society, which ends up by crystallizing in that person and neutralizing his actions, which then become infertile. It is the awareness of being forced to present an overwhelming history of problems which becomes the most pressing matter for these people, but there may be a desirable alternative with which they can face the world in a more satisfactory way.

This may be how this project arose, from interest in individual and collective distress, out of empathy and for philanthropy, and from an intention to do justice and prove there is a place where a person who is “crazy” has an active role and some kind of control over life’s events. We intend first to analyze the predominant problematizing discourse of society from Kenneth Gergen’s social constructionist approach to bring a potentially transformative alternative to the center of attention. Our main goal is to evaluate the language of deficit which subjugates certain stigmatized groups, and then to propose an alternative discourse already being offered rather discreetly by some people in these groups.

It is possible to find some samples of their discourse in social networks, public interviews, documentaries and some specific situations such as those broadcast on Radio La Colifata, Radio Nikosia, and others. The documentary material is assessed qualitatively through critical discourse analysis. Our findings are expected to provide key discursive differences in favor of a multiplicity of alternatives leading to improving the quality of human life.

KEY WORDS. Social constructionism. Queer theory. Deconstruction. Performativity. Identity. Power. Discourse of deficit. Stigma. Critical discourse analysis.

INDICE

I. Antecedentes	5
I.1. Revisión del discurso de la salud desde una perspectiva crítica	6
I.2. Lenguaje, poder e identidad	8
II. Método	13
III. Resultados	15
III.1. Lenguaje del déficit	16
III.1.1. Tratamiento ¿Cuándo y cómo?.....	16
III.1.2. El trabajo como instrumento normalizador.	21
III.1.3. El estigma: tipologías	23
III.1.4. Propagación del estigma.....	24
III.2. Construyendo en común, construyendo lo común.....	27
III.2.1. Un lenguaje propio	27
III.2.2. La relación con los otros.....	31
IV. Conclusiones	33
V. Bibliografía	38

I. Antecedentes

El lenguaje del déficit mental opera en la cultura de distintas formas. Por un lado, vuelve familiar lo ajeno recordando esa suerte de probabilidad en la que a todos nos puede tocar la “lotería” de la enfermedad mental. Por otro lado, el lenguaje del déficit acarrea unas consecuencias sociales e ideológicas que en su uso actual resulta opresivo y estigmatizante para ciertos colectivos (Kenneth Gergen, 2007). Por último, y quizás en un plano más filosófico, pueda entenderse su práctica indiscriminada como el resultado de la deshumanización de la que adolece esta sociedad.

En un esfuerzo para atribuir un aspecto positivo al lenguaje del déficit, Gergen señala que resulta menos temible relacionarse con alguien enfermo que con una persona intencionalmente dañina. Un hecho de suma importancia, pues el miedo que suscitaba la antigua concepción de la locura asociada a lo demoníaco, a lo oscuro e impredecible, pasa a ser generalmente sustituido por emociones más humanas y comprensivas, como ocurre, por ejemplo, en la enfermedad física¹. Además, cierta idea extendida de las profesiones de la salud ligadas a lo científico crea la ilusión de que el rápido avance en los discursos tecnificados de la ciencia trae parejo una correspondiente mejora del bienestar (Gergen, 2007).

Desde una perspectiva histórica, el vocabulario de la psiquiatría y la psicología clínica han sido el instrumento que vinculó la locura con lo patológico desde la “liberación de los locos”². Los locos pasaron a ser los “insanos” o “alienados” y, más tarde, los denominados “enfermos mentales” (Michel Foucault, 1967).

Desde que se reconoce pública y culturalmente la existencia de la enfermedad mental y unos profesionales de la salud encargados de comprenderla y ofrecer una cura, todo lo concerniente a la problemática mental está envuelto en un halo de enfermedad que da lugar a un estado de excepcionalidad de ciertos colectivos (Erving Goffman, 2006; Gergen, 2007). Por tanto, se hace necesario discutir las distintas formas en las que el uso del vocabulario del déficit provoca en última instancia el debilitamiento cultural y la fragmentación de la comunidad.

¹ Gergen (2007) habla de que la simpatía que emerge por el que padece, frecuentemente esconde un sentimiento de autosatisfacción que nos coloca en una posición de cierta superioridad.

² Es la experiencia revolucionaria de humanizar el trato que recibían los *locos*, quitándoles las cadenas que les ataban a prisiones compartidas con criminales y vagabundos, creándose así los primeros hospitales psiquiátricos.

1.1. Revisión del discurso de la salud desde una perspectiva crítica

Este curso de reconocimiento de la enfermedad mental y su diseminación cultural, lo explica Gergen como un proceso cíclico de enfermización progresiva³ que se nutre de sí mismo creando “jerarquías de discriminación, patrones desnaturalizados de interdependencia y un ámbito de autodesaprobación en expansión” (2007, p. 296).

Esto ocurre cuando se entiende la problemática mental en términos de enfermedad y no de salud. Georges Canguilhem, sin embargo, decía que la salud puede ser pensada como la posibilidad de caer enfermo y recuperarse:

Al contrario de ciertos médicos siempre dispuestos a considerar las enfermedades como crímenes porque los interesados son de cierta forma responsables, por exceso o por omisión, creemos que el poder y la tentación de tornarse enfermo es una característica esencial de la fisiología humana. Transponiendo una frase de Paul Valéry, se puede decir que “la posibilidad de abusar de la salud forma parte de la salud” (Canguilhem, 1990, p. 162).

Siguiendo este razonamiento, la salud es relativa y flexible y esto se muestra en cómo nos adaptamos a las distintas normas sociales que rigen en cada momento nuestras formas de afrontar cuestiones de orden biológico (Canguilhem, 1990). De este modo, y como defendía el autor, “no podemos decir que el concepto *patológico* sea el contrario lógico del concepto de *normal*, porque la vida en el estado patológico no es la ausencia de normas sino la presencia de otras normas. Con el máximo rigor; *patológico* es lo contrario vital de sano y no lo contradictorio lógico de *normal*” (Canguilhem, 1976, p. 19).

La ideología occidental capitalista, que se fundamenta en la competitividad y la ambición por el éxito a toda costa, no comparte ese pensamiento en tanto que sigue un ideal de bienestar entendido como nivel de consumo y producción. Así ocurre que lo normal excluye lo patológico y la salud se vincula a “lo normal” (Mateo Aguado, Diana Calvo, Candela Dessal y otros, 2012).

En resumen, se rechaza lo más básico e individual como es el sufrimiento y el malestar y se demoniza el dolor como algo anormal. Esta búsqueda por sentirse bien siempre abre la posibilidad de funcionar evitando experiencias dolorosas que, a largo plazo,

³ Gergen entiende la enfermización progresiva como un ciclo que se representa en cuatro fases separadas que explica cómo se da la construcción cultural de la enfermedad y la expansión del vocabulario del déficit.

resultan destructivas, dando lugar a un patrón de evitación experiencial⁴ (Carmen Luciano y M^a Sonsoles Valdivia, 2006). De este modo, la persona con malestar acude a consulta porque necesita reducir el temor, el desaliento, la tristeza, las voces, etc., para sentirse bien. En el artículo, *Avances desde la Terapia de Aceptación y compromiso* (Carmen Luciano, M^a Sonsoles Valdivia, Olga Gutiérrez y Marisa Páez, 2006, p. 179), las autoras hablan del entender de la vida y de la salud mental en nuestro sistema cultural de esta forma:

Este es un sistema cultural en el que la vida se convierte en un problema, el problema en un trastorno y el trastorno en algo con causa biológica (...) el funcionamiento acorde de esta manera de entender la salud mental es difícil de alterar en tanto que poderosos sectores económicos y sociales y lo que “la gente quiere de inmediato” se ajustan perfectamente.

“La sociedad ha desplazado al campo médico la búsqueda de soluciones a problemas inherentes a la realidad subjetiva y social de las personas y la obsesión por una salud perfecta se ha convertido en un factor patógeno predominante” (Ramón Orueta, Coral Santos, Enrique González y otros, 2011, p. 150). Peter Conrad, en *The medicalization of society* (2007), sostiene que esta medicalización ocurre cuando condiciones que no eran previamente construidas como enfermedad son ahora definidas y tratadas como problemas médicos y, por lo tanto, entendidas y descritas usando el lenguaje médico. De una forma más radical, Ivan Illich lo describe en *Némesis médica* (1975) como una invasión de la medicina y de su aparato tecnológico a un número cada vez mayor de personas y condiciones. Relacionado al pensamiento de Illich de la medicina como institución de control social que se une a otras profesiones dominantes para remediar los problemas humanos, Foucault sienta las bases sobre la discusión entre el saber y el poder (1976), y establece la psiquiatría tradicional como instrumento imprescindible en la amalgama de micropoderes que operan juntamente para el control social. Así, rescata el término de biopolítica o la política de salud del pueblo para referirse a la manera en la que el Estado ha incluido en sus programas el estudio y agrupación de los fenómenos propios de una población como la salud, la longevidad, la higiene, la natalidad, etc.

⁴ Es un patrón inflexible donde prevalece la necesidad permanente de eludir el malestar y de obtener un placer inmediato. Así, la persona no cesa en el intento de hacer desaparecer esa angustia, lo cual acaba en el abandono de las acciones en un sentido que resulten valiosas y satisfactorias.

Joel Kovel (1980, citado en Gergen, 2007, p. 302) plantea que “las profesiones de la salud mental son esencialmente formas de industria que operan ampliamente al servicio de estructuras económicas”. Para Thomas Szasz (1961, p. 6), los términos del lenguaje mental “están desprovistos de valoración científica, pero desde una perspectiva sociocultural, son bastante nocivos”.

I.2. Lenguaje, poder e identidad

Ejemplo de este control social de la psiquiatría y de la persecución de lo sano es el incremento de categorías diagnósticas de las distintas ediciones del DSM, desde su versión primera en el año 1952, con ciento seis categorías, a su quinta versión en 2013, con más de trescientas.

Siguiendo esta idea de la medicalización y sus consecuencias principales en la construcción social de la enfermedad, Gergen (2007, p. 288) señala que “cuanto mayor sea el número de criterios para el bienestar mental, mayor es también el número de formas en que puede uno ser inferior en comparación con otros”.

Así, los términos del déficit mental: “insano”, “psicótico”, “esquizofrénico”, “esquizoafectivo”, “depresivo”, “bipolar”, son términos que atraviesan la naturalidad de la persona y la patologiza de forma global⁵ (Goffman, 2006; Gergen, 2007). Estas características patológicas permanecen en el individuo a través del tiempo y las situaciones y se desvinculan de algo muy importante: la circunstancialidad de la problemática mental. De esta forma, resulta comprensible que todo lo relacionado con la problemática mental dé pavor, pues una experiencia entendida en términos del déficit aleja la posibilidad de tener una vida satisfactoria.

Desde la teoría relacional, afín a la metateoría constructorista, el yo se explica en términos de procesos relacionales producto de la interacción social. Jerome Bruner, en su texto *Actos de significado*, habla, particularmente, de un yo distribuido como producto de la narración, del relato con el que nos presentamos públicamente, la forma peculiar de hacerlo y el proceso en el que el yo y el otro son cómplices de la construcción de uno mismo. En palabras del propio autor (Bruner, 1991, p. 113):

⁵ Fíjese el lector en lo inescapable que resulta la expresión ampliamente utilizada de “enfermedad mental grave y duradera”.

