



MÁSTER ERASMUS MUNDUS EN ESTUDIOS DE LAS MUJERES Y DE GÉNERO

**Diferencias de género en los procesos “enfermar”-
recuperarse de pacientes del Hospital de Día de Salud
Mental de Granada**

Trabajo Fin de Máster

Jesús Martínez Sevilla

Directora principal:

Carmen Gregorio Gil (Universidad de Granada)

Directora de apoyo:

Suzanne Clisby (University of Hull)

Universidad de Granada

Septiembre 2018



MÁSTER ERASMUS MUNDUS EN ESTUDIOS DE LAS MUJERES Y DE GÉNERO

Diferencias de género en los procesos “enfermar”- recuperarse de pacientes del Hospital de Día de Salud Mental de Granada

Trabajo Fin de Máster

Jesús Martínez Sevilla

Directora principal:

Carmen Gregorio Gil (Universidad de Granada)

Directora de apoyo:

Suzanne Clisby (University of Hull)

Granada, Septiembre 2018

Firma de aprobación de la directora principal:



Fdo. Carmen Gregorio Gil



University of
LODZ



Universiteit Utrecht



Resumen

Este trabajo etnográfico consiste en un análisis de las diferencias de género presentes en el discurso de pacientes del Hospital de Día de Salud Mental de Granada. Consta de nueve capítulos. En el primero, defino mi objeto de estudio a partir de mi experiencia en el campo combinada con lecturas teóricas, llegando al concepto *proceso “enfermar”-recuperarse*, y explico mis motivaciones. En el segundo, repaso las aportaciones de la crítica feminista al ámbito de la salud mental, destacando las más relevantes para mis objetivos. En el tercer capítulo expongo la metodología que he seguido y los dilemas éticos que he enfrentado. El cuarto capítulo presenta el lugar donde he llevado a cabo el trabajo de campo, usando tanto las descripciones del propio servicio como las opiniones de los/as pacientes que entrevisté. En los cuatro capítulos siguientes hago un análisis de género de dichas entrevistas, explorando diferentes temas. Primero analizo las formas generizadas de narrar el trauma. Después, estudio las maneras de enunciar y de relacionarse con la (in)dependencia y la autonomía de los y las entrevistadas. A continuación, exploro el cuidado como ámbito cargado de posibilidades políticas, en particular en relación a la salud mental. Por último, indago en la diferente capacidad de hombres y mujeres para hablar de su propia recuperación de forma emocionalmente significativa. Como epílogo, presento algunas reflexiones acerca del proceso etnográfico en su conjunto y los retos de la atención en salud mental. He seguido un orden similar al tradicional: los primeros capítulos están más cargados de contenido teórico, el tercero aglutina las reflexiones metodológicas que han guiado mi trabajo, y de ahí en adelante se concentra el contenido de mis observaciones y entrevistas. Mi intención, sin embargo, es ejemplificar el trabajo etnográfico como proceso global que incluye el antes, durante y después del trabajo de campo.

Palabras clave: proceso “enfermar”-recuperarse, etnografía feminista, Hospital de Día, trabajo de cuidados, narración

Abstract

In this ethnographic work I present an analysis of the gender differences in the discourse of patients of the Mental Health Day Hospital of Granada. It consists of nine chapters. In chapter one I define my subject of study by combining my experiences on the field with theoretical tools. I arrive at the concept of *“illness”-recovery process*, and I explain my motivations for this thesis. In chapter two, I go over the feminist critiques of mental health theories and mental health care, and highlight those central to my goals. In chapter three, I present my methodology and some of the ethical issues I have faced. Chapter four is a brief introduction to the mental health service where my work is based,

using both official sources and patients' opinions. Chapters five through eight contain the bulk of my analysis of interviews with patients in terms of gender. First, I study the gendered ways of recounting trauma. Next, I look at the ways male and female patients talk about (in)dependence and autonomy. Then I explore care work as a field full of political potential, particularly in relation to mental health. Finally, I analyse men and women's different ability to talk about their recovery in an emotionally attuned way. Chapter nine presents some concluding thoughts on the ethnographic process as a whole and the challenges mental health care must face. The structure of my thesis is similar to the traditional one: the first two chapters are more theoretically loaded; the third chapter presents the methodological considerations that have guided my work; and the content of my observation and interviews is concentrated thereafter. My intention, however, is to exemplify ethnographic work as a global process that encompasses fieldwork, what comes before it, and what comes after it.

Keywords: "illness"-recovery process, feminist ethnography, Day Hospital, care work, narration

Agradecimientos

Ante todo y sobre todo, gracias a ti, Rocío. Por todo y más.

Gracias a mi familia por tanto apoyo, tanta ayuda y tanto amor.

Gracias a Ana, por introducirme en el mundo de la salud mental, por compartir conmigo y contagiarme tu pasión, por tantos consejos y por ser mi amiga, que ya es bastante. Y gracias también a mis otras amigas y amigos en el mundo de la salud mental: de una forma u otra, todos me habéis ayudado, y mucho.

Gracias a Suzanne Clisby por orientarme en los primeros compases de este trabajo, y por pelear por mí y por mis compañeras durante nuestra estancia en Hull. ¡Mucha suerte en Goldsmiths!

Gracias a Carmen Gregorio por confiar tanto en mí y, al mismo tiempo, guiarme tan bien. Si no fuera por tu buen hacer y todo lo que me has enseñado, este trabajo no existiría siquiera. No puedo esperar a seguir trabajando contigo en la próxima etapa.

Gracias a todo el personal del Hospital de Día por acogerme y hacerme sentir como en casa. En especial, gracias a “Aurelia” y “María” (sabéis quiénes sois), por sacar tiempo de donde no lo había para hablar conmigo. Este trabajo no sería el que es sin vuestro consejo y ayuda.

Y por supuesto, lo más importante: gracias a todos los pacientes con quienes he coincidido, especialmente a las que entrevisté, por permitirme conocerlos, por confiar en mí y por tratarme con tanto cariño estos meses. Espero haber contado vuestras historias con el respeto y el mimo que merecen.

Índice

Resumen.....	3
Agradecimientos	5
1. Definiendo mi objeto de estudio: el proceso “enfermar”-recuperarse	7
2. Salud mental y género: una revisión bibliográfica	15
3. Reflexiones metodológicas y éticas.....	20
4. El Hospital de Día: una breve contextualización.....	26
5. Cómo empezar una historia: formas de narrar el trauma.....	34
6. (In)Dependencia y autonomía	41
7. La esfera de los cuidados.....	50
8. “Una vida normal”: la recuperación, el estigma y las emociones	58
9. Reflexiones finales	67
Bibliografía	68
Anexos	72
Anexo I: Breves descripciones de los y las participantes en el estudio.....	72
Anexo II: Ficha de entrevista	79
Anexo III: Hojas de información para los y las entrevistadas en mi estudio.....	79
Anexo IV: Ejemplo de ejercicio de <i>role-playing</i> en Habilidades para la vida cotidiana.....	82
Anexo V: Dibujos recogidos en mi cuaderno.....	85

1. Definiendo mi objeto de estudio: el proceso “enfermar”-recuperarse

Este trabajo surge de la intersección de tres ámbitos: la etnografía, la salud mental y los estudios de género. Llegué a esta encrucijada cuando, durante una asignatura de este máster, me pidieron que realizase observación participante en un espacio de mi elección con el objetivo de identificar las maneras en que operaba el género en dicho lugar. Tenía total libertad para elegir el sitio. ¿Por qué, entonces, elegí hacer ese trabajo en una unidad de agudos de salud mental? Y ¿por qué he decidido hacer este Trabajo Fin de Máster sobre el mismo tema?

Para explicar esto, debo hablar sobre Ana. Ana es una de mis amigas más cercanas desde hace más de diez años. Actualmente es residente de psiquiatría en la ciudad de Granada, donde también vivo yo. Ya desde que ella estudiaba la carrera de Medicina, nuestra complicidad intelectual y política hizo que nos implicásemos juntos en diversos proyectos relacionados con la defensa de la sanidad pública y el análisis crítico de las relaciones entre la industria farmacéutica y el sistema sanitario. Tanto mi padre como mi madre son médicos, por lo que el ámbito me resultaba natural e interesante. Con el tiempo, muchas personas de mi círculo de amistades, fuera a través de mis padres o a través de Ana y el activismo en ese campo, trabajaban en el ámbito sanitario de Granada, y tenían una perspectiva crítica sobre su forma de funcionar.

Cuando tuve que elegir sobre qué hacer un trabajo etnográfico, la idea de trabajar con Ana me pareció ideal. Desde que empezó la residencia no paraba de hablarme de lo fascinante que era su trabajo, y yo compartía su fascinación. Habíamos hablado de la posibilidad de que la acompañara un día mientras ella trabajaba, para que conociese ese mundo. ¿Qué mejor ocasión que esta? Le pareció buena idea. Pidió permiso a su supervisora y esto me permitió asistir a la planta de agudos de su hospital. Allí se interna, en principio por períodos breves, a personas en crisis que requieren de asistencia intensiva y constante. La mayoría de personas ingresan involuntariamente: el o la psiquiatra que las atiende decide que están demasiado graves, hasta el punto de que su voluntad está mermada, remite un informe a un juez y este certifica su incapacitación temporal y da su autorización para retenerlas en el hospital.

El trabajo me entusiasmó. Mi formación en Filosofía me había habituado a lo teórico; descubrí que el trabajo de campo me encantaba, pese a que (o precisamente porque) me ponía en situaciones difíciles. Además, el acercamiento cualitativo, etnográfico y crítico a la salud mental hizo que las largas conversaciones con Ana sobre las complejidades de su trabajo adquiriesen aún más sentido. Tomé la decisión de centrar mi Trabajo Fin de Máster en el tema y replicar la metodología etnográfica y feminista que me había enseñado la profesora Carmen Gregorio. Pero quería salir de

agudos: se trataba de un entorno tan represivo que, en mi opinión, el género quedaba algo desdibujado como eje de análisis. Pese a ello, había encontrado pistas que indicaban que no es lo mismo ser *un* paciente de salud mental que *una* paciente de salud mental; que el sistema no trata del mismo modo a hombres y mujeres. Tenía que encontrar otro lugar y otro enfoque.

¿Dónde podía centrar mi trabajo de campo ahora? Durante mis visitas a agudos había conocido a Alicia, una paciente veinteañera muy inteligente que sufría un brote psicótico, con quien me llevé muy bien. Hablar con ella me ayudó a comprender las formas que toma el delirio. Pero además, ella me comentó que asistía al Hospital de Día de Salud Mental. Cuando, intrigado le pregunté a Ana qué hacían allí, me explicó que se trataba de un servicio donde trataban (voluntariamente) a pacientes graves que, sin embargo, se pensaba que podían llegar a llevar vidas totalmente independientes con un período de tratamiento intensivo y multidisciplinar. Esta descripción, junto al interés que me había generado Alicia personalmente, me impulsaron a centrar mi trabajo de campo en el Hospital de Día (a partir de ahora, HdD).

Respecto al nuevo enfoque, mi objetivo original era intentar identificar la influencia del género en las trayectorias que habían seguido pacientes del HdD por los diferentes servicios de salud mental, antes de acabar allí (pues, por definición, el HdD es un servicio intermedio al que solo se puede llegar tras pasar por uno o varios más). La razón para adoptar este enfoque era que quería entender el género como un *proceso* de producción y reproducción constante de un sistema de clasificación de las personas binario (hombres y mujeres), exhaustivo (hombres *o* mujeres) y desigual (hombres > mujeres) en función de unas supuestas características biológicas, en lugar de tomar el sistema como algo ya dado y estático¹. Mi intuición era que sería más fácil identificar y describir el género entendido de esta forma si observaba las historias de los y las pacientes longitudinalmente; es decir, si podía apreciar el efecto acumulado de un gran número de interacciones entre pacientes y profesionales en las cuales se recreaban una y otra vez esas supuestas diferencias.

Sin embargo, durante mi investigación me encontré que el enfoque terapéutico en HdD estaba profundamente vinculado a la idea de recuperación², la cual captó mi atención y me hizo modificar

¹ En este punto me hallo en deuda con la socióloga y filóloga Elena Casado, cuya idea de que debemos entender el género como un verbo (acción) y una conjunción (relación) antes que como un sustantivo (una realidad establecida, algo que se es) fue decisiva en la configuración de este primer enfoque para mi investigación. La idea fue expuesta por Casado en unas clases que impartió en la asignatura “Metodologías feministas, Bloque C” sobre metodología etnográfica del Máster GEMMA, los días 1-3 de febrero de 2017.

² Y no solo en HdD: el III Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2016-2020 incluye la recuperación en su marco de referencia, convirtiéndola en uno de los ejes rectores del trabajo de sus servicios de salud mental (Carmona, García-

mis objetivos. Desde este punto de vista, lo que se considera prioritario no es la desaparición de las manifestaciones clínicas de la “enfermedad” (las alucinaciones o los rituales compulsivos, por ejemplo), sino el que la persona “enferma” recupere su agencia, esto es, su sensación de ser protagonista de su propia vida y de tener cierto grado de control sobre la misma, de tener un proyecto de vida significativo (Shepherd, Boardman y Slade, 2008: 1-2). Asociada a esta idea encontramos, necesariamente, una concepción muy particular de la “enfermedad mental”. Para las autoras de esta tradición, tiene más sentido hablar de “pacientes graves”, “pacientes crónicos” o “personas diagnosticadas de trastornos mentales graves” que de “enfermos”. Esto se debe a que, al priorizar los aspectos psico-sociales de la situación de estas personas, las connotaciones biológicas del término “enfermedad” se tornan más bien en un obstáculo para la adecuada comprensión del problema y de la posible solución.

La definición de Tarí y Dozza es muy clarificadora en este aspecto: para ellos, los pacientes graves o crónicos

se ven envueltos, como consecuencia de una serie continuada de fracasos, en [...] una “espiral desocializadora”. A esta espiral contribuyen tanto los pacientes como el contexto grupal-institucional en que viven, y cuyo resultado final es el aislamiento y la ausencia de cualquier tipo de expectativas positivas respecto a ellos. (1996: 4)

De aquí podemos extraer varias claves. En primer lugar: el sujeto al que denominamos “paciente grave” es, ante todo, un sujeto social, pero uno cuyo encaje en la sociedad de la que forma parte está deteriorado. En segundo lugar: ese deterioro no puede atribuirse sin más a una serie de afecciones patológicas del sujeto. Incluso aunque estas jueguen un papel importante, la “espiral desocializadora” es un proceso de interacciones truncadas, y por tanto está codeterminada por las expectativas sociales del entorno del sujeto y por las particularidades de este. Por poner un ejemplo: una mujer adolescente de clase socioeconómica media-alta, con expectativas (externas y propias) de desempeño socioeducativo y profesional alto, y un hombre maduro de clase baja, en un entorno de exclusión social, sin estudios, pareja ni hijos y aún viviendo con sus progenitores, que tuvieran exactamente los mismos síntomas desde una perspectiva clínica, habrán pasado procesos radicalmente distintos de “desocialización”, tan distintos como son los ámbitos en que se desenvuelven y las exigencias

Cubillana y Millán, 2016: 14). Lo que resulta excepcional de HdD es el grado en que este enfoque está integrado en la metodología que se sigue; algo que está propiciado en parte por el tipo de servicio que es (orientado específicamente a pacientes con trastornos mentales graves, para quienes está pensada la recuperación), pero también por el compromiso de sus profesionales para con estos planteamientos.

adaptativas en cada uno de ellos (por no mencionar el acceso que estos dos personajes hipotéticos tendrían a atención en salud mental).

Este enfoque me resultó tan sugerente, que abandoné la idea inicial y decidí centrarme en la relación de los y las pacientes con esta idea de recuperación. Quizás esto se debió en parte a que, abrazando esta perspectiva, en lugar de centrarme únicamente en el pasado, podía incluir ahora el futuro en mi análisis. Dado que, como pude comprobar desde bien pronto, ambos polos temporales tienen una presencia determinante en los relatos y las preocupaciones de los pacientes de HdD, la riqueza que me brindaba poder conectarlos resultaba estimulante. Mi idea era que a cada proceso de “enfermar”, es decir, de desarrollar un trastorno mental grave (TMG) que nos limita y nos desprovee de relaciones sociales, actividades y proyectos significativos, solo le puede corresponder un proceso de recuperación coherente con él. Cada persona es única, luego cada trastorno es único; por lo tanto, los procesos de recuperación también serán únicos.

De acuerdo con esto, ese proceso de recuperación se iba pareciendo cada vez más a una historia que contaba la persona sobre sí misma; pero esa historia era al mismo tiempo la historia de la pérdida que precede lógicamente a la recuperación. Aún más: precisamente porque tomar en cuenta el contexto social es consustancial al enfoque de la recuperación, esta historia única está a la vez necesariamente condicionada por toda una serie de estructuras y categorías sociales, incluido el género, y será por tanto susceptible de ser analizada para entender cómo estas afectan a la historia, cómo configuran el contexto en que esta se enmarca y, así, le dan forma.

Pero me surgió una reflexión más. En el curso del trabajo de campo, no fue difícil encontrar ejemplos de personas cuyas historias no coincidían con esa reconstrucción ideal: pérdida, atención en servicios de salud mental, recuperación. Por un lado, había personas que ya habían pasado anteriormente por HdD, habían completado el tratamiento y sin embargo habían sentido la necesidad de volver. Aquí distinguiría dos subgrupos: estaban aquellos, como Raúl, que nunca habían llegado a recuperar su sentido de agencia. Pese a que estaba satisfecho con HdD y consideraba que asistir le había hecho bien, su vida aún estaba dominada por la “enfermedad” que, en sus propias palabras, “me paralizó la vida”, hasta el punto de que, tras un tiempo de su segunda estancia en HdD, hubo de ser ingresado por un gravísimo brote psicótico. Algo distinto era el caso de, por ejemplo, Laura, quien pese a haber desarrollado una independencia relativa tras pasar por HdD, ante una situación de particular estrés (presentarse a unas oposiciones) decidió recuperar el contacto con HdD, como espacio de cuidado, aunque viniendo solo a un taller.

Por otro lado, estaban quienes no “mejoraban” en absoluto con la atención en HdD. Raquel sería el ejemplo paradigmático: su interés por estar allí era mínimo o inexistente, su actitud hacia los demás era tan hostil e irrespetuoso como desagradable le resultaba a ella el ambiente, y se hallaba decididamente anclada en lo que Andersen, Caputi y Oades llaman “etapa de moratoria”: “[u]na época de retraimiento caracterizada por una profunda sensación de pérdida y desesperanza”³ (2006; citado en Shepherd, Boardman y Slade, 2008: 4). Considerar esto como una etapa en un camino hacia delante, en su caso, resultaba cuando menos de un optimismo exagerado. Así pues, se hace necesario remarcar que no todo el mundo “avanza” desde este punto (que es bastante común entre las personas que llegan a HdD, aunque no universal) hacia una recuperación completa; y quien lo hace no “avanza” de forma continua, progresiva o definitiva. Se dan avances parciales, retrocesos significativos, grandes saltos cualitativos, nuevas crisis, cambios que pueden parecer positivos pero entrañan nuevos riesgos... Y todo esto forma parte del proceso único de cada persona.

Así pues, me vi en la necesidad de perfilar con más precisión mi objeto concreto de estudio, definiendo cada concepto que le daba forma. La recuperación, en sentido estricto, se define como “en primer lugar, y ante todo, un movimiento de derechos civiles por y para las personas con enfermedades mentales graves” (Davidson, Rakfeldt y Strauss, 2014: 10). A raíz de este movimiento, pero de forma diferenciada, han surgido corrientes en la asistencia de salud mental que integran las propuestas de este movimiento, haciendo que esté “orientada a facilitar la recuperación de las personas” (Carmona, García-Cubillana y Millán, 2016: 128). Esta orientación hacia la recuperación puede funcionar mejor o peor. Mi objetivo prioritario en este trabajo, sin embargo, no está en evaluar tal adecuación, sino en explorar los procesos individuales de pérdida de sentido en la vida (habitualmente llamados “enfermedad” o “trastorno”) y, en aquellos casos en los que exista parcial o totalmente, la recuperación de dicho sentido por parte de los pacientes del HdD; y estudiarlos en tanto que procesos generizados.

De este modo, llegué al concepto que ha guiado mi análisis: el de *proceso “enfermar”-recuperarse*. Este proceso es un relato, una historia que las personas cuentan sobre sí mismas, sobre la forma en que se relacionan con el trastorno y las consecuencias de este en sus vidas. Con él pretendo plasmar al mismo tiempo la naturaleza procesual que, de acuerdo con mi intuición inicial, me permitirá analizar el género como actividad constante y no como realidad preestablecida; el carácter social e interpersonal tanto de los conflictos y problemas que definen los TMG, a los que se suele llamar “enfermedad”, como de las vías de solución; y la fluidez entre ambos “polos” ideales

³ Todas las traducciones son mías.

del proceso, dado que, aunque “enfermar” es lógicamente anterior a recuperarse, el camino que se recorre no es lineal y hay elementos de lo uno en lo otro (por ejemplo, las primeras habilidades que se suelen potenciar durante el tratamiento son aquellas que el trastorno no ha enturbiado o eliminado).

En este punto, debo reconocer mi deuda para con la llamada “medicina narrativa”, tanto en la concepción de la enfermedad y la recuperación subyacente a mi perspectiva sobre la salud mental en general como en el desarrollo del concepto proceso “enfermar”-recuperarse en concreto. Para la medicina narrativa, “la curación es algo que no ocurre estrictamente en el cuerpo sino en las experiencias de una persona encarnada” (Ritchey, 2014: 143). Esta idea, la de que la curación, y por tanto la enfermedad, no son meros hechos biológicos sino que son además una experiencia subjetiva que cada persona vive y cuenta, es aplicable de forma aún más evidente a los trastornos mentales, que por sus características afectan de forma más íntima a la idea sobre sí misma que tiene la persona que los experimenta. Pero la medicina narrativa aporta otra idea que es decisiva para mi trabajo: la de que toda historia o narración es interpersonal, pues presupone un interlocutor a quien se le cuenta (Charon, 2001: 1898). La consecuencia de esto para mi trabajo es que debo incluirme en el dibujo de la narración, debo reconocer que soy parte de ese proceso “enfermar”-recuperarse en tanto oyente y, mediante mis preguntas, co-creador del mismo.

Por tanto, este proceso “enfermar”-recuperarse lo caracterizo como un *relato en primera persona* para reflejar el papel activo que las personas con TMG juegan en su situación, para mejor o peor. Pero al mismo tiempo es un relato creado entre dos personas, el producto de un encuentro intersubjetivo, y por tanto me reconoceré como parte responsable del producto de ese encuentro, con mis propios dolores, mis propios entusiasmos y mis propios errores. Más aún: puesto que el relato se está elaborando en ese momento, entenderé que el género se manifiesta durante esa elaboración, construyendo a los sujetos que participan (la persona que cuenta y yo que pregunto y escucho) como generizados. En conclusión: el concepto *proceso “enfermar”-recuperarse* es una herramienta de análisis adecuada a las propuestas del movimiento de recuperación en salud mental, que sirve para penetrar en los significados subjetivos otorgados por las personas con TMG a sus propias historias de pérdida y recuperación a partir del encuentro con otra subjetividad, y para descifrar la manera en que el género conforma ese encuentro de subjetividades.

Una influencia obvia en mi propuesta es la del concepto “proceso salud/enfermedad/atención”, acuñado por el antropólogo de la medicina argentino Eduardo

Menéndez. Este concepto alude a un supuesto⁴ universal cultural: el de la construcción colectiva de discursos e instituciones en torno a los padecimientos reconocidos socialmente como tales, incluida “la producción de curadores reconocidos institucionalmente y autorizados para atender un determinado espectro de daños a la salud individual y colectiva” (Menéndez, 1994: 72). La inspiración que tomo de Menéndez se cifra esencialmente en la forma en que introduce en su concepto los componentes procesual, social y relacional, cuya importancia para mi análisis ya he detallado. La diferencia básica es, por supuesto, que yo no me refiero, cuando hablo del proceso “enfermar”-recuperarse, a una estructura social, sino al relato de una vida individual en torno a un episodio o faceta concreta, a saber, un trastorno mental.

Ya he explicado qué voy a estudiar y cómo llegué a estudiarlo; falta aclarar para qué lo quiero estudiar. En un “In Memoriam” dedicado a Zygmunt Bauman, Elena Casado destacaba que la propuesta del sociólogo polaco era “honesto, situada y comprometida”, puesto que reconocía sus propias limitaciones mientras intentaba comprender mejor lo cotidiano desde una actitud de establecimiento de alianzas para una resistencia comunal (2016: 3). Me gustaría tomar esas tres características como mi horizonte, y contribuir a analizar y denunciar la “producción social de daño” en este ámbito, señalando las formas en que la diferencia se convierte en desigualdad (*Ibid.*).

Uno de los hallazgos más importantes de acercarme al ámbito de la salud mental ha sido descubrir que la distancia que separa al “loco” del “cuerdo”, al “enfermo” del “sano”, es muy corta. Creo que es decisivo subrayar que las experiencias y estados psíquicos por los que pasan las personas con TMG se hallan en un continuo con las experiencias que consideramos “normales”. Estas experiencias, aunque a menudo dolorosas, forman parte del rango de la experiencia humana, y de hecho muchas personas experimentan cosas que consideramos anormales (como oír voces) sin que esto sea problemático en sus vidas (Cooke, 2017: 15-20). En última instancia, pues, quiero contribuir a la desestigmatización de la “enfermedad mental”. En mi experiencia, tras hacer este trabajo, no hay nada más útil para ese objetivo que, sencillamente, escuchar a las propias personas con TMG. Es por ello que me he centrado en sus relatos: para poner en valor sus experiencias y “normalizarlas”.

Al mismo tiempo, he de reconocer que hay formas de sufrimiento psíquico que requieren de asistencia y ayuda especializada. Por lo tanto, también quiero reivindicar que esa asistencia se haga desde un enfoque humano, que ponga a pacientes y profesionales en pie de igualdad. Es decir, quiero

⁴ Alberto Fernández Liria puntualiza que los “sistemas sociales de sanación” existen “al menos en las culturas en las que hay división del trabajo” (2018: 35). Este matiz no es decisivo para este trabajo.

que este sea un trabajo en línea con los reclamos del movimiento por la recuperación en salud mental. El psiquiatra estadounidense John Strauss reivindica la herencia de Adolf Meyer y Harry Stack Sullivan, dos psiquiatras muy influyentes en Estados Unidos, cuyo enfoque concede “la libertad de ver a las personas con problemas psiquiátricos, incluso los problemas psiquiátricos más graves y crónicos, como personas” (Davidson, Rakfeldt y Strauss, 2014: 141). Esta libertad se traducía en una práctica que no estaba obsesionada con la clínica pura (desde cualquier enfoque: psiconalítico, biologicista, cognitivo-conductual...) y por tanto con la enfermedad, sino que aceptaba y hasta fomentaba la inclusión de actividades cotidianas en la relación terapéutica, tales como pasear, comer y lavar los platos o charlar sin más.

En esencia, se trataba de crear una relación terapeuta-paciente semejante a lo que Tarí y Dozza llaman “acompañamiento terapéutico”: la realización conjunta de actividades cotidianas en el contexto comunitario del paciente, utilizando como “principal herramienta de trabajo⁵ [...] el vínculo afectivo [...] que se va estableciendo durante la realización de estas actividades” (1996: 10). De este modo, se hacía más fácil incluir la complejidad y riqueza subjetiva de la persona tratada en la relación terapéutica, lo cual es el reto crucial de una psiquiatría que se encuentra mucho más volcada hacia su aspecto científico que a su vocación humanística (Davidson, Rakfeldt y Strauss, 2014: 148-151).

Por desgracia, es más habitual encontrarnos con los estereotipos asistenciales que describen Tarí y Dozza (1996: 7-9). A menudo, los profesionales de la salud mental se dejan llevar por automatismos y formatos predeterminados que colocan al paciente en un lugar de carencia y al terapeuta en un lugar de asistencia, más cómodos, menos problemáticos, pero alejados de ese tratamiento centrado en la persona que se reclama desde el movimiento de la recuperación. Ahora bien, desde mi punto de vista, solo se puede avanzar hacia una atención más humana, si avanzamos hacia una atención feminista. Como se podrá ver a lo largo del trabajo, una atención sensible a las desigualdades de género y a las relaciones de poder en general es la única capaz de contribuir a aliviar el sufrimiento sin reforzar las desigualdades e injusticias. Es la única forma de atención en salud mental que me parece responsable. Por ello, a continuación revisaré el trabajo que se ha hecho en la intersección de la salud mental y los estudios de género.

