



ELOGIO DE LA INCERTIDUMBRE

y otros ensayos antropológicos sobre el saber «psi»
y las aflicciones humanas

Ángel Martínez-Hernández

COL·LECCIÓ ANTROPOLOGIA MÈDICA

DIRECCIÓ

Angel Martínez (URV), Fernando Vidal (ICREA/URV)

CONSELL D'EDICIÓ

Elisa Alegre-Agís (URV), Deborah Bekele (URV), Lina Masana (URV/UB).

COMITÈ ASSESSOR

Xavier Allué (URV), Arachu Castro (Tulane University), Josep M. Comelles (URV), Martín Correa-Urquiza (URV), Coral Cuadrada (URV), Thomas Csordas (University of California San Diego), Alice Desclaux (Aix-en-Provence), Mari Luz Esteban Galarza (Universitat del País Basc), Jordi Farré (URV), Gerardo Fernández Juárez (Univeridad de Castilla la Mancha), Alejandro Goldberg (Universidad de Buenos Aires), Mabel Gracia (URV), Joan Guix Oliver (URV), Jesús Armando Haro Encinas (El Colegio de Sonora, Mèxic), Claudi Haxaire (Université Bretagne Occidentale), Janis Jenkins (University of California San Diego), Carl Kendall (Tulane University), Ester Jean Langdon (Universidad Federal de Santa Catarina, Brasil), Maria Antònia Martorell (URV), Cecilia Minayo (Fundació Oswaldo Cruz, Brasil), Luis Montiel Llorente (Universidad Complutense de Madrid), Joan Muela (URV), Rosa Osorio Carranza (CIESAS, Mèxic), Inma Pastor (URV), Enrique Perdiguero (Universitat Miguel Hernández), Giovanni Pizza (Perugia), Oriol Romani (URV), Núria Romo Avilés (Universidad de Granada), Francine Saillant (Université Laval, Canadà), Pino Schirripa (Sapienza, Roma), Ekkehard Schroeder (AGEM+Redaktion Curare), Txema Uribe Oyarbide