¿El amplio círculo de gente que le importa a una persona o en las que tiene confianza podría considerarse también cómplice de nuestras narraciones y nuestras construcciones de nosotros mismos? ¿No podría, entonces, el círculo de nuestros cómplices ser algo parecido a un «Yo distribuido», de la misma manera en que nuestras notas y nuestros procedimientos de buscar información pasan a ser parte de nuestro conocimiento distribuido? Y exactamente igual que de esta manera el conocimiento cae en las redes de la cultura, el Yo también se ve enredado en una red constituida por otros.

Michael White y David Epston (1993) explican que estas historias “saturadas” de problemas son construcciones basadas en discursos culturales dominantes, son historias que descalifican, limitan o niegan aspectos significativos de la experiencia y biografía de la persona, problematizando su identidad.

Por lo tanto, tal vez podamos preguntarnos si, usando el lenguaje de diferentes formas, sería factible cambiar la forma en la que nos contamos, reconceptualizando nuestro discurso, usando metáforas, recursos retóricos, deconstrucciones, neologismos, etc., persiguiendo una aceptación individual que dé lugar a relaciones públicas satisfactorias.

Jacques Derrida, en concreto, habla de la deconstrucción como proceso de análisis de los significados desde su etimología hasta su construcción por procesos históricos (Miguel Ángel Huamán, 2003). Los conceptos de deconstrucción y performatividad⁶, así como los “actos de habla” de John Austin (1962), influenciaron a feministas deconstructivistas como Judith Butler y Paul B. Preciado (Butler, 1998, 2001; Preciado, 2011), entre otras, dos de las principales exponentes de la teoría queer, para plantear que la orientación sexual, la identidad sexual y la expresión del género son fruto de una construcción social, invención cultural aprendida a lo largo del tiempo, es decir, sin un referente original, y que, por lo tanto, no hay roles específicos previstos desde el nacimiento⁷. Quizás considere el lector interesante pensar en las implicaciones positivas

⁶ En el libro de John Austin, *Cómo hacer cosas con palabras*, aparece por primera vez el concepto de performatividad lingüística. Para hacer referencia a ese acto del lenguaje en el que, al emitir un enunciado se realizan al mismo tiempo acciones por medio de las palabras utilizadas. Por ejemplo, los actos del habla performativos estudiados por John Searle (1994) son promesas verbales entre los hablantes: serían, por ejemplo, el “sí, quiero” del rito o el “queda inaugurado este local”, también el “te lo prometo”, etc.

⁷ La famosa cita de Simone de Beauvoir, incluida en *Le Deuxième Sexe* (1946), “No se nace mujer, se llega a serlo”, ayudó a Butler a pensar en la noción del devenir del género en general. ¿Se nace hombre o se llega a serlo?, ¿lo femenino y lo masculino pueden llegar a ser algo que no es hombre o mujer? Estas reflexiones iniciaron el trabajo de investigación y constituyeron la idea central de su trabajo *El género en disputa* (2001). Véase también el documental *Judith Butler. Filósofa en todo Género*, realizado por Paule Zadjermann para Arte France en 2006 (<http://judithbutlerenespanol.blogspot.com.es/2013/02/documental-judith-butler-filosofa-en.html>).

de este argumento a la hora de desmontar viejos prejuicios que hoy violentan a la sociedad.

A partir de esta última idea de *performatividad*, así argumenta Butler en *El género en disputa* (2001, p. 273):

El género no debe interpretarse como una identidad estable o un lugar donde se asiente la capacidad de acción y de donde resulten diversos actos, sino, más bien, como una identidad débilmente constituida en el tiempo, instituida en un espacio exterior mediante una repetición estilizada de actos. (...) Esta formulación aparta la concepción de género de un modelo sustancial de identidad y la coloca en un terreno que requiere una concepción del género como temporalidad social constituida. Es significativo que si el género se instituye mediante actos que son internamente discontinuos, entonces la apariencia de sustancia es precisamente eso, una identidad construida, una realización performativa en la que el público social mundano, incluidos los mismos actores, llega a creer y a actuar en la modalidad de la creencia.

Así, la reapropiación del concepto *queer*, o la de *loco*, son actos por medio de los cuales se parodia o ironiza el género, la enfermedad mental, las instituciones, etc., son actos plenamente performativos⁸. Desde este planteamiento, que argumenta la construcción cultural del género, se entiende la sexualidad como una categoría política, no biológica, y la heterosexualidad como el tipo de sexualidad reproductiva dominante y deseable por imposición política (Butler, 1998). Así, la idea de separar o fraccionar es política (Butler, 1998), y, desde el lado revolucionario de la sexualidad o de la locura, no se aceptan las imposiciones políticas y médicas como lo que *debe ser*. De hecho, las seguidoras de esta teoría rechazan la aceptación de las normas sociales de la perspectiva dominante para normalizarse, puesto que eso implica aceptar las condiciones del opresor y, por tanto, en oposición, operan desde los márgenes (Rosi Braidotti, 2000).

De esta forma, los *trans*, *drag*, *lesbianas*, *locos* y *escuchadores de voces* se constituyen como puntos de resistencia del sistema, y es ahí donde, al parecer, la revolución sexual y la revolución de la locura encuentran sus puntos en común con el construccionismo social que promueve el “análisis reflexivo de la vida cultural” (Gergen, 2007, p. 296).

Uno de los postulados *queer*, ya propuesto por Foucault, es la visión de que la sexualidad se desarrolla a través de la construcción discursiva del sexo. Según el autor

⁸ Para una comprensión más profunda de la idea de performatividad, identidad y teoría queer véase John Austin (1962) y Butler (2004), y para una clarificación de los conceptos, ver el debate nº 3, *Intersexualidad y teoría queer*, del Seminario de Construccionismo Social (Baltasar Fernández, 2013).

francés, “las desviaciones de la norma, por sus diferencias, se enfrentan continuamente a las tecnologías de poder que se encargan de promover la interiorización y aceptación de la norma con la semiología como instrumento y la sumisión de los cuerpos por el control de las ideas” (2002, p. 95). Según el autor, esto se consigue mediante estrategias de disciplina⁹ que sigan el modelo de Estado de “hacer vivir y dejar morir” (Foucault, 2002). Es decir, generando cuerpos sanos con capacidades óptimas para producir beneficio a la nación evitando el contagio y la enfermedad a toda costa, así como a los sujetos que puedan infectarlo para mantener el ciclo de producción del Estado. Según Preciado, no podemos seguir pensando en la clínica del siglo diecinueve como hacía Foucault, entre otras cosas, porque los sistemas de verificación, la producción de discurso y representaciones que permiten decir que un enunciado es verdadero o falso se están desplazando de lo clínico al mercado farmacológico. El autor argumenta que somos consumidores de las industrias de la discapacidad desde que entendemos que todo lo que excede de la media se considera anormal e intentamos habilitar a ese cuerpo discapacitado, improductivo, para que se normalice mediante un tratamiento farmacológico orientado a la producción de organismos sanos¹⁰.

Kenneth Gergen (2006) y la mayoría de construccionistas sostienen que vivimos en la lógica del significado, en un modelo lingüístico, en construcciones discursivas que no tienen valor por lo que fueron en su contexto original de producción, sino por lo que, con la repetición de las mismas, significan hasta el punto de producir verdad y naturalizarse. En *El orden del discurso* (1992), Foucault explicita que el conocimiento o la voluntad de verdad, en la actualidad, se apoya en un sistema institucional que tiene una ideología, unos instrumentos, una metodología y un corpus teórico propio. Por tanto, todo discurso que se aleje del dominante es coaccionado y silenciado. Así lo son en el caso que aquí nos interesa de la enfermedad mental, donde el hecho de no identificarte con las etiquetas diagnósticas supone: no tener conciencia de enfermedad,

⁹ Se refiere a los términos de biopolítica y biopoder. Las técnicas de biopolítica se refieren a lo particular, por ejemplo, los programas de higiene y prevención de la población, gestionar las tasas de natalidad y mortalidad de un país, etc., y estas acciones son instauradas por los agentes de la política del cuerpo: instituciones, inspectores, asistencias sociales, psiquiatras, psicólogos, prisiones, etc., que surgen para controlar el cuerpo de la población y mantener el funcionamiento de una sociedad capitalista como la nuestra en pos de una confusa intención filantrópica (Foucault, 2002).

¹⁰ Conferencia de Paul, B. Preciado en Marzo del 2003 en el museo Reina Sofía sobre lo que el autor considera *la muerte de la clínica* (<https://www.youtube.com/watch?v=4aRrZZbFmBs>).

no estar siguiendo adecuadamente el tratamiento y renunciar a ciertos tipos de ayuda del Estado (Velasco, 2013).

De nuevo, tenemos ese ejercicio de poder que presiona sobre el discurso que no se identifica con el dominante. Esto ocurre con el discurso de los locos desde la Edad Media, marginados por sus palabras, vistas en ocasiones como carentes de lógica y de verdad (Foucault, 1967). Hoy, existen procedimientos de control y delimitación del discurso más sutiles que buscan apoyo en lo moral; para sancionar, por ejemplo, el discurso de la revolución sexual *queer* con justificaciones basadas en preceptos religiosos o “naturales”, o en lo saludable. Distanciándonos (y ojalá solo fuera en términos discursivos) del enfermo, del gordo, del loco, del drogadicto, del suicida, del discapacitado, etc., su discurso resulta inadmisibile, su experiencia es cuestionada, negada y, en cuanto son reconocidos como tales, se llevan a cabo prácticas asistenciales para “mejorar” y “normalizar” su situación y estatus. Quizás esto está forzando el incremento de categorías diagnósticas y que se promueven estilos de vida “saludables” que favorezcan al cuerpo nacional reproductivo sano.

No hay un diálogo con el otro en un contexto jerárquico, solo un monólogo que se impone sobre el resto (Foucault, 1992; Gergen, 2007). Por eso hay instituciones que se encargan de aconsejar qué tratamiento y cuándo empezarlo, qué talla de ropa deberíamos tener y qué conductas y pensamientos son más adaptativos en nuestra vida.

Kenneth Gergen, en su texto *Construccionismo social. Aportes para el debate y la práctica*, lanza esta pregunta: “¿qué alternativas sugiere el construccionismo?”. Quizás, pensar en las posibles alternativas para desvincular el conocimiento de la autoridad, o al menos para combatirlo, aumente en el lector la esperanza en hacer política y en luchar por una idea diferente del bienestar común. Gergen propone la crítica y cuestionamiento de los saberes expertos, en vez de asumir que su discurso es el único y verdadero, ya que, como afirma Foucault, la medicina, como cualquier disciplina, está construida sobre errores y verdades, y “no por el total de cuanto puede decirse de cierto sobre la enfermedad” (1992, p. 19).

Reivindicar un lenguaje y un estilo propio supone alejarse del dominante, y no necesariamente ha de ser considerado menos válido puesto que, como todo discurso, éste está sujeto a procesos históricos, sociales y culturales que, por tanto, son negociables. Así, sugiere Gergen, “más que monólogos que deben dominarse, podemos

considerar que las disciplinas ofrecen recursos que pueden o no ser valiosos, dependiendo de una condición de vida particular” (2007, p. 228).

Los autores nombrados a lo largo de estas páginas han señalado la relevancia del lenguaje en cómo entendemos y valoramos el mundo y las relaciones donde nos construimos. Considerando la importancia de este tema, nuestro objetivo en el presente trabajo, para contribuir a lo que aquí acontece, es analizar algunas piezas del discurso dominante en relación a la problemática mental basado en el lenguaje del déficit que subyuga a determinados colectivos estigmatizados, con la intención de sugerir alternativas discursivas satisfactorias externas al individuo que personas de estos colectivos están ya ofreciendo discretamente en diversas iniciativas de las que trataremos más adelante.