⁵ Durante una conversación sobre el trabajo de las enfermeras en HdD, Emilia, enfermera, dijo literalmente que “el aparato de trabajo más importante es la persona”.

2. Salud mental y género: una revisión bibliográfica

Desde hace más de cuatro décadas, investigadoras feministas han criticado, a varios niveles y desde distintos puntos de vista, el machismo y la misoginia que han caracterizado desde sus comienzos a la psiquiatría y otras disciplinas afines. Para mis intereses en este trabajo, hay dos aspectos de estas críticas que presentan especial interés. El primero de ellos es la constatación de que las etiquetas diagnósticas, en tanto que producto social, están atravesadas por las relaciones de poder de la sociedad a la que pertenecen; para nuestro caso: los diagnósticos tienen género. El caso más conocido e ilustrativo es el de la histeria, que se convirtió en el diagnóstico para todo en el caso de las mujeres en el siglo XIX, hasta llegar a perder todo contenido o validez (Ussher, 2011: 8-10). Algunas autoras han señalado que esta categoría era poco más que la imagen que sintetizaba los miedos y los ideales de la sociedad victoriana respecto a las mujeres, en una época en que se estaban rebelando y organizando políticamente (Showalter, 1987/2001: 145-147; Ussher, 1991: 85-88).

Sin embargo, no debemos pensar que este tipo de mecanismos son cosa del pasado. Ussher ha señalado que, de forma hasta cierto punto análoga a lo sucedido con la histeria, hoy las mujeres que encarnan el estereotipo contradictorio de la mujer como al mismo tiempo seductora, de personalidad débil y emocionalmente volátil son consideradas casos de “trastorno límite de la personalidad” (2011: 79-81). Por otro lado, la desproporcionada frecuencia con que las mujeres son diagnosticadas de depresión o trastornos relacionados con la ansiedad en comparación con los hombres ha recibido varias explicaciones; la mayoría de las cuales son, en sí mismas, reiteraciones de estereotipos patriarcales que no van a la raíz del problema, a saber: que la desigualdad pasa factura a la salud mental de las mujeres (Ussher, 2011: 20-44).

En el origen de estas críticas está el influyente y pionero trabajo de la psicóloga estadounidense Phyllis Chesler, cuyo libro *Women and Madness* fue el inaugurador de esta tendencia. Su afirmación de que “lo que consideramos ‘locura’, aparezca en mujeres o en hombres, es o bien la representación del despreciado rol femenino o el rechazo total o parcial del estereotipo del rol sexual que nos corresponde” (Chesler, 1972/1983: 56) ha sido frecuentemente citada por las autoras aquí mencionadas. Quizás esta idea, tal cual, sea exagerada: no toda etiqueta diagnóstica es una herramienta de control social de las mujeres, ni es esta la única función que han cumplido y cumplen los servicios de salud mental⁶. Pero de lo que sí debemos hacernos conscientes es de la

⁶ Joan Busfield (1994) criticó la etiqueta “*the female malady*” (“la dolencia femenina”), acuñada por Showalter en su libro homónimo (1985/2001) para referirse a la categoría “locura” en Reino Unido entre 1830 y 1980. La idea de que la locura se convirtiera, estadística o culturalmente, en un fenómeno distintivamente femenino durante el siglo XIX es

influencia que tiene el género a la hora de evaluar los comportamientos de las personas y considerarlos patológicos o no.

Un claro ejemplo es el que aporta Goudsmit (1994): las y los profesionales médicos tienden a percibir a las mujeres como psicológicamente débiles, poco fiables y con tendencia a la ansiedad, lo que les lleva a interpretar los síntomas que describen las mujeres como psicológicos, y no físicos. Este mecanismo, denominado “psicologización”, a menudo origina un aumento de los daños ocasionados por patologías físicas debido a la falta de tratamiento o la tardanza en dispensarlo. Inmaculada Hurtado (2017) ha analizado también cómo un diagnóstico de creación reciente, el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, está generizado: la idea del niño hiperactivo que existe en el imaginario colectivo es marcadamente la de un *niño*, y no una *niña*. Y no digamos si miramos más allá del binarismo de género: recordemos que ha sido en 2018 cuando la OMS, en la undécima versión de su Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11), ha dejado de clasificar la transexualidad como trastorno mental (aunque insiste en calificarla de “incongruencia”).

El ejemplo más exhaustivo y minucioso de estudio de la evolución de los diagnósticos psiquiátricos en función del género es el llevado a cabo por Busfield (2002), quien realiza dos aportaciones esenciales. En primer lugar, sugiere una clasificación de los tipos de trastornos mentales actuales (basándose en un análisis arqueológico de las taxonomías existentes desde el siglo XVI y que han ido dando forma a las sucesivas clasificaciones hasta hoy) en trastornos relacionados con la emoción (los *mood disorders*), trastornos relacionados con el pensamiento (fundamentalmente las psicosis) y trastornos relacionados con el comportamiento (como las adicciones o los trastornos de personalidad). Según sus datos epidemiológicos⁷, los primeros, asociados a la muy femenina esfera de la emoción, los presentan más mujeres; los asociados al comportamiento (como las adicciones) los presentan más hombres, mientras que los relacionados con el pensamiento (o más bien, con el colapso formal de la capacidad de pensar, menos susceptible de presentar un sesgo de género en su interpretación; Busfield, 2002: 151) se distribuyen de forma igualitaria entre hombres y mujeres, aunque no así entre distintas clases sociales y etnias (Busfield, 2002: 147).

producto, para Busfield, del sesgo que supone investigar a las *mujeres* en relación con la locura en lugar de observar las relaciones del *género* y la locura. Al hacer esto encontramos, más bien, que la locura era una categoría heterogénea, en pleno proceso de cambio (en buena medida por los intereses profesionales de los psiquiatras y sus complejas relaciones con el ámbito jurídico; Busfield, 1994: 261, 273), con múltiples manifestaciones con rostros diversos, tanto masculinos como femeninos.

⁷ Debemos tener en cuenta la advertencia de la propia Busfield, en otro texto, de que “las estadísticas de pacientes no nos proveen de mediciones objetivas y estandarizadas de los niveles de locura en diferentes grupos: más bien nos proveen ante todo de información sobre quiénes son procesados por el sistema de psiquiátricos/de salud mental” (1994: 262).

La segunda gran aportación de Busfield es su clasificación lógica de los mecanismos que pueden provocar esas diferencias epidemiológicas; es decir, cataloga todas las posibles maneras de explicar el que un trastorno presente prevalencias distintas según el género (Busfield, 2002: 147-148). Estas son de dos tipos. El primero no cuestiona las categorías diagnósticas en sí: acepta que las diferencias de género son reales e intenta explicar por qué. Hay tres ejemplos: (i) hombres y mujeres pueden estar más o menos expuestos a situaciones que ocasionan los trastornos (por ejemplo, el abuso sexual); (ii) hombres o mujeres pueden ser más vulnerables a esas situaciones (lo cual se suele explicar en términos biológicos); (iii) hombres y mujeres pueden expresar su sufrimiento mental de maneras distintas debido a las expectativas de género y su proceso de subjetivación en ese ambiente (los hombres hacia afuera, violentamente; las mujeres hacia adentro, deprimiéndose).

El segundo tipo de explicación se fija en el proceso de diagnóstico, suponiendo que el sesgo de género se puede hallar en el momento de identificar el trastorno como tal. Los tres ejemplos son: (iv) que existan sesgos de género en la interpretación de los síntomas (como en el caso de la psicologización antes mencionado); (v) que existan sesgos de género a la hora de nombrar o clasificar el problema (que un mismo tipo de conducta se considere indicativo de trastorno mental en el caso de una mujer y de comportamiento criminal en el caso de un hombre); y (vi) que existan sesgos de género en las categorías diagnósticas mismas (como en los casos comentados antes de la histeria o el TLP).

La segunda aportación de estas investigadoras de interés para mi trabajo es la crítica del efecto despolitizador que tiene la patologización del sufrimiento. Aunque no se trate de una idea exclusiva del feminismo en salud mental⁸, creo que no he encontrado un ejemplo más concienzudo, completo y convincente de cómo reinterpretar padecimientos individuales en términos colectivos y políticos que el que lleva a cabo la psicóloga británica Jane Ussher en su libro *The Madness of Women: Myth and Experience*. Además del caso de la depresión, que antes he comentado, Ussher explora cómo muchos de los criterios diagnósticos del DSM-IV para trastornos como el de Estrés Post-Traumático o el TLP son, al mismo tiempo, respuestas habituales y comprensibles

⁸ El análisis desde lo laboral y los conflictos de clase ha sido explorado en nuestro país con gran profundidad y mimo por el psiquiatra gijonés Guillermo Rendueles, quien impartiera la conferencia de elocuente título “Necesitas un sindicato, no un psiquiatra” (Rendueles y González, 2017). En Rendueles (2004) explica con detalle un ejemplo con protagonistas femeninas a las que estudia con atención al género: las trabajadoras en lucha de una fábrica textil que acabó por cerrar y que fueron desfilando, individualmente, por su consulta.

(“razonables”, dice ella⁹) a sucesos como el abuso sexual, al que las mujeres están mucho más expuestas que los hombres (Ussher, 2011: 129-152). La clave de su análisis es que construye un marco conceptual que muestra que esa cosificación sexual y ese abuso son un mecanismo para el mantenimiento de las diferencias de poder patriarcales entre hombres y mujeres, con lo que pone el acento en la necesidad de cambiar la sociedad. Este enfoque sería imposible si concluyésemos sencillamente que las mujeres que expresan esos síntomas tienen un trastorno individual.

La socióloga Heidi Rimke ha acuñado un término para esta tendencia institucionalizada en Occidente a individualizar los sufrimientos: psicocentrismo. Este concepto, definido como “la perspectiva según la cual todos los problemas humanos son patologías innatas de la mente y/o el cuerpo individuales, siendo el individuo el responsable de la enfermedad, el éxito y el fracaso” (Rimke y Brock, 2012: 183), constituye un intento de entender la función ideológico-estructural que la creciente “cultura de la terapia” cumple en el marco de las sociedades neoliberales. Rimke resume en un decálogo las características de este fenómeno, de entre las cuales destacan las tendencias al reduccionismo y determinismo biológicos, al ahistoricismo, al etnocentrismo, a culpar a la víctima, al positivismo científico y, por supuesto, un “individualismo patológico” (2016: 7-8). A esto habría que añadir, a su vez, el poder que se otorga al “complejo psi” (profesionales de la psiquiatría, psicología, psicoterapia, psicoanálisis y similares) de determinar, con sus discursos y prácticas expertas, tanto el diagnóstico como el tratamiento adecuados a todos los problemas humanos – una perspectiva profundamente foucaultiana (Rimke y Brock, 2012: 194). De forma análoga a los intentos de Ussher por contextualizar y despatologizar las actitudes y comportamientos de muchas mujeres en ciertas circunstancias, Rimke se esfuerza por mostrar que algunas situaciones son cuestión de justicia social: que no son problemas individuales sino estructurales y, por tanto, políticos¹⁰.

⁹ Patricia Deegan se expresa de forma similar en una “carta” a su yo de 17 años, recién diagnosticada de esquizofrenia: “Tu ira no es un síntoma de enfermedad mental. Tu furiosa indignación es una respuesta cuerda a la situación en que te encuentras” (1993: 9).

¹⁰ Rimke coordinó recientemente un número especial de la revista *Studies in Social Justice*, en el que varias autoras exploraban, desde el marco que provee su concepto, distintos “problemas sociales” para repolitizarlos. Un ejemplo especialmente ilustrativo del mecanismo del psicocentrismo es el que presenta Erin Dej (2016): las personas sin hogar son al mismo tiempo patologizadas (al asociarse automáticamente el vivir en la calle con padecer una enfermedad mental y/o una adicción) y responsabilizadas por su situación (pues los discursos emprendeduristas hegemónicos hacen del individuo responsable único de su fracaso), algo que afecta directamente a sus propias ideas sobre su situación y sobre cómo cambiarla, despolitizándolas.

Lo fundamental de estas críticas es que son capaces de cuestionar las formas habituales y legitimadas de conceptualizar el sufrimiento psíquico, explorando las formas en que estas influyen en el proceso de subjetificación de quienes sufren (Ussher, 2011: 7-8, 100-102, 157-159; Dej, 2016: 124-128); pero al mismo tiempo reconocen ese sufrimiento como real y legítimo, proporcionando un marco interpretativo alternativo que no solo da un sentido político a ese sufrimiento, sino que además no culpa a estas personas por adoptar los discursos disponibles (y socialmente premiados) para explicarse su situación (Ussher, 2011: 102-106, 159-184; Dej, 2016: 128-131). Esta sensibilidad y capacidad de ponerse en el lugar de la persona que sufre, combinada con un ojo bien entrenado para detectar los efectos de la injusticia social, a menudo ha estado ausente del propio tratamiento que dispensaban los servicios de salud mental. Las críticas feministas también han dedicado muchas páginas a denunciar la misoginia de los tratamientos dispensados a mujeres, desde la mutilación genital (Showalter, 1987: 75-78; Ussher, 2011: 19-20) a la psicoterapia marcada por sesgos de género y dinámicas patriarcales (Chesler, 1972/1983: 106-113; Ussher, 2011: 97). Pauline Prior (1996) ofrece dos ejemplos de los cuales podemos aprender mucho sobre el potencial de una atención psiquiátrica feminista.

Se trata de dos mujeres norirlandesas que llevaban décadas siendo usuarias de los servicios de salud mental. La primera es el “típico” perfil de la mujer que se casó joven, estando ya embarazada, por orden de sus padres; tuvo ocho hijos con su violento marido y fue ingresada en un hospital psiquiátrico más de doscientas veces a lo largo de cuarenta años (Prior, 1996: 31-33). De una lectura atenta de su historia se desprendía claramente que los problemas de esta mujer no eran de patología individual, sino que surgían de una situación familiar violenta y agobiante combinada con el peso de las expectativas sociales. Sus constantes ingresos eran intentos de escapar temporalmente de la presión de su vida, pero al mismo tiempo la única alternativa que le proponían era mandarla de forma permanente a un hospital destinado a pacientes de salud mental; algo que ella rechazaba porque habría supuesto reconocer su fracaso como esposa y madre, sin importar que obviamente fueran esos dos roles los que estaban haciéndole la vida imposible. Sin embargo, ninguno de los profesionales que la trató se planteó estas cuestiones o le ofreció otras soluciones (Prior, 1996: 33-34).

El segundo caso es el de una enfermera soltera con múltiples intentos de suicidio y adicciones a diversas drogas a sus espaldas, que presentaba síntomas psicóticos. Pasó por fases en su vida en las que era ingresada por largas temporadas (hasta cuatro años), pero en otros momentos vivió sola o con su hermano. Era una persona violenta en el trato pero al mismo tiempo extremadamente dependiente. Según ella misma admitía sin rodeos, sus problemas psíquicos tenían como raíz sus conflictos con su sexualidad: era lesbiana y lo sabía pero se odiaba por ello, y pensaba que nadie

podría aceptarla. El personal psiquiátrico que la trató no intentó entrar en esta cuestión ni una sola vez en veinte años: si bien no la “juzgaban” por ello, consideraban que este asunto era irrelevante para su “incapacidad para lidiar con la vida” (Prior, 1996: 35). Esta falta de sensibilidad seguramente reflejaba la brutal homofobia de la Irlanda rural de la época: lo más descorazonador es que, como sugiere Prior, “Mary probablemente estaba en lo cierto en su análisis de su situación” (*Ibid.*). Pero precisamente por eso habría sido de ayuda intentar, con tacto y respeto, ayudarla a gestionar sus conflictos internos y su autodesprecio, en lugar de ignorar o minimizar la cuestión. El resultado: tras pasar por múltiples etiquetas diagnósticas, Mary acabó considerándose esquizofrénica y declarando que no percibía estigma por ser paciente de salud mental – quizás, como sugiere Prior, porque este era incomparable al estigma interiorizado de ser lesbiana.

Así pues, y como veremos en más detalle en el caso de Amalia, llevar a cabo una práctica profesional feminista en salud mental es de una importancia capital. En este ámbito de la asistencia sanitaria, lo que se trabajan son en esencia “problemas del vivir”, para usar la expresión de Meyer (Davidson, Rakfeldt y Strauss, 2014: 162); y el trabajo consiste en buena medida en ayudar en el proceso de dar un sentido a esos problemas. Que las profesionales que llevan a cabo esa labor introduzcan planteamientos feministas implica que un problema como el de Mary, por ejemplo, pase de conceptualizarse como una “incapacidad para lidiar con la vida” a ser la socialización en la homofobia. Así, en lugar de percibirse como esquizofrénica, quizás cuestionaría los estándares introyectados que la condenan a odiarse a sí misma y tomase conciencia de que es necesario acabar con la homofobia a nivel social.

3. Reflexiones metodológicas y éticas

En este trabajo he partido de la etnografía feminista como mi marco metodológico general. Creo que la metodología etnográfica resulta particularmente coherente con este ámbito de estudio, a saber, la salud mental desde el enfoque de la recuperación. En palabras de Ricardo Sanmartín, la etnografía “permite conocer a partir de un tipo de experiencia interpersonal [...] la realidad de persona a persona, a través del testimonio que encarnan los actores en su vida cotidiana” (2003: 10). Este hecho, afirma, la hace adecuada, en general, para estudiar la cultura, pues es precisamente en ese contexto y mediante ese tipo de interacciones que la cultura se forma y se comunica; y es adecuada, añadido yo, a un intento por estudiar la salud mental desde un punto de vista humanizador y no patologizador. Al partir de lo más común, lo más básico a todos los seres humanos (la interacción cotidiana), se hace más sencillo entender a las personas a quienes estudias como sujetos plenos, en lugar de dejarte llevar por estereotipos o estigmas que las reducen a la condición de “enfermos mentales”.

Cuando John Strauss da un valor diagnóstico al mero “estar con”, al acompañamiento, prácticamente está recomendando la observación participante, y de hecho “observación participante” era la expresión literal utilizada por Sullivan para caracterizar su enfoque (Davidson, Rakfeldt y Strauss, 2014: 142, 173). El descentramiento constante y la falta de referentes que implica una actividad terapéutica radicalmente igualitaria, recuerdan al extrañamiento que constituye la espina dorsal de la actividad antropológica. Tampoco es casual que Strauss subraye la centralidad para el profesional en salud mental de la mirada, de saber mirar, de cuestionar nuestros marcos de referencia predeterminados para poder ver lo que a menudo está ante nuestras narices, pero pasamos por alto, y cómo realizar actividades cotidianas sirve precisamente a ese fin (Davidson, Rakfeldt y Strauss, 2014: 142-143). Las similitudes de esta idea con lo defendido por Teresa Del Valle en su ensayo sobre la mirada antropológica son una muestra más de la fecundidad de este encuentro de disciplinas. Para Del Valle, una característica esencial de la mirada antropológica es que “mantiene una apertura hacia lo nuevo, lo inesperado” (2012: 15). Indica además que la mirada antropológica puede ser útil para entrenarnos a la hora de detectar los intersticios, que define como pequeños hallazgos “que permiten desarrollar la mirada larga, inquisitiva que se hace propicia a una actitud de descubrimiento” (Del Valle, 2012: 10). Encontramos aquí un punto de contacto esencial entre salud mental y antropología, y no es exagerado señalar que “lo antropológico” y “lo terapéutico” se complementan si adoptamos un enfoque basado en la recuperación.

Al mismo tiempo, el papel clave que otorgaba Sullivan a la subjetividad del terapeuta¹¹ (pues la relación terapéutica era para él, como para Tarí y Dozza, un encuentro de subjetividades) y que Strauss también reivindica y ejemplifica en su ensayo “en primera persona” (Davidson, Rakfeldt y Strauss, 2014: 173-174; 133, 148-151), tienen mucho en común con la llamada a situar y encarnar el conocimiento que constituye una de las principales aportaciones feministas a la metodología antropológica y a la epistemología de la ciencia en general (Gregorio, 2006). La perspectiva feminista radicaliza la reflexividad propia de la metodología etnográfica en un sentido político. Así, “[l]a experiencia etnográfica aparece como un acto total que implica cuerpo, mente, razón y emoción de manera indisoluble, como una práctica de reconocimiento de la configuración de las relaciones de poder” (Gregorio, 2006: 33). De este modo, una parte esencial del proceso de observación es la

¹¹ También sobre este punto se pueden encontrar ecos en las propuestas de la medicina narrativa: “Es posible que el instrumento terapéutico más potente del médico sea su propio yo” (Charon, 2001: 1899). Para este enfoque, una de las cualidades esenciales de la buena praxis médica es su reflexividad, por lo que la productividad del acercamiento de la antropología a la salud mental puede hacerse extensiva a la atención sanitaria en general.

constante puesta en cuestión de las dinámicas de poder que se establecen: se trata de vivir la cotidianeidad pero al mismo tiempo de ponerla en cuestión, de examinar sus costuras.

En coherencia, pues, asumo también que todo mi proceso investigador ha de ser encarnado y situado, esto es: rechazo el mito de la “mirada desde ninguna parte” (Haraway, 1988: 581), la supuesta mirada científica objetiva, desprovista de sesgos. Antes bien, considero que lo que es necesario para producir buena ciencia, y concretamente buena ciencia social, es desarrollar la capacidad de detectar, exponer y comprender los propios sesgos. Se trata de desplegar una “subjetividad altamente disciplinada” (Scheper-Hughes, 2000: 132) y de tener la honestidad de admitir cómo los propios intereses y las relaciones de poder influyen, inevitablemente, en la investigación. En lugar de hacerme desaparecer como sujeto de mi trabajo, labor por definición imposible, me colocaré donde me corresponde: como uno de los actores que configuran la realidad que estoy estudiando. Mi compromiso político feminista no constituye, pues, una limitación, sino una fortaleza.

Es a esta radicalidad política a la que se refiere Mari Luz Esteban (2006) cuando recomienda una perspectiva feminista fuerte como base para estudiar la relación entre género y salud. Las confusiones conceptuales que a menudo se dan en los trabajos que no incorporan la teoría feminista provocan, en el mejor de los casos, comprensiones muy parciales de las diferencias de género en la salud y la atención sanitaria. En el peor, se reproducen estereotipos y se “re-naturalizan” las diferencias socialmente construidas, homogeneizando además desde un punto de vista etnocéntrico estructuras y prácticas muy diversas (Esteban, 2006: 10-12). Pero Esteban recomienda también una metodología antropológica, que pueda servir, entre otras cosas, para salir del marco de “la visión positivista de la enfermedad” que es ubicua entre profesionales de la salud:

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

Como he desarrollado en el primer capítulo, yo también intento salir de esta comprensión estrecha, estrictamente biológica, de la enfermedad, lo cual evidencia otro punto fuerte de la metodología etnográfica y feminista que empleo en este trabajo.

Por todo ello, pienso que el aprendizaje mutuo entre antropólogas (especialmente feministas) y profesionales de la salud mental puede ser muy rico y productivo en el camino hacia una atención

de salud mental verdaderamente centrada en la persona. Esta línea de trabajo requeriría trascender las divisiones disciplinares que hacen que actualmente encontremos más bien trabajos puramente antropológicos centrados en la salud mental y/o la atención psiquiátrica por un lado y, por otro, trabajos de psiquiatras que estudian las diferencias culturales de una forma superficial, entendiéndolas como “un obstáculo a superar para llegar al trastorno mental” (Martínez-Hernández, Perdigueiro Gil y Comelles, 2015: 219).

En mi trabajo de campo he empleado dos técnicas: la observación participante y la entrevista en profundidad. Aunque es cierto que, como indica Sanmartín, ambas técnicas son parte de un único proceso que solo puede dividirse analíticamente (2003: 11), el papel que ambas han jugado en mi trabajo ha sido diferente, y hasta cierto punto se puede establecer una sucesión temporal. Comencé mi observación el día 12 de marzo de 2018, asistiendo al taller Habilidades para la vida cotidiana que coordina Aurelia, a quien había conocido durante el proceso de pedir permiso para realizar el trabajo y que ha sido mi tutora en HdD. Durante los siguientes meses, asistí casi a diario, acudiendo a los espacios comunes donde participaban pacientes. Esto excluía, por un lado, las reuniones de equipo, que se celebran todos los días a las ocho y media y sirven para que las profesionales comenten la marcha del hospital, se pongan de acuerdo en estrategias asistenciales para pacientes concretos y realicen actividades formativas. Si bien empecé asistiendo, pronto decidí no hacerlo habitualmente, porque al no estar presentes las pacientes y tratarse de un espacio de decisión terapéutica, consideré que me acercaba en exceso a la perspectiva de las profesionales. En todo caso, a través de mi relación fluida Feli, la terapeuta ocupacional, y Jane, psicóloga en prácticas, me llegaron muchos de los comentarios y decisiones relevantes que se tomaron en estas reuniones.

Por otro lado, tampoco asistía a las sesiones de psicoterapia, ni individuales ni grupales. La principal razón para esto era el respeto por la privacidad: estos son los espacios más íntimos, donde los y las pacientes comparten aspectos muy delicados de sus vidas, por lo que la presencia de un observador externo podía ser violenta y contraproducente. Esto dejaba los espacios de terapia ocupacional (Expresión corporal, Estimulación cognitiva y Psicopintura), Habilidades para la vida cotidiana, Educación para la salud, el Grupo comunitario, Hábitos saludables y Recursos en la calle. Explicaré el sentido de cada espacio en el siguiente capítulo. Durante la observación, utilicé un cuaderno en el que tomaba notas en aquellos talleres en que era posible. En terapia ocupacional, la participación plena solo era posible si renunciaba a tomar notas; por lo general, escribía lo que más había llamado mi atención una vez acabado el taller. Así, he desarrollado técnicas idiosincráticas para evocar el recuerdo, propiciando con cada rememoración que lo que observé adquiriera nuevos

significados que me han permitido aproximarme a las personas con las que interactué de formas cada vez más ricas; la memoria ha sido, pues, una de mis herramientas de investigación más básicas (Del Valle, 2006: 15).

En todo caso, pasé a convertirme en un elemento más o menos fijo de HdD entre marzo y junio de 2018. Poco a poco me gané la confianza de profesionales y pacientes, y llegué a estar totalmente integrado en el funcionamiento del servicio, con ciertas normas presupuestas en torno a lo que cabía esperar de mí y lo que no debía hacer. En otras palabras: adquirí un rol. Como bien señala Sanmartín (2003: 60), este rol de investigador, en gran medida *sui generis*, se construyó a partir de una combinación de elementos que pertenecían a roles preexistentes en el HdD¹².

Pero debido a mis objetivos, era necesario que realizase entrevistas. Transcurridas unas semanas desde mi llegada empecé a perfilar, en diálogo con Aurelia, el conjunto de pacientes a quienes entrevistaría. Seguí para ello algunos criterios: la mitad fueron mujeres y la otra mitad, hombres (ninguna de las personas que asistían a HdD durante mi estancia era trans). Procuré reflejar la diversidad etaria del grupo, incluyendo desde personas en torno a los veinte años a, incluso, mayores de 50 (aunque en teoría el límite de edad son los 45). Intenté también reflejar uno de los problemas fundamentales que tienen la mayoría de personas que asisten a HdD: las posibilidades de inserción laboral. Incluí a personas que habían trabajado o estaban trabajando, así como a personas que nunca habían trabajado o llevaban mucho tiempo sin hacerlo. Por razones similares intenté que hubiese personas con estudios superiores y otras que no los tuvieran. Dado que no existía una diversidad étnica o racial en el grupo, no tomé en cuenta estas categorías al hacer la selección. Aunque era consciente, por diversas circunstancias, de que algunas de las personas entrevistadas no eran heterosexuales, no pregunté explícitamente por ello a nadie ni nadie lo sacó a colación, por lo que no he incluido ninguna referencia a ese asunto en este trabajo. Por último, quise entrevistar tanto a personas que estuviesen en un punto, digamos, de recuperación parcial, que se mostraran más bien optimistas, como a personas en un momento muy negativo, incluso en crisis.

Aurelia y yo consensuamos una lista de diez personas, cinco hombres y cinco mujeres, a las que entrevistaría (ver Anexo I). Comencé las entrevistas el 23 de mayo de 2018 y realicé la última el

¹² Principalmente, los roles que dieron forma al mío fueron el de paciente, sobre todo en algunos talleres, y el de observador, a su vez un rol intermedio pero ya muy institucionalizado en HdD. Una anécdota ilustrará lo que quiero decir: un día ya a finales de abril, mientras esperábamos a que llegase Aurelia para empezar el taller de Habilidades, Nole me preguntó si yo era paciente. Cuando le dije que no, que era investigador, él se rió y dijo que le llamaba la atención que me sentara entre los pacientes en lugar de en segunda fila, como suelen hacer las alumnas que vienen como observadoras. “Ya sabes, en plan: vosotros sois los locos”.

4 de julio. Salvo una excepción¹³, realizamos las entrevistas en alguna sala libre en el propio HdD, principalmente por ser más cómodo y seguro para las personas a las que entrevisté. Las entrevistas fueron grabadas con grabadora y duraron entre veinte minutos y hora y cuarto (ver Anexo II). Mientras hice las entrevistas, fui más selectivo con los espacios a los que asistía. En parte se debía a una cuestión de tiempo: necesitaba transcribir las entrevistas y empezar a escribir este trabajo. Pero también se convirtió en una forma de ir desvinculándome progresivamente de un lugar que, durante unos meses, prácticamente había sido mi lugar de trabajo, con la implicación emocional que esto conlleva. Proseguía la observación, pero me dedicaba más a fijarme en la evolución y el comportamiento de las personas a las que había entrevistado o iba a entrevistar. De hecho, pude apreciar una cierta saturación que me dificultaba tomar notas de forma efectiva. Los últimos días, solo acudí a citas concretas para hacer entrevistas y, en una culminación ritual de mi paso por HdD, para coordinar un taller de cocina veraniego.

Solo llevé a cabo nueve entrevistas: Rafa, una de las personas a quienes quería entrevistar, faltó a varias de las citas que concertamos y finalmente se disculpó porque se iba de vacaciones fuera de la ciudad. Además, solo he podido utilizar ocho ellas para este trabajo, dado que una de las personas a las que ya había entrevistado me pidió que no utilizase el contenido de nuestra conversación. Esa persona era Raquel, y merece la pena que me detenga en explicar este episodio por lo compleja que fue mi relación con ella a nivel ético. Como he mencionado, Raquel (35 años) estaba muy mal desde el momento en que llegué a HdD. Se pasaba la mayor parte de los talleres mirando al vacío, cuando no murmurando que aquello era insoportable; en los momentos de socialización, tenía grandes reticencias a hablar con la gente, cosa que se volvió hasta cierto punto recíproca¹⁴. Casi todo el tiempo era una persona taciturna, intransigente y hosca hasta lo irrespetuoso¹⁵.

Pese a ello, desde el principio quise entrevistarla. Me parecía importante reflejar en mi trabajo a alguien que de forma tan notoria no estaba feliz en HdD ni se tomaba en serio el tratamiento que

¹³ La de Nole, para la cual bajamos a una cafetería a desayunar.

¹⁴ Al preguntarle por su opinión sobre el ambiente en HdD, Juan contestó: “Pues me parece un ambiente muy agradable, de buen rollito, de encontrarse a gusto, de... en general, con profesionales y con pacientes. Solo hay una excepción [me mira significativamente, río], y es Raquel, a mí me resulta muy incómodo hablar con ella, porque cualquier cosa que dices le molesta, le sienta mal... pero aparte de eso, vaya, muy agradables todos”.

¹⁵ En una ocasión entró tarde a Educación para la salud, gritando “¡mierda de HdD!” y confrontando a Jane, preguntándole “¿por qué me haces hablar con el asqueroso ese de Javier?”. Emilia tuvo que recordarle que estábamos en un grupo para que se calmara. Sobre su relación con Javier, el veterano psiquiatra de HdD, solo sé que en un Grupo comunitario él le preguntó cómo estaba y ella respondió murmurando un arisco “bien”. “No me quieres ni ver”, replicó Javier con una sonrisa irónica, y cambiamos de tema.

dispensan. Además, pese a las dificultades comunicativas, intentaba reiteradamente establecer contacto con ella, y en ocasiones nuestro diálogo era fluido y aparecía ante mí una Raquel triste, pero no hostil, y a veces hasta graciosa. Durante un taller de Estimulación cognitiva en que estábamos sentados juntos, pasó de refunfuñar sobre lo aburrido de la tarea que estábamos haciendo a, directamente, preguntarme por cosas que no tenían nada que ver. Yo intentaba conminarla a centrarse en el ejercicio, pero era inútil, y acabé riéndome de sus ocurrencias. Feli, que coordinaba el taller, nos llamó la atención y nos pidió silencio. “Ahora te van a poner un negativo por mi culpa”, me dijo, burlándose de la actitud de maestra de Feli, y tuve que aguantarme la risa. Terminado el taller, Feli se me acercó y me recomendó que tuviera cuidado: Raquel me estaba mirando con muy buenos ojos, y no sería la primera vez que un paciente se colgase por una observadora. Pero yo creo que simplemente le servía a modo de evasión de un lugar que detestaba.

Llegado el momento de hacer la entrevista, no sabía cómo planteárselo. Jane me recomendó que fuera directo: con Raquel no había medias tintas, me daría un sí o un no rotundo. Efectivamente, cuando le planteé la posibilidad de entrevistarla, ignoró mis largas explicaciones y justificaciones y me pidió que fuera al grano. Primero, aceptó. Sin embargo, cuando le presenté la hoja de información que estaba obligado a entregarle por normativa del hospital, se percató de que el título provisional del trabajo incluía la palabra “loca”. “Yo no estoy loca, yo tengo una enfermedad”, me dijo, con su tono neutro, frío e inapelable. Pese a mis explicaciones (el “loca” del título iba entrecomillado porque quería cuestionar las ideas socialmente establecidas en torno al trastorno mental), no quiso saber nada: ponía “loca” en negro sobre blanco y no había más que hablar. Este episodio me hizo reflexionar sobre el poder de ciertas palabras estigmatizantes, que algunas personas que investigan la salud mental usan para subvertir su significado, pero que tienen mucho poder para hacer daño si no se emplean con cuidado. Así pues, reelaboré la hoja de información para reflejar mi cambio de objetivos (que he explicado en el primer capítulo) y escoger un título más apropiado (ver Anexo III). No le gustaba la idea de que grabase su voz, pues al oírla después se siente estúpida, pero aceptó realizar la entrevista: la llevamos a cabo el 18 de junio. Una semana más tarde me preguntó si la había transcrito; contesté que sí y me dijo que lo había pensado mejor y prefería que no la usase en mi trabajo.

4. El Hospital de Día: una breve contextualización

HdD se ubica en un edificio de cinco plantas, del que solo ocupa una de las alas de una de las plantas. De hecho, es habitual que entren personas despistadas que buscan consultas de otras especialidades médicas, dando lugar a divertidos malentendidos. Al entrar, encontramos un pasillo que se extiende a derecha e izquierda, lleno de bancos metálicos. A mano izquierda hay tres puertas:

una da a la secretaría, otra a la sala de terapia ocupacional y otra a la sala de enfermería. A lo largo del pasillo hay varios cuartos de baños, tres salas de grupo, donde se realizan talleres y sesiones de psicoterapia grupal, y los despachos de algunos profesionales. A través de secretaría, se accede a otro pasillo donde están las puertas a otros despachos, además de a una sala donde se guarda la comida de los desayunos y a la biblioteca. Esto es todo: se trata de un espacio pequeño en el que conviven cerca de cincuenta personas¹⁶ entre pacientes, profesionales y estudiantes en prácticas¹⁷.

La cifra se eleva si contamos con las¹⁸ familiares que asisten a los grupos de apoyo dirigidos a ellas y con las alumnas de la Unidad de Docencia y Psicoterapia “José María López Sánchez”, un espacio formativo para profesionales de la salud asociado a HdD. La presencia de estas últimas es algo más invisible: son seis-ocho personas que rotan cada tres meses, y suelen estar en la biblioteca, donde tienen sus clases. Normalmente solo conviven con el resto de HdD cuando realizan las terapias individuales que forman parte de su formación y cuando asisten como observadoras a Habilidades para la vida cotidiana. Pese a ello, para mí la UDP o “el López”, como se la llama informalmente, jugó un papel importante en mi aclimatación. Por un lado, tres amigas mías estaban rotando en la unidad mientras yo hice mi trabajo de campo, y cruzármelas por los pasillos y poder hablar con ellas de algunos pacientes a quienes conocían fue parte de lo que hizo que me sintiera en casa. Pero además, mi propia madre rotó en la unidad, así como otros amigos y amigas de mis padres a quienes tengo en mucha estima. Mi relación con HdD, en cierto modo, llevaba décadas fraguándose.

Pese a ello, mis primeros compases en HdD estuvieron marcados por cierta desconfianza por parte de las profesionales. Esto no me sorprendió: fui advertido por Aurelia de que existiría esa tirantez, ya que la próxima jubilación de dos de sus pilares, Javier y Emilia, tenían a todo el mundo

¹⁶ A esto se refería seguramente Isabel cuando se quejó: “¿que las instalaciones dejan que desear? Pues también. ¿Que hay mucha gente? Pues también”. La Sala de grupos 3, donde se realizan la mayoría de talleres que no son de terapia ocupacional porque cuenta con pizarra, está dividida por una columna que dificulta ver a la gente del otro lado, y apenas cabemos las más de treinta personas que asistimos a Habilidades y el Grupo comunitario, por ejemplo. Para colmo, en la primavera y el verano siempre hace calor, puesto que el sol da de lleno toda la mañana.

¹⁷ Los y las estudiantes en prácticas principalmente vienen a completar las prácticas obligatorias para obtener los grados de Psicología y Terapia Ocupacional. También rotan estudiantes de sexto curso de Medicina, uno/a cada dos semanas. Este constante tránsito de personas que no llegan a establecer vínculos fuertes con la institución resulta algo mareante para algunos pacientes.

¹⁸ Aunque a lo largo del trabajo utilizo el masculino y femenino plural como genérico de forma más o menos intercambiable, en este caso utilizo el femenino porque la inmensa mayoría de familiares que vienen a HdD son mujeres, sobre todo madres de pacientes.

muy tenso y parecía haber una especie de crisis de identidad grupal en el servicio. Javier es psiquiatra y Emilia, enfermera; junto con Antonia, la alegre auxiliar de enfermería, y Pepe, el bromista celador, eran las personas que llevaban en HdD desde el principio, hace más de 30 años. Emilia se jubiló en junio, hacia el final de mi trabajo de campo; Javier se habrá jubilado para cuando defienda este trabajo. Salvé esta desconfianza con bastante rapidez, merced a dos elementos: mi saber estar y la revelación de que era hijo de mi madre y mi padre. También mi padre estaba conectado con HdD: había trabajado en la misma planta de ese edificio hacía unos años, y había sido directivo del hospital al que está asociado el servicio. En particular Javier, que es un hombre tímido y que en general rehúye el contacto, pasó de mirarme con suspicacia a sonreírme con sinceridad cada vez que nos cruzábamos.

Mi aliada constante en todo el proceso de observación fue Aurelia. Ella coordina el servicio y me fue introduciendo en él poco a poco, me asesoró y estuvo siempre disponible para comentar el desarrollo de mi trabajo. María, otra psicóloga a quien había conocido en mi trabajo de campo en agudos, se mostró igualmente generosa con su tiempo y me ayudó a preparar y comprender varias entrevistas que realicé a pacientes suyos. La colaboración de ambas fue decisiva para que este trabajo sea el que es. También establecí mucha confianza con Feli, la terapeuta ocupacional, que era la profesional con la que pasaba más tiempo y que más hablaba con las observadoras y estudiantes en prácticas. De entre estas últimas, tengo que destacar a Jane, una psicóloga que estaba estudiando un máster y que asistió a HdD justamente en las mismas fechas que yo para obtener información para su TFM. Ella era la persona más parecida a un par que tenía, y comentamos mucho nuestros respectivos trabajos; incluso participé en los tests psicológicos que ella estaba desarrollando.

En cuanto al funcionamiento del servicio, el primer día en que asistí se me entregaron un horario y un breve documento, de apenas página y media, titulado “La filosofía del HdD”. En este último, el servicio se define “como un foro en el que un grupo de terapeutas, utilizando un amplio espectro de modalidades terapéuticas, particularmente la terapia de grupo, tratan a un grupo de pacientes”. Este enfoque multidisciplinar explica la presencia de tres psiquiatras, dos psicólogas, dos enfermeras y una auxiliar, una terapeuta ocupacional y una trabajadora social, quienes proporcionan “un tratamiento intensivo, global y coordinado [...] que presta sus servicios en términos de mayor disponibilidad de lo habitual en otros dispositivos ambulatorios”. Al mismo tiempo, en coherencia con los presupuestos del movimiento de la recuperación, se entiende que el “proceso terapéutico” se produce en las “relaciones interpersonales”, en el “vínculo”, y se intenta “promover constantemente una convivencia terapéutica que básicamente consiste en que los propios pacientes se constituyan en agentes terapéuticos”, creando un espacio de trabajo compartido entre pacientes y profesionales

(aunque liderado por estos últimos) donde desarrollar “unas maneras de pensar complementarias y compartidas sobre la salud y la enfermedad mental, sobre el proceso terapéutico y sobre la manera de implementar los recursos que sean realmente terapéuticos”.

Existen dos modalidades de ingreso: total, para quienes asisten todos los días de 9:30 a 14 horas, y parcial, para quienes solo acuden a espacios contados, consensuados con su terapeuta. Sin embargo, en ningún caso “ingreso” implica que las personas se queden allí a dormir: la diferencia estriba en a cuántos espacios acuden y, en cierto modo, el nivel de gravedad en que se encuentran. El tiempo máximo de ingreso son dos años. El perfil de paciente, por otro lado, no viene determinado por el diagnóstico específico, más allá de que se trata de personas diagnosticadas de TMG de entre 18 y 45 años. En HdD se trabaja transdiagnóstico y, por tanto, en este trabajo ignoraré mayormente el diagnóstico adjudicado a las personas (salvo que lo traiga a primer plano la propia persona diagnosticada). Lo que comparten los y las pacientes es un conjunto de problemas relacionados con la vida cotidiana. Estos incluyen una relación complicada y dolorosa con sus emociones, que no consiguen regular de forma satisfactoria (en especial una gran intolerancia a la frustración), el pensamiento rumiante (sobre el que vuelven una y otra vez y en el que quedan atrapadas), la literalidad (un síntoma tradicionalmente psicótico: entender que el lenguaje *es* la realidad, no admitiendo que pueda haber múltiples perspectivas ni comprendiendo las metáforas¹⁹) y la evitación como mecanismo de defensa (por lo que abandonan las cosas que aprecian en su vida: su aportación a la “espiral desocializadora”).

Debo destacar que HdD es un espacio de trabajo profundamente feminizado. De las once personas que trabajaban de forma fija mientras asistí (las diez mencionadas anteriormente más el celador), solo dos eran hombres, y Pepe no es terapeuta. Más allá de lo cuantitativo, en el documento antes citado se destaca que una de las labores esenciales que se realiza en HdD es proporcionar una “presencia cuidadora [...] estable, disponible, previsible y nunca asfixiante”. Esto se debe a la debilidad y necesidad de refuerzo del yo de la mayoría de personas con TMG, lo cual puede llevar a su vez a relaciones de paternalismo y dependencia que también hay que evitar (Tarí y Dozza, 1996: 7-8). Pero en cualquier caso, se trata de una labor estereotípicamente femenina llevada a cabo un equipo mayoritariamente integrado por mujeres.

Al mismo tiempo, como se podrá ver a lo largo del trabajo, la perspectiva de género está integrada en el trabajo del equipo, de forma especialmente visible y constante en el de Aurelia y

¹⁹ Creo que la experiencia que conté en el capítulo anterior con Raquel ejemplifica esto: no importaban las explicaciones que yo diese del uso de “loca”, pues “loca” solo podía significar lo que ella le atribuye (en este caso, un elemento estigmatizante). No hay espacio para el matiz.

María. Era muy frecuente que en las sesiones de Habilidades se hablase sobre las consecuencias de una educación patriarcal para todo el mundo, no solo para los pacientes: sobre la presión que supone competir constantemente, “a ver quién la tiene más larga”, para los hombres; sobre los peligros de intentar complacer siempre para las mujeres; sobre las diferentes formas de procesar el dolor y otras emociones que se aprecian, por lo general, en hombres y mujeres; o la desigual relación con la violencia física, por poner solo algunos ejemplos. Esta explicitación tenía efectos muy visibles en la forma de hablar sobre las diferencias de género que había en HdD, tanto de profesionales como de pacientes, tanto en contextos formales como informales: por lo general se asumía que existen explicaciones sociológicas y culturales (no “naturales”) para las mismas. Esto abría la puerta a formas de terapia que serían imposibles sin una tematización explícita y persistente de la cuestión. A lo largo del trabajo iremos viendo el ejemplo de Amalia, pero aquí querría explorar el de Nole.

Para Nole, una de las cosas esenciales que le han ayudado a progresar es aprender a compartir lo que siente; algo que no ha resultado fácil:

Luego sí es verdad que se ha removido en todas las ocasiones mucho, mucho, mucho de la vida [...] te entran unos miedos... dices, sé que esto te va a servir para curarte pero... el miedo está ahí también... ¿todos los días tengo que estar rompiéndome, llorando, removiendo cosas, poniéndome nervioso? Eso es... es de mal gusto aunque sepamos que es para curarnos. [...] Es como una medicina amarga, ¿no? Que es muy buena, muy buena, muy curativa, pero joder, macho, el traguillo ese... cuesta trabajo.

Llegar a mostrarse vulnerable y permitirse llorar, especialmente con una terapeuta mujer y en grupos tan feminizados, fue complicado: “sí es verdad que la cobardía un poquito de llorar, porque va uno siempre de machito por la vida, de llorar delante de las mujeres, pues me costó trabajo”. Algo que se debe a la educación que recibió, al rol de género que aprendió: el que los hombres no lloren “es una falsedad”, pero aún hoy, por desgracia, se dice. Y sin embargo, “descubrí que cuando llorabas te desahogabas” y desde entonces vive mejor: Aurelia me contó que, hace ya años, Nole le dijo: “desde que me estoy amariconando soy más feliz”.

El horario que me entregaron en mi primer día reflejaba las actividades llevadas a cabo entre las 9:30 y las 14, cuando se desarrolla el trabajo con pacientes (de 8:30 a 9:30 son las reuniones de equipo). Las sesiones de terapia grupal constituyen el núcleo en torno al que se articula el resto de actividades. Los grupos los conducen Javier, Alicia y Aurelia. Los dos primeros, que son psiquiatras, emplean un enfoque psicodinámico, mientras que Aurelia hace psicoterapia grupal de inspiración

cognitivo-conductual. Estos grupos empiezan a las once, después del desayuno, que se sirve a las 10:30 en la sala de terapia ocupacional. Antes, entre 9:30 y 10:30, hay distintas actividades cada día. Los lunes y miércoles, Aurelia coordina Habilidades para la vida cotidiana. Aquí se intentan trabajar las dificultades en la regulación emocional, se exploran los mecanismos por los que cada persona se alía con su trastorno y se buscan métodos para hacer lo contrario: generar “partes amorosas” en una misma que ayuden a vivir mejor, con menos dolor y menos drama.

Los martes a primera hora hay Educación para la salud, que coordinaba Emilia, la veterana, seria y competente enfermera que se jubiló en junio. En él se imparte lo que se suele denominar “psicoeducación”: la formación de las personas que tienen algún trastorno mental en torno a las características de dicho trastorno, las maneras en que les afecta a cada una en particular, las posibles causas que los detonan, la naturaleza de los tratamientos farmacológicos... Emilia también impartía Psicoeducación para familiares los viernes. Un taller complementario a Educación para la salud era Hábitos saludables, que tenía lugar los viernes a primera hora. Lo impartió Houda, enfermera residente, durante su rotación aquí, pero después lo retomó Juana, una enfermera que estuvo de baja la mayor parte de mi estancia en HdD. En este taller se hablaba de la alimentación, el tabaquismo y el consumo de otras drogas, la higiene, el ejercicio... temas relacionados con el autocuidado, considerado muy importante en este caso por cuanto supone un aumento de la autonomía.

Por último, los jueves de 9:30 a 10:30 tenía lugar el Grupo comunitario. Este espacio sirve, en teoría, para poner en común las sensaciones que tiene cada cual sobre la marcha de HdD: todo el mundo está invitado, pacientes, profesionales y observadores. Por otro lado, Asunción, la trabajadora social del centro, coordina tanto un grupo de apoyo a familiares (Emilia y Juana coordinan otros dos) como el taller de los viernes de 11:30 a 13:15, Recursos en la calle, en el que se habla de todos los recursos que tienen a su disposición los pacientes, desde asociaciones a organismos públicos, para ayudar en su inserción laboral, independencia habitacional, etc. También se intenta fomentar la autonomía de los pacientes en la ejecución de las gestiones que son necesarias en el día a día.

De lunes a jueves, aproximadamente en el mismo horario que los grupos de psicoterapia, tienen lugar los distintos talleres de terapia ocupacional, a los que asisten quienes no tienen grupo ese día. Todos los conduce Feli. Los lunes hay Expresión corporal: en él se hace ejercicio físico, se baila, se juega al ping pong... Los miércoles hay Psicopintura: cada día Feli propone un tema, cada una dibuja lo que ese tema le sugiere y después se hace una puesta en común y una reflexión conjunta sobre lo que cada cual ha dibujado. Los martes y jueves, hay Estimulación cognitiva. En este último taller, se realizan ejercicios variados que sirven para poner en juego habilidades cognitivas de todo

tipo, las cuales en muchos casos están deterioradas, para así reforzarlas: desde la comprensión lectora a la memoria o la escritura creativa.

Una vez explicado el funcionamiento de HdD de forma más o menos descriptiva, me gustaría cerrar este capítulo dando voz a las personas a las que entrevisté. ¿Qué talleres les parecen interesantes y útiles? ¿Cuáles no? ¿Hay opiniones divergentes? Empezando por los talleres a los que yo mismo asistí, casi todo el mundo a quien pregunté estaba contento con Habilidades. De hecho hay veteranos que llevan años vinculados a HdD, como Laura, Nole o Diego, que solo asisten a ese taller. Desde un principio, yo mismo lo consideré mi espacio privilegiado de observación, y participaba en él como un paciente más²⁰. Manuel resume la opinión general de que “saco cosas positivas” tanto de lo que dice Aurelia como de lo que aportan otras pacientes, que sirve para ver “cómo los demás les cuesta una cosa que a ti te parece normal, o a los demás les parece normal una cosa que a ti te cuesta”. Ese intercambio es, por lo general, muy útil, porque incluso cuando “el problema de esa persona no [es] el tuyo”, como comenta Nole, ponerse en el lugar de otras personas puede ayudar a desdramatizar la propia situación.

Educación para la salud gusta también, sobre todo a personas como Juan y Raúl, a quienes les resulta intelectualmente estimulante además de darles conocimiento útil sobre su trastorno. A Raúl, especialmente, le parece recomendable que “dentro de un tratamiento farmacológico que hay que respetar al pie de la letra, también se informe al paciente y haya ese aprendizaje y esa cultura de que el paciente se informe”. En cambio, nadie destacó Hábitos saludables, ni para bien, ni para mal. Esto a su vez contrasta con las fuertes reacciones negativas que suscita el Grupo comunitario. Aunque se supone que en él se debe poner en común cómo cada cual se siente en HdD, lo cierto es que esa indefinición suele llevar a que haya muchos silencios, y por supuesto nada es más incómodo que una reunión de una hora entre cincuenta personas sin que nadie hable. Esta dinámica se acentuaba cuando Javier estaba presente y ejercía de conductor no oficial: para él, la incomodidad y la tensión que se forman con los silencios podrían ser muy productivas, porque podrían hacer aflorar las tensiones que experimenta el grupo. Pero por lo general, siempre hay alguien dispuesto a usar el humor, el mecanismo defensivo por excelencia, para acabar con esa tensión²¹. Esta dinámica llevó a Juan a

²⁰ Tanto fue así que, ya a finales de mayo, Aurelia me propuso, medio en serio, medio en broma, que siguiera asistiendo durante el verano “para completar el tratamiento”. Ver Anexo IV para un ejemplo del tipo de ejercicios que hacíamos en Habilidades.

²¹ Esto se evidenció de forma memorable cuando una paciente que venía por primera vez a HdD fue presentada en el Grupo comunitario, y a esto le siguió el tercer o cuarto silencio prolongado en menos de diez minutos de sesión. Confusa,

afirmar rotundamente que “no sirve para nada” y a negarse a asistir. La propia Jane se me acercó después de una sesión para decirme que la enervaba el estilo callado de Javier.

Respecto a Recursos en la calle, en general no había mucho entusiasmo: Manuel los ve “aburridos”, aunque piensa que quizás haya gente a la que le sirva, pues tienen mayores dificultades a la hora de hacer gestiones. Sobre los talleres de terapia ocupacional hay diversidad de opiniones. La más crítica es Isabel: “Expresión corporal y Psicopintura pues no les veo ningún sentido”, en particular el primero, porque se siente muy excluida (tiene una ligera discapacidad física que le impide jugar al ping pong, por ejemplo, y que en general la hace reacia a exponer su cuerpo y a la actividad física). Pero Psicopintura es de los talleres que más gustan en general, especialmente a Manuel, que es un muy buen dibujante²². Expresión corporal no suscita grandes reacciones en las demás personas, al contrario que Estimulación cognitiva: Manuel ha decidido dejar de ir, mientras que a Juan le gustan algunas de las actividades, aunque no las manualidades (“me parece aburridísimo pintar cajas”).

En cuanto a la relación con sus terapeutas, la mayoría de personas estaban muy contentas. Concretamente, las personas que tenían a María como terapeuta eran muy entusiastas, destacando que “se le nota un montón que le gusta lo que hace, y tiene mucha empatía, y tiene mucha habilidad” (Juan). Amalia considera que la terapia con ella ha supuesto un salto cualitativo en su recuperación, como podremos ver más adelante. Nole y Laura llevaban muchos años con Aurelia y confiaban mucho en ella. Sobre Alicia, Encarni decía que era “muy buena” y que “la quiero muchísimo”, aunque era sobre todo a raíz de un episodio durante un ingreso en agudos en que Alicia intervino cuando estaban a punto de atarla²³, la calmó hablando con ella y evitó que la situación llegara a mayores. Su terapeuta era Elena, y de ella opina que es demasiado “exigente consigo misma, y

preguntó: “¿a quién estamos esperando?”. A todo el mundo nos entró la risa, y Feli se encargó de aclararle que “esto es así”.

²² De hecho, le gustaría dedicarse a ello profesionalmente. Ver Anexo V.

²³ La contención mecánica sigue siendo habitual en los hospitales, especialmente en las unidades de agudos de salud mental, pero también con los pacientes geriátricos que se desorientan y hacen cosas como arrancarse las vías o autoagredirse (lo que llaman “síndrome confusional”). A Encarni la “ataron muchísimo” en uno de sus ingresos, hasta el punto de que perdió la cuenta. Son frecuentes las quejas respecto a su uso punitivo. La campaña #0Contenciones del colectivo de activistas en salud mental Locomún, que lucha por la eliminación de esta práctica, tuvo bastante eco en el mes de junio de 2018. Mención aparte merece su uso en centros penitenciarios, donde su uso “sanitario” y “regimental” se confunden a menudo, convirtiendo este en un mecanismo de castigo que emplea la legitimación médica pero no obedece a criterios médicos, como recoge el reciente Informe Anual del Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura (Defensor del Pueblo, 2018: 184-201).

exigente con los demás”, y cita una ocasión en que le contestó de forma muy brusca por llamar a su puerta, cuando ya le había indicado que no entrase hasta que la llamase. Ninguna de las personas a las que entrevisté tenía a Javier como terapeuta, ya que no estaba cogiendo pacientes desde hacía un tiempo, por estar tan cerca de la jubilación; pero algunas de las opiniones que me llegaron durante la observación eran de admiración y respeto.

Sobre los grupos de psicoterapia no me hablaron mucho. Laura sí destacó que el trabajo intensivo que realizó en su primera estancia en HdD, cuando asistió tanto al grupo de psicoterapia de Aurelia como al de Javier, le fue muy útil. Juan, en cambio, me aportó una visión más ambigua sobre su grupo de psicoterapia, con Alicia:

- Es un espacio más cerrado, porque hay menos gente, entonces... es más íntimo también, se pueden hablar cosas más personales... y la última vez me quedé dormido en el grupo [reímos].
- ¿En mitad del grupo? Vaya, y no era por la medicación ni nada así, era porque estabas...
- Es que estaba aburridillo [reímos].