II. Método

El método utilizado consiste en un análisis crítico del discurso (Van Dijk, 2009; Tomás Ibáñez y Lupicinio Íñiguez, 1997) aplicado a relatos relacionados con la problemática mental, a través del cual analizamos e interpretamos sus implicaciones culturales y sociales.

El análisis crítico del discurso considera el lenguaje como una forma de práctica social (Norman Fairclough, 1989; Lupicinio Íñiguez, 2006) y su estudio e investigación analítica aplicados a asuntos sociales ha permitido demostrar que procesos tan complejos como la dominación, el abuso del poder, la desigualdad y las diferentes estrategias de exclusión son practicados, reproducidos y mantenidos por un discurso (Van Dijk, 2009).

Es por esta orientación característica hacia el lenguaje y el discurso por lo que resulta idóneo para este trabajo.

Este método o enfoque está dentro de la categoría de investigación cualitativa, la cual desafía la regresión metodológica asociada a la evidencia y promueve, mediante un trabajo multidisciplinar de diferentes perspectivas como la semiótica, el posestructuralismo, el posmodernismo, la hermenéutica, etc., y el uso de técnicas y herramientas de enfoque subjetivo e interpretativo, el esfuerzo por el estudio de la vida de los grupos humanos conectando con la política y la ética (Ladislaus Semali y Joe

Kincheloe, 1999). La investigación cualitativa subraya la naturaleza socialmente construida de la realidad, y es por ello que destaca la naturaleza valorativa de su planteamiento (Norman Denzin e Yvonna Lincoln, 2012). Este presupuesto puede considerarse uno de los aspectos que la diferencia de la investigación cuantitativa. Así, la investigación cualitativa, como cualquier investigación, es “una actividad científica que provee los fundamentos para los informes y las representaciones del Otro” (Denzin y Lincoln, 2012, p. 43).

El análisis llevado a cabo en este trabajo incorpora además una perspectiva crítica, puesto que cuestiona el presupuesto de que nuestra sociedad es democrática y libre (Denzin y Lincoln, 2012, p. 242). Esta visión del individuo occidental influenciado por fuerzas sociales que dominan, oprimen y subordinan a la persona privilegiando a unos grupos en relación con otros, lo relacionan los autores con la noción de hegemonía central de Antonio Gramsci, quien entiende que el individuo da el consentimiento a esos abusos del poder debido a un pensamiento general modelado por las distintas instituciones sociales (escuela, medios de comunicación, la medicina, etc.) naturalizando la desigualdad del poder (Lawrence Grossberg, 2004).

Esta visión, compartida por los teóricos e investigadores posmodernistas, hace que sus trabajos tomen la forma de una crítica social y cultural (Joe Kincheloe y Shirley Steinberg, 1997) y que, a su vez, permitan la construcción de discursos que den lugar a relaciones de igualdad que favorezcan la agencialidad del sujeto. Según Bruner (1991), el lenguaje, el discurso, organiza el mundo en que vivimos y, por tanto, la narración es la herramienta a través de la cual se organizan nuestros valores, creencias o sentido común. Es por eso que aquí nos centramos en el discurso para llegar a las interioridades de las cosas y del individuo.

Este análisis, así como el trabajo de los teóricos críticos, es un acto político porque toma partido en asuntos que atañen a la sociedad y no descuida el papel social de los colectivos marginados, sino que los estudia en pos de un cambio social que busque el bienestar general.

El procedimiento seguido parte de una revisión bibliográfica sobre construccionismo social (Kenneth Gergen), teoría queer y performatividad (Judith Butler), discursos posmodernos de autores como Jacques Derrida y el deconstruccionismo, Gilles Deleuze, el posestructuralismo semiótico de Roland Barthes, Michel Foucault y la

genealogía del poder, estudios sobre la locura, la identidad (Erving Goffman), teoría del discurso, entre otros. Esto encauzó la búsqueda y posterior selección de material documental sobre la problemática mental, basándonos en declaraciones públicas de grupos comprometidos con el tema (personas con diagnóstico, antropólogos, psicólogos, psiquiatras, etc.) que facilitaron una búsqueda más amplia a partir de distintas asociaciones y organizaciones relacionadas con lo mental, buscando colectivos que pudieran tener un lenguaje alternativo.

A partir de aquí, extraje materiales que tenían que ver con la presencia de ciertos tipos de discurso; en concreto, encontré dos tipos bien diferenciados: el discurso del déficit impuesto por la sociedad y, en oposición, una propuesta discursiva alternativa que nace de un ejercicio reflexivo de ciertos colectivos marginales.

En este punto, fui elaborando un texto de investigación a base de notas (palabras, perífrasis, etc.), como aconseja Bruce Bergh (1989), que fueron recogidas según el criterio único de “si la narración que representa la problemática mental es a través de un lenguaje propio y personal o través del lenguaje dominante de la sociedad”. Este criterio permitió reducir el número de unidades de registro a un número menor categorías ad hoc para distinguir elementos y tipologías concretas en ambos discursos. Este sistema de categorización (Leonard Schatzman y Strauss, 1973) ayudó a estructurar el apartado de resultados que sigue a continuación.

III. Resultados

Desde hace unas décadas, hay una creciente multiplicación de espacios –empresas, organizaciones, programas, etc.–, configurados con la participación de personas con problemas mentales (Manuel Muñoz y otras, 2009). Algunos continúan funcionando aportando un gran valor a la sociedad, en parte, gracias a una revisión constante de sus contenidos y a la incansable labor de engendrar eventos comprometidos con la causa. Ejemplo de ello son la Federación Andaluza de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES), la asociación almeriense *El Timón* (Asociación de Familiares y Allegados de Personas con Enfermedad Mental), Centros de día, Radios comunitarias como *La Colifata* en Buenos Aires, *Nikosia* en Cataluña, *Prometea* en Galicia, *La*

Fragola en Trieste, Italia, etc., así como el Proyecto Ícarus, la Revolución Delirante, Asociación *Intervoice* y el movimiento *MadPride*, entre tantos.

Otros, sin embargo, son el polisón bajo el modelo biomédico y el lenguaje de la psiquiatría. No ofrecen una alternativa que se aleje de la condición de enfermo o que, al menos, la reduzca. No contemplan la opción de empleado, ni la de trabajador, ni reconocen sus habilidades o los beneficios que aportan. Ambiguos en su naturaleza y en su praxis, siguen una lógica que genera más dependencia que independencia. Una lógica en la que *yo* –desde la geografía de los normales, conocedor de la enfermedad– pongo a tu servicio lo que te ayudará a normalizarte: conseguir un empleo, comprar cosas, independizarte, tener relaciones sociales y vivir una vida medianamente digna según los estándares de las normas sociales dominantes.

A lo largo de la investigación y el análisis del material documental de este trabajo se ha podido comprobar que, al menos en nuestra cultura occidental, hay un conjunto de micropoderes cuyas instituciones producen y mantienen discursos con valor de verdad que se encargan de separar la razón de la locura. Aquí veremos ejemplos discursivos que sustentan el sistema de dominación del saber y la razón sobre la locura, así como otros muchos de la existente aunque silenciosa revolución de conciencias que lentamente va empoderando al oprimido.

III.1. Lenguaje del déficit

III.1.1. Tratamiento ¿Cuándo y cómo?

Tras el análisis del material documental se han encontrado dos posiciones diferenciadas en cuanto a la conveniencia del tratamiento y la consecuente cura o recuperación. En el colectivo de personas que han sido diagnosticadas con una enfermedad mental hay quienes aceptan y asumen el discurso alrededor del diagnóstico y hablan de la enfermedad mental situándola en el nivel de enfermedad física. “Hay que normalizar la enfermedad mental, un diabético se pincha insulina todos los días y yo risperidona cada quince”, decía uno de los pacientes en el documental *1% Esquizofrenia*. También hay quienes no aceptan el lenguaje del déficit mental y, en cambio, hablan de *trastorno* y *síntomas* que, al fin y al cabo, nos hacen humanos.

Raúl Velasco, ex redactor de Radio Nikosia, escritor y padre, nos contó en una entrevista telefónica realizada el pasado mes de marzo su concepción de la problemática mental:

“yo no me considero enfermo, sí una persona que padece y, en ese caso, si yo estoy enfermo, todos lo estamos. (...) Puedo tener una serie de dificultades a lo largo de mi vida y he aprendido a gestionarlas junto a mi entorno, pero actualmente no tengo ningún tratamiento farmacológico. Cuento con mi psicólogo y con un dispositivo de asistencia social que me ayuda cuando lo necesito”.

La concepción de Raúl con respecto a la esquizofrenia es un pensamiento compartido por muchas personas que han hecho su relato público¹¹ y vieron en la *diferencia* un lugar donde *ser* fuera del rol pasivo del enfermo que padece.

Quien se piensa enfermo habla de cura, recuperación o rehabilitación. Quien lo entiende como síndrome, ve la esquizofrenia como un conjunto de afecciones crónicas donde la palabra *cura* deja de existir en su vocabulario. Para otros, la palabra recuperación alienta como proceso, como resultado.

Guillermo decía en la Jornada *Ponte en mi lugar, conecta conmigo 2015*¹²:

La palabra es muy importante. La palabra “rehabilitación” no me gusta porque parece que tienes que habilitar algo. ¿A esa persona tienes que habilitarla realmente? No sé qué palabra elegiría, creo que utilizaría el término de la psicología “resiliencia”...

Sin embargo, hay pacientes que dicen sentirse liberados una vez conocen el diagnóstico. En el documental *1% esquizofrenia*, la mayoría de los entrevistados coinciden en que el paso determinante para empezar el camino hacia la recuperación es asumir que se tiene una enfermedad y, en los momentos de confusión, dejarse aconsejar por el psiquiatra.

En la actualidad, es generalmente asumido que la recuperación debe pasar por el tratamiento con neurolépticos aunque éstos no cumplan las expectativas en cuanto a lo que entendemos por recuperación. Al menos, así lo entienden los ponentes del Congreso

¹¹ El pensamiento de la esquizofrenia como forma particular de afrontar las dificultades de la vida se deja ver en las distintas partes del relato que han hecho público personas con diagnóstico en documentales como *1% esquizofrenia* (<https://www.youtube.com/watch?v=IsaC2ZJrk6o>), también en el documental *Di-capacitados* (<https://www.youtube.com/watch?v=Fkos-VCRpv0>), o en *toma estas alas rotas* (<https://www.youtube.com/watch?v=VytXQ98wFBk>).

¹² Jornada presidida por la confederación FEAFES con motivo del Día Mundial de la Salud Mental 2015 en el Ateneo de Madrid.

Estatal de Donostia en el informe recogido en marzo de 2006 sobre la tutela de las personas adultas incapacitadas en situación de desamparo:

4.4. Tratamiento en salud mental

Sin duda alguna, la primera obligación natural y la más complicada es el tratamiento o continuidad de los cuidados que su enfermedad exige. En las últimas décadas, el notable avance de la psiquiatría y la introducción de nuevos tratamientos farmacológicos -los antipsicóticos- llevaron al cierre de los defenestrados manicomios y a la integración de la asistencia psiquiátrica en la atención médica normalizada, dando origen a la atención comunitaria en psiquiatría. En este aspecto, la obligación principal del tutor es lograr que su tutelado acuda al centro de salud mental y cumpla el tratamiento prescrito. Esto, les puedo asegurar, no es nada fácil, ya que uno de los principales problemas, con los que nos enfrentamos, es que si la persona con enfermedad mental se encuentra protegida, legalmente, a través del mecanismo jurídico de la incapacidad, lo será, entre otras cosas, porque no tiene conciencia de enfermedad.