Para terminar, creo que lo más importante era el consenso en torno al buen ambiente que se respiraba en HdD. Rafa, por ejemplo, lo definió en una ocasión como “una gran familia”. Las comparaciones con otros servicios eran por lo general muy elogiosas, y hasta Isabel, muy crítica en casi todo, reconocía que “hay mucho cariño” en el trato. Amalia, en particular, está muy contenta con las amistades que ha formado: “puedo hablar con ellos, puedo decirles si tengo ansiedad [...] que con gente que no tiene ansiedad o no vive esto es más difícil hablarlo. También hemos hecho mucha amistad, salimos... quedamos para ir al cine, para salir, hacemos barbacoas...”. Lo fundamental para ella de HdD es esa tranquilidad de que “aquí puedes ser tú misma, con tus miedos, con tus cosas, que los demás te comprenden”.

5. Cómo empezar una historia: formas de narrar el trauma

Llevo apenas una semana en HdD. Es martes. Salimos de Educación para la salud y nos dirigimos a la sala de terapia ocupacional, al otro extremo del pasillo, a desayunar. Es el espacio de socialización por excelencia, aunque es raro ver a las psiquiatras aparecer por allí si no es para buscar a un paciente. Entro en la habitación, donde Antonia, la dicharachera auxiliar de enfermería, pasa lista. De pronto veo a Alicia, la paciente a la que conocí el año pasado en mi trabajo de campo en agudos y que me habló por primera vez de HdD²⁴. No sé si saludarla, o si se acordará de mí, así que,

²⁴ Ver primer capítulo.

aprovechando que no hemos cruzado miradas, procedo a prepararme una tostada. Sin embargo, ella se me acerca por la espalda y me suelta, sonriendo: “¿Cómo va la antropología?”. Yo me río y le digo que bien, que estoy haciendo otro trabajo aquí, y que he venido porque ella me habló de este sitio. Ella asiente y comenta que lleva un tiempo algo perdida, pero que ahora quiere volver a venir con más frecuencia. Más tarde sabré que ella ya solo viene a su grupo de psicoterapia, por lo que la veré poco, algún que otro martes.

Se acercan las 11:15, la hora a la que da comienzo el taller de Estimulación cognitiva con Feli. Hay que empezar a recoger las cosas del desayuno, tarea que en teoría corresponde a todo el mundo, pero que solemos tener que empezar estudiantes y observadoras. Entonces entra por la puerta, con algunas dificultades, una chica muy joven, bajita pero grande, de cuerpo rotundo, piel morena y ojos oscuros medio perdidos, acompañada de una profesional también joven que la lleva sujeta del brazo. Pepe, el carismático celador, la recibe con dulzura y galantería; ella sonrío pero no sale de su estupor hasta que divisa a Houda, la enfermera residente. Se lanza entonces, con paso torpe pero rápido, a abrazarla. Houda le muestra también mucho cariño, le pregunta: “¿cómo estás, Encarni?”. Caigo entonces en la cuenta: se trata de la chica de la que hablaron la semana pasada en mi primera reunión de equipo. Según contaron Elena, psiquiatra, y María, psicóloga, que la habían tratado en otros servicios, es una chica de 18 años que lleva tres ingresos en agudos en menos de un año. Desde muy niña ha estado entre psiquiatras, y pasó por el HdD infantil. Según contaron, el núcleo de sus problemas tiene que ver con haber sido adoptada y que sus padres tuvieran justo después una hija biológica; su rivalidad con su hermana, que al parecer es “perfecta”, ha tomado una dirección muy problemática (“mi hermana y yo es que apenas hablamos”, me dijo más tarde en la entrevista). Los padres están muy superados.

Con que por eso está tan torpe: viene directa de agudos, acompañada por una psicóloga residente de nombre Violeta, y está medicada hasta las cejas. Pese a ello, se nota que es muy cariñosa. Empezamos Estimulación cognitiva y ella se sienta a la mesa. En este taller, hacemos ejercicios que pueden parecer muy básicos, pero que tienen por objetivo ayudar a los pacientes más deteriorados, darles estímulos a través de los cuales puedan reforzar su autoestima y mejorar su desempeño. Hoy haremos un sudoku entre todos. Feli subraya ese “entre todos”, pero no importa: Raquel, que no tiene interés en los ejercicios colectivos, rellena su sudoku y, en cuanto acaba, coge otro y empieza a completarlo. El resto (unas doce personas entre pacientes y observadores) nos ponemos manos a la obra en cuanto Feli explica las normas. Resulta un poco complicado que quienes estamos observando no nos adelantemos, tenemos que refrenar nuestros impulsos; a veces

intentamos explicar algo a alguien, pero de esa manera hay demasiada gente hablando a la vez, Feli nos regaña. Avanzamos muy despacio.

Rafa tiene enormes dificultades para seguirlo. No tiene ninguna inteligencia espacial: no puede trasladarse desde el sudoku que Feli sostiene ante él para darle indicaciones al suyo propio, apoyado en la mesa. Confunde filas y columnas todo el rato, se olvida de las normas a cada poco y, sobre todo, no parece entender por qué hay que saber dónde colocar cada número. En cambio, Encarni, pese a estar tan drogada, y con la ayuda de Jane y Violeta, es capaz de seguir el ejercicio, implicarse y acertar algunas. Acaba agotada y le preguntan si quiere volver a agudos a descansar; ella asiente. Vuelve a salir con el paso inseguro con el que entró, llevada de la mano por Violeta. Raquel, que ya ha terminado, tiene la cabeza hundida en los brazos: una postura característica de ella. Rafa sigue agobiado, parpadea mucho mirando el papel.

Con el paso de las semanas, Encarni se volvería una más en HdD, y conforme las dosis de medicación bajaron tras el alta de agudos, se reveló como una chica simpática, de gran inteligencia emocional, risueña y, sobre todo, muy cariñosa. Por eso, me sorprendí sobremanera cuando en nuestra entrevista me dijo que siempre ha querido morirse.

La confesión de Encarni supuso para mí, en ese momento, un shock. Reflexionar sobre las razones por las que podía darse una incongruencia tan grande entre el carácter sociable y risueño de Encarni en HdD y lo que me contó en la entrevista, me permitió darme cuenta de que, como comenté en el primer capítulo, en las entrevistas lo que se producía era un acto performativo: la narración en directo de una historia, del proceso “enfermar”-recuperarse. En el octavo capítulo hablaré más en detalle de ese incidente y de lo que delataba en términos del rol que adoptamos cada uno en la entrevista. Pero ahora, empecemos por el principio. Toda historia tiene que tener un principio, y es de eso de lo que hablaré en este capítulo: todas las historias, todos los procesos “enfermar”-recuperarse que me fueron narrados, empezaban precisamente con un shock, con un trauma.

El trauma, entendido como un fenómeno psicológico (“una herida del espíritu”), en lugar de su anterior significado de golpe físico (que da nombre a la especialidad médica de traumatología), es un concepto acuñado entre finales del siglo XIX y el siglo XX²⁵ (Hacking, 1998: 183). Sin embargo,

²⁵ Resulta interesante, en relación a este trabajo, comprobar que parte de lo que se estaba negociando en los primeros compases de esa psicologización del término era precisamente el carácter generizado de la histeria. Los efectos de traumas físico-psicológicos como los accidentes de ferrocarril, que se producían también en hombres, se comparaban por analogía con la enfermedad femenina por excelencia, en línea con la conceptualización que se haría más tarde de la

uno de los relatos que me fueron narrados arrancaba justamente con un trauma físico. Manuel, de 28 años, al preguntarle cuándo empezó a tener contacto con servicios de salud mental, cuenta que

en 2011 fue cuando me dio mi primer brote psicótico... que fue que yo me estaba bañando en el río y tenía unas sensaciones muy extrañas en el cuerpo... como una psicosis. Y pues... justo en el río me llevó un torreón de agua y me caí patrás y me di un golpe en la cabeza, que es la cicatriz esta que tengo aquí [señala su frente]. Entonces pues... ya me fueron al hospital, me recogió la Cruz Roja, fue un momento traumático un poco, de verte allí casi desangrado cuando vino ya la Cruz Roja, la ambulancia, me llevaron por... me secaron el coágulo de sangre, todo en mitad del río, todo ahí... una experiencia muy traumática. Y entonces a los cuatro días o así, me levanté por la mañana, me tiré esos cuatro días sin dormir, como muy... investigándolo todo y... mirando muchas cosas por internet y todo y... a los cuatro días fue cuando mi madre me tuvo que llevar al psiquiatra.

A lo largo de la entrevista, Manuel establece paralelismos y relaciones de causalidad entre traumas físicos y psicológicos, en ambos sentidos: aparte del trauma psicológico generado por la herida física que sufrió en el río, sus psiquiatras le han informado de que cada brote (lleva nueve) ocasiona un trauma “en el cerebro” que no se cura tan fácilmente como el trauma psicológico manifestado en la psicosis. En el caso de Raúl, que tiene 34 años, en cambio, el trauma inicial es contundente (“un día me desperté chillando”), pero no es exactamente físico, aunque hubiese síntomas somáticos como un “episodio de taquicardia”. Sí aparece la insinuación de violencia (la Guardia Civil intervino esa noche en su traslado al hospital desde el centro de salud, después de lo que Raúl percibió como un trato indignante), pero el uso de la palabra “traumático” lo asocia al hecho de dormir lejos de sus padres, con quienes estaba unido por “una relación de dependencia muy... vamos a llamarla tóxica”. En todo caso, el inicio de su historia tal como él la cuenta es el despertar con una sensación de desasosiego inefable, que después se vio agravado por la incapacidad de sus padres y de un amigo de confianza de proporcionarle el alivio o las respuestas que buscaba.

Por su parte, Juan, un chico de unos 23 años que terminó su carrera universitaria hace unos meses, relata de forma más parca el trauma inicial: cuando le pido que me cuente su experiencia en agudos en diciembre pasado (su primer contacto con salud mental, según cuenta), me dice que “fui al hospital de la mano de mi madre... y yo es que era incapaz de hablar en ese momento. Estaba muy saturado, muy bloqueado y ni siquiera fui capaz de explicarle al psiquiatra qué me ocurría”. Durante

historia de guerra, lo que actualmente llamamos Trastorno de Estrés Postraumático; véase el capítulo 7 de Showalter (1985/2001), “Histeria masculina”. De fondo en este debate estaban los esfuerzos por convertir la histeria en asunto de los neurólogos y no de los ginecólogos (Hacking, 1998: 184-187).

su estancia allí, intentaba pasar todo el tiempo que podía en cama, ya que no se encontraba con fuerzas para “afrontar lo que es verme en un hospital [psiquiátrico]”; su prioridad era salir de agudos, y por eso se alegró cuando María, la psicóloga con quien trabaja desde entonces y con quien tiene muy buena relación, le propuso venir a HdD.

En todas estas narraciones, encontramos protagonistas cuyo trauma es individual: aunque aparezcan personajes secundarios, el núcleo del problema se experimenta en soledad. Esto contrasta con narraciones en las que el trauma es marcadamente relacional. Un ejemplo claro es el de Isabel, de 38 años, y cuya historia empieza hace unos doce con la muerte de su madre, que la sumió en un “duelo” que, sin embargo, le parecía excesivo y difícil de entender en algunos aspectos: “no sabía si me estaba volviendo loca”. De ahí en adelante, buscó respuestas a esas dudas en la psiquiatría primero y, más tarde, desencantada por la falta de comprensión y el tratamiento exclusivamente farmacológico, en la psicología. En el caso de Amalia (36 años), el trauma que da inicio a su historia es un encontronazo con una persona a la que respetaba y que tenía autoridad sobre ella: una profesora de la universidad. Estando en primer curso, tras un malentendido en la revisión de un examen y en presencia de otras compañeras, la profesora “me empezó a pegar gritos y a decirme que no iba a aprobar nunca Psicología mientras que ella estuviese en la facultad, que ella se encargaría”, algo que resultó muy chocante para ella: “nunca había tenido ningún problema con nadie, ni con un profesor ni nadie”. Esto, unido al deterioro de su relación con su pareja de entonces, la acabó llevando a abandonar la carrera y desarrollar problemas serios de ansiedad.

Encarni, por su parte, primero me habla de ir al psiquiatra a los seis años por un supuesto TDAH, pero ella no tenía conciencia de que nada fuera mal. Su historia empieza de verdad al hablarme de dos hechos que marcaron su infancia: la conciencia de ser adoptada y la consiguiente vergüenza que sentía por “no parecerme a mi familia, porque todo el mundo en la calle se fijaba en mí”; y sobre todo la muerte de su abuela teniendo ella ocho años, pues suponía para ella un consuelo y una fuente de afecto fundamental. A partir de ese momento, según afirma con gravedad, “empezaron los pensamientos suicidas”.

Hasta ahora, los ejemplos han seguido una clara división por género: los hombres inauguran su relato con traumas personales, individuales, incluso privados, mientras que las mujeres hablan de traumas *interpersonales*, relacionales, que implican a otras personas no como meros personajes, sino como parte del propio yo que recibe el golpe con el que comienza la historia. Esto es congruente con la concepción, dentro de las teorías del desarrollo psicológico, del “yo en relación” (*self-in-relation*), una visión desarrollada por psicólogas y psicoanalistas feministas estadounidenses en los setenta y ochenta del siglo pasado. Jean Baker Miller, que no usaba la expresión como tal, expresó sin

embargo la idea central que le daba cuerpo: que “el sentido del yo de las mujeres acaba por estar organizado en buena medida en torno a la capacidad de crear y después mantener afiliación y relaciones” (1976/1986: 83). Esto contrastaría con un desarrollo del yo basado en la diferenciación y la separación, el cual se presentaba como universal pero era, en realidad, el modelo masculino²⁶ (Surrey, 1985: 2).

Susan Cross y Laura Madson (1997) llamaron *interpretación del yo interdependiente* e *interpretación del yo independiente* a estas dos maneras de auto-percibirse, y exploraron en detalle la forma en que la predominancia de una u otra interpretación podía influir en múltiples aspectos del comportamiento de hombres y mujeres. Una de las más significativas es que las personas con una interpretación del yo interdependiente sienten como un ataque a su autoimagen y autoestima el que sus relaciones se vean dañadas, mientras que quienes interpretan su yo de forma independiente sienten lo mismo respecto a las mermas en su autonomía (Cross y Madson, 1997: 11). Cuando Encarni e Isabel presentan el trauma en términos de pérdida de relaciones significativas y Amalia lo hace en términos de una situación violenta en una relación importante por mediar la autoridad, están expresando heridas a un yo interdependiente, que incluye todas esas relaciones y está definido por ellas. Juan, Raúl y Manuel hablan de traumas a un yo independiente, separado, casi solipsista en su sufrimiento.

Pero hay excepciones. Nole, un hombre de 52 años que lleva unos quince en tratamiento, apunta al momento en que su madre fue ingresada en agudos como el inicio de su historia. Es entonces, al acompañar a su madre a los servicios de salud mental, cuando se da cuenta de que

cosas de las que le pasaban a mi madre también las padecía yo. No sabía cómo definir el diagnóstico o ponerle una etiqueta a lo que me estaba pasando pero que yo necesitaba que... pues eso, que alguien me escuchara o que alguien me... le contara todos los problemas que había tenido en esta vida, entonces yo me había sentido mal y estaba triste y estaba... pues muy sometido a todo lo que había pasado en ese momento, o hasta ese momento.

²⁶ Era sobre la base de este diferente desarrollo psicológico que, según Carol Gilligan en su conocido libro *In a Different Voice* (1982/1993), las mujeres desarrollaban una concepción del ámbito de la moral diferente, la llamada ética del cuidado.

Ciertamente, existe el matiz de que, mientras Encarni, Isabel o Amalia sitúan el trauma en la relación (o la pérdida de la relación) en sí, Nole más bien habla de que un trauma ajeno le permitió reconocer uno propio. Pero aun así, este caso supone una desviación respecto a la tónica general observada²⁷.

Algo similar sucede con Laura (40 años), quien inicia su historia hablando de un trabajo estresante cuya presión no pudo soportar y que acabó llevándola a agudos. Reconoce que sus recuerdos de ese ingreso son borrosos, porque “me dieron tratamientos de electroshock”²⁸, pero sí sabe que, después de mucho tiempo estando convencida de que le pasaba algo grave y de varios intentos de que la atendieran en Urgencias que se saldaban con una receta de ansiolíticos, finalmente la ingresaron en septiembre de 2008 y “me fui de la realidad”. Pasó meses ingresada; cuando por fin empezó a mejorar, fue derivada a HdD. Sin embargo, cuando le pregunto si asocia entonces su momento de “enfermar” al asunto del trabajo, su respuesta es dubitativa:

- Yo lo vi muy asociado al trabajo, pero a lo mejor no tuvo... fue como la gota que colmó el vaso...
- Ya.
- Pero no fue... fue el determinante pero que no fue la causa...
- ¿Única?
- Porque a lo mejor yo tenía más... depresión de mucho tiempo, de muchos problemas que había tenido en mi vida [...] Supongo que no fue solo por el trabajo, yo creo. Pero que fue como la gota que colmó el vaso.
- Fue lo que te rompió, un poco, ¿no?
- Ajá.

Así pues, parece que Laura considera ahora que el trabajo solo fue el detonante, pero que a través de esa faceta de su vida se hicieron presentes problemas más complejos y de más largo recorrido. Esto, en sí, es habitual entre las personas a las que entrevisté; la cuestión es que Laura, al hablar sobre esos problemas de base, habló por un lado con términos psicológicos tales como “depresión” o “ansiedad”, con su componente individualizador que he comentado en el segundo capítulo, pero por otro se refirió a una relación especialmente relevante: la que tiene con su padre. Al

²⁷ Hay que recordar que, como argumenta Mari Luz Esteban (2003: 28-29), tampoco es conveniente un excesivo énfasis en las *diferencias* de género, pues esto puede acabar reificando las categorías, haciéndolas estancas y dificultando su análisis en términos transformadores.

²⁸ La Terapia Electro-Convulsiva (habitualmente denominada “TEC”) consiste en la aplicación de pequeñas descargas eléctricas en la cabeza. Se trata de un tratamiento de último recurso, y su principal efecto secundario es la dificultad para recordar lo que ha ocurrido poco antes y poco después de cada sesión.

preguntarle por sus relaciones familiares, dice de él que “también está... un poco mal, enfermo, un poco”. Está autodiagnosticado de depresión, pero se niega a tomar antidepresivos porque “dice que él no puede tirar”. En conclusión:

que es una persona un poco complicada en ese aspecto, entonces pues... su conducta a veces me hace sentirme mal a mí. [...] Porque dice que todo le sale mal, todo lo ve negativo, es... entonces eso es lo que más me pre... [duda] el impedimento peor de vivir con mi familia.

Entraremos con más detalle en el asunto de la relación de Laura con su familia en otro capítulo. Lo relevante ahora es que, según reconoce ella misma a continuación, “la forma de ser de mi padre me ha condicionado mucho”. Pero no solo en general: tuvo un papel destacado en el momento en que su trabajo la estaba superando:

él me decía muchas cosas cuando estaba en ese trabajo que caí enferma: que no lo cogiera, que si era una trampa, que si no sé qué. Y entonces yo a veces le he llegado a echar la culpa, de decir: es que por tu culpa, porque me metiste tantos miedos, tantas cosas, pues caí enferma. Pero que no creo que sea la culpa, lo que pasa es que a veces yo me cabreo y... y... y a lo mejor se lo digo así, y eso no lo debería hacer, pero que a veces me pasan esas cosas.

Laura no se permite creer algo que, sin embargo, en algunos momentos llega a pensar e incluso, cuando se enfada y le “pasan esas cosas”, a decir: que la actitud de su padre, potenciando (¿o quizás creando?) sus miedos e inseguridades, fueron en alguna medida responsables de su quiebre psíquico. Esto recuerda a los mecanismos, descritos por Ussher (2011: 160-166), por los que las mujeres soportan en silencio las cosas que las irritan de otras personas (en especial sus parejas) hasta que una situación de mayor vulnerabilidad las lleva a expresarlo de golpe, de formas de las que a veces se arrepientan a posteriori por no encajar con la imagen de la “buena mujer” que no se enfada y todo lo soporta. Pero sobre todo, este hecho introduce de forma subrepticia, oculta por lo doloroso que resulta, una dimensión relacional en el trauma que da inicio a su proceso “enfermar”-recuperarse; y da una explicación fuertemente generizada de por qué esa dimensión ha quedado oculta: la culpa de una hija por pensar algo así de su padre.

6. (In)Dependencia y autonomía

Viernes, mediados de abril. Hábitos saludables, el taller que solía llevar Houda, se ha quedado sin contenido desde que ella terminó su rotación aquí. En lugar de seguir hablando de cosas como el tabaquismo o la alimentación saludable, hemos visto un vídeo sobre Pablo Ráez, un joven deportista andaluz al que le detectaron leucemia y que se hizo famoso por su historia de superación y lucha contra la enfermedad. Su lema era “siempre fuerte” (falleció hace unos meses). No tengo muy

claro quién ha decidido poner este vídeo ni qué pretendía; el enfoque de la enfermedad como una batalla me pone de los nervios, y me parece especialmente difícil de aplicar a los trastornos mentales. Me voy dando cuenta de que hay una tensión entre el enfoque de Emilia en Educación para la salud, que equipara siempre enfermedades físicas y mentales con el objetivo de desestigmatizar y desdramatizar, y el de Aurelia, que en Habilidades rechaza el término “enfermedad” porque da la idea de que el trastorno mental es algo que nos toca, sin más, algo que no tiene que ver con quiénes somos y contra lo que no podemos hacer nada. Me pregunto, si batallamos contra la enfermedad mental, ¿se supone que tenemos que luchar contra nosotros mismos?

Hoy hay salida: por primera vez desde que estoy aquí, ahora que el tiempo lo permite, vamos a dar un paseo. En Recursos en la calle vamos a visitar SAPAME (Salud Para la Mente), una asociación integrada por personas con TMG que ofrece multitud de actividades y grupos de apoyo. Antes de irnos, durante el desayuno, Pepe el celador está charlando y bromeando alegremente, como siempre. Habla con Paula, estudiante de Medicina, sobre el efecto que los teléfonos móviles han tenido en la vida; coinciden en que tiene muchos aspectos molestos, pero Paula se pregunta, como a menudo me pasa a mí, cómo se podía quedar con alguien sin tener Whatsapp. No en vano, somos cuarenta años más jóvenes que Pepe. Él se ríe y dice: “a las cinco nos vemos en Cortefiel”, y se da la vuelta para irse. Quienes escuchamos nos quedamos sin saber qué decir: a Pepe le gusta tomar el pelo. Después de unos segundos y de ver la confusión en nuestros rostros, añade: “así quedábamos”. Paula replica con la misma duda que nos asalta siempre a los *millenials*: “Pero, ¿y si llegabas tarde?”. Pepe esboza una media sonrisa, ha visto una oportunidad: “Eso dependía: si era la chica que te gustaba, esperabas; si era el *cometigres* de tu amigo... ¡bah!”.

Salimos por fin a la puerta. Somos un buen grupo, pese a que, como pronto descubriré, en cuanto se habla de salir a la calle la mayoría de gente desaparece. Hace un día primaveral, luminoso, y paseamos por un bulevar todos juntos. Pepe y Asunción, la trabajadora social, son los únicos profesionales. El ambiente es muy distendido; voy con Encarni, Rafa y Alfredo, un chico muy tímido y muy inteligente que se ha incorporado recientemente, siguiendo a Pepe a la cabeza del grupo. Él nos explica la historia de varios edificios que nos vamos encontrando, nos habla de personajes ilustres de la historia de la ciudad... La conversación es fluida, y aunque a Alfredo le resulta algo difícil salir de su ensimismamiento, lo pasamos bien. Llegamos por fin a SAPAME y nos recibe Lucía, que trabaja aquí y que solía ser paciente de HdD. Pasamos a una sala en la que nos sentamos todas en corro.

Lucía reparte un horario que recoge las actividades ofertadas. Amalia cuenta que, antes de ingresar en HdD a tiempo completo, venía a varios talleres y le resultaban muy útiles. Entre ambas

explican en qué consiste cada espacio. Lucía se esfuerza por hacernos partícipes a todas, pero el ambiente es el de una charla: estamos atentas pero no participativas. Cuando llegamos a los grupos de apoyo mutuo y Lucía pregunta si sabemos lo que son, asiento. Ella me pregunta si lo quiero explicar; me invade la vergüenza y respondo que no, ambas reímos. Creo que me siento así por no estar seguro de si ella piensa que soy paciente u observador. Ella explica que los grupos de apoyo mutuo son aquellos en los que no hay profesionales; todos los integrantes son personas con TMG, y los consejos que se dan y se reciben son desde la experiencia, una experiencia siempre individual pero con más cosas en común que si los da alguien que no ha pasado por ello.

Por fin, viendo que hace falta un cambio de tono emocional, Lucía dice: “A ver, os hablo desde mi experiencia: a mí me está sirviendo. Es bueno venir a un sitio donde te entienden sin tener que explicar las cosas”. SAPAME, nos cuenta, a menudo sirve como un puente entre HdD, con su “calorcillo”, su ambiente acogedor, y otros espacios sociales. Asunción confirma que, cuando se acerca el alta de HdD (“y ya te vas sintiendo...”; “Más vivo”, termina la frase Lucía), ella procura que las pacientes tengan “un pie dentro y otro fuera”, de modo que la transición se haga más fácil. Aunque otros lugares, como Casa de Porras²⁹, también pueden ser de ayuda.

Pese a todo, el grupo sigue sin reaccionar. Lucía pide que hagamos una ronda señalando qué talleres nos interesan. En la mayoría de casos es trabajoso sacar un deseo, una palabra entusiasta. Amalia y su amiga más cercana, Sandra, sí que tienen ganas de venir cuando pasen a ingreso parcial. Raquel menciona “Organización para mejorar la calidad de vida” (ha mostrado anteriormente ansiedad en torno a la capacidad para organizar su tiempo), pero dice que le coincide con pilates. Asunción la anima a buscar otro taller; ella se cierra en banda. Varias personas ponen como inconveniente el vivir en un pueblo y depender de autobuses. Lucía dice que le pasaba lo mismo al principio (ahora vive sola en Granada), pero que merece la pena vencer a la pereza. Alfredo, con su timidez y miedo a molestar característicos, dice que le gustaría unirse al taller de pintura, siempre y cuando no interrumpa su desarrollo, porque no se le da bien pintar. Lucía subraya que los talleres están siempre abiertos. Amalia y Sandra (“las agapornis”, como las llama Feli por estar siempre

²⁹ El Centro Cultural Universitario Casa de Porras es una institución de la Universidad de Granada que ofrece muchas actividades culturales abiertas al público en general. En particular, organizan muchos talleres que ofrecen un espacio relativamente análogo a los talleres de HdD, que permiten a personas que llevan años sin apenas tener contacto social una transición hacia una vida social autónoma, centrándose además en actividades que despiertan su interés.

juntas³⁰) comentan en voz baja que, al contrario de lo que él mismo piensa, Alfredo dibuja muy bien, como ha demostrado en Psicopintura. Concluida la ronda (yo no digo nada: Lucía sí es consciente de que soy observador) y con ella la reunión, le digo a Alfredo que me parece que es buen pintor, y pido a las agapornis que me den la razón. Así lo hacen, pero Alfredo está abrumado, incómodo. Lo dejamos correr.

Ya en la puerta, me presento a Lucía y le pido su teléfono, por si la puedo entrevistar en algún momento. A ella le parece bien. Me anuncia que la semana que viene ella y otros compañeros de SAPAME presentarán un proyecto de ayuda mutua individual en la sesión de equipo. Decido ir y quedo impresionado: cuatro personas diagnosticadas de TMG presentan el proyecto, que ya ha sido ratificado por las instancias pertinentes. Consiste en un sistema por el que cualquiera de esas cuatro personas, a propuesta de las profesionales de HdD o agudos, se pueda reunir individualmente, previo consentimiento, con aquellas pacientes que puedan beneficiarse de conversar con un par. Lucía comentaba con Feli, antes de empezar, que no estaba nerviosa, porque estaba en su casa, “donde crecí”. La complicidad y el espíritu de colaboración son totales; me emociono cuando Antonio, el fundador de SAPAME, dice que “sentarnos a esta mesa de igual a igual, formando equipo, es el punto culminante de este proceso de años”.

Uno de los conceptos centrales al enfoque de la recuperación es el de *autonomía*; el objetivo de una atención basada en la recuperación debe ser que las personas desplieguen su autonomía en cada vez más ámbitos, tantos como sea posible (Carmona, García-Cubillana y Millán, 2016: 59). Respetar la capacidad de una persona con TMG de tomar decisiones, plantearse objetivos y realizar actividades por sí misma es decisivo para su recuperación (Davidson, Rakfedlt y Strauss, 2014: 265-319). Por desgracia, el paternalismo del modelo del hospital psiquiátrico no desapareció con la simple desaparición de la institución. Con frecuencia, lo que ha sucedido ha sido que del hospital se ha “salido hacia dentro”, por usar la gráfica expresión de Tarí y Dozza (1996: 2-3): aun cuando se haya dejado de estar físicamente en una institución total, el vínculo, la relación, sigue siendo una de paternalismo y subordinación. Yo mismo he visto a diario en HdD cómo profesionales y observadores por igual tenemos que contener nuestra tendencia a hacerlo todo por los pacientes, con lo que contribuimos a la “espiral desocializadora” que convierte a las personas en seres pasivos, sin iniciativa, incapaces de asumir la menor responsabilidad. Al mismo tiempo, la independencia nunca

³⁰ Los agapornis son aves muy sociables y que, según la creencia popular, nunca se separan de sus parejas una vez las eligen. Feli usaba el apelativo al mismo tiempo con cariño e ironía, en ocasiones incluso con irritación, porque Sandra y Amalia eran incansables en sus conversaciones, llegando puntualmente a interrumpir los talleres.

puede ser absoluta: se trata de encontrar el equilibrio adecuado en cada situación, y de tener la sensación de que las inevitables dependencias son aceptables, cuando no elegidas y/o bienvenidas.

Pero la autonomía y la independencia también son fenómenos que se expresan con matices de género. En un artículo en el que proponen entender el amor romántico como un dispositivo para afianzar la subordinación social de las mujeres, Esteban y Távora (2006) dedican unas páginas a repasar las aportaciones de psicólogas y psiquiatras feministas a la comprensión de las diferencias de género en el proceso de subjetivación. Una de las conclusiones más importantes, que apunta Nora Levinton, es que las mujeres son socializadas para la búsqueda constante del apego a través de la abnegación, haciéndolas estructuralmente dependientes, mientras que, en los términos de Carmen Sáez de Buenaventura, los hombres desarrollan una psicología de la prepotencia (Esteban y Távora, 2006: 63-65). En teoría, pues, la búsqueda de autonomía e independencia debería ser central para las personas entrevistadas, ya que el proceso de “enfermar”, por lo general, tiene como uno de sus componentes centrales una pérdida a ese respecto. Pero al mismo tiempo, cabría esperar que las mujeres presentasen otros problemas específicos en relación con su autonomía e independencia. En la práctica, ¿qué encontramos en sus relatos?

En el caso de Juan, la independencia está claramente asociada a lo laboral y económico. Él considera que su problema está muy acotado: tiene que ver con su consumo excesivo de cannabis y la falta de estructura en su vida desde que terminó sus estudios universitarios. En solo tres meses, estaba ingresado en agudos. La cuestión de base, pues, es encontrar un trabajo con el que ocupar su tiempo y que le permita no vivir con su madre, con quien tiene una relación “un poco... tirante”. En sus propias palabras:

Yo ahora mismo necesito un trabajo, a la voz de ya. Porque... me veo en casa de mi madre y tampoco me gusta vivir con ella. Me gustaría estar en mi casa, independiente, pero para eso necesito trabajar y necesito tener un sueldo en condiciones, entonces claro, estoy muy agobiado en ese aspecto.

Manuel, de forma similar, sitúa en principio la dependencia en un plano económico: “tampoco he podido ser muy independiente... he tenido mucha dependencia de ellos, tanto económicamente... bueno, principalmente económicamente”. Al mismo tiempo, sin embargo, reconoce que su autonomía actual es baja, ya que sus padres le controlan. Esto le resulta incómodo, pero admite que

ahora mismo sí tengo un poco alguien que me controle porque a lo mejor me dejaría, me dejaría y volvería un poco a la vida que tenía con 21, 22, que fue cuando me dieron los

brotos, de decir: me levanto a las tres de la tarde, me fumo cuatro o cinco porros en ayunas, me voy a la calle, me tiro tol día en la calle, vuelvo hasta la noche... ¿sabes?

Su dependencia del cannabis, que es mucho más intensa en su relato que en el de Juan, en última instancia condiciona el resto de aspectos de su vida. Por eso para él la clave está en poder desintoxicarse primero, como paso para ganar autocontrol y disciplina (“la autonomía que tengo que tener conmigo mismo”) y así poder llegar a tener un trabajo que le permita dejar de depender de (y ser controlado por) sus padres, a quienes quiere dejar de dar quebraderos de cabeza. Después de nuestra entrevista, va a reunirse con una psicóloga del Centro Provincial de Drogodependencias (CPD) para internarse en un centro de rehabilitación.

Raúl, como he apuntado, sí considera que su relación con sus padres está marcada por una dependencia que va más allá de lo económico. Pero no llega a especificar a qué se refiere: cuando le pido que profundice en esa relación que él mismo había calificado de “tóxica”, rectifica y dice que “mi desarrollo ha sido satisfactorio”: se ha sentido querido y guarda “muy buenos recuerdos de mi infancia, muy buenos recuerdos de la familia, pero... con las crisis, como he comentado antes, la relación con mis padres se ha deteriorado”. Esto se contradice abiertamente con algo que había dicho antes:

También he tenido cierto conflicto con mis padres siempre, de toda la vida [...] incompatibilidad de caracteres, que se le llama, ¿no? [ríe] Como se suele decir. Por... por pensar ellos de manera distinta a la mía, y eso ha sido un conflicto que me ha perseguido desde mi infancia, ¿no? Y que me ha hecho sentirme también insatisfecho.

Lo que está claro es que Raúl y sus padres están afectados por la situación actual y quieren cambiarla: ellos también vienen a HdD, a los grupos de familiares. Raúl afirma además que necesita encontrar un trabajo (y, para ello, realizar unos estudios, pues aunque es muy inteligente se quedó en la E.S.O.) y que quiere encontrar una pareja, pero al mismo tiempo todo está siempre cubierto de dudas y de una sensación vaga y generalizada de insatisfacción:

- Quieras o no, estas crisis a mí me han destrozado la vida, me han desmontado el plan de vida que yo llevaba, y es frustrante porque ahora mismo no sé cómo volver a montar mi vida.
- ¿Cómo describirías ese plan de vida tuyo?
- No lo sé [ríe], no lo sé.

Sí sabe que le incomoda depender de la medicación: “reniego de tener que estar tomando pastillas toda la vida”. Cuando tuvo un segundo brote nada más dejar la medicación y le anunciaron que eso suponía mantener el tratamiento farmacológico varios años más, “digamos como que me

hund[i]”. Nole, por su parte, que tiene trabajo, pareja y tres hijos estudiando en la universidad, también siente que la medicación es aquello respecto a lo cual tiene menos autonomía: “porque mira por dónde ya me acuesto y no me duermo si no me tomo la pastilla, vamos a decir que ya ha creado también adicción”. Desde su punto de vista, lo ideal sería ir reduciendo las dosis tanto del somnífero como del antidepresivo que toma, del mismo modo que hizo con los antihistamínicos que tomaba porque “estaban de moda o costumbre” y que hoy en día no necesita, sino que lidia con los síntomas y de hecho es más resistente a ellos.

Isabel, en cambio, no habla en ningún momento de autonomía o independencia propias. La única vez en que menciona la palabra “dependencia” es para hablar de su hermano: es esquizofrénico y ella es quien lo cuida. De ese hecho hablaré en detalle en el próximo capítulo. Por ahora, baste decir que la independencia es, para Isabel, poco menos que una fantasía: viven gracias a las pensiones no contributivas de ambos y, aunque tiene estudios universitarios, ve imposible trabajar porque

yo he tenido también muchas ofertas de trabajo y no he sido capaz ni de ir a la entrevista. Ha sido como... meterme en la cama y taparme con la cabeza. De hecho cuando me llamaba el SAE, ¿no? [pausa] Es que me descomponía, aunque fuera solamente para decir que tenía que renovar la documentación, lo que fuera. Me moría, me moría. O cuando tenía que ir a sellar, madre mía, qué mal lo pasaba.

Expresa, incluso, una dependencia afectiva de una relación tan burocrática como la de la ayuda a domicilio que le concedieron a su hermano:

Se supone que en teoría la ayuda a domicilio no es tanto limpieza sino... es limpieza, ¿no? Pero, mantenimiento y luego, pues eso, estar con las personas y hablar y contar... y hay auxiliares que no lo hacen. [...] Y cuando no viene la que viene siempre sino que viene otro nuevo [...] pues es limpiar e irse. Y te quedas así... bueno, pues ya está. Yo me he tirado muchos años que con la persona que... con la única que tenía una conversación coherente era con ella, con la auxiliar.

Encarni es aún adolescente, por lo que casi inevitablemente su autonomía es menor que la de otras personas. Sus padres juegan un papel destacado en las cosas que quiere mejorar en su vida. Considera que cambiar esa relación “depende de todos, un poco, pero depende más de mí”, pero ante la pregunta de qué es lo que falla responde: “Que no hago bien lo que me dicen. Creo, no lo sé [ríe]”. Este planteamiento parte de un esquema asimétrico, donde sus padres son quienes mandan y ella debe obedecer; algo que debería ir desapareciendo ahora que es mayor de edad pero que parece

enquistado, probablemente por ambas partes. El problema, dice ella reproduciendo el “discurso oficial”, es que ella no hace lo que le dicen, pero lo que Encarni no puede decir directamente es que echa en falta un trato más cariñoso. Es decir, que se rebela contra ese mismo planteamiento asimétrico, de mandar y obedecer, que define, desde su punto de vista, la relación:

- ¿Qué me puedes decir de tu relación con tus padres?
[...]
- Ehhh... pues mis padres... no sé. Por ejemplo... es que no sé decirte.
- Mmm... no sé... ¿hay amor en esa relación?
- Sí [sin convicción]. Sí hay.
- Vale, entonces el problema no es ese, ¿el problema es que no os entendéis? Que... ¿cómo lo llamarías tú? Prefiero que busques palabras tú, ¿sabes? Porque si no te las estoy como... implantando yo.
- Pues... pues que a veces no nos entendemos, o opinamos cosas distintas.
- ¿Sobre qué tipo de cosas, por ejemplo?
- Pues por ejemplo, el problema de siempre: mamá, “tengo hambre”; “tú siempre estás pensando en la comida”. [reímos]
- ¿Y a ti eso te molesta, cuando te contesta así tu madre?
- Qué va, pero... [pausa] que a veces, cuando lo dice con retintín, sí duele.

De hecho, la única mención explícita que hace Encarni a la independencia es hablando de una amiga, que se parece sorprendentemente a ella (vive cerca de su casa, también se autolesiona, “yo creo que tiene algo”), de la que dice que “me da miedo que nunca se independice, o que dependa mucho de sus padres. Porque es que no la dejan venir a mi casa sola, y yo voy siempre a su casa sola”. Ahora me pregunto si no estará proyectando sobre esta amiga miedos que tiene respecto a su propia vida, pero en ese momento cambié de tema (de hecho, tal como lo vi en su momento, ella había sido quien había cambiado de tema, pues yo no le había preguntado por su amiga, por la dependencia ni nada parecido).

Estos casos tan extremos de falta de autonomía se ven algo contrarrestados, de nuevo, con el caso de Laura. Ella está preparando unas oposiciones con el objetivo de conseguir independencia económica. Esto parece más cercano a los planteamientos de Juan o Manuel; sin embargo, es llamativo que cada vez que menciona esa independencia económica, lo hace incluyendo en el asunto a sus padres. La primera vez, solo los menciona al final, y lo hace tras afirmar con rotundidad sus propias necesidades y poniéndose en el centro:

Es que ya... tengo 40 años, ya tengo que... que tener una independencia económica, porque es muy importante para mí eso, porque es que si no, no... bueno, para mí y para todo el mundo, porque es que si no, no puedo tener una vida, tampoco.

Pero cuando vuelve a tocar el tema, la independencia económica tiene como correlato el ayudar a sus padres: hasta en dos ocasiones menciona que el trabajo le parece importante porque con ese dinero podría colaborar en casa. Pensando en las dificultades que había expresado en relación con su padre, le pregunto si piensa también en irse a vivir fuera de casa:

- Pues... no lo sé, eso no lo he pensado. Me gustaría... A veces me gustaría vivir de forma independiente, pero tampoco... si no formo una familia yo con otra persona, no me... es que no me gusta la soledad, la verdad, tampoco. [...] A veces sí digo: ay, me quiero ir de vivir de aquí, porque me cabreo [reímos]. Pero bueno... es que a mí tampoco me gusta la soledad, eso también es verdad, tengo miedo a la soledad, eso sí.
- Ajá, vale.
- Pero si por ejemplo me saco las oposiciones me voy a tener que ir a otra ciudad.
- ¡Ah, claro!
- Tendré que vivir independiente [ríe], ya sí tengo que vivir aparte.

Así pues, encontramos una ambivalencia, quizás relacionada con el miedo a la soledad que Esteban y Távora (2006: 67) describen en las mujeres que han aprendido que expresar sus propios deseos o ponerlos en el centro las convierte en “malas mujeres”, y que las malas mujeres pierden sus relaciones. Marcela Lagarde (2012) dice que el problema es que las mujeres han sido educadas para sentir desolación cuando se quedan solas; y de hecho, la recaída más grave de Laura se dio en 2011, cuando rompió con su pareja de entonces³¹. Sea como fuere, al menos Laura puede explicitar su deseo de alcanzar una mayor autonomía en un aspecto de su vida. Aún más radical es el caso de Amalia: sin duda es un ejemplo de lo que puede conseguir un enfoque terapéutico feminista. Es cierto que ella ya había vivido de forma independiente, cuando estuvo casada, y que volver a vivir con sus padres estaba siendo problemático para ella por vivirlo como una regresión (“ellos me seguían viendo, entre comillas, como una niña”). No resulta sorprendente, pues, que desee tener un trabajo cuanto antes para “poder venirme aquí más cerca de Granada [vive en un pueblo algo remoto], y ser independiente yo por mí misma”. Pero me sorprendí y me emocioné cuando agregó:

³¹ Laura, que teme mucho a una recaída, diferencia de forma interesante esta segunda crisis, que “no fue tan agresiva”, de la primera, donde perdió el contacto con la realidad: “la segunda vez estaba ida de la realidad en cierta medida, porque decía cosas que no eran lógicas, como decir que era una inútil y cosas así, pero era de otra forma diferente”.

- No me veo con pareja ahora mismo, no... me veo como una etapa más tranquila, como que no tengo ganas de meterme en tantos follones [reímos].
- Ay, me alegro, incluso.
- Me veo como más independiente yo, de no tener que decir, bueno, es que tengo que encontrar a alguien para poder sentirme bien, no, me veo con la posibilidad de sentirme bien aun no encontrando a nadie.
- Qué guay.
- Que luego no sé, luego la vida ya, lo mismo me pone por delante una pareja, pero que... No voy buscando eso como antes que la necesitaba para sentirme yo bien. [...] Para mi bienestar necesitaba estar con alguien, y ahora he aprendido que no.

Esto resultó especialmente impactante dado que apenas un año antes había tenido una relación tóxica y manipulativa con un hombre. Ya antes de venir a HdD, una enfermera residente en su centro de salud mental había trabajado ese episodio con ella, y “fuimos viendo cómo no era real la imagen que tenía de él, que sin querer él me había una especie de maltratado y yo me había quedado enganchada a él”. Cuando hablé con María, su psicóloga, sobre lo conmovedor que había sido ese momento de la entrevista, ella replicó que el núcleo del trabajo que había realizado con Amalia iba en torno a su deseo de maternidad frustrado: es portadora de un síndrome genético que le dificulta tener hijos, y su ruptura con su marido tuvo que ver con que él no tuviera la misma ilusión que ella por la fecundación *in vitro*. Ese “deseo fundante de la feminidad” (Esteban y Távora, 2006: 64) fue problematizado por Amalia, por primera vez, en el contexto de la terapia con María: pudo ver, por un lado, qué tenía de externo e impuesto por los ideales sociales de feminidad y, por otro, qué representaba para ella, a nivel emocional, esa figura del hijo o la hija. Aún está en las primeras fases de su tratamiento (en el momento de la entrevista llevaba siete meses en HdD), pero el avance es ya palpable en este y en otros aspectos.

7. La esfera de los cuidados

En el capítulo anterior hemos hablado de que, en muchos casos, las personas con TMG sufren importantes mermas en su autonomía. Pero, por sus implicaciones políticas más amplias, he decidido centrar este capítulo en una cuestión relacionada, pero diferente: el cuidado, y la forma en que este aparece en los procesos “enfermar”-recuperarse de las personas a las que entrevisté. Por definición, una persona con menos autonomía tiene menos capacidad de cuidar y cuidarse, y una mayor

necesidad de cuidados³²; pero, como explicaré a continuación, había importantes diferencias en la forma de pensar y tematizar esta situación de hombres y mujeres.

Mari Luz Esteban habla del potencial político que tiene estudiar el cuidado cuando afirma que constituye un “hecho social total”, que “sirve para explicar la cultura en su conjunto” desde cada uno de los múltiples puntos de vista desde los cuales se puede estudiar. Subraya así que

el análisis feminista de problemas sociales que aparentemente sólo afectan a las mujeres y a colectivos que suelen quedar al margen de lo definido socialmente como “lo importante”, evidencia procesos económicos y políticos globales de cambio de mucha trascendencia para la humanidad. (Esteban, 2006: 16)

Como vienen denunciando las economistas feministas, el cuidado es “el otro oculto” de la economía, el sostén invisibilizado de la sociedad capitalista (Pérez Orozco, 2014: 46). Y la base de ese arreglo es la división sexual del trabajo. Esta división necesita ser una división de valores, una diferencia producida socialmente pero asumida psicológicamente: las mujeres deben hacer propia una “ética reaccionaria del cuidado”, en la que se conciben como un “de sí para los demás” y acepten como suyos los “trabajos residuales”, las tareas de sostenimiento de la vida, frente a la “ética productivista” de los hombres, cuya identidad está ligada al “detentar una profesión”, pues se entienden como un “de sí para sí” (Pérez Orozco, 2014: 168-169). Esta socialización es la que, como ya vimos, Esteban y Távora (2006) estudian en detalle en su artículo.

¿En qué se traducen estos términos abstractos? Lo cierto es que prácticamente se materializaron en junio, en una sesión de Habilidades. Estábamos, como de costumbre, sentados en un gran círculo que abarcaba toda la habitación, con Aurelia paseando de un lado a otro con su energía habitual. Ella pidió que hiciéramos una ronda y que cada una dijese una virtud que consideraba que tenía. Raúl dijo que “tengo facilidad para adaptarme a los que me rodean”. Sandra se consideraba amable. Rafa, puntual. Diego, comprometido. Laura, responsable. Encarni, empática. Me toca: digo que me considero atento. Juan es leal y Amalia, simpática. Isabel y Raquel prefieren no decir nada. Otras personas se describen como alegres, creativas, ingeniosas. No es la primera vez que hacemos algo así: uno de los objetivos de las profesionales de HdD es favorecer que los

³² Aunque, como ya dije, la independencia nunca es absoluta, ni tampoco lo es la dependencia: Amalia Pérez Orozco ha señalado con acierto que todas las personas “desesitamos” (deseamos y necesitamos, un neologismo propuesto por mujeres centroamericanas que trabajan la Educación Popular) cuidados y al mismo tiempo somos capaces de cuidar y cuidarnos en casi todos los momentos de nuestras vidas. Frente a una óptica de la (ilusoria) autosuficiencia, los cuidados nos permiten entender el tejido social como configurado por la interdependencia, y por tanto se sitúan en algún punto a medio camino entre la autonomía y la dependencia (2014: 92-94).

pacientes se sientan mejor consigo mismos, potenciando lo que cada persona ve como bueno en sí misma, dado que su autoestima es por lo general muy baja. Aurelia anima a que hagamos otra ronda, pero cuando Sandra dice que es generosa, la propia Aurelia corta y pregunta: “¿os gusta ser generosos?”. Ante el asentimiento general, insiste: “Entonces, ¿qué conductas lleváis a cabo en concordancia con ese valor vuestro, la generosidad?”. Aurelia siempre intenta hacer que personalicemos, concretemos y llevemos a la práctica las cosas de las que hablamos en sus talleres, para que no se queden en mero discurso.

La propia Sandra sugirió un ejemplo de conducta generosa: “escuchar a alguien”. Todo el grupo coincidimos en que esa es una forma básica, pero importantísima, de generosidad; Aurelia asiente: “dedicar tiempo a alguien” es altruista. Recordé entonces que la filósofa francesa Simone Weil decía que “la atención es la forma más rara y más pura de la generosidad” (Weil y Bousquet, 1950: 431). El siguiente ejemplo lo sugirió Raúl: su tía se había ofrecido a caminar con él todas las tardes, pese a que prefiere pasear sola, es su espacio de privacidad. A continuación, Sandra vuelve a intervenir: “generosidad es cuidar de mis sobrinos”. De pronto, Diego plantea un dilema: si haces algo generoso para sentirte mejor, ¿es realmente generoso? Se forma un pequeño debate, pero en seguida el propio Diego aclara que él piensa que no es lo mismo ser realmente altruista y que eso te satisfaga que tener segundas intenciones, y que “no está mal matar dos pájaros de un tiro”. Reconoce que en otros momentos de su vida ha sido egoísta, pero eso lo ha llevado a estar solo, y aunque en algún momento pensó que eso era lo que quería, se ha dado cuenta de que no, y de que el malestar que acompaña a su soledad “en parte me lo he ganado yo”. “¿En parte?”, sonrío Aurelia. “Vale, no, me lo he ganado yo”, admite Diego, riendo.

Así pues, encontramos por un lado que en los ejemplos de conductas generosas que surgieron, lo que hay son *mujeres* (Sandra y la tía de Raúl) siendo generosas, anteponiendo las necesidades de otros a las suyas. Esta es, precisamente, la abnegación, la supresión de los propios deseos, que las mujeres aprenden a exhibir para ser “buenas mujeres”, con los conflictos que eso acarrea a la hora de concebirse a sí mismas como entes separados y autónomos (Gilligan, 1982/1993: 70-71). Diego, en cambio, introduce el ego, la satisfacción de los propios deseos, como el núcleo de la cuestión. En su planteamiento, el centro del universo moral y de la decisión es el individuo que actúa y su bienestar. Aunque dice reconocer la diferencia entre la apertura y atención al otro que caracterizan la generosidad y el egocentrismo que denota el autointerés, en lo que dice siempre es protagonista un yo definido y con deseos propios.

En las entrevistas, encontramos la expresión de la abnegación de la forma más clara y desoladora en el caso de Isabel. No me parece casual que su trauma inicial fuera la muerte de su

madre, la cual la dejaba como única cuidadora³³ de un hermano con un TMG que, además, a partir de ese momento pasó por una recaída durísima que duró nada menos que nueve años. Isabel se queja amargamente, “como familiar de enfermo mental”, de que “los recursos son muy escasos, que no se informa bien al familiar de lo poco que hay [...] y como que se carga al familiar todo”. Respecto a las pensiones irrisorias que perciben ella y su hermano, opina que “no me parece justo, porque hay personas que de verdad... pues eso, no podemos trabajar, que yo no estoy cobrando la pensión por gusto, y mi hermano mucho menos”. Y sobre la ayuda a domicilio opina que

a mí me han quitado horas de la ayuda a domicilio [...] cuando mi hermano estaba mal tenía tres horas, pero claro, al concederle... porque mi hermano es dependiente, ¿no? Al concederle como objetivo, o como se diga eso, el centro social, pues ya la ayuda a domicilio se redujo. Y me parece muy injusto, porque también mi hermano a veces necesita hasta más de tres horas para llevarlo al centro, por ejemplo, y la batalla de que se vistiera, en fin.

Isabel está “asqueada de todo”, pero sin duda una parte muy importante de ese hartazgo tiene que ver con el hecho de que, al mismo tiempo que ella ha quedado encargada del cuidado de su hermano, sin suficiente ayuda, haya profesionales que cuestionan su dedicación:

Porque luego me decía a mí la psiquiatra por ejemplo que si no aguantaba a mi hermano que me fuera a vivir a otro sitio y lo dejara. O tipo de que... yo me tomaba los ingresos como respiro familiar... [con sorna] ¡que me tomaba los ingresos de mi hermano como respiro! ¡Porque yo dejaba de ir a verlo porque necesitaba descansar! Porque era una persona que estaba todo el día llorando, todo el día gritando y tal, y cuando se ponía mal es que era más todavía. Y entonces yo dejaba de ir a verlo y ya cuando empezaba con las salidas es cuando yo iba a verlo.

Cuando Isabel clama contra la falta de ayudas para la gente en su situación, en parte lo que hace es protestar por la falta de reconocimiento a la labor de cuidado que le ha sido adjudicada, que el Estado no asume ni la sociedad valora, y que ella ha abrazado hasta renunciar a casi todos los demás aspectos de su vida.

Laura, como ya hemos visto, considera muy importante poder ayudar económicamente en casa. Pero su implicación en el cuidado de sus familiares no acaba allí. En su proceso “enfermar”-recuperarse, señala el momento en que su madre fue diagnosticada de cáncer de mama, durante su primer ingreso en HdD, como decisivo para su recuperación, porque “tomé un poco más las riendas de mi vida, porque tuve que hacerme cargo de la casa”. De hecho, esto condicionó la evolución de su

³³ Lo único que dijo acerca de su padre es que había muerto “hace tiempo”.

tratamiento: a partir de ese momento pasó a estar en ingreso parcial en HdD, en lugar de total, para poder asumir esas tareas. Es más: el día que le propuse realizar la entrevista, me dijo que tendría que esperar unas semanas porque su madre tenía una prueba médica y ella tenía que acompañarla (más tarde supe que era para descartar la presencia de otro cáncer y que salió bien).

Sin embargo, creo que es más ilustrativo aún contar una conversación que se dio en otra sesión de Habilidades, unas semanas antes, donde el cuidado apareció como fundamental (y problemático) en las vidas de Laura y otras mujeres del grupo. Aurelia insistía en una pregunta: “¿qué hacéis para quereros?”. Llegado el turno de Laura, dijo que a veces fallaba a la hora de cuidarse, lo que para ella significaba “cuidar mi aspecto, que a veces lo dejo, o ponerme a estudiar... para sacar mi plaza y conseguir mi independencia económica”. Aurelia quiere que veamos dilemas reales, de los que nos generan quebraderos de cabeza y nos hacen dudar, así que pone un ejemplo sacado de la vida de Laura: su madre va a lamentarse con ella porque se aburre y le disgusta su vida. Laura, ¿qué hace? ¿Estudia o entretiene y consuela a su madre?

Curiosamente, en el caso ajeno, las mujeres de la sala ven inmediatamente clara la cuestión. Sandra piensa que hacer caso de la madre “no es cuidarte a ti misma, es ser demasiado permisiva con los demás. Al final te anulas”. Isabel ve que “te desvías constantemente de tu objetivo. Así es más probable deprimirse”. Aurelia advierte entonces del riesgo particular de las mujeres de querer agradar a todo el mundo, de esa dependencia emocional creada. Curiosamente, Juanma, que suele ser muy pasivo y solo habla cuando se lo piden, afirma que a él le pasa lo mismo: siempre quiere agradar. Es cierto: cuando dice algo, antes incluso de que le llegues a contestar, ya está matizando lo dicho, para no disentir, para evitar cualquier confrontación. Aurelia lo admite: “eres el tipo de hombre al que le pasa eso. Aprendes a agradar para compensar”. Juanma mantiene en su rostro su sonrisa bobalicona, esa que nunca se borra de sus labios, tan agradable, y no dice nada más. Isabel retoma la conversación anterior: el ejemplo es demasiado fácil, en su opinión. Corresponde abandonar a los padres. Laura, molesta, replica que no se trata de abandonar a sus padres, sino de seguir su camino. En este intercambio vemos las situaciones en que están ambas: Isabel puede ver las cosas muy claras en un caso ajeno, pero en el propio se siente incapaz de tomar una decisión análoga; Laura, por su parte, tiene que hacer grandes esfuerzos para dar los pasos que quiere dar, porque se cierne siempre sobre ella el fantasma del egoísmo.