El lenguaje del déficit mental impone una categoría, pretende una “conciencia de enfermedad” que, si no aceptas, si no te identificas con esa terminología, lo que sucede es que, o bien no sales del psiquiátrico, o se entiende que no estás siguiendo el tratamiento debidamente y, por lo tanto, no tienes acceso a unos tipos de ayuda específica.

Al fin y al cabo, por lo que se está luchando (y lo que aquí nos interesa) desde la Federación Andaluza, Radio Nikosia, la gente de Primera Vocal, el movimiento Hearingvoices, etc., es por la autonomía de la persona para que tenga la capacidad de elegir cómo y cuándo debe ser tratado, y establecer una suerte de relación terapéutica donde compartir con los saberes expertos su propia experiencia con el sufrimiento de la problemática mental.

Desde el lenguaje médico se utiliza la expresión “el paciente no tiene tolerancia a la frustración” cuando se comporta de forma ansiosa o con una sensibilidad excesiva ante aquello que le es desagradable, pero ¿qué título acredita a alguien para valorar la experiencia íntima de una persona que sufre y traducirla al frío tecnicismo de baja tolerancia a la frustración?

En este caso se puede ver que hay una apropiación de la legitimidad del otro que refuerza una perversa relación jerárquica de poder. El paciente queda sin herramientas ni poder suficiente para dirigir su vida de forma satisfactoria.

Princesa Inca/Cristina Martín, una de las *nikosianas* que entró en 2004 en el proyecto, publica en su blog¹³ un texto en prosa dedicado a psiquiatras y predicadores que dice así:

No tienes derecho / a decirme si debo o no debo / nadie es más que nadie / ni tus libros me valen / porque yo tengo los míos / y a veces no hay libros / que la vida es observar y notar cómo duele / esa misma vida / en el origen profundo de las venas / dejar que te voltee y te hunda / mirar si tenía la forma olvidada / de una ciudad que visitaste / hace años / y queda en el recuerdo / No tienes derecho / a decirme si soy o no soy, / porque Ser nadie sabe / que todos somos miedo y alegría / y a la vez agua y hastío / No tienes derecho, jamás / a decirme si valgo o no / porque no hay números en el alma ni pastillas para el alma / no hay precio aunque insistan / vendiéndonos en cada esquina/no tienes derecho, tú, jamás / a ser yo.

También Pau, *nikosiano*, comentaba en un programa sobre psiquiatría que ya no quería ir a su psiquiatra¹⁴:

El doctor me ve a través de mi ficha clínica. Ése soy yo para él y yo sé que no soy ese. No hay diálogo. No me conoce. Me pregunta cómo estoy sin mirarme. ¿Cómo puedo responder a eso? Los últimos cambios de medicación me dejaron hecho polvo. A mí me gusta correr maratones y se me agarrotan los músculos con la nueva que tomo. Así que lo hablé con el doctor para que volviera a darme las viejas pastillas que no me hacían esto que estas me hacen. No quiso. Dijo que estas nuevas eran mejores, pero lo decía él sin probarlas. Esa fue la única vez que se puso bravo, fue cuando le pedí y le pedí que me cambiara o me bajara la medicación: no quiso. Dijo que era su responsabilidad y no quiso. Se enojó porque después yo le exigí. Y yo prefiero correr. Siempre lo dije: prefiero sentir el dolor y el sufrimiento, a la invalidez emocional de las pastillas. Prefiero el dolor, el placer, el reír y volver a llorar... antes que la muerte emocional de las pastillas, frente a la vida petrificada. Aunque me cueste la vida... Prefiero poder correr, amar y sentir... Yo soy feliz cuando corro y cuando estoy en un punto de excitación que es justamente el que asusta a los demás. No lo entienden. El doctor lo entiende menos. Y entonces mis hermanos llaman al 061 a mis espaldas y termino ingresado cada vez que empiezo a ser feliz. Ahora me han dado otro diagnóstico: esquizofrénico y bipolar. Por los altibajos, dicen.

La psiquiatra Laura Martín¹⁵, en la conferencia ofrecida al evento local *TedxValladolid* de 2014, habla de la idiosincrasia del individuo y de sus peculiaridades. Que el delirio

¹³ <http://laprincesainca.blogspot.com.es/>

¹⁴ Declaración extraída del artículo, *Irrupción posible del saber profano. Hacia una construcción del conocimiento en salud mental*, de Martín Correa Urquiza (2014).

¹⁵ Psiquiatra y miembro fundador de la Revolución Delirante. En 2011 funda, junto a otros compañeros de profesión, la Revolución Delirante, un movimiento de jóvenes profesionales de la Salud Mental. Emprenden así la tarea de acercar entre sí la locura y la sociedad, y, sobre estos principios, desde Enero

puede ser el único recurso de esa persona para poder estar consigo misma y con los demás y que, de quitárselo, se lo estaríamos poniendo más difícil.

El tratamiento debe ser consensuado para que la terapia se adapte a las necesidades de las personas, y no al revés. El tratamiento debe ser acordado con la premisa de que los fármacos son de carácter general y el sufrimiento humano es sustancialmente generado a partir de los problemas del alma, y está comprobado que la soledad es un factor determinante en el desencadenamiento de crisis, más que un mero desequilibrio químico.

Relacionarnos con la terminología del déficit mental incapacita desde el momento en que nos tratamos en términos de *enfermedad*. Llamar a alguien *enfermo* tiene repercusión para la persona con el diagnóstico, tanto como para la familia que asume la idea de tener un hijo enfermo en vez de tener un hijo con un malestar y que ese malestar requiere un ajuste de distancias (Enrique González Duro, 2002).

Según afirmaciones de los pacientes, hay una necesidad de cambiar la relación terapéutica. Jose Luis, nikosiano, dice en el documental *El revés del tapiz de la locura*¹⁶:

Vas a la consulta del psiquiatra, le explicas más o menos lo que tienes, te receta una cosa y fíjate, es curioso porque vuelves al cabo de dos meses y le dices: no me encuentro bien y te receta otra. Vas a hacer la prueba: no me encuentro bien y te receta otra. No te escucha, para él eres una historia clínica. Hay que tratar a la persona. Conectar con quien eres, con lo que sientes. La medicación lo que hace es anularnos, anular lo que sentimos.

La experiencia de Jose Luis, que representa a la de muchos pacientes, deja ver que la falta de escucha y la ausencia de diálogo se han naturalizado en terapia. Desde distintas asociaciones y movimientos activos revolucionarios se exige que el acompañamiento sea la herramienta que articule el cuerpo de la terapia y buscar más el *trato* en el tratamiento.

de 2013 coordina el Centro de Intervención Comunitaria del Servicio de Psiquiatría del Hospital Río Hortega de Valladolid, un equipo piloto que pretende realizar un trabajo innovador para personas diagnosticadas de enfermedad mental grave.

¹⁶ <https://vimeo.com/62059140>

III.1.2. El trabajo como instrumento normalizador

Hay una visión generalizada en la sociedad de que el trabajo y el salario dignifican y humanizan a la persona. Así, el trabajo es entendido como elemento terapéutico y fundamental para la readaptación del paciente a la vida diaria.

Ana, en el documental *1% esquizofrenia*, dice: “el trabajo es muy importante. Te da integración plena, independencia económica, te da tu valor aunque todos valemos. Te sientes útil. Yo soy una persona productiva”. Veamos, según esta concepción del trabajo, la descripción que hace de su historia el proyecto empresarial *La Fageda*¹⁷:

La Fageda nace a principios de los años 80 como una experiencia piloto para tratar de sacar a los enfermos mentales de los hospitales psiquiátricos y del estado de marginación social que padecían. Está comúnmente aceptado que el desarrollo de una actividad laboral es algo fundamental en la vida de cualquier persona. Por esta razón en 1982, La Fageda pone en marcha en Olot un proyecto empresarial con el objetivo de insertar laboralmente y socialmente las personas con discapacidad psíquica o trastornos mentales severos de la Comarca.

Sin poner en duda las nobles intenciones de *La Fageda*, ésta parece estar justificando su propia existencia en tanto práctica asistencial necesaria para los *enfermos mentales* y *marginados* de Olot. Luego, siguen defendiendo su actividad destacando el papel integrador y normalizador del trabajo, favoreciendo así la inserción social de las personas con discapacidad psíquica. Con todo ello, al conceptualizarse como actividad terapéutica más que como una empresa de éxito, están, en primer lugar, entronando a *La Fageda* en la posición del saber experto –en tanto supuesto generador de salud– y situando a “*los fagedenses*” en la posición pasiva y enferma de los que reciben, en vez de ser personas generadoras de desarrollo en la sociedad. Definiéndose principalmente como práctica terapéutica, están deslegitimando su práctica como empresa productora de lácteos y mermelada y, en consecuencia, los trabajadores son representados como pacientes, y no como sujetos agentes indispensables para la riqueza.

Sigamos viendo la descripción que hace *La Fageda* de lo que ofrece y de sus trabajadores:

¹⁷ La Fageda, así como lo exponen en la descripción de su historia, cuenta con una gran variedad de actividades como: granja de vacas, fábrica de lácteos y de helados, obrador de mermeladas, jardinería, etc., pero nacen como una experiencia piloto para tratar de sacar a los enfermos mentales de los hospitales psiquiátricos y del estado de marginación social. Aquí, su página web: <http://www.fageda.com/es/>

El Centro Ocupacional de *La Fageda*, creado en 1987, atiende a personas adultas con disminución psíquica y / o trastornos mentales severos de la Garrotxa. Son personas con dificultades para acceder al mundo laboral ya que no disponen de hábitos y habilidades suficientes. En el centro trabajamos para su máxima integración en la sociedad.

Una vez más, enmarañan la identidad de la persona destacando insuficiencias más que capacidades. Finalmente, la impresión que queda es, de nuevo, la de un tratamiento asistencial que ya tenían en otros contextos médicos en los que se les propusieron diagnósticos, tratamientos y cosas por el estilo, en lugar de asumir convencidos la alternativa de que son personas que pueden vivir su vida igual que cualquier otro.

En otro párrafo de la misma presentación podemos extraer lo que parece un discurso económico desde donde se entiende el éxito del negocio, que no depende de si sus trabajadores son o no enfermos mentales, sino de sus cifras de resultados ("el tercer lloc al rànkung de vendas de iogurts a Catalunya", dicen casi al final), y la conclusión feliz del texto se aleja de ambos discursos para hacer que la clave sea del orden del sueño, de una aventura que no es un asunto económico, sino una cierta locura de todos: "Somniat ha estat la condició indispensable per fer el que hem fet", como afirman los responsables de la iniciativa, que son empresarios y profesionales de la salud y la educación, y no los usuarios.

Un ejemplo diferente lo encontramos en la página de Repsol¹⁸ con una noticia de 2008 con el titular: "Repsol premiada por su campaña publicitaria dedicada a la integración de discapacitados", y más adelante: "Más de 300 personas con capacidades diferentes trabajan en estaciones de servicio de Repsol en toda España". Hablar de "otras" capacidades en vez de "discapacidad" permite pensar, aunque sea un esfuerzo modesto, a la persona en igualdad de condiciones y no desde el lenguaje del déficit.

Existen razones para creer que en sus esfuerzos de crear espacios donde facilitar el mejoramiento humano, hay empresarios y profesionales de la salud que, paradójicamente, generan –simultáneamente– un tejido conceptual de la enfermedad que sigue cubriendo al paciente. Quizá sea necesario que *La Fageda*, *Repsol* y, en definitiva, todas las iniciativas en pos de la inclusión, reflexionen sobre sus raíces o, al menos, sobre la semántica con la que se piensan para, finalmente, no acabar incurriendo

¹⁸ Aquí la noticia. Notas de prensa, Repsol 2008, https://www.repsol.com/es_es/corporacion/prensa/notas-de-prensa/ultimas-notas/premio_cermi.aspx

en el opresivo lenguaje del déficit. Quizá, entonces, puedan plantearse nuevas prácticas, otras alternativas con las que *ser* fuera de la exclusión y el estigma.

III.1.3. El estigma: tipologías

Como diría Martín Correa-Urquiza (2009), en nuestros días, el lenguaje sanitario ha cambiado la noción de paciente o enfermo por la de “usuario”. Ahora, los enfermos son usuarios del sistema sanitario y la “enfermedad mental” pasa a ser “trastorno mental”.

Según algunos locutores de radio Nikosia, equiparar la problemática mental a la enfermedad física como intento de reducir el estigma y normalizar esta patología fracasó. Raúl Velasco, en la entrevista de marzo ya mencionada, nos cuenta su idea sobre cómo les percibe la sociedad: “la sociedad piensa que la base de los trastornos mentales está en un fallo en el cerebro. Hay algo que no va bien y provoca que el afectado se aleje de la conciencia”, aunque la realidad sea bastante distinta. La persona se encuentra generalmente en relativo equilibrio (como cualquier otra persona) excepto en momentos de crisis y, aun así, la persona afectada sigue siendo considerada un enfermo, un discapacitado global.

A grandes rasgos, el estigma parece mantenerse por tres partes: por un lado, existe un estigma social-global, es decir, el que resulta de preconcepciones estereotipadas que la sociedad relaciona con la locura. Por otra parte, se ha visto un segundo nivel de estigma, que es el producido por terapeutas profesionales de la salud mental y familiares. Esto ocurre cuando se dan relaciones con la persona como enfermo absoluto, cuando se llevan a cabo conductas paternalistas o cuando el psiquiatra establece un monólogo con la locura en vez de un diálogo con la persona. Y, por último, el estigma que se mantiene por el autoconcepto cuando el individuo incorpora en el concepto de sí mismo el lenguaje del déficit al que, desgraciadamente, está expuesto.

Javier, en *1% esquizofrenia*, contaba qué sintió cuando le comunicaron el diagnóstico: “el mero hecho de que te digan tienes esquizofrenia es un palo por todo el bagaje que llevas asociado a la violencia. La información que dan los medios es totalmente negativa. La gente nos tiene miedo.”

Princesa Inca decía en uno de los *podcast* de la página web de *Radio Nikosia*:

Yo no sé hasta qué punto el dolor que tengo tiene que ver con la esquizofrenia en sí misma, y hasta qué punto es resultado de todas las situaciones que vivo por tener el diagnóstico. No me queda claro dónde está el límite de uno y de otro.

En ocasiones, las familias, por repetición del lenguaje del déficit mental, ven a la persona con un aura de discapacidad a su alrededor. Es común escuchar a padres decir “soy padre de un hijo esquizofrénico” para referirse a él, o asumiendo parte de una responsabilidad que no es suya bajo el imperativo “él no puede” o con frases tan rotundas como “qué será de él cuando yo falte.”

Princesa Inca, en el documental *El revés del tapiz de la locura*, contaba la historia de un ingreso forzoso durante el cual, dos enfermeras del hospital dijeron abiertamente (delante de ella): “mira qué pena, hay algunos que nunca se recuperan”. “Estaba loca, oía voces en la cabeza, pero las otras voces también podía oírlas”, concluía Cristina/princesa inca.

El trato estandarizado durante algunas prácticas hospitalarias es contado por los pacientes como vejatorio y humillante. Cuentan con desgarró la impotencia y el sufrimiento vivido durante meses, sin voluntad, sin deseo y, simplemente, permaneciendo.

*Primera vocal*¹⁹ publica el 1 de junio de 2016 un fanzine²⁰ centrado en ingresos forzosos que recoge las experiencias en primera persona de personas que fueron hospitalizadas.

La subestimación de las capacidades y la valía de estas personas repercuten en su autoconcepto negativamente. De forma que, en ocasiones, el suicidio se convierte en una opción para acabar con el sufrimiento existencial.

III.1.4. Propagación del estigma

Los medios de comunicación son los encargados de producir y seleccionar ciertos discursos que, potencialmente, podrán pasar a formar parte principal de los imaginarios públicos.

¹⁹ Descripción de su página web: *Primera Vocal* es un proyecto sencillo y humilde, tan solo aspira a hacer accesibles textos que contribuyan a establecer puentes de unión entre la llamada salud mental y la revuelta. Tratamos simplemente de facilitar materiales con los que combatir la dominación a la que nos vemos sometidos en tanto que psiquiatrizados y antiautoritarios.

²⁰ Aquí el link donde descargar el fanzine: https://primeravocal.org/wp-content/uploads/2016/06/ingresos-forzosos_xarxa-gam_primera-vocal.pdf

Los medios de comunicación acortan distancias poniendo a nuestro servicio –en tiempo real– lo que está sucediendo en el mundo, pero, en general, la selección de la noticia se rige por el morbo y el sensacionalismo. Con esta base, el modo de informar sobre los hechos es siempre especulativo, se hace un mal uso del lenguaje y, en este caso, se da un trato deshumanizador a las personas que padecen de enfermedad mental. Así lo podemos ver, por ejemplo, en el artículo publicado en el periódico ABC en 2004: “Un demente degüella a un niño cuando jugaba en un parque de Gijón”²¹. Y la misma noticia, esta vez por el periódico liberal de Asturias *La Nueva España* en 2008: “El enfermo mental que degolló al pequeño Borja Solar, condenado a 15 años de Cárcel”²². O este otro en el periódico online *El Correo Gallego* el pasado noviembre de 2015: “Un joven esquizofrénico mata a su madre de diez cuchilladas”²³.

En la revista online *Salud Mental*, la Dra. González, del Hospital *DR. Rodríguez Lafora* de Madrid, publica *Violencia y Esquizofrenia*, artículo con el que condena la esquizofrenia generando una pretendida intranquilidad en los lectores con afirmaciones como estas:

Estudios realizados teniendo en cuenta los episodios violentos ocurridos tanto ambulatoriamente como en régimen de ingreso, apuntan que de un 10 a un 50% de los pacientes con esquizofrenia son violentos en algún momento a lo largo de su enfermedad y un 3% infringe la ley. A la vista de estos resultados cabe preguntarse ¿qué circunstancias favorecen la aparición de conductas violentas en el paciente con esquizofrenia? ¿Cómo podemos prevenir estas conductas?

En función de lo expuesto anteriormente cabe decir que mientras que el paciente permanezca clínicamente estable el riesgo de presentar conductas violentas disminuye. (Irene González, 2008).

Si, tras leer esas afirmaciones, el lector no ha desarrollado un miedo paralizante ante la posibilidad de cruzarse con *un esquizofrénico*, quizá pueda seguir con las preguntas de la doctora y plantearse si acaso también puede predecir que algún día su vecino le sorprenda con un comportamiento violento. ¿Deberíamos entonces prescribir neurolépticos y tranquilizantes a la población general para garantizar la paz civil?

²¹ <http://hemeroteca.abc.es/nav/Navigate.exe/hemeroteca/madrid/abc/2004/07/24/023.html>

²² <http://www.lne.es/gijon/2008/04/08/enfermo-mental-degollo-pequeno-borja-solar-condenado-15-anos-carcel/624611.html>

²³ <http://www.elcorreogallego.es/galicia/ecg/un-joven-esquizofrenico-mata-su-madre-diez-cuchilladas/idEdicion-2015-11-10/idNoticia-963193/>

Los medios de comunicación están plagados de noticias sensacionalistas que no dudan en utilizar el calificativo de “doctor” o “doctora” creando la ilusión de estar siempre ofreciendo una información objetiva y veraz.

El periódico online *Levante-emv.com* publica en 2008 el artículo: “El juzgado dicta decenas de órdenes para obligar a los enfermos mentales a tomar la medicación”²⁴. En el título se está afirmando, entre otras cosas, que todos los diagnosticados con una enfermedad mental (al parecer, según el periodista, aparte de los trastornos psicóticos, también depresión, TOC, autismo, etc.) pueden, en algún momento del transcurso de su trastorno, ser hospitalizados por ley aun en contra de su voluntad.

Más allá de la simpleza del artículo, es conveniente destacar la arbitrariedad de estas prácticas y el daño que ocasionan a la sociedad transformando al paciente en un criminal potencialmente peligroso perseguido por la justicia.

Las noticias que hemos seleccionado a modo de ejemplo de lo que puede encontrar el lector fácilmente en las redes utilizan la terminología del déficit: “el enfermo mental”, “el esquizofrénico”, “el demente”, etc., donde la categoría diagnóstica pasa a ser la etiqueta que mejor define al individuo, olvidándose de incluir la categoría de persona. Estamos deshumanizando a la persona reduciéndola a un diagnóstico, y esto tiene consecuencias tremendamente negativas tanto para el que observa desde el afuera de la etiqueta (podría pensar un lector común: ¿para qué me voy a esforzar por comprender y entrar en relaciones con el otro si no es como yo?) como para el que mira desde el adentro (donde *ser* fuera de la lógica de la enfermedad total sin otra alternativa que la que ofrece el diagnóstico resulta un imposible).

Y, si al sensacionalismo le sumamos que las noticias se ponen a nuestro servicio con una carga semántica de pretendida objetividad, acontece la asociación de que las personas que sufren una enfermedad mental son violentas, lo cual además se entiende como verdad que rara vez se cuestiona, aunque haya información que contradiga lo que se reproduce en los medios de comunicación. De hecho, según los datos publicados por la Organización Mundial de la Salud, existe sólo un tres por ciento de personas con

²⁴ <http://www.levante-emv.com/comunitat-valenciana/2008/05/25/juzgado-dicta-decenas-ordenes-obligar-enfermos-mentales-medicacion/451163.html>

problemas de salud mental que, a lo largo de su vida, cometen un acto de violencia contra terceros²⁵.

III.2. Construyendo en común, construyendo lo común

Ha sido emocionante encontrar pequeños reductos en la sociedad que rechazan el lenguaje del déficit y, ante la opción establecida de asumir el rol pasivo de enfermo, deciden cuestionar el estigma y recordar que tienen voz y un punto de vista propio y diferente sobre la problemática de la salud mental.

Se ha visto que la participación civil le da apertura a la comunidad generando espacios de acogimiento y escucha a pesar de la diferencia. Ese acercamiento ha ido generando un discurso alternativo al de la enfermedad y, con él, la creación de grupos de ayuda mutuos que han ido desarrollando prácticas con un evidente efecto terapéutico.

Hoy, los *nikosianos*, los *colifatos*, los *prometeos*, los *hearer voices*, los actores del *teatro del oprimido*, etc., estos *locos* activistas, están ampliando el discurso que gira alrededor de los saberes de la locura y la problemática mental, construyendo el suyo propio con el que identificarse o con el que, al menos, sentirse cómodos.