Ese fantasma lo nombra por fin Sandra, que hace lo que pedía Aurelia: llevar la discusión a su propia vida. Su dilema es si quedarse en el pueblo, cuidando de sus padres, o venirse a vivir a Granada, que parece que es lo que quiere. ¿Y bien? “A veces hay que ser egoístas”, sentencia. Pero, ¿por qué lo llamamos egoísmo?, se pregunta Aurelia. ¿Por qué Sandra o Laura solo nos parecen

buenas si son totalmente altruistas? Sandra dice que la educaron así. Nole cuenta que, cuando tuvo a su primera hija, la gente le decía: “ya nunca te va a faltar tu sopica”. Muy bien, pero ¿a qué ha llevado ese altruismo extremo a Laura? “A acabar deprimida en la cama, pensando que mi vida no tiene sentido”. ¿Y entonces? ¿Qué hacer? María, que asiste a Aurelia en el taller, interviene: “hay que aceptar el conflicto”. Esto es lo que Aurelia señalaba: no pretendamos que todo esto es sencillo en el espacio artificial del taller, cuando lo cierto es que estamos atravesadas por conflictos en nuestras vidas. Y sentencia: “no nos tiene que hacer felices nadie. Somos ya grandes. ¿Qué estás haciendo para estar bien?”.

En esa tensión entre reconocer y denunciar el peso de un orden patriarcal sobre las mujeres y subrayar la agencia y la responsabilidad que estas tienen sobre sus vidas se mueve constantemente el enfoque terapéutico de Aurelia, y también así ha oscilado mi perspectiva investigadora. Reconozco que la entrevista con Isabel me enfadó sobremanera: toda su explicación de por qué se encuentra en su actual situación se basa en negar su propia toma de decisiones y, con ella, su responsabilidad o su posibilidad de cambiar su vida. Llega hasta extremos como pensar sobre los otros pacientes “que qué hacen aquí, que no tienen nada”, cuando en el tiempo que lleva viniendo varios de ellos han sido ingresados en agudos. Este es el ombliguismo contra el que siempre advierte Aurelia. Afirma que ella es “única en el mundo, que lo que me [pasa] a mí no le [pasa] a nadie”, con tal de no tener que aceptar que, al igual que otras personas pueden hacer ciertas cosas, ella también podría hacerlas. Pero para ello, tendría que renunciar a su reclusión y a su rol de cuidadora de su hermano, que tanto le duele pero tan central es a su identidad, después de una década de ejercerlo. Explicito estas emociones, como aconsejaba María en la escena anterior, porque por más que racionalice mediante sesudas explicaciones feministas su situación, leer su entrevista me sigue sublevando.

Pero volviendo a las personas entrevistadas: Encarni, que como ya vimos sigue infantilizada, no se posiciona como cuidadora, y rara vez como autocuidadora. Al contrario, en su relato tienen mucho más peso sus autolesiones e intentos de suicidio. La gran figura cuidadora en su historia es su añorada abuela: “me consolaba mucho, mi abuela me animaba mucho y me hacía mucho reír”. Lo último que le pregunté fue si echaba de menos a su abuela; “mucho”, contestó, y le pedí que elaborara. “Echo de menos su manera en que me hacía reír... la manera en la que me daba ánimos... y ya no te digo más”. Como vimos, siente que sus padres no la tratan con el cariño que le gustaría, pero el marco de su relación sigue siendo uno de autoridad-subordinación, por lo que “cuidado” no es el concepto que explica, para ella, los déficits. Podría afirmarse que nos encontramos ante una versión extrema de lo que Gilligan describió como la primera etapa del desarrollo moral de las mujeres, que se da antes de que integren por completo la imagen de la buena mujer y la consiguiente

responsabilidad de ser abnegadas, cuando el mundo se percibe como hostil (1982/1993: 74-76). La diferencia es que en los ejemplos que utilizaba Gilligan, ante esa hostilidad se respondía anteponiendo la propia supervivencia a todo, mientras que Encarni parece optar por la autoinmolación.

En el relato de Amalia, en cambio, su madre aparece repetidamente como quien hace averiguaciones para ayudarla con su salud mental, y lo hace además a través de redes de cuidado formadas por mujeres. Cuando empezó a tener problemas de ansiedad, con 18 años, una compañera de pilates de su madre resultó ser psicóloga y fue la primera persona a la que consultó. El verano pasado, cuando Amalia había vuelto a vivir con sus padres, estaba brutalmente deprimida y la relación se estaba resintiendo, su madre habló con una prima suya cuyo marido también sufría depresión. Ella les recomendó que buscara asociaciones de usuarios de salud mental, y así contactaron con SAPAME, con quienes, como ya hemos visto, tuvo una muy buena experiencia, rompiendo el bucle por el que “no salía de mi casa, estaba de la cama al sofá y del sofá a la cama”. Amalia, además, valora que sus padres vengan a HdD para aprender a manejar la situación mejor: “se han puesto más en mi lugar, y desde entonces no hemos tenido así ninguna discusión ni nada”.

En contraste con los casos de Laura e Isabel, sobre todo, el cuidado resulta muy invisible en los procesos “enfermar-recuperarse de los hombres. Nole, por ejemplo, omite toda referencia al mismo, aunque en cierta ocasión en Habilidades sí que habló de ello. Cuando Aurelia le preguntó cuál era su objetivo actual, por qué venía a HdD, él dijo “mejorar mis relaciones familiares”. ¿Y qué podía hacer él para acercarse a ese objetivo? La respuesta fue que debía empezar a colaborar en las tareas domésticas (lo cual da a entender que hasta ahora no lo ha hecho) y preguntar a su familia cómo les va desde el interés genuino, “con suavidad”, en lugar de “vomitar” contra ellas sus frustraciones en el trabajo. Se trata de dos tareas de cuidado básicas que al menos él llegó a tematizar explícitamente. Manuel, por ejemplo, no concibe el cuidar de manera activa a sus padres. Cuestiona la implicación de ambos en que él esté mejor (especialmente la de su padre), ya que no vienen con frecuencia a HdD. Pero su forma de ver la salida a la situación es que él mismo tiene que conseguir una autonomía porque “tengo ya ganas de dejarlos un poco tranquilos, de que descansen un poco y estén más tranquilos”. En otros momentos de la entrevista, muestra preocupación por cada uno de ellos, con sus problemas particulares, pero no piensa cuidarlos más que dejando de precisar sus cuidados.

Raúl tampoco habla en la entrevista de la carga de cuidados que hay en sus relaciones, salvo para decir que sus padres sí vienen a HdD, y que les resulta muy útil. En otros espacios, expresó insatisfacción con sus relaciones en general en más de una ocasión, pero esta insatisfacción le

resultaba difícil de concretar. Construía a los demás como una carga; decía que dar y dar sin parar te puede llevar a perderte. Parecía tener miedo de que las personas más cercanas a él se hastiaran, se cansaran de él, y se veía en una encrucijada: ¿debo decir lo que pienso y hacer daño a la gente, o debo guardármelo y acabar explotando? Esto lo expresaba allá por marzo, cuando acababa de volver a HdD, y todo lo que decía estaba permeado de hastío, de una sensación de “aburrimiento”, como le sugirió una vez Javier, el psiquiatra con el que había trabajado en su anterior estancia aquí. Este embrollo emocional tuvo consecuencias dramáticas para Raúl, que tuvo un brote psicótico y acabó ingresado en agudos.

En el caso de Juan, el cuidado aparece también en forma de recriminación, pero más afilada y concreta. Se dirige hacia su madre, con quien como ya vimos tiene una relación “tirante”. Desde el punto de vista de Juan, la razón de esta tirantez, que existe “desde siempre”, es clara:

- Porque mi madre tampoco ha sido una madre... diez, ¿sabes lo que te digo? Ha tenido muchos errores, entonces yo la machaco mucho con los errores que ha tenido.
- Ajá. Está muy presente la historia en vuestra relación... y es una historia que tú entiendes como de ¿descuido por su parte, quizás?
- Sí, de descuido.
- Vale. [...] ¿Te gustaría que esa relación mejorara?
- [duda] No me gustaría que mejorara pero tampoco me gustaría que empeorara, que se quede como está.

A su vez, tampoco parece que Juan haya encontrado una fuente de cuidado en las relaciones de pareja. Cuando le pregunté si la vida amorosa jugaba algún papel en su vida, me dijo que “las parejas que he tenido pues no me han salido bien la historia”, aunque al mismo tiempo “lo veo una necesidad básica, a todo el mundo le vendría bien tener alguien en quien apoyarse”. Por el momento, sin embargo, Juan parece haberse conformado con otros apoyos; aunque no el de su madre.

Esta invisibilidad del cuidado, esta escasa propensión de los hombres a posicionarse como cuidadores frente a la tendencia de las mujeres a situar el cuidado en el núcleo de su identidad, supone la plasmación del proceso por el cual se feminiza la tarea de sostener la vida. Desde la generización simbólica de las tareas de cuidados, pasando por el proceso de construcción de la subjetividad heteropatriarcal, llegamos a una división material del trabajo de cuidados entre hombres y mujeres que, sin ser universal ni esencial, tiene efectos muy reales (Pérez Orozco, 2014: 165). Es necesario acabar con la división sexual del trabajo y traer a primer plano el debate acerca de los trabajos que se desempeñan en nuestra sociedad, de todos ellos: hemos de hablar sobre cuáles son

necesarios y cuáles nocivos, y revalorizar y redistribuir equitativamente los primeros (Pérez Orozco, 2014: 270-272). La salud mental es un ámbito que ofrece una gran oportunidad de profundizar en ese debate y traerlo al primer plano, al llevar en su núcleo las cuestiones de la (in)dependencia, el cuidado y las desesidades tanto de quienes sufren trastornos como de su entorno y, en último término, del conjunto de la sociedad.

8. “Una vida normal”: la recuperación, el estigma y las emociones

Estamos en Psicopintura, un miércoles de finales de marzo. Como siempre, conseguir que todo el mundo entre, tenga asiento y se entere de la dinámica lleva unos minutos. Feli lo explica para las nuevas: ella va a proponer un tema y nosotras tenemos que dibujar lo que sea que eso nos sugiere. El tema, claro, será introspectivo. Tendremos una media hora para dibujar, y después tendremos que exponer ante el grupo lo que hemos dibujado. No se trata de dibujar bien: lo importante es el momento de compartir, que nos puede servir para conocernos mejor y para escuchar otros puntos de vista. La única norma es: no se admite ningún tipo de lenguaje de odio, o de discriminación basada en sexo, etnia, orientación sexual o religión. ¿Está todo claro? Pues bien, el tema de hoy es: ¿cómo te ves en veinte años? También como siempre, hay quejas: “¡eso es muy difícil, Feli!”, clama Sandra, pero al cabo de un par de minutos todas estamos dibujando en (relativo) silencio. Alguna persona se levanta a coger una cera o un lápiz de la mesa cada poco rato y suena música relajante de fondo.

Yo siempre he sido nulo como dibujante, por lo que estoy tirando de ingenio. Dado que soy incapaz de dibujar una figura humana para representarme, decido reflejar algo distinto. Si algo tengo claro es que dentro de veinte años me gustaría vivir en Granada. Así que busco fotos de la Alhambra en internet, la dibujo basándome en ellas y coloco cuatro pequeñas siluetas en la Torre de la Vela: mi actual pareja, yo... y dos hijos. La relación está muy fuerte, y aunque no esté decidido, ahora mismo me apetece mucho tener hijos en el futuro, así que ¿por qué no? Estoy dando retoques cuando Feli pregunta si hemos terminado. Concede unos minutos para las rezagadas y yo sigo añadiendo sombras a “mi obra”, de la que me siento extrañamente orgulloso.

Empezamos la puesta en común. Sandra es una de las primeras y empieza excusándose por sus dibujos, que son algo infantiles: “es como siempre he dibujado”. Se trata de un bloque de pisos esquemático, con cuatro figuras en la puerta: su pareja, ella y dos hijos. Parece tenerlo muy claro: quiere su propio pisito y su familia. Otros días en que se mostraba más negativa habría sido difícil de creer que pudiera expresar un deseo tan optimista sobre su futuro. La felicitamos. A continuación habla su inseparable Amalia, la otra “agaporni”. Sus dibujos suelen ser muy ordenados e incluir varios aspectos, y este no es una excepción: por una parte se ve trabajando en una oficina, como

administrativo, cosa que ya ha hecho antes y sabe que se le da bien; por otra, se ve en una casa propia, independiente de sus padres; por último, aparece una interrogación junto al típico dibujo de una familia (pareja y, sí, dos hijos): cree que le gustaría, pero lo ve más difícil.

Ahora interviene Rafa, que aunque también es bastante infantil en sus trazos, suele ser imaginativo en la forma de presentarlos. Pero no, en esta ocasión su dibujo es casi idéntico al de Sandra. Feli lo señala, y comenta que es buena señal que los dos vean el futuro parecido. Entiendo en ese momento que son pareja. Me sorprende un poco: Sandra, pese a estar en una situación precaria y de dependencia, es mucho más adulta en muchos aspectos que Rafa. Quizás en el ambiente de HdD esto resulte menos importante. Muchas más personas exponen, incluyendo las que siempre están calladas en otros espacios, y casi todas se muestran con hijos. Le toca a Jane, que también pone siempre diez o doce pequeños dibujos por todo el papel, para reflejar sus múltiples intereses: un dibujo de un cerebro por su interés en la neurociencia, una cruz y un corazón para reflejar su compromiso con el amor cristiano, una pila de libros para mostrar su pasión investigadora... y una familia, claro. La suya está formada por dos mujeres, una de ellas dibujada con color rosa y la otra con color marrón, y cuatro hijos dibujados con diversos colores. Nos explica que, después de considerarse heterosexual toda su vida y ser contraria al matrimonio homosexual, conoció a una mujer que rompió sus esquemas y ahora están muy enamoradas. La distancia (ella sigue en EE.UU.) lo hace muy duro, pero quieren perseverar. Y sí, su pareja es afroestadounidense. Hay algo más de silencio del habitual, aunque Sandra dice que le encanta la familia multicolor. Feli agradece a Jane que haya compartido algo tan personal.

Me toca. Estoy nervioso. Explico mi dibujo: lo único que sé seguro es que quiero quedarme a vivir en Granada, de ahí la Alhambra. Me sale la expresión “estos somos mi pareja, yo y dos churumbeles”. La gente se ríe y yo también, entre avergonzado y divertido. Digo algo así como “si Dios quiere”, Feli me pregunta si la relación va bien. Le digo que sí, que mi pareja es mi ancla. “O sea, que estás perdidamente enamorado”, me sonrío, y yo enrojeczo sin remedio. “Qué bonito, muchas gracias, Jesús”, me dice, y siento que los recelos iniciales que Feli tenía conmigo se disipan. Cuando vuelvo a la realidad, el tono ha cambiado. Está exponiendo Raquel. Sus dibujos también son esquemáticos, solo rectas y círculos, pero para nada infantiles: son concienzudos y áridos, con figuras de palo anónimas, casi siniestras. Ha dibujado su casa actual, con sus padres, demasiado viejos para trabajar, sentados en la mesa camilla, y ella ocupándose de las tareas domésticas. “No salgo de casa. No sé cómo me las apañaré para hacer todas las tareas, pero tendré que hacerlo”. No hay ningún otro futuro abierto: su tren ya pasó, porque suspendió las oposiciones que le habrían dado

trabajo. Ahora es demasiado tarde: tiene 35 años, se considera una completa inútil, su vida ha terminado. No importa qué le digamos, no hay esperanza alguna.

Raúl, pese a todo, lo intenta: él también sintió que su vida se había acabado, no tiene siquiera estudios, ha pasado por varias crisis, y sin embargo aquí está, aún intentando recomponer su vida, y para ello sabe que no puede quedar atrapado por las aspiraciones y sueños del pasado. Raquel no tiene interés en lo que le digan, así que Feli invita a Raúl a que exponga su dibujo. A primera vista, desconcierta (ver Anexo V). En el interior de una gran elipse, parece haber un muro: recuerda a la portada de *The Wall* de Pink Floyd. De la elipse salen líneas que la conectan con pequeños círculos. Raúl explica que la elipse es él, y que las líneas del interior lo que representan es una especie de estantería. Feli le dice que parecen un muro, y él lo reconoce, pero cuenta que esa estantería le sirve para clasificar todas las cosas que le parecen importantes; cada una en su sitio, en su anaquel. Los círculos de alrededor representan las cosas de las que se sirve para poder hacer esa clasificación. No es fácil entender lo que quiere decir exactamente, pero parece referirse a algo así como una ontología exhaustiva: lo físico con lo físico, lo biológico con lo biológico, lo filosófico con lo filosófico, etc. Feli no sabe muy bien qué decir; le pregunta: “¿pero así es como te ves en veinte años, o como te ves ahora?”. Raúl se ríe: “hombre, en veinte años espero ir más avanzado”.

Quedé algo sorprendido ante las referencias explícitas y constantes de las personas a las que entrevisté a “una vida normal”. Sin embargo, solo tuve que recordar el trabajo de Erving Goffman para darme cuenta de que era de esperar que apareciese la idea de normalidad en el ámbito de la salud mental. Al fin y al cabo, las personas con trastorno mental formaban parte de los grupos estigmatizados a los que estudió en *Estigma* (Goffman, 1963/1970: 14-15). En este clásico de la sociología, Goffman, con su estilo directo y sin ambages, llama “normales” a aquellos que no padecen un estigma determinado. Lo fundamental de esta división, sin embargo, es que no solo la reconocen los “normales”: todas las personas han sido socializadas en ella. En las sociedades modernas burocratizadas³⁴ hay diferentes “teorías del estigma”, que consisten en una serie de estereotipos sobre las personas que tienen un estigma determinado, unida a una justificación para su

³⁴ Goffman consideraba que esta forma de contraponer a las personas estigmatizadas con “personas normales”, incluso el propio concepto de “ser humano normal”, podía haber surgido a partir de la generalización de la práctica de los Estados-nación de considerar y tratar, al menos formalmente, a todos sus integrantes como iguales. La otra opción que sugería era que tuviera “su origen en el enfoque médico de la humanidad” (Goffman, 1963/1970: 17-18), lo que muestra otro importante punto de encuentro entre su trabajo y el de Michel Foucault en esta época, además del hecho de formar parte de “la vanguardia intelectual del movimiento de la antipsiquiatría” (Whitley, 2012).

discriminación con base en su supuesta inferioridad, la cual queda demostrada por esos mismos estereotipos (Goffman, 1963/1970: 15-16). Estas teorías, junto con las ideas sobre la normalidad que son su reverso, son internalizadas por las personas estigmatizadas mediante un proceso doloroso que puede tomar diferentes formas, en función del momento en que adquieran el atributo estigmatizante o descubran que dicho atributo es estigmatizante, entre otros factores (Goffman, 1963/1970: 45-55).

La recuperación, en teoría, consiste en “la restauración de una vida significativa y productiva” (U.S. Department of Health and Human Services, 1999; citado en Davidson, Rakfeldt y Strauss, 2014: 4). Pero dicho así, esto podría parecer más sencillo de lo que en realidad es. Una parte importante de lo que se pierde en salud mental tiene que ver, no solo con habilidades o competencias en sí, sino con la autoestima y la convicción de que una puede hacer esas cosas; y en esto tiene mucho que ver el estigma asociado a la “enfermedad mental”, que se interioriza. No es casual ni exagerado que la psicóloga Patricia Deegan, una de las grandes líderes del movimiento de la recuperación, diagnosticada de esquizofrenia, diga que “el concepto de recuperación está enraizado en la simple pero profunda comprensión de que las personas diagnosticadas de una enfermedad mental son seres humanos” (1996: 92). Precisamente Goffman decía que “por definición, naturalmente, tenemos la creencia de que una persona con estigma no es del todo humana. Sobre este supuesto ejercemos discriminaciones diversas, mediante las cuales reducimos eficazmente, si bien a menudo irreflexivamente, sus posibilidades de vida” (1963/1970: 15).

¿Qué se entiende por una vida normal? Isabel lo definió llanamente: “Lo que hace todo el mundo, ¿no? Pues eso: trabajar, tener pareja y todo eso”. Esto recuerda a la definición de salud que dio Sigmund Freud: la capacidad de amar y trabajar. Como ha analizado Alberto Fernández Liria, esta definición no podía ser más representativa de las transformaciones sociales ocurridas en Occidente a raíz de la industrialización, la cual

impuso para la inmensa mayoría de los habitantes de la ciudad una doble misión: trabajar y reproducirse para que alguien pudiera sustituirle cuando dejara de ser capaz de trabajar. De hecho, a esta mayoría de la población se la conoció indistintamente como *trabajadores* o *proletarios*, en referencia a una u otra misión. (2018: 39)

Este discurso en torno a la “vida normal” en la que se ama y se trabaja era compartido por hombres y mujeres, y aparecía en casi todos los procesos “enfermar”-recuperarse. Pero se podían apreciar diferencias de género al nivel de la relación entre el discurso y la emoción. Hablando de forma general: los hombres expresaban el ideal de la vida normal y lo fijaban como su objetivo, pero tenían grandes dificultades para relacionar esas ideas con su vida actual y sus emociones, para hacer propio

el discurso más allá de lo superficial. Por el contrario, las mujeres mostraban una conexión más estrecha entre su vida y ese ideal socialmente compartido, eran capaces de hablar sobre aquello que les dolía y que querían que cambiara.

Sin embargo, había casos en los que nada de esto era siquiera imaginable. Casos, como el de Raquel, en el que toda esperanza estaba vedada. Encarni ilustra esto de forma particularmente dramática. Pese a que conoce el discurso superficial de la recuperación (que define como “a lo mejor no curarse, pero... manejarla”), esta resulta inconcebible:

- Entonces, si te pido que te imagines tu vida recuperada, sanada, ¿cómo te la imaginas?
- Es que no puedo imaginármela.
- ¿Y por qué no?
- La verdad es que siempre me he visto ya... de mayor... muerta.
- [pausa larga] Nunca te has... ¿nunca has proyectado una vida?
- No.
- ¿Piensas que vas a morir?
- Sí. Nunca me vi con 18 años, pues imagínate. Además, siempre que me felicitaban por mi cumple decía como: [con desgana] gracias. Con cara de “¡ah! Otro año más, vaya vida más asquerosa” [ríe].

Como comenté en el quinto capítulo, este momento fue muy importante para que yo entendiese que las entrevistas eran un espacio vivo, donde se estaba contando una historia, y que esta historia no era una mera sucesión de acontecimientos. La historia que Encarni me cuenta es la que es por el tono en que la cuenta, por la forma en que la enuncia, por la representación que lleva a cabo. Esta es una historia que ha contado muchas veces, se nota. Y el público objetivo ha sido, con frecuencia, un o una terapeuta. En esta entrevista, a diferencia de durante la observación (ver nota 12 más arriba), Encarni me ha leído como terapeuta y me ha tratado en consecuencia. Es más, no puedo evitarlo y yo mismo adopto algo parecido a ese rol en mi respuesta:

- Es curioso porque eres de las personas más risueñas del hospital.
- Me gusta esconder lo que llevo.
- Ya. Pero no da exactamente esa sensación.
- ¿Qué sensación da?
- Da la sensación de que sí que sufres... pero sufres porque te gustaría... mejorar, te gustaría vivir de otra manera. No parece que... que quieras morirte.
- Pues yo te digo que sí.

Sin duda mi propia angustia y miedo ante el sufrimiento ajeno se ha despertado y me ha llevado en parte a decir esto, como mecanismo defensivo (Deegan, 1993: 8). Pero reconozco en mí la distancia de la que Juan, por ejemplo, se queja en los psiquiatras. Estoy habituado a hablar con profesionales de la salud mental, no solo como investigador sino también entre mis amistades. Quizás estoy empezando a llevar esa metafórica “bata” contra la que advertía Antonio, de SAPAME, cuando presentó el apoyo mutuo en HdD: una coraza emocional que se ponen algunos profesionales, que evita sufrir pero impide empatizar y, así, imposibilita aliviar el sufrimiento psíquico de los pacientes. Encuentro otra indicación de esto mismo en un momento de la entrevista con Isabel: cuando ella estaba insistiendo en que “no encaja” en HdD, dando ejemplos diversos, le hice la muy socrática pregunta: “¿y por qué sabes que no encajas?”. Hubo una pausa, me miró de soslayo, nos reímos y me dijo: “ya estás como Aurelia”.

Precisamente Isabel mostró una versión peculiar de esa capacidad que antes mencionaba para establecer una conexión entre los discursos de la recuperación y de la vida normal y sus propias emociones. Al preguntarle por la recuperación, me dice que “yo pensaba que era... pues eso, no tener nada [...] Y me he ido dando cuenta que no es eso, que es... pues seguir con las cosas de la cabeza pero... que no me influyan tanto, ¿no?”. Ha entendido perfectamente el enfoque de Aurelia; tanto, que se ha dado cuenta de que si lo admite, tendrá que reconocer que depende de ella salir de la situación en que se encuentra y que la hace infeliz. Como vimos, se considera diferente a todos los demás pacientes; esto se debe a que, al ser única, lo que se aplica a los demás no se le aplica a ella. Es más, la razón que ella esgrime para explicar su incapacidad de vencer sus miedos para ir a una entrevista de trabajo, mientras que sí los vence para hacer cosas menos importantes, es inapelable: “que soy idiota”. ¿Qué se puede hacer contra eso? En sus propias palabras: para eso “no hay remedio. No tengo remedio”.

Así, Isabel expuso uno de los mecanismos esenciales por los que una persona con un trastorno mental grave, que sufre tanto como ella, puede poner obstáculos a su propia recuperación en lugar de contribuir a ella:

Luego también, pues eso, que soy yo, que soy idiota, que soy tonta, que no sirvo para nada, que soy una mierda. Y luego también pues la gente, también... hace daño, la gente. Es que es como... como muchas cosas, ¿no? Como... algo que está en mí, pero también está en los

demás³⁵. No sé cómo... por ejemplo eso de relacionarse con la gente... ¡pues me hacen daño! Además, yo tengo la teoría de que si no quieres a nadie, nadie te hace daño.

La conclusión a la que llega, tan budista, es que el apego es lo que posibilita el dolor, y el camino para evitarlo es deshacerse del apego. “El problema es que quieres sin... no puedes evitar querer a la gente”, como muestra su decisión firme de seguir viviendo con su hermano. Por lo tanto, lo que queda es renunciar a cualquier esperanza de mejoría:

Además cuando intentas, no sé, levantar un poco la cabeza, ¿no? Luego la vida te da palos uno detrás de otro, y es como que nunca... [Ríe] Es como... ¿cómo decirte? [...] Como que yo [pausa] no creo poder levantar la cabeza, ¿no? Pero lo intento, lo intento, y luego viene la vida y te da el palo y te hunde otra vez. Y ya desde la última he dicho, ¿para qué lo voy a intentar? Para nada.

Esta opción, por terrible que sea, muestra un profundo conocimiento de sí misma y una comprensión de que pasar de su vida actual a una vida con menos sufrimiento implica renunciar a cosas a las que no está dispuesta a renunciar. El paralelismo con la narración en primera persona de Deegan es evidente:

Rendirse no era un problema, era una solución. Era una solución porque me protegía de querer nada. Si no quería nada, no me lo podían arrebatar. Si no lo intentaba, no tendría que pasar por otro fracaso. Si no me importaba, nada podría volver a hacerme daño. Mi corazón se endureció. (1996: 93)

Raúl, en cambio, ejemplifica la confusión de lo emocional y lo racional al hablar de la recuperación. Al preguntarle qué entiende él por recuperación, hablaba de “volver a tener la vida que tenía antes del ingreso”. Pero me vi obligado a preguntarle:

- Tú dices que recuperarte es recuperar la vida que llevabas antes de estas crisis. Y sin embargo, antes de estas crisis, por lo que cuentas, tampoco llevabas un camino muy definido.
- Eh... exacto. Yo cuando digo recuperar la vida que llevaba antes, me refiero: recuperar mi estado emocional. [...] Que luego, a nivel académico sea un desastre, que a nivel profesional sea, pfff, un galimatías... no sé lo que quiero, no sé si lo voy a encontrar, no sé... y tener una medicación, tener un tratamiento, un trastorno, o un diagnóstico psiquiátrico no ayuda.