Y también hoy, estos discursos que antes se ignoraban, son en la actualidad una herramienta imprescindible de concientización y sensibilidad ciudadana.

III.2.1. Un lenguaje propio

Los preceptos sobre los que funcionan las distintas asociaciones que promueven la emancipación de la clínica hablan de participación, de intercambio, de escucha, de empatía, de co-responsabilidad y de utilizar una terminología propia no relacionada con el halo de enfermedad que envuelve al lenguaje de la enfermedad mental. Los *nikosianos*, por ejemplo, reivindican desde la radio la palabra *loco* a la de enfermo mental ya que “abre otras opciones”, dicen.

También, en radio Nikosia, fueron apareciendo otros nombres. Ejemplo de ello lo tenemos en la cuña grabada en 2004 por Almudena: “Radio Nikosia, donde nuestra diferencia nos hace únicos”. Nikosia es una de las primeras radios en, como dicen ellos,

²⁵ Publicado en “El País”. 4 de septiembre de 2005. Sección: Opinión -El defensor del lector.

“transmitir desde la locura”. Nació inspirada por Radio la Colifata²⁶ y se reúnen para hablar de la locura y de otros temas que atañen al colectivo.

Nacho, nikosiano, se presentó en la radio de esta manera:

Hola soy Ignasi; un abismo separa mis momentos de extrema lucidez de otros en donde afloran todos mis complejos, mis inseguridades, mis miedos y debilidades, mis desvaríos y mi enfermiza timidez. En un plis plas me he encontrado en este programa de Radio Nikosia. Esto me supone una promoción y un medio de expresión público.

A Nacho, según dice, le diagnosticaron de esquizoafectivo, pero podría decirse que en su presentación es difícil ver indicios de enfermedad alguna. Él decide nombrarse y definir su malestar como “miedos”, “inseguridades” y “desvaríos”, síntomas comunes a todos los humanos. Se define a sí mismo en tanto cuerpo que puntualmente sufre, y no como cuerpo de una enfermedad limitada.

Radio Nikosia, como emisora comunitaria, es el puente que conecta al colectivo excluido con el resto de normales. Esta interacción mutua permite un diálogo con la locura que dará lugar a la producción de etiquetas alternativas. Algunas, legitimadas por su labor en la emisora como redactores, locutores, profesionales de la radio, etc., “vienen a vernos por nuestro trabajo y eso lo hace a uno sentirse aprovechado”, dice Alberto en una entrevista para TVE ; y otras, construidas colaborativamente, como, por ejemplo, las que surgen al reafirmarse como militantes de la Revolución de los locos²⁷.

Esas perífrasis *sanas* –que desenferman al sujeto– también renombran la experiencia psíquica, a veces, desde una perspectiva completamente distinta a la del modelo biomédico. Este es el caso del movimiento *Hearing Voices*, con el principio fundamental de considerar las –tradicionalmente– conceptualizadas *alucinaciones auditivas* como una experiencia compleja, importante y significativa por ser explorada (Marius Romme y Sandra Escher, 1994). Es decir, una experiencia humana válida a

²⁶ Radio la Colifata es una asociación no gubernamental que utiliza los medios de comunicación para la creación de espacios en salud. Es comúnmente conocida como LT 22 Radio “La Colifata”, la radio de los internos y ex internos del hospital Borda de Buenos Aires, y es la primera radio en el mundo en transmitir desde un neuropsiquiátrico. <http://lacolifata.com.ar/>

²⁷ Por *Revolución de los locos*, se refieren al tipo de revolución pacífica que apoyan personas con y sin diagnóstico, desobedeciendo la visión dominante de la psiquiatría que habla de “enfermedad mental”, reivindicando la suya propia sobre la problemática mental.

tener en cuenta, y no síntomas de esquizofrenia a resistir. Un vecino, *hearer voices*²⁸, de la comunidad de Madrid dijo estas palabras en el *taller práctico sobre los grupos de escuchadores de voces*²⁹ en 2015:

Nuestras sensibilidades, visiones e inspiraciones no son necesariamente síntoma de enfermedad. Sí, es una experiencia que a veces nos hace sufrir, como pueden ser las voces descalificadoras, pero no es una enfermedad. Quiero que quede claro, si se trabaja bien, todas las voces tienen una significación en nuestra historia de vida.

Otro simpatizante del movimiento habla de su experiencia psíquica auditiva como una *realidad no compartida*. La define como experiencia real y no alucinatoria a tener en cuenta aunque resulte poco usual para el resto de personas.

Dándole ese sentido a la experiencia, se desvincula el síntoma del diagnóstico y se cuestiona la lógica del “escucho voces porque soy enfermo mental - soy un enfermo mental porque escucho voces”. Desde esta posición analítica de la experiencia psíquica auditiva, se rechaza el lenguaje del déficit que petrifica a la persona en tanto cuerpos de enfermedad definidos y delimitados por una categoría impuesta por los cuerdos que representan los saberes expertos autorizados para hablar de su sufrimiento.

Sascha Altman, uno de los fundadores del Proyecto Ícaro³⁰, envía el artículo *Bipolar World* al periódico *SFGB San Francisco Bay Guardian* y es publicado en septiembre de 2002. Aquí, el extracto de un párrafo donde el autor se sorprende utilizando los términos estigmatizantes del lenguaje de la psiquiatría:

I feel so alienated sometimes, even by the language I find coming out of my mouth or that I type out on the computer screen. Words like "disorder," "disease," and "dysfunction" just seem so very hollow and crude. I feel like I'm speaking a foreign and clinical language that is useful for navigating my way through the current system but doesn't translate into my own internal vocabulary, where things are so much more fluid and complex. Toward the end of *An Unquiet Mind*, Jamison points out that even the term "bipolar" seems to obscure and minimize the illness

²⁸ Escuchador de voces, para la traducción al castellano, comparte esa forma de pensar el dolor psíquico del movimiento Hearing Voices y sus principios fundamentales, como son el aceptar que escuchar voces (así como las experiencias relacionadas con dicho fenómeno) son experiencias humanas válidas, promover la autodeterminación y el empoderamiento, entre otros.

²⁹ *El taller práctico sobre los grupos de escuchadores de voces* tuvo lugar en el salón de actos del hospital universitario de Santa Cristina con motivo del 7º congreso mundial de Hearing Voices.

³⁰ El proyecto Ícaro es un proyecto web que nació en 2002 animado por la gran acogida que tuvieron tras la publicación del artículo “Bipolar World” de Sascha Altman en el periódico SFGB San Francisco Bay Guardian. La página web se creó para ofrecer apoyo e información a personas que no están conformes con el abordaje de la enfermedad mental desde el modelo médico (<http://elproyectoicaro.wix.com/icaro>).

it is supposed to represent by presupposing a polarization between two states that aren't always so easily picked apart. But "bipolar" seems to be the word we're stuck with for the moment.

Como ocurre en el caso de Sascha Altman, muchos pacientes que cargan con el diagnóstico de una enfermedad mental dicen no identificarse con la terminología de la psiquiatría por varios motivos que van desde la simpleza y vacuidad del lenguaje, incapaz de explicar la complejidad de la experiencia psíquica, hasta la instauración de un estado de excepción que se mantiene con el uso de términos que propagan una conciencia de la enfermedad que, para muchos de los usuarios, no es útil. Desde Hearing Voices, Entrevoces, Proyecto Ícaro, Primera Vocal, etc., defienden la autoderterminación con el uso de un lenguaje personal y propio con el que expresarse.

Aquí, un ejemplo de las alternativas discursivas de usuarios de un Grupo de Apoyo Mutuo en Madrid que acudieron al taller de Hearing Voices en 2015. Una usuaria dijo no tener un “brote”, sino un “burullu”. Otro usuario dijo no ser “un psicótico”, sino un chico que “escucha voces”. Otro participante dijo no estar con “aplatamiento afectivo”, sino sentirse “agilipollao”.

Decir que “escuchas voces”, en lugar de que eres un psicótico, no enmascara el hecho de que se vivencian experiencias inusuales, pero, al menos, suena más amable, así como despatologiza nuestras emociones diarias devolviéndoles la naturalidad del lenguaje *de la calle*. Una usuaria de la asociación madrileña de salud mental dice durante el séptimo congreso mundial de Hearing Voices: “las voces son fundamentales en mi vida, me hacen sentir única y hablo con ellas cosas que no me he atrevido a hablar con nadie más”. Se siente única y especial. Define a sus voces como voces aliadas o amigas con las que puede *abrirse* en libertad.

Este pensamiento individual que, en la puesta en común en los Grupos de Apoyo Mutuo se hace colectivo, provoca la aparición de distintas asociaciones, como la red internacional de estudio del fenómeno *escucha de voces* en Reino Unido (2007) y la comunidad virtual *Intervoice*³¹, que pretenden ofrecer un espacio donde compartir sin miedo para tener la oportunidad de construir conjuntamente. Esta nueva forma de pensarse fuera de la enfermedad supone una aportación radicalmente distinta a la que

³¹ Intervoice es una organización benéfica que nace en Inglaterra en 2007 con la intención de proporcionar apoyo y difusión al movimiento internacional de escuchadores de voces. No tiene una estructura formal de miembros. No hay un cuerpo de gobierno o liderazgo. (<http://www.intervoiceonline.org>).

ofrece el paradigma biologicista y, por tanto, importante y significativa por ser explorada (Baker, 1998).

En Gothenburg, Suecia, hay una Fundación de cuidado familiar³² de médicos y terapeutas que trabajan colaborativamente con casas de acogida³³ con el objetivo de ayudar a las personas a recuperarse de la psicosis sin medicamentos. Desde esta organización, como queda reflejado en el documental *Healing Homes*³⁴, no llaman a la persona que acude a la fundación en términos de cliente, paciente o usuario; en cambio, le llaman por su nombre. Un ejemplo de ese trato lo encontramos en el documental *Healing Homes*, donde los Stevensson, cuando una persona que carga con un diagnóstico mental ingresa en su casa, dicen, “X va a pasar una temporada con nosotros porque lleva sufriendo unos problemas desde hace años”. Fíjese el lector en que la terminología no es la del déficit mental. No hay un enfermo, sino alguien que sufre.

III.2.2. La relación con los otros

Contar con espacios que habiliten otro tipo de posibilidades fuera de la enfermedad permite pensarnos en otros términos, de tal modo que se reducen las consecuencias estigmatizantes del lenguaje del déficit. En este apartado se expondrán ejemplos de cómo un lenguaje alternativo rompe otra de las fuentes del estigma haciendo más humana y amable la relación con los otros.

Radio Nikosia, en oposición a La Fageda, genera una identidad asociada a la idea de profesional autor-productor de riqueza (escritor, locutor, redactor, etc.) y artista creativo. Victor, nikosiano, comentó en un programa que no se sentía respetado en su barrio y que, desde que es un integrante de radio Nikosia, empezó a verse diferente. “Ahora van a entender varias cosas los camareros de mi barrio –decía–, que no soy un inútil, que hago cosas creativas y, aunque no me paguen, que tengo un trabajo que es reconocido por la tele”.

³² Es una organización que trabaja integrando a las personas a quienes la psiquiatría tradicional ha fallado en familias campesinas en Suecia (<http://www.familjevardsstiftelsen.se/english/>).

³³ Son casas que acogen en su dinámica familiar a personas que sufren problemas mentales desde hace años y trabajan en pro de su recuperación siguiendo el modelo terapéutico *The Extended Therapy Room* como base teórica que orienta su línea de acción.