[...]

³⁵ Recordemos que Tarí y Dozza señalaban que la “espiral desocializadora” la fomentan tanto la persona que desarrolla el trastorno como su entorno.

- ¿Qué estado emocional quieres?
- [ríe, pausa] Yo creo que lo que la mayoría de la gente quiere, ¿no? Ser feliz. Tener una vida plena, estar satisfecho con tu trabajo, tener una pareja, formar... una vida en común con esa... con esa pareja, ese es el proyecto que tenemos todos, ¿no?

Vemos cómo Raúl baila constantemente entre hablar de cómo se siente o se quiere sentir y hablar de un proyecto de “vida normal”. El problema de base, en realidad, es que su vida está dominada por el miedo: “me paraliza”, le ha hecho sentir “menos competente. [...] Y eso me ha jodido la vida”. Pero le cuesta horrores establecer una conexión entre ese problema emocional (quiere ser feliz, pero está aterrado) y esas actividades que enumera y que consisten, básicamente, en “amar y trabajar”. La pregunta que flota en el aire y que él nunca parece plantearse es: ¿de qué tienes tanto miedo? ¿Tendrá algo que ver con tu sensación de ser incapaz de llevar esa supuesta vida normal?

Pero se está esforzando por extraer lecciones de esta experiencia: ha aprendido “que el sufrimiento es pasajero”, lo que le ha supuesto “un cambio de perspectiva de la vida”, tras haber sido muy “mimado, consentido”. Ahora piensa que quizás lo que debe hacer es “formarme seriamente para... para poder ayudar a otros”, algo que le ha propuesto Lucía a través del recién estrenado apoyo mutuo individual. Emocionado, le digo que me parecería precioso que eso acabara siendo así. Él reclusa: “lo veo complicado”. Le digo que está en un momento difícil, que es bueno ser prudente. “Soy prudente y a lo mejor un poquito miedoso en ese aspecto”, replica. Es difícil deshacerse del miedo.

A Manuel le pasa algo parecido. Puede recitar como de memoria lo que incluiría su vida recuperada:

Mi casa, mi espacio, una pareja, supongo, pues... un poco de estabilidad, de... un trabajo que me guste, con horarios establecidos, también, y todo... y un poco... disfrutar un poco más de lo que me gusta hacer. Disfrutar un poco de todo eso y poder tener también una buena relación con mi entorno.

En cambio, cuando le pregunto cuáles de esas cosas ve más lejanas y piensa que deben focalizar su atención, contesta riendo: “puf, pues en todas”. De nuevo, vemos que Manuel se siente cómodo describiendo lo que, en último término, no es más que un ideal socialmente construido y compartido, pero cuando toca enfrentarse a lo que siente y poner ambas cosas en relación, se queda sin palabras. Le cuesta ordenar sus prioridades; mientras todo es teoría, habla con fluidez, pero cuando hay que aterrizar esto en su vida, tiene dificultades.

Nole, como comenté, centra la recuperación en el tema de la medicación. Cuando le pido que piense en otros aspectos, en aquellos que le hacen sufrir y por los que empezó a asistir a HdD, reconoce que “me afecta lo más mínimo, luego no dejo de darle vueltas, y entonces rumia, rumia, y entonces yo mismo me... hago el hoyo más grande, ¿no? Cavo la fosa”. Pero no solo no habla de ello hasta que yo le incito, sino que en ningún momento habla sobre su papel activo en que eso cambie. Parece confiar ciegamente en que sus problemas se solucionarán si consigue, finalmente, completar los dos años de tratamiento, cosa que no ha podido hacer hasta ahora pese a iniciar el proceso varias veces.

En este aspecto, Juan muestra importantes diferencias respecto a los otros hombres. Pese a que su idea de la recuperación en lo discursivo se parece más a la idea de “curarse”, parece tener mayor facilidad para poner su agencia en el centro, y conocer los mecanismos por los que él mismo ha contribuido a agravar su situación, lo que demuestra inteligencia emocional:

El concepto de recuperación yo lo oí cuando vinieron los grupos de ayuda mutua, que estuvieron hablando de la recuperación, y yo por recuperación entiendo, pues... el hecho de que la persona recupere su vida, recupere las cosas que hacía, su funcionamiento normal antes de tener la enfermedad... y sobre todo recupere aspectos de su vida que había perdido antes. [...] Y yo a mi vida me lo aplico, pues... como te digo, intentando hacer cosas que antes hacía y dejé de hacer por la enfermedad, como salir con los amigos, disfrutar simplemente de estar en casa tranquilo leyendo un libro... intentar... pues eso, no fastidiarme yo mismo la vida.

Volviendo a las mujeres: Laura considera que lo central de la recuperación en salud mental es que “se recupera uno, pero nunca llegas a estar bien 100%”. Siempre queda el miedo a la recaída, que le parece imposible de superar. Sin embargo, se conoce lo suficiente como para haber buscado el apoyo de HdD en un momento de estrés, y ese estrés lo ha provocado algo que considera central para su recuperación como son las oposiciones a las que se presenta. Los miedos que sabe que tiene se están disipando gracias a haber trabajado recientemente y no haber sufrido crisis, y está determinada a sacar plaza para obligarse a sí misma a avanzar aún más: “tendré que perder esos miedos. No tendré otro remedio”. El camino hacia la vida que quiere lo marca ella, utilizando para ello un profundo conocimiento de sus emociones.

Como se ha visto en otros capítulos, el relato de Amalia constituye el paradigma de éxito del enfoque de la recuperación. Al igual que otras personas, ella “siempre había pensado la recuperación como poder vivir... de manera, entre comillas, normal, sin tener ansiedad”. Pero esa visión se ha transformado: el rechazo de Aurelia a la palabra enfermedad le ha calado, y ahora está tomando las

riendas de su vida. Algo que ha sido esencial para posibilitarlo ha sido la desestigmatización que ha posibilitado el ambiente de HdD:

a veces se me olvida que estoy en un HdD. [...] Yo creo que vengo aquí como a una especie de trabajo que yo he cogido durante dos años [ríe], y la verdad es que vengo y... se me olvida que yo pueda tener un problema de ansiedad o lo que sea, no me veo tan distinta al resto de personas.

En este contexto, “he aprendido muchas cosas”, como a bajar su exigencia consigo misma o “no dejarme atrapar por el pasado ni por el futuro”, y en conclusión “la recuperación [...] en torno a todo esto se define como el poder estar bien conmigo misma, bien con los demás y que aunque haya momentos malos no me deje arrastrar por esos momentos malos, que me dejó arrastrar mucho”. Para ella, lo central a la recuperación es avanzar en el conocimiento de sus procesos para poder después dar pasos hacia la “vida normal”. Me siento muy reflejado en la experiencia que me relata; el buen sabor de boca que me deja la entrevista solo se ve empañado cuando recuerdo, una vez más, que esta es una historia que ella me cuenta, en un momento concreto. ¿Me está diciendo lo que piensa que quiero oír? O incluso, ¿es una historia que se cuenta a sí misma hoy, que se siente optimista? Yo mismo la he oído, con frecuencia, decir que está muy mal, incluso llorar desesperadamente y no poder entrar en los talleres. Pero no puedo saber las respuestas: estas son las incertidumbres consustanciales a la metodología que he empleado.

9. Reflexiones finales

A lo largo de este trabajo, he expuesto diferencias de género en los procesos “enfermar”-recuperarse de ocho personas. Dado que dichos procesos son relatos, lo que he podido apreciar han sido distintas maneras de entenderse y narrarse a sí mismas que tienen esas personas. Las diferencias están, por tanto, al nivel de la autoimagen; no pretendo haber señalado nada más, ni nada menos. Al mismo tiempo, conviene recordar que se trata solo de ocho personas. No pretendo universalizar: estas son las diferencias que se han dado entre hombres y mujeres españolas, en general de clase media-baja y con TMG que han llegado a un servicio tan concreto como HdD.

Desde el punto de vista político, creo que la diferencia más importante que he encontrado es la que recojo en el séptimo capítulo: las mujeres entrevistadas tematizan el cuidado y lo consideran importante, mientras que los hombres no hablan de él. Sin embargo, todo el contenido del trabajo me parece relevante e importante. En el trabajo etnográfico, nos acercamos a una realidad, desconocida o no, como si nos fuera totalmente extraña. Aprendemos, usando habilidades humanas básicas (el símil, la imitación, la apertura comunicativa), a identificar las claves culturales de un grupo humano

y a integrarnos en ellas; pero en el transcurso, inevitablemente alteramos el grupo del que, a partir de ahora, en cierto modo formamos parte. En este sentido, la etnografía es un proceso transformador, tanto para el grupo como para quien observa. Como argumenté en el tercer capítulo, creo que, por las características del ámbito que he estudiado, ese proceso en sí ha sido especialmente valioso. El producto que aquí presento, este documento, no puede contener el valor del proceso completo. Pero he hecho todo lo que estaba en mi mano para que lo refleje lo mejor posible.

En salud mental, queda mucho camino por recorrer para alcanzar un trato igualitario y humano. Uno de los pasos más importantes es aprender a identificar las desigualdades estructurales que llevan a las personas a desarrollar y manifestar su identidad, única e intransferible, de maneras que siguen ciertos patrones. Sin esa sensibilidad para la injusticia, el tratamiento podrá, a veces, con suerte, aliviar parte del sufrimiento de algunas personas; pero no podrá, en ningún caso, identificar las raíces estructurales que distribuyen desigualmente el sufrimiento psíquico, ni por tanto contribuir a cambiar esas estructuras. En Granada, donde ha ocurrido este encuentro etnográfico, se ha llegado a un acuerdo para incluir contenidos feministas en la formación de profesionales de salud mental. Es un primer paso valiosísimo. Escuchar más a las propias personas que padecen o han padecido TMG sería otro avance fundamental. Espero, mediante este trabajo, poder contribuir en ese sentido.

Bibliografía

- Andersen, Retta, Caputi, Peter y Oades, Lindsay (2006). Stages of recovery instrument: development of a measure of recovery from serious mental illness. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(11-12), 972-980.
- Baker Miller, Jean (1986). *Toward a New Psychology of Women*. Boston: Beacon Press. (Original publicado en 1976)
- Busfield, Joan (1994). The Female Malady? Men, Women and Madness in Nineteenth Century Britain. *Sociology*, 28(1), 259-277.
- Busfield, Joan (2002). The archaeology of psychiatric disorder. Gender and the disorders of thought, emotion and behaviour. En Gillian Bendelow, Mick Carpenter, Caroline Vautier y Simon Williams (Eds.), *Gender, Health and Healing: The Public/Private Divide* (pp. 144-162). Londres: Routledge.

- Carmona, José, García-Cubillana, Pablo y Millán, Almudena (Coords.) (2016). *III Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2016-2020*. Sevilla: Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.
- Casado, Elena (2016). In Memoriam: Zygmunt Bauman. *Encrucijadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales*, 12, 1-6.
- Charon, Rita (2001). Narrative Medicine: A Model for Empathy, Reflection, Profession, and Trust. *Journal of the American Medical Association*, 286(15), 1897-1902.
- Chesler, Phyllis (1983). *Women and Madness*. Nueva York: Avon. (Original publicado en 1972)
- Cooke, Anne (Ed.) (2017). *Understanding Psychosis and Schizophrenia. Why people sometimes hear voices, believe things that others find strange, or appear out of touch with reality, and what can help*. Leicester: The British Psychological Society Division of Clinical Psychology.
- Cross, Susan y Madson, Laura (1997). Models of the Self: Self-Construals and Gender. *Psychological Bulletin*, 122(1), 5-37.
- Davidson, Larry, Rakfeldt, Jaak y Strauss, John (2014). *Las raíces del movimiento de recuperación en psiquiatría. Lecciones aprendidas* (Antonio Díez Herranz, Trad.). Madrid: Fundación para la Investigación y el Tratamiento de la Esquizofrenia y otras Psicosis. (Original publicado en 2010)
- Deegan, Patricia (1993). Recovering our sense of value after being labeled mentally ill. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 31(4), 7-11.
- Deegan, Patricia (1996). Recovery as a journey of the heart. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 19(3), 91-97.
- Defensor del Pueblo (2018). *Informe anual 2017: Mecanismo Nacional de Prevención. Supervisión de lugares de privación de libertad en España*. Madrid: Defensor del Pueblo.
- Dej, Erin (2016). Psychocentrism and Homelessness: The Pathologization/Responsibilization Paradox. *Social Justice Issues*, 10(1), 117-135.
- Del Valle, Teresa (2006). Interpretaciones de ciertos mecanismos del recuerdo. *Ankulegi*, 10, 11-18.

- Del Valle, Teresa (2012). Un ensayo metodológico sobre la mirada en la Antropología Social. *Gazeta de Antropología*, 28(3), 1-18.
- Esteban, Mari Luz (2003). El Género como categoría analítica. Revisiones y aplicaciones a la salud. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, 3(1), 22-39.
- Esteban, Mari Luz (2006). El Estudio de la Salud y el Género: Las Ventajas de un Enfoque Antropológico y Feminista. *Salud Colectiva*, 2(1), 9-20.
- Esteban, Mari Luz y Távora, Ana (2006). El amor romántico y la subordinación social de las mujeres: revisiones y propuestas. *Anuario de psicología*, 39(1), 59-73.
- Fernández Liria, Alberto (2018). La enfermedad mental como respuesta al fallo social. *e-Átopos*, 4, 34-55.
- Gilligan, Carol (1993). *In a Different Voice: Psychological Theory and Women's Development*. Cambridge: Harvard University Press. (Original publicado en 1982)
- Gregorio, Carmen (2006). Contribuciones feministas a problemas epistemológicos de la disciplina antropológica: representación y relaciones de poder. *AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana*, 1(1), 22-39.
- Goffman, Erving (1970). *Stigma. Notes on the Management of Spoiled Identity*. Londres: Penguin Books. (Original publicado en 1963)
- Goudsmit, Ellen (1994). All in Her Mind! Stereotypic Views and the Psychologisation of Women's Illness. En Sue Wilkinson y Celia Kitzinger (Eds.), *Women and Health: Feminist Perspectives* (pp. 7-12). Londres: Taylor & Francis.
- Hacking, Ian (1998). Trauma. En Ian Hacking, *Rewriting the Soul: Multiple Personality and the Sciences of Memory* (pp. 183-197). Princeton: Princeton University Press.
- Haraway, Donna (1988). Situated Knowledges: The Science Question in Feminism and the Privilege of Partial Perspective. *Feminist Studies*, 14(3), 575-599.
- Hurtado, Inmaculada (septiembre de 2017). Territorio Babia. Análisis de las articulaciones de género en el caso del TDAH. En Joan Francesc Mira (Pres.), *XIV Congreso de Antropología. Antropologías en transformación: sentidos, compromisos y utopías*. Valencia.
- Lagarde, Marcela (2012). La soledad y la desolación. *Consciencia y Diálogo*, 3(3), 198-200.

- Martínez-Hernández, Ángel, Perdigueiro Gil, Enrique y Comelles, Josep Maria (2015). Genealogía de la Antropología Médica en España. *Revista de Dialectología y Tradiciones Populares*, 52(1), 205-233.
- Menéndez, Eduardo (1994). La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional? *Alteridades*, 4(7), 71-83.
- Pérez Orozco, Amalia (2014). *Subversión feminista de la economía*. Madrid: Traficantes de Sueños.
- Prior, Pauline (1996). The Dark Side of Goodness: women, social norms and mental health. *Journal of Gender Studies*, 5(1), 27-37.
- Rendueles, Guillermo (2004). Adiós a las obreras: ¿Qué fue de las de IKE? En Carlos Prieto (Ed.), *IKE. Retales de la reconversión: Trabajo femenino y conflicto social en la industria textil asturiana* (pp. 83-109). Madrid: Ladinamo Libros.
- Rendueles, Guillermo y González, Héctor (2017). “Necesitas un sindicato no un psiquiatra” [Conferencia en vídeo]. Accesible en: <https://www.youtube.com/watch?v=ZtkaZzlsJ6c> (último acceso: 03/09/2018)
- Rimke, Heidi (2016). Introduction – Mental and Emotional Distress as a Social Justice Issue: Beyond Psychocentrism. *Social Justice Issues*, 10(1), 4-17.
- Rimke, Heidi y Brock, Deborah (2012). The Culture of Therapy: Psychocentrism in Everyday Life. En Deborah Brock, Rebecca Raby y Mark P. Thomas (Eds.), *Power and Everyday Practices* (pp. 182-202). Toronto: Nelson Education.
- Ritchey, Sara (2014). Affective Medicine: Later Medieval Healing Communities and the Feminization of Health Care Practices in the Thirteenth-Century Low Countries. *The Journal of Medieval Religious Cultures*, 40(2), 113-143.
- Sanmartín, Ricardo (2003). *Observar, escuchar, comparar, escribir. La práctica de la investigación cualitativa*. Barcelona: Ariel.
- Scheper-Hughes, Nancy (2000). Ire in Ireland. *Ethnography*, 1(1), 117-140.
- Shepherd, Geoff, Boardman, Jed y Slade, Mike (2008). *Making Recovery a Reality*. Londres: Sainsbury Centre for Mental Health.
- Showalter, Elaine (2001). *The Female Malady: Women, Madness and English Culture, 1830-1980*. London: Virago. (Original publicado en 1985)

- Surrey, Janet (1985). *Self-in-Relation: A Theory of Women's Development*. *Stone Work in Progress*, 13, *Stone Center Working Paper Series*. Accesible en: https://secure.touchnet.net/C21764_ustores/web/classic/product_detail.jsp?PRODUCTID=179&SINGLESTORE=true (último acceso: 03/09/2018)
- Tarí, Antonio y Dozza, Leonel (1996). Estrategias asistenciales para pacientes graves: Un intento de conceptualización. *Área 3. Cuadernos de temas grupales e institucionales*, 3, 1-17.
- U.S. Department of Health and Human Services (1999). *Mental Health: A Report of the Surgeon General*. Rockville: U.S. Department of Health and Human Services.
- Ussher, Jane (1991). *Women's Madness: Misogyny or Mental Illness?* Hemel Hempstead: Harvester Wheatsheaf.
- Ussher, Jane (2011). *The Madness of Women: Myth and Experience*. Nueva York: Routledge.
- Weil, Simone y Bousquet, Joë (1950). Correspondance entre Simone Weil et Joë Bousquet, avril-mai 1942. *Cahiers du Sud*, 37(304), 420-438.
- Whitley, Rob (2012). The Antipsychiatry Movement: Dead, Diminishing, or Developing? *Psychiatric Services*, 63(10), 1039-1041.

Anexos

Anexo I: Breves descripciones de los y las participantes en el estudio.

Aclaración: no todos los personajes que aparecen en mi relato corresponden a una sola persona en la vida real. En algunos casos, he combinado observaciones y anécdotas de varias personas, siempre que no resultasen contradictorias, para evitar una saturación de personajes y, además, preservar el anonimato.

a) Personas entrevistadas.

- Amalia. 36 años. Llegó a HdD unos siete meses antes de la entrevista. Había desarrollado grandes problemas de ansiedad al comenzar la universidad y distanciarse de su entonces pareja. Estos habían tenido un peso intermitente en su vida. Aunque en ese momento dejó los estudios que cursaba, pasó por épocas buenas en las que completó otra carrera, trabajó, se casó e incluso estuvo cerca de tener un hijo. Sin embargo, acabó divorciándose al constatar que su marido no estaba tan implicado como ella en el proceso de fecundación *in vitro*,

necesario para evitar transmitir un trastorno hereditario. Además, se habían mudado y se sentía fuera de lugar en el pueblo de su marido. Volvió a casa de sus padres, pero su situación no dejó de empeorar. Tras otra ruptura y su segundo ingreso (voluntario) en agudos, su psiquiatra le habló de HdD y decidió darle una oportunidad. Está muy contenta con el resultado. Es una de las líderes entre las pacientes, y a menudo lleva la iniciativa cuando quedan fuera de HdD.

- Encarni. 18 años. La ingresaron en HdD al principio de mi observación, tras su tercer o cuarto ingreso en agudos en un año. La conocían varias de las profesionales de HdD de otros servicios y consideraban que podría venirle bien. Lleva asistiendo a psicólogos y psiquiatras desde los seis años. A la base parece haber un problema de rivalidad con su hermana, poco menor que ella, y una sensación de déficit de cariño por parte de sus padres, probablemente relacionado con el ser adoptada, mientras que su hermana es hija biológica. Cuando la entrevisté, dijo que se quería morir y relató su vida como una serie de desgracias. Durante la mayor parte de la observación, en cambio, se mostró alegre y cariñosa y desplegó una gran inteligencia emocional.
- Isabel. 38 años. Desde los 26, cuando murió su madre y quedó al cuidado de su hermano esquizofrénico, estuvo en tratamiento ambulatorio, con el que se muestra muy insatisfecha. Llegó a HdD unos dos años antes de la entrevista, primero solo para terapia grupal; desde hace un año viene tres días en semana. Padece una leve discapacidad física. Muy suspicaz; se compara con los demás constantemente, y se considera muy inferior. En la entrevista dijo estar harta y desencantada de todo. Siente que no encaja en HdD, que es incapaz de hacer lo que los otros pacientes hacen, desde charlar entre sí hasta ir al cine o a una entrevista de trabajo. Sabe que, para dejar de sufrir tanto, seguramente no tenga más remedio que dejar de vivir con su hermano, lo cual le resulta doloroso e inaceptable.
- Juan. 23 años. Terminó su carrera universitaria en septiembre pasado y fue ingresado en agudos en diciembre, después de unos meses de vida caótica y alto consumo de cannabis. María, su terapeuta en agudos, le ofreció venir a HdD y él aceptó; llevaba asistiendo desde enero (cinco meses antes de la entrevista). Pese a que tenía buena relación con algunos otros pacientes, no terminaba de estar contento en HdD, ya que sentía que sus problemas estaban relacionados, sobre todo, con el consumo de cannabis, que tenía bajo control. En ocasiones sentía que perdía el tiempo. Sí le gustaba María, que se había trasladado a HdD y seguía siendo su terapeuta. Su principal prioridad era conseguir un empleo que le permitiese volver a independizarse de su madre, con quien tenía muy mala relación.

- Laura. 40 años. Tiene estudios universitarios. Había estado ingresada en HdD tras una grave crisis hace diez años, que ella relaciona con el estrés de un nuevo empleo. Tras un tratamiento muy intensivo, del que opinaba que le sirvió para recuperarse de su primer ingreso en agudos mucho mejor de lo que habría podido en un equipo de salud mental ambulatorio, se fue de alta en 2013. Antes, según destaca ella misma, la necesidad de ocuparse de su casa cuando su madre cayó enferma supuso un revulsivo que la ayudó a rehacerse y recuperarse. Hacia la mitad de mi periodo de observación, volvió a asistir al taller Habilidades para la vida cotidiana, coordinado por quien fuera su terapeuta, Aurelia, porque estaba preparando unas oposiciones y sentía la necesidad de reforzarse en esa decisión y tener un espacio de cuidado. Tiene grandes esperanzas en sacar la plaza el año que viene, y espera que eso le proporcione la independencia que le corresponde a su edad.
- Manuel. 28 años. Con 21 fue ingresado por primera vez en agudos. Desde entonces ha tenido varias épocas con brotes muy concentrados en el tiempo. Persona de gran sensibilidad artística y creatividad. Ya estuvo en HdD en 2016, recomendado por un psiquiatra de agudos que vio que le gustaba mucho dibujar y le comentó que aquí había un taller de Psicopintura, pero dejó de venir al poco tiempo. A raíz de un nuevo ingreso en agudos, a principios de 2018, volvió a asistir a HdD cuando yo inicié la observación. Le cuesta amoldarse a la rutina de venir todas las mañanas, aunque se siente bien cuando viene, e intenta siempre extraer lo positivo de todos los talleres. Consumidor de cannabis desde muy joven, en los últimos tiempos ha empezado a convencerse de que ese es su problema prioritario. Cuando hicimos la entrevista, estaba en proceso de ingresarse voluntariamente en un centro de rehabilitación para desintoxicarse. Espera de esa manera ganar autonomía, con el objetivo último de independizarse, dejar de ser controlado por sus padres y no darles más quebraderos de cabeza.
- Nole. 52 años. A raíz de acompañar a su madre a los servicios de salud mental, cuando ella tuvo una crisis hace más de quince años, se dio cuenta de que él también tenía problemas que podían requerir de atención psicológica. Desde entonces, de forma intermitente por la dificultad para compatibilizarlo con su trabajo como administrativo, ha estado vinculado a Aurelia, primero en su pueblo y más tarde en HdD. Le gustaría poder completar, esta vez sí, los dos años de tratamiento, y por ello se le permite asistir pese a ser mayor de 45. Uno de los bromistas de HdD. Sus problemas a estas alturas tienen que ver con que vuelca contra su pareja y sus tres hijos sus frustraciones en el trabajo, que según él mismo reconoce tienen que ver con que le molestan sobremanera los errores ajenos. Está haciendo esfuerzos por ser más

cariñoso y cercano, menos susceptible y por procesar sus enfados de otra manera. Querría dejar de necesitar medicación en el medio plazo.

- Rafa. 23 años. Muy joven y perteneciente a una familia acomodada. De escasa inteligencia formal pero gran corazón, tiene la virtud de expresar de forma simple y sintética cosas que tienen que ver con su trastorno o con HdD, aunque a veces también tiene salidas desconcertantes que nadie termina de entender. Tiene una personalidad expansiva y en general es muy querido; siempre saluda a cada persona individualmente cuando entra en una habitación, si bien luego tiene arrebatos de timidez y bastantes complejos. Se adivina una tendencia a la violencia que, sin embargo, se esfuerza mucho en reprimir o reconducir. Le cuesta ser constante y a menudo se sale de los talleres a mitad. No pude entrevistarle: faltó a varias citas que concertamos (quizás le intimidaba la idea de hacer una entrevista pero no se atrevió a decírmelo). Después se fue de vacaciones todo el verano con su familia. Pareja de Sandra.
- Raquel. 35 años. Lleva toda su vida adulta entre psiquiatras y psicólogas, sin visos de mejora. Es una persona de gran cultura; estudió Magisterio y se presentó a una oposición, que al parecer suspendió. Desde entonces afirma que su vida se estancó, y sigue refiriéndose a esa oposición como el momento en que su vida descarriló. Llegó a HdD ocho meses antes de la entrevista, pero solo sigue viniendo porque su madre así lo quiere. Considera fútil todo intento por cambiar su vida, la psicología le parece un timo y tiene poco o ningún respeto por el trabajo de las profesionales de HdD. Combina un profundo desprecio por sí misma en su discurso con un trato hostil y altanero con casi todo el mundo. Además, expresó un profundo conservadurismo, quizás debido a que las ideologías de odio le daban un lenguaje con el que se sentía cómoda. Aunque llegamos a realizar la entrevista, más tarde me pidió que no usase su contenido para este trabajo.
- Raúl. 34 años. Tras un ingreso en agudos a los 28 años y otro seis meses más tarde, su psiquiatra le recomendó venir a psicoterapia grupal en HdD. Pese a unas fuertes resistencias iniciales, pues no quería aceptar su condición de paciente de salud mental y el cambio que eso suponía en su vida, acabó amoldándose bien y considera que su experiencia aquí fue muy positiva. Sus padres, con los que según él mismo mantiene una relación de dependencia, también lo ven así. Por eso, tras varios años de su alta y viendo que su vida seguía estancada (no tiene estudios ni consigue acceder a empleo), volvió a ingresar en febrero de este año. Expresa una profunda insatisfacción con su vida, pero aunque es muy inteligente y elocuente, no consigue dar pasos a nivel emocional. Su discurso es ejemplar, es un paciente modélico,

pero sus miedos siguen evitando que avance. Tras un par de meses de su nueva estancia en HdD, fue ingresado en agudos con un brote muy grave, peor que los anteriores. En el momento de nuestra entrevista, seguía muy medicado y no recordaba bien la secuencia de acontecimientos de los meses precedentes.

b) Profesionales y otras personas que aparecen en la etnografía.

- Alfredo. En torno a 30 años. Retraído pero muy educado, preocupado siempre por no molestar u ofender a nadie. Tiene estudios superiores en ciencias naturales. Se considera buena persona, incapaz de hacer daño a nadie, cosa que salta a la vista. Pero desprecia sus otras virtudes y tiende a pensar que hace las cosas peor de lo que realmente las hace. Se nota que ha vivido bastante tiempo sin relaciones sociales, pero el ambiente de HdD le hace sentirse más cómodo.
- Alicia (paciente). Veintitantos años. La conocí en agudos el año pasado. Pese a estar muy psicótica en ese momento, mostró una gran inteligencia y conocimiento de sí misma, además de quejas bien articuladas sobre el trato recibido. La he visto ocasionalmente en HdD, pues ya solo asiste a psicoterapia grupal.
- Alicia (psiquiatra). En torno a 45 años. Una de las profesionales con las que menos contacto he tenido. Encarni, en particular, hablaba muy bien de ella. Me aconsejó brevemente sobre pacientes suyos a los que pensaba entrevistar, como Rafa, aunque finalmente esa entrevista no se produjo.
- Antonia. 60 años. Auxiliar de enfermería. Lleva en HdD desde el principio. Muy alegre, se la suele ver cantando y haciendo bromas. Pasa lista todos los días. Conoce muy bien la ciudad de Granada, al igual que Pepe, el celador, y ambos suelen liderar las “excursiones” fuera de HdD.
- Antonio. Presidente de SAPAME, la asociación de usuarios de salud mental. Un hombre grande de ademán pausado, que inspira mucho respeto.
- Asunción. 50-55 años. Trabajadora social. Una de las primeras personas con las que hablé, en mi primer día fui con ella y su grupo de familiares (principalmente, madres) a un organismo público de ayuda al empleo para personas con trastornos mentales graves. Pone mucho empeño en encontrar cosas que gusten a cada paciente y estimularles a que hagan cursos y cosas similares.

- Aurelia. 55 años. Coordinadora del HdD y mi tutora durante mi estancia allí. Mujer enérgica y echada para adelante. Su taller, Habilidades para la vida cotidiana, es uno de los que más gustan a las pacientes, y fue uno de mis espacios privilegiados de observación. Introduce siempre la mirada de género en su trabajo. Pese a que lleva un ritmo frenético, siempre pudimos comentar la marcha de mi trabajo.
- Diego. Unos 45 años. Uno de los pacientes veteranos que solo asiste ya a Habilidades para la vida cotidiana. Por lo que cuenta, ha sido una persona muy paranoica, y sigue apareciendo de vez en cuando esa faceta suya. Por eso mismo, suele hablar mucho de la necesidad de ponerse en el lugar de la otra persona. De los pacientes más participativos.
- Elena. Treinta y pocos años. Psiquiatra recién incorporada a HdD. La conocí cuando aún trabajaba en agudos, el año pasado. Está muy contenta de estar en HdD, considera que aquí puede hacer trabajo realmente útil. Encarni es paciente suya y tienen una relación difícil.
- Emilia. 65 años. Enfermera que lleva en HdD desde sus inicios y se jubiló en junio, cuando ya aún hacía trabajo de campo. Muy seria pero cercana y muy competente, una figura muy querida en el hospital. Conducía Educación para la salud (psicoeducación).
- Feli. Cuarenta y muchos años. Terapeuta ocupacional. Carismática, divertida, a menudo cariñosa pero con mucho carácter. Lidera muchos talleres y lo hace con gran soltura, se aprecia su veteranía. Muy habladora: en alguna ocasión esto hace que los pacientes más “paranas” se sientan atacados, pero también la convierte en la profesional más cercana a las observadoras y alumnas.
- Houda. 30 años. Enfermera residente. Coordinó Hábitos saludables mientras duró su rotación. Tiene buena relación con los pacientes en general, pero con Encarni en particular es muy tierna.
- Jane. Veintitantos años. Psicóloga, estudiante de máster. Como yo, estaba en HdD recabando información para su TFM. Empezó al mismo tiempo que yo y terminó apenas una o dos semanas antes. Hablábamos mucho sobre la marcha de HdD y nuestros respectivos trabajos; llegué incluso a participar en su estudio. Alguna vez bajamos a desayunar los dos a una cafetería para charlar. Como muestra de compañerismo, asistí a la reunión de equipo en que presentó los resultados de su trabajo.
- Javier. 65 años. Psiquiatra veteranísimo, que se habrá jubilado a lo largo del verano. Su pronta marcha tenía al equipo de HdD algo nervioso, pues él había sido la columna vertebral del servicio durante más de treinta años. Él mismo se declara reservado, y afirma que prefiere

no tener cerca a la gente. Pese a ello, y a sus recelos iniciales conmigo, tan pronto supo que era hijo de mi padre y de mi madre, a quienes conoce bien, me trató con afecto.

- Juana. 50-55 años. Enfermera que estuvo de baja durante buena parte de mi observación. Se hizo cargo de Hábitos saludables a su vuelta. Muy calmada. Amalia citaba una conversación con ella como decisiva en su proceso de recuperación, pues la convenció de que podía gestionar su ansiedad por sí misma, sin necesidad de ingresar voluntariamente en agudos.
- Juanma. Unos 30 años. Timidísimo, callado siempre en los talleres, es pese a todo una de las presencias más constantes en HdD. Parece temer al desacuerdo más que a nada, y se corrige apenas introduces un matiz a lo que él dice. Pese a ello, llegué a tener una buena relación con él. Buen jugador de ajedrez, lo cual parece indicar que no está tan falto de inteligencia como puede parecer superficialmente.
- Lucía. 30-35 años. Antigua paciente de HdD que supone un gran ejemplo de recuperación. Trabaja en SAPAME y ha empezado a prestar apoyo mutuo individual a pacientes a través de un convenio con el hospital. Se mostró muy dispuesta a hacer una entrevista, pero al final no tuve tiempo de incluirla en este trabajo.
- María. 50-55 años. Psicóloga. Una gran profesional a la que conocí en agudos el año pasado. Amiga de Aurelia desde hace años, la asiste en Habilidades para la vida cotidiana y conduce el taller cuando ella no puede asistir. Sus pacientes la adoran. Me trató con mucho cariño, me proporcionó bibliografía y me ayudó con las entrevistas a sus pacientes.
- Paula. 24 años. Una de tantas estudiantes de Medicina de sexto curso que rotaban durante dos semanas por el HdD, aunque ella se adaptó particularmente bien.
- Pepe. Sesenta y pocos años. El celador de HdD desde el principio de su andadura. Bromista compulsivo, le encanta tomar el pelo a pacientes y observadores por igual. Un hombre de masculinidad tradicional, que cultiva un aura de canalla y de caballero a partes iguales. Como a Antonia, le gusta usar sus vastos conocimientos sobre la historia de la ciudad en las salidas con pacientes.
- Sandra. 35 años. Paciente muy participativa en los talleres y muy habladora en general. Parte de la columna vertebral del HdD. Aunque a veces tenía días muy malos, en que se mostraba muy negativa y paranoide, en conjunto progresó bastante en el tiempo que pasé haciendo trabajo de campo. Muy amiga de Amalia, Feli las llamaba “las agapornis”, porque siempre estaban juntas. Pareja de Rafa.

- Violeta. Veintitantos años. Psicóloga residente que acompañó a Encarni desde agudos a HdD los primeros días en que asistió. Más tarde la conocí fuera del contexto de este trabajo, a través de amigos comunes, y hemos comentado los casos de varios pacientes a los que ambos conocíamos.

Anexo II: Ficha de entrevista.

Antes de cada entrevista, entregaba la hoja de información (ver Anexo III) y aclaraba cualquier duda que surgiera al respecto. Después anunciaba que las preguntas se dividirían en dos grandes bloques:

- 1) Sobre el pasado y el presente. La primera pregunta era siempre: “¿en qué momento empezaste a tener contacto con servicios de salud mental?”. A continuación preguntaba por la trayectoria que esa persona había seguido por los servicios de salud mental, por sus distintos terapeutas, cómo llegó a HdD... y además sobre el resto de aspectos de su vida y su relación con lo anterior. Por lo general, preguntaba por qué problemas identificaban ellas/os mismas/os en sus vidas, por sus relaciones familiares y, en caso de haberlas, de pareja, por cómo se encontraban en HdD, qué aspectos del servicio les agradaban y cuáles no... Y cualquier otra cosa que surgiera y me pareciera relevante en ese momento.
- 2) Sobre el futuro. Comenzaba esta parte preguntando “¿sabes lo que es la recuperación en salud mental?”. En caso de respuesta afirmativa, pedía que me detallasen dónde o quién le había presentado esa idea, qué entendían por recuperación y cómo lo aplicaban a sus propias vidas. Si la respuesta era negativa, les preguntaba qué asociaban a esa idea. Intentaba profundizar en qué aspectos de sus vidas querían que mejorasen, y a menudo preguntaba: “si tuvieses que imaginar una vida recuperada, ¿cómo sería?”.

Antes de proceder con la entrevista, las personas debían firmar el consentimiento informado que acompañaba a la hoja de información, en cumplimiento de la normativa del hospital. En un caso, sin embargo, la persona dio su permiso verbal, pero prefirió no firmar el consentimiento, ya que su principal preocupación era que su nombre real no apareciese por ningún lado.

Anexo III: Hojas de información para los y las entrevistadas en mi estudio.

- a) Hoja de información original.

Título del estudio: Volverse "loca", volverse "loco": la construcción del género en pacientes del Hospital de Día de Salud Mental de Granada.

Investigador: Jesús Martínez Sevilla

Supervisoras: Carmen Gregorio Gil y “Aurelia”

El género son todas las normas que una sociedad impone al comportamiento de las personas que la componen en función de si son hombres o mujeres. Ha habido muchos estudios que han relacionado el género con la salud y con la atención sanitaria. Este estudio pretende describir la forma en que el género de un o una paciente condiciona su trayectoria por los servicios de salud mental, tomando como muestra a pacientes del Hospital de Día de Salud Mental. El estudio empleará una metodología etnográfica y feminista. La etnografía describe organizaciones o sociedades y las relaciones que se dan entre las personas que las componen, de forma que se comprendan los motivos por los que esas personas se comportan como lo hacen. El feminismo parte de la desigualdad existente en nuestra sociedad entre hombres y mujeres y lucha por su eliminación. El estudio tendrá dos partes, en las que emplearé dos técnicas diferentes: la observación en el Hospital de Día y las entrevistas en profundidad. La primera parte, de observación, me servirá para entender el funcionamiento del servicio: conocer sus características organizativas, los roles de los profesionales, la interrelación de los roles de profesionales y pacientes, etc., así como identificar las maneras en que se manifiesta el género en ese contexto. En la segunda parte haré entrevistas a profesionales y pacientes. Las entrevistas a profesionales me proporcionarán información complementaria. Las entrevistas a pacientes serán la fuente de información principal, ya que gracias a ellas podré describir las trayectorias de los y las pacientes por los servicios de salud mental. En esa descripción, me centraré en los episodios en que destaque el género como condicionante de la interacción, es decir, las ocasiones en que ser hombre o ser mujer influyó en cómo el o la paciente trató a y fue tratado por otras personas (profesionales u otros pacientes).

Le informo que este estudio ha sido autorizado tanto por el Comité Ético de la Investigación de Granada y por la gerencia del Hospital Universitario Virgen de las Nieves. La participación en el estudio no tiene ningún riesgo para su salud, ni influirá de ninguna manera en la atención sanitaria que reciba. Toda persona participante en el estudio lo será de forma voluntaria y tras haber dado su consentimiento informado, pudiendo retirarlo en cualquier momento y sin tener que dar explicaciones. Todos los datos personales a los que tenga acceso y/o que me sean confiados serán tratados con la más estricta confidencialidad, siendo yo, Jesús Martínez Sevilla, el único que tendrá acceso a ellos. Se cumplirá con lo establecido en la siguiente ley:

De acuerdo a la Ley 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, los datos personales que se le requieren (p.ej.edad, sexo, datos de salud) son los necesarios para cubrir los objetivos del estudio. En ninguno de los informes del estudio aparecerá su nombre, y su identidad no será revelada a persona alguna salvo para cumplir con los fines del estudio, y en el caso de urgencia

médica o requerimiento legal. Cualquier información de carácter personal que pueda ser identificable será conservada y procesada por medios informáticos en condiciones de seguridad.

El acceso a dicha información quedará restringido al personal autorizado que estará obligado a mantener la confidencialidad de la información. Los resultados del estudio podrán ser comunicados a las autoridades sanitarias y, eventualmente, a la comunidad científica a través de congresos y/o publicaciones.

Los datos serán utilizados para los fines específicos de este estudio y en todo caso si fuese necesario podrán ser también utilizados con otros fines de tipo docente o carácter científico. De acuerdo con la ley vigente, tiene usted derecho al acceso de sus datos personales; asimismo, y si está justificado, tiene derecho a su rectificación y cancelación. Si así lo desea, deberá solicitarlo al investigador.

b) Hoja de información revisada.

Título del estudio: Las diferencias de género en el proceso “enfermar”-recuperarse de pacientes del Hospital de Día de Salud Mental de Granada

Investigador: Jesús Martínez Sevilla

Supervisoras: Carmen Gregorio Gil y “Aurelia”

El género son todas las normas que una sociedad impone al comportamiento de las personas que la componen en función de si son hombres o mujeres. Ha habido muchos estudios que han relacionado el género con la salud y con la atención sanitaria. Este estudio pretende describir la forma en que el género de las personas condiciona su proceso de “enfermar” y de recuperarse de trastornos de salud mental graves, basándose en el ejemplo de pacientes del Hospital de Día de Salud Mental. La recuperación es un enfoque de sobre la salud mental y su atención, que pone en el centro a la persona con trastorno. Quiero conocer la forma en que los y las pacientes mismas entienden este concepto, y ver la influencia en esta comprensión que se originan las diferencias de género. El estudio empleará una metodología etnográfica y feminista. La etnografía describe organizaciones o sociedades y las relaciones que se dan entre las personas que las componen, de forma que se comprendan los motivos por los que esas personas se comportan como lo hacen. El feminismo parte de la desigualdad existente en nuestra sociedad entre hombres y mujeres y lucha por su eliminación. El estudio tendrá dos partes, en las que emplearé dos técnicas diferentes: la observación en el Hospital de Día y las entrevistas en profundidad. La primera parte, de observación, me servirá para entender el funcionamiento del servicio: conocer sus características organizativas, los roles de profesionales y pacientes, las formas en que se relacionan entre sí, etc., así como identificar las maneras en que se manifiesta el género en ese contexto. En la segunda parte haré entrevistas a

pacientes. Estas entrevistas serán la fuente de información principal, ya que gracias a ellas podré entender los procesos que siguen al “enfermar”, recibir atención profesional y, si es posible, recuperarse. Cuando refleje estos procesos en mi trabajo, me centraré en las formas en que las normas de género marcan diferencias entre ellos.

Le informo que este estudio ha sido autorizado tanto por el Comité Ético de la Investigación de Granada y por la gerencia del Hospital Universitario Virgen de las Nieves. La participación en el estudio no tiene ningún riesgo para su salud, ni influirá de ninguna manera en la atención sanitaria que reciba. Toda persona participante en el estudio lo será de forma voluntaria y tras haber dado su consentimiento informado, pudiendo retirarlo en cualquier momento y sin tener que dar explicaciones. Todos los datos personales a los que tenga acceso y/o que me sean confiados serán tratados con la más estricta confidencialidad, siendo yo, Jesús Martínez Sevilla, el único que tendrá acceso a ellos. Se cumplirá con lo establecido en la siguiente ley:

De acuerdo a la Ley 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, los datos personales que se le requieren (p.ej.edad, sexo, datos de salud) son los necesarios para cubrir los objetivos del estudio. En ninguno de los informes del estudio aparecerá su nombre, y su identidad no será revelada a persona alguna salvo para cumplir con los fines del estudio, y en el caso de urgencia médica o requerimiento legal. Cualquier información de carácter personal que pueda ser identificable será conservada y procesada por medios informáticos en condiciones de seguridad.

El acceso a dicha información quedará restringido al personal autorizado que estará obligado a mantener la confidencialidad de la información. Los resultados del estudio podrán ser comunicados a las autoridades sanitarias y, eventualmente, a la comunidad científica a través de congresos y/o publicaciones.

Los datos serán utilizados para los fines específicos de este estudio y en todo caso si fuese necesario podrán ser también utilizados con otros fines de tipo docente o carácter científico. De acuerdo con la ley vigente, tiene usted derecho al acceso de sus datos personales; asimismo, y si está justificado, tiene derecho a su rectificación y cancelación. Si así lo desea, deberá solicitarlo al investigador.

Anexo IV: Ejemplo de ejercicio de *role-playing* en Habilidades para la vida cotidiana.

Es lunes, estamos en Habilidades para la vida cotidiana. Desde hace un par de sesiones, Aurelia ha decidido que nos centremos en las cosas que están en nuestra mano para mejorar nuestra vida. Este fue el principio de un giro en el taller, que fue haciéndose cada vez más radical y directo, yendo al corazón de nuestros problemas, sin pelos en la lengua. “¿Tenéis conciencia de que los principales boicoteadores de vuestras propias vidas podéis ser vosotros? No hay un virus de la

esquizofrenia, ni de la depresión, ni de la manía, ni del trastorno de personalidad”, nos interpeló, desafiante. La respuesta, en general, fue positiva, pero hacia el final de la sesión, Raquel, sentada muy cerca de mí, estalló: “Todo eso son fantasías, porque si no nos gusta cómo somos por cómo nos han criado en nuestro ambiente y nos han hecho una enferma mental, pues no hay nada que hacer”. Aurelia intentó reconducir esta intervención, pero Raquel volvió a la carga: “Es que si no me gusta cómo soy y hay cosas de mí que no puedo cambiar, ya ves tú de qué sirve la psicología”. El ambiente se quedó muy cargado los últimos minutos, no pude ni tomar notas. Raquel siguió murmurando: “no la soporto...”. Cuando terminamos y Raquel se fue, Nole, sentado entre ella y yo, comentó: “qué tensión, ¿no? Se me ha quedado el cuerpo raro”.

Pese a todo (o quizás precisamente porque esta reacción indica que vamos por el buen camino), hoy Aurelia insiste en el asunto de nuestras posibilidades de acción. Cuando pregunta qué tenemos que hacer para cuidar nuestras relaciones, Nole replica que “hay que cuidarse uno”. A Aurelia esto no le termina de sonar bien: no podemos estar tan preocupadas de nosotras mismas, ser tan egocéntricas, que nos miremos el ombligo sin parar; “si no, la otra persona se aleja”, tercia Manuel. El egocentrismo, explica, no es lo mismo que el egoísmo: el egoísmo es un “valor moral”, mientras que el egocentrismo es quedar atrapada en el “pensamiento rumiante”, en “la lavadora”, como la llama Amalia. De lo que se trata, entonces, es de estar abiertas, de “ponerse en el lugar de la otra persona”, aporta Diego, uno de los pacientes que más tiempo lleva aquí y más ha progresado. Gloria quiere ejemplos concretos, y Diego aporta uno: relacionarse con las amistades y la familia de su pareja, una situación que lo pone muy incómodo y paranoico, pero que ha aprendido a gestionar: “he ido aprendiendo a estar ‘parana’ y estar”, no huir. Nole aporta otro: en lugar de pedirle un abrazo a su esposa, está empezando a dárselo él. A Aurelia esto le parece fundamental: las emociones son bidireccionales, recíprocas, y en el momento en que nos mostramos abiertas, la respuesta será, normalmente, también de apertura.

Para ilustrar esta idea, Aurelia sugiere un ejercicio de *role-playing*, algo habitual en su taller. Considera que estos ejercicios vivenciales obligan a tener atención plena en el momento presente y en la experiencia que se está teniendo/simulando, sin permitir que ese “runrún”, esa tendencia a la rumiación tan común entre los pacientes de HdD, se apodere del pensamiento y focalice nuestra atención. En este caso, lo que vamos a hacer es salir de dos en dos y tomar pequeñas hojas de papel en las que hay emociones escritas (unas positivas, otras negativas). Nos pondremos en extremos opuestos de la habitación, caminaremos y al cruzarnos nos saludaremos desplegando la emoción que diga el papel; después, entre todas comentaremos el saludo de cada pareja, intentando adivinar la emoción que a cada cual le tocaba representar. Empiezan Manuel y Diego, que siempre está

dispuesto a salir en este tipo de juegos. Manuel muestra un afecto algo excesivo, incluso “invasivo”, opina Isabel; Diego, primero, ha reaccionado echándose un poco atrás, pero después le ha preguntado cómo estaba y le ha tocado el hombro. Diego ha encontrado el saludo de Manuel “empalagoso”, mientras que Manuel ha visto a Diego relativamente cariñoso, pero a la vez distante. Juan piensa que la clave es que Diego no ha correspondido al abrazo de Manuel, pero Sandra puntualiza que la efusividad de Manuel era tal que casi no le ha dejado. Por fin dicen qué ponía en sus papeles: Diego tenía que mostrar compasión, Manuel ilusión. Nadie había acertado.

Salen otras parejas y sí somos capaces de acertar sus emociones: rabia y pena, alegría y tristeza. Nole está ejerciendo de maestro de ceremonias y, con su desenvoltura y humor habituales, nos obliga a coger un papelito. En un momento intenta que Isabel, con quien tiene bastante confianza, salga a hacer el ejercicio, pero ella se niega en redondo; no suele hacer nada que implique destacarse individualmente, que la miren, o usar su cuerpo (tiene una ligera discapacidad física). Alfredo, tímido, también se niega. Entonces me mira a mí, que estoy al lado: no puedo negarme, porque además Aurelia insiste siempre en que las observadoras participemos. Mi pareja será Sandra, que se ríe cuando Nole la mira y sale sin mediar palabra. Yo tengo que hacer “miedo”. Me quedo algo desconcertado; pido un segundo para ponerme en la disposición de saludar a alguien con miedo. Empezamos el ejercicio. Sandra se me acerca sonriente y con los brazos abiertos, dice “¡hola!” con entusiasmo; yo me encojo y me alejo de ella, murmullo un “hola” huidizo, y ella no puede más que replicar con un “¡uy!” entre sorprendido y decepcionado. Cuando comentamos cómo nos hemos sentido, Sandra destaca que se ha sentido rechazada; esto me entristece, porque aunque no hablemos mucho Sandra me cae muy bien. Es cierto que este juego se hace muy real: reaccionamos como si las emociones no fueran actuadas. El grupo acierta: ella tenía que representar la ilusión, yo el miedo. Durante todo este tiempo, tengo el pulso disparado; me alivia mucho sentarme.

Cuando por fin terminamos, el grupo destaca la capacidad de este ejercicio para obligarnos a ponernos en el lugar del otro, salir de nuestro mundo interno y abandonar ese egocentrismo del que hablaba Aurelia. En lugar de estar “fusionados” con nuestros pensamientos, no tenemos más opción que “abrir los ojos” a la otra persona y empatizar. Aurelia anima a “dejar que entre la experiencia, a que la vida fluya”, porque si no, como el agua estancada, acaba por pudrirse.

Anexo V: Dibujos recogidos en mi cuaderno.

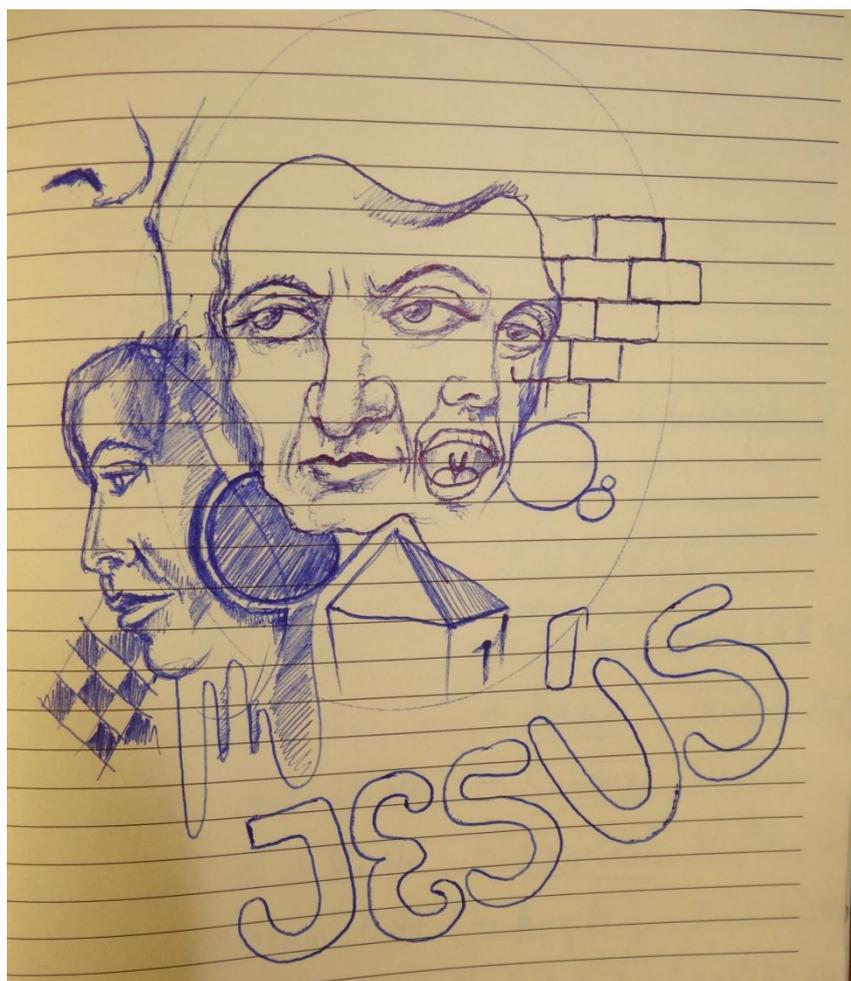


Foto 1. Dibujo realizado por Manuel en mi cuaderno de campo. Lo empezó un día en que teníamos tiempo entre dos talleres y lo completó tiempo más tarde. Cuando le pedí que me explicara lo que quería representar, me aclaró que él no dibuja pensando en nada, simplemente se deja llevar. No estaba muy contento con el resultado, de hecho estaba frustrado con sus dificultades para dibujar últimamente, pero me dio permiso para reflejarlo aquí.

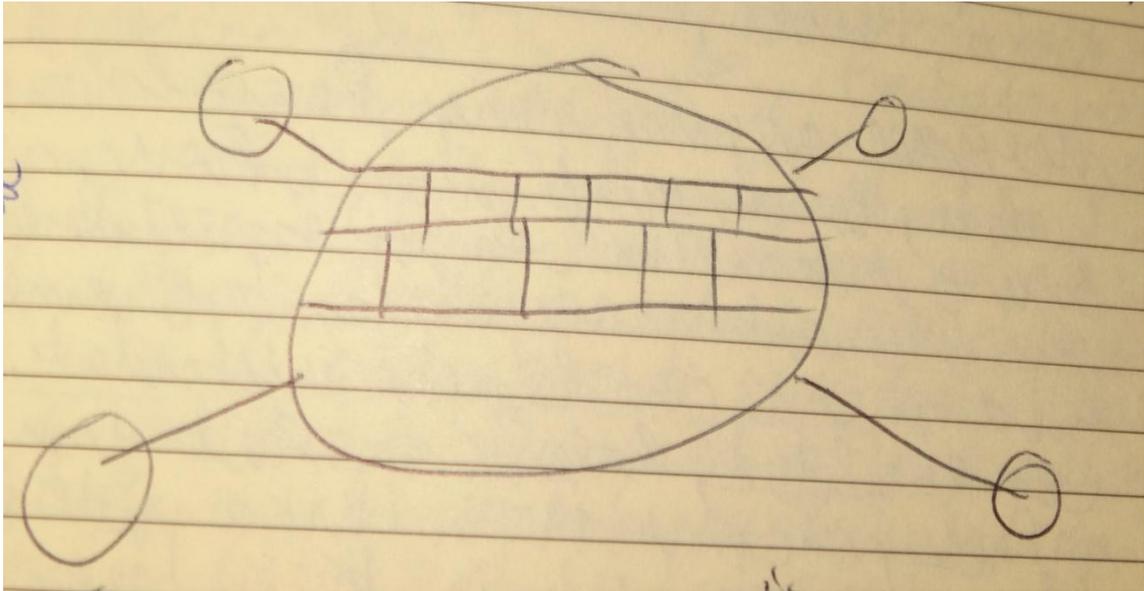


Foto 2. Reproducción hecha por mí, en mi cuaderno de campo, del dibujo de Raúl en Psicopintura. El tema era: “¿Cómo me veo en veinte años?”.