³⁴ Documental dirigido por el psicoterapeuta y escritor neoyorkino Daniel Mackler en 2014 (<https://www.youtube.com/watch?v=JV4NTEp8S2Q>).

Dolors, nikosiana, cuenta en la presentación del Proyecto de Radio Nikosia en el Auditorio del Caixa Forum en Barcelona (2004) lo que para ella significaba la experiencia de la radio:

Yo me sitúo desde la óptica de expresar mis sentimientos, para mí, el concepto de salud mental pasa por integrarnos anímicamente. Mi experiencia me ha hecho ver que lo más importante es que la salud mental se enfoque desde una perspectiva en donde la afectividad sea primordial para la resolución de los problemas. Pienso que no deberíamos concederle tanta importancia a la química del cerebro, ya que la vida me ha enseñado, por ejemplo, que tener una relación me ha estabilizado mucho. La radio me ayuda a la rehabilitación, por primera vez no es nada impuesto. Yo escojo lo que me hace sentirme una persona y lo que quiero transmitir en un medio de comunicación. Es importante asumir una responsabilidad y enriquecerme junto a mis compañeros. La radio me ha enseñado que uno puede estar mal y los compañeros no te rechazan. Este es el objetivo de Radio Nikosia: no excluir a nadie, ya sea por color, raza, sexo. Hoy hay que saber que se pueden vivir realidades diversas sintiéndose cada vez más persona, tolerante, solidario. Hay que ir escuchando lo que dice el otro, ayudando al que lo está pasando mal. Las cosas pueden cambiar con sólo proponérselo, somos conscientes de que aún queda mucho por andar.

Radio Nikosia encuentra una alternativa compleja que incluye el nombre, la nueva posición pública global y la base justificatoria a través de la expresión del *verdadero yo*, generando una acción que dialoga con los otros, y promueve la constitución de ser otro más, y no solo el loco o el enfermo.

El Teatro del Oprimido³⁵ utiliza el teatro y las técnicas dramáticas como instrumento para la reflexión y generación de alternativas que sustituyen la definición oficial de situaciones vitales ahora vistas como problemáticas. Esto es, actuando se desprenden de la etiqueta del diagnóstico para ser artistas, trabajadores, estudiantes y ciudadanos que se vuelcan en la interpretación para reflexionar sobre problemas sociales, familiares, etc.

En esta modalidad teatral utilizan una técnica llamada teatro-fórum, en la que trabajan con un colectivo que se siente oprimido por una misma razón, y con ellos se construye una función que se presentará a un público en dos tiempos: en un primer momento se

³⁵ El objetivo reside en estimular a los participantes actores y no-actores a expresar sus vivencias de situaciones cotidianas de opresión a través del teatro y generar en el colectivo oprimido, mediante la integración de los distintos lenguajes artísticos, una pluralidad de alternativas discursivas con las que renombrarse en pro de la alteridad.

expone el problema, y en el segundo los espectadores reemplazan al protagonista para intentar encontrar alternativas a la situación³⁶.

En una entrevista realizada por *Astra Fábrica Social para la Cultura* el pasado 11 de marzo al *Círculo de Diálogo CreActivo* en Bizkaia, una participante dice: “ahora me siento parte de un grupo, esto es más terapéutico que los dos años que estuve en el centro de Día. Nosotros necesitamos expresarnos y utilizar la imaginación”.

Fíjese el lector en el paralelismo de este sentimiento de expresión del yo verdadero, que resulta en un yo creativo y en su hacer como herramienta de acción y transformación social, con el que también facilitaba la actuación en Radio Nikosia. Al fin y al cabo, estas opciones que, según su testimonio, resultan agradables, surgen prácticamente desde el momento en el que se habilita un espacio *libre* donde ser.

En España, tenemos Entrevoces³⁷, que nace con motivo del séptimo congreso mundial que tuvo lugar en Alcalá de Henares, y hoy sigue activo.

Uno de los proyectos que encontró su espacio en el programa del séptimo congreso, el *proyecto Ícarus*, cuya visión sobre la problemática mental es muy similar a la de *Hearing voices*, se describe así en su página web:

Juntos, llamamos a tener nuevos espacios y libertad para los estados extremos de conciencia, y alternativas al modelo médico y a la herencia traumática del abuso psiquiátrico. Reconocemos que vivimos en un mundo loco, e insistimos que nuestras sensibilidades, visiones, e inspiraciones no son necesariamente síntomas de enfermedad.

IV. Conclusiones

Cuando le damos a la cultura un lenguaje racionalizado del déficit mental y se usa de forma indiscriminada para describirnos, representarnos y entendernos (fuera del ámbito profesional), acabamos por no saber comprendernos en otros términos.

Así, una persona que, en circunstancias complicadas, reacciona puntualmente de forma extrema, se convierte directamente en una “neurótica”. Alguien que se comporta de forma inusual es llamado “esquizofrénico” en vez de estafalario o excéntrico. Ya no

³⁶ En la página oficial www.theatreoftheoppressed.org hay más de 150 grupos activos registrados en España que trabajan siguiendo el hilo teórico y metodológico original de Augusto Boall.

³⁷ Entrevoces nace con motivo del séptimo congreso mundial de Intervoices que tuvo lugar en Alcalá de Henares en Noviembre de 2015.

existen la melancolía, la tristeza o el sentimiento de vacuidad, sino “depresión” como estado normal ante la muerte de un ser querido, “depresión post-vacacional”, “depresión pre-menstrual”, “depresión pos-parto”, etc. Estamos patologizando la vida diaria, enfermando las experiencias que nos hacen humanos, reduciendo nuestra tolerancia al sufrimiento y haciéndonos cada vez más dependientes del sistema sanitario viendo en el tratamiento medicamentoso la panacea para los problemas y dificultades de la vida. Así, cada vez hay más pacientes y la medicina se ve forzada a comprender y dar nombre a experiencias que no eran de su competencia; quizá por eso no parece escandalizarnos que haya fármacos para casi todo y, en cada edición del DSM, más categorías diagnósticas. Este pensamiento es compartido por autores tan relevantes como Gergen (2007), Conrad (2007), Kovel (1980) e Illich (1975), entre otros, cuyas reflexiones aumentan el volumen del conocimiento sobre los mecanismos de control que ejercen instituciones médicas y psiquiátricas al servicio de estructuras económicas con la consecuente enfermización de la sociedad.

La existencia y aceptación del discurso del déficit establece unas relaciones de poder con diferentes formas de racionalización y de dominación. En esto pensamos como Foucault (1978) cuando dice que hay formas de biopoder que se orientan hacia lo macrofísico de la población y hacia la microfísica del sujeto. En este sentido, tenemos la racionalidad médica y su verdad sobre la locura, que opera en lo micro del sujeto mediante la imposición de un tratamiento oficial, estándar, que se prescribe de manera ya automatizada o irreflexiva, y a la vez, por lo tanto, incuestionable. Esto significa que hay unos equipos técnicos expertos que tienen la formación (saber) necesaria para tratar la locura, y unos grupos de locos que necesitan la ayuda de éstos para normalizarse. Aquí me resulta interesante la propuesta de Serge Moscovici de las tres modalidades básicas de la influencia social: conformismo, normalización e innovación. Las dos primeras obedecen a la aceptación de una norma dominante que conlleva la supresión de diferencias y la elaboración de compromisos que igualen nuestro comportamiento al de la mayoría, y la última, que pretendo aquí destacar, es la impulsada por la minoría que se convierte en el punto de resistencia al poder dominante y lo pone en entredicho. Esta minoría introduce cambios en el sistema tradicional aceptado, desvía la norma existente y propone la única norma aceptable: la suya (Moscovici, 1985).

Aquí se encuadra nuestro lenguaje alternativo de la problemática mental y sus parlantes.

Los nikosianos, colifatos, prometeos, escuchadores de voces, colaboradores del Proyecto Ícaro y de la Revolución delirante no se normalizan porque son diferentes, no aceptan la norma dominante que les empuja a una incapacitante marginalidad porque tienen orgullo y un discurso propio que resulta, desde cierto punto de vista, igual de válido y veraz que el hegemónico.

En el discurso alternativo hay una apropiación (queer) de nombres que estaban atados a viejos prejuicios y ahora son reivindicados, en un guiño irónico, parodiando su significado. En su vocabulario no hay lugar para los esquizofrénicos, sino para los locos, los militantes de la locura, escuchadores de voces, etc.

Estos colectivos minoritarios llevan a cabo una acción política porque la idea de separar o fraccionar la normalidad es política. No discuten sobre ciencia. Hablan de cómo prefieren llamarse a sí mismos y de promover un cambio social dejando entrever que las cosas pueden ser de otro modo, quizás mejor. La apropiación de los nombres tiene un valor performativo (Butler, 1998), y esto es directamente una acción política, aunque resulte poco viable si el cambio de lenguaje no se apoya en unas racionalidades que ayuden a sostener los nombres. Hay que cambiar discursos globales concretos, y eso es muy difícil.

Estos grupos reivindican el diálogo y la escucha, cambiar el discurso y las palabras médicas en favor de una evidencia basada en la experiencia. Si lo pensamos, este argumento encuentra su lógica. Las palabras que decimos se toman como expresiones externas del mundo privado (Bruner, 1991); por lo tanto, ¿cómo me voy a presentar públicamente en términos del déficit mental si no me considero una persona enferma?

Estas coaliciones activistas parecen tener puntos en común con otros movimientos de principios de los ochenta y noventa, como es el caso de ACT UP³⁸, coalición fundada en una situación de plena crisis epidémica en la que funcionarios de sanidad, políticos y burócratas, doctores y compañías farmacéuticas se constituyeron como expertos del SIDA ejerciendo un poder de dominación sobre las personas que vivían con ella.

Los Act up criticaron enérgicamente la pasividad de las políticas de sanidad y cuestionaron la funcionalidad de los fármacos con los que estaban siendo tratados. Los

³⁸ ACT UP es el acrónimo de AIDS Coalition to Unleash Power (coalición del sida para desatar el poder). Fue fundado en 1987 en el Centro para la comunidad lésbica, gay y transgénero de NY para combatir la crisis causada por esta epidemia. (<http://www.actupny.org/>).

militantes de la locura también atacan a las compañías farmacéuticas, a la cantidad de antipsicóticos de dudosa eficacia y a la representación de la esquizofrenia en los medios de comunicación.

Las reivindicaciones de los activistas de ACT UP, de los homosexuales, trans, drag, autistas, escuchadores de voces, los nikosios, etc., van orientadas a la emancipación del cuerpo considerado como enfermo y crónico, pero al que la clínica actual no puede ofrecerles (en el sentido estricto de la palabra) cura. También reclaman ser considerados usuarios del sistema sanitario, expertos en la toma de decisiones, y contribuir a la creación de conocimiento en busca de nuevas intelegibilidades funcionales. Desde mi punto de vista, y en esto coincido con Preciado, estos colectivos tienen puntos en común para luchar contra la normalización del cuerpo y reivindicarse como cuerpo válido a través de alianzas colectivas que superan, de lejos, las lógicas de identidad que les separaron históricamente.

A lo largo de este trabajo, hemos intentado desarrollar la visión de que estamos inevitablemente inscritos en la cultura de la que formamos parte. Vivimos en el significado elaborando narraciones que son constantemente influenciadas por discursos dominantes que dictan qué es lo verdadero, lo correcto, lo saludable, lo deseable, y éstos son generalmente aceptados y peligrosamente incuestionados por la sociedad (Peter Berger y Thomas Luckmann, 1968; Michel Foucault, 1976). Teniendo esto en cuenta y, a la vista de los resultados expuestos, las consecuencias que tiene para la persona hablarse en términos del déficit mental son, sin lugar a dudas, incapacitantes y negativas.

Las (auto)narraciones de una persona diagnosticada con una enfermedad mental limitan el presente y el futuro del individuo (Goffman, 2006). Sugieren que no se puede confiar en uno si no se sigue un tratamiento medicamentoso, y las instituciones médicas y psiquiátricas se encargan de inculcar esa conciencia de enfermedad.

La terminología del déficit mental es, esencialmente, una atribución interna del problema. Es decir, se ha convertido ya en creencia popular la idea de que existen ciertos desequilibrios neuroquímicos en el cerebro que predisponen a la persona a padecer ciertas experiencias inusuales, que ésta es la causa principal por la que aquellos diagnosticados con esquizofrenia experimentan una realidad marcada y condicionada por síntomas aterradores, brotes psicóticos que violentan a la persona, alucinaciones

auditivas, comportamiento desorganizado e ilógico, y que esto se mantiene en el individuo a través del tiempo y las situaciones.

Una narración donde el autoconcepto esté marcado por la enfermedad y el sufrimiento genera la expectativa de un futuro donde prevalezca el fracaso, pero la narración, como sugerí al principio, está entrelazada en la cultura y, para que ésta corra la suerte de establecerse como forma identitaria, debe basarse en el diálogo en el que yo soy reconocido como tal tanto por mí mismo como por el otro. Es por esto nuestra necesidad y preocupación moral por reivindicar un diálogo transformativo que permita la construcción colaborativa de un relato con el que nos sintamos cómodos y con el que crear el sentimiento de una nueva realidad y nuevas formas de estar en el mundo. Al mismo tiempo, al abrazar la diferencia en vez de sentenciarla a la marginalidad, estamos moviéndonos hacia el concepto de un “nosotros” que acepta la diversidad sin dejar sitio para el estigma.

Como he tratado de reflejar aquí, con un análisis crítico del discurso del déficit y las consecuencias culturales del estigma, así como de su opuesto revolucionario que se gesta en la práctica comunitaria, se deja ver que podemos construir alternativas discursivas de la actual problemática mental en su posibilidad más rica: la que permanece abierta a matices semióticos para transformarse en algo más, que dé lugar a vocabularios potencialmente útiles que incrementen nuestras alternativas comportamentales, a elaborar relatos de nuestra experiencia con lenguajes propios por oposición al de la psiquiatría. Es decir, iniciar el acto revolucionario que dé lugar a nuevas políticas sociales que no subyuguen ni limiten a la persona. Reclamar la legitimidad de expresar nuestra experiencia con un vocabulario propio, es decir, tener un “burullu”, y no un brote, o decir que estoy “agilipollao”, y no con aplanamiento emocional. En definitiva, despatologizar lo que nos hace humanos. Cuestionar lo que “debe” ser bajo el punto de vista del “diagnóstico” y la “prevención, comprender que lo que se debe hacer implica la posibilidad de actuar de forma contraria. Este planteamiento, en el que la comprensión misma del ser exige una comprensión simultánea del no ser que podría recordarnos a la dialéctica hegeliana, puede usarse como criterio para decir que la enfermedad y la salud, la locura y la razón, existen unidos, que un “nosotros” y un “ellos” existen como momentos, esto es, que el polo opuesto acaba desapareciendo haciéndonos iguales, indistintos. Si está en nosotros

construir problemas y soluciones, así como la construcción de nuestra experiencia como fácil o problemática, hagámoslo de forma satisfactoria en pos del bienestar común. ¿Podría reemplazar el diálogo al monólogo de la locura?, ¿podrían tomar lugar estas construcciones sociales de relación entre iguales que, cada vez más distantes de la enfermedad, parecen dignificar al hombre?

Mientras sigamos haciendo uso de la crítica y el cuestionamiento de las relaciones entre el lenguaje, el pensamiento e, incluso, la ética, mientras sigamos caminando en busca del mejoramiento humano y decidamos encontrarnos, abiertos a la conversación, hablando juntos ahora, estaremos creando nuestro futuro.

Quisiera terminar recordando el pasaje final de *Las ciudades invisibles*, y el pensamiento de que no descubrir la ciudad utópica no significa que debamos dejar de buscarla.

El infierno de los vivos no es algo que será; hay uno, es aquél que existe ya aquí, el infierno que habitamos todos los días, que formamos estando juntos. Dos maneras hay de no sufrirlo. La primera es fácil para muchos: aceptar el infierno y volverse parte de él hasta el punto de no verlo más. La segunda es peligrosa y exige atención y aprendizaje continuos: buscar y saber reconocer quién y qué, en medio del infierno, no es infierno, y hacerlo durar, y darle espacio. (*Italo Calvino, Las ciudades invisibles*)

V. Bibliografía

Aguado, Mateo; Calvo, Diana; Dessal, Candela; Reichmann, Jorge; González, José A.; y Montes, Carlos (2012). La necesidad de repensar el bienestar humano en un mundo cambiante. *Papeles de Relaciones Ecosociales y Cambio Global*, 119, 49-76.

Austin, John (1962). *How to do things with words*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Beauvoir, Simone de (1946). *Le Deuxième Sexe. Vol. 1: Les faits et les mythes*. París: Gallimard.

Berger, Peter L.; y Luckmann, Thomas (1968). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu.

Bergh, Bruce L. (1989). *Qualitative research methods for the social sciences*. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.

Braidotti, Rosi (2000). *Sujetos nómades*. Barcelona: Paidós.

Bruner, Jerome (1991). *Actos de significado. Más allá de la revolución cognitiva*. Madrid: Alianza.

Butler, Judith (1998). Actos performativos y constitución del género: un ensayo en fenomenología y la teoría feminista. *Debate Feminista*, 18, 296-314.

Butler, Judith (2001). *Mecanismos psíquicos del poder. Teorías sobre la sujeción*. Madrid: Cátedra.

Butler, Judith (2004). *Lenguaje, poder e identidad*. Madrid: Síntesis.

Butler, Judith (2007). *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. Buenos Aires: Paidós.

Canguilhem, Georges (1976). *El conocimiento de la vida*. Barcelona: Anagrama.

Canguilhem, Georges (1990). *Lo normal y lo patológico*. México DF: Siglo XXI.

Conrad, Peter (2007). *The medicalization of society. On the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore, MD: The Johns Hopkins University Press.

Correa-Urquiza, Martín (2009). *Radio Nikosia: La rebelión de los saberes profanos. (Otras prácticas, otros territorios para la locura)*. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili.

Correa-Urquiza, Martín (2014). La irrupció possible del saber profà. Cap a una construcció col·lectiva del coneixement en salut mental. *Temps d'Educació*, 47, 83-95.

Denzin, Norman; y Lincoln, Yvonna (2012). *Manual de investigación cualitativa*. Barcelona: Gedisa.

Fairclough, Norman (1989). *Language and power*. Harlow, Essex, UK: Longman.

Fernández Ramírez, Baltasar, ed. (2013). Intersexualidad y teoría queer. Almería: Seminario de Construcción Social. Disponible en https://www.academia.edu/4133852/Intersexualidad_y_teoría_queer

Foucault, Michel (1967). *Historia de la locura en la época clásica, I*. México: FCE.

Foucault, Michel (1976). *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*. Buenos Aires: Siglo XXI.

Foucault, Michel (1978). *Microfísica del poder*. Madrid: Ediciones La Piqueta.

Foucault, Michel (1992). *El orden del discurso*. Buenos aires: Tusquets.

Gergen, Kenneth (2006). *El yo saturado. Dilemas de identidad en el mundo contemporáneo*. Barcelona: Paidós.

Gergen, Kenneth (2007). *Construccionismo social. Aportes para el debate y la práctica*. Bogotá: Universidad de los Andes.

Goffman, Erving (2006). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.

González, Irene (2008). Violencia y esquizofrenia. Disponible en <http://www.saludmental.info/Secciones/psiquiatria/2008/esquizofrenia-agresividad-nov08.htm>

González Duro, Enrique (2002). Concepto actual de locura y las nuevas formas de tratamiento. *Norte de Salud Mental*, 15, 13-22.

Grossberg, Lawrence (2004). Entre consenso y hegemonía: notas sobre la forma hegemónica de la política moderna. *Tabula Rasa*, 2, 49-57.

Huamán, Miguel Ángel (2003). Claves para la deconstrucción. En Miguel Ángel Huamán (Ed.), *Lecturas de teoría literaria II* (pp. 89-124). Lima: Fondo Editorial UNMSM.

Ibáñez, Tomás; e Íñiguez, Lupicinio (1997). Aspectos metodológicos de la psicología social aplicada. En José Luis Álvaro, José Ramón Torregrosa y Alicia Garrido (Eds.), *Psicología social aplicada* (pp. 57-82). Madrid: McGraw-Hill.

Íñiguez, Lupicinio, ed. (2006). *Análisis del discurso. Manual para las ciencias sociales*. Barcelona: UOC.

Illich, Ivan (1975). *Némesis Médica. La expropiación de la salud*. Barcelona: Barral.

Kincheloe, Joe L.; y Steinberg, Shirley R. (1997). *Changing Multiculturalism*. Philadelphia, PA: Open University Press.

Kovel, Joel (1980). The American mental health industry. En David Ingelby (Ed.), *Critical psychiatry: the politics of mental health* (pp. 72-101). Nueva York: Pantheon.

Luciano, Carmen; y Valdivia, M^a Sonsoles (2006). La terapia de aceptación y compromiso (ACT). Fundamentos, características y evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 27(2), 79-91.

Luciano, Carmen; Valdivia, M^a Sonsoles; Gutierrez, Olga; y Páez-Blarrina, Marisa (2006). Avances desde la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). *EduPsykhé*, 5(2), 173-201.

Moscovici, Serge (1985). *Psicología social I. Influencia y cambio de actitudes: individuos y grupos*. Barcelona: Paidós.

Muñoz, Manuel; Pérez Santos, Eloísa; Crespo, María; y Guillén, Ana Isabel (2009). *Estigma y enfermedad mental. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental*. Madrid: Editorial Complutense.

Orueta, Ramón; Santos, Coral; González, Enrique, y otros (2011). Medicalización de la vida (I). *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 4(2), 150-161.

Preciado, Beatriz (2011). *Manifiesto contrasexual*. Barcelona: Anagrama.

Romme, Marius; y Escher, Sandra (1994). *Accepting Voices*. Londres: MIND Publications.

Schatzman, Leonard.; y Strauss, Anselm L. (1973). *Field research: Strategies for a natural sociology*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Searle, John (1994). *Actos de habla: ensayo de filosofía del lenguaje*. Madrid: Cátedra.

Semali, Ladislaus M.; y Kincheloe, Joe L. (1999). *What is indigenous knowledge?: Voices from the Academy*. Nueva York: Garland.

Szasz, Thomas S. (1961). *The myth of mental illness: foundations of a theory of personal conduct*. Nueva York: Hoeber-Harper.

Van Dijk, Teun (2009). *Discurso y poder*. Barcelona: Gedisa.

Velasco, Raúl (2013). De-construyendo el estigma en salud mental. *Psychology, Society, & Education*, 5(1), 91-102.

White, Michael; y Epston, David (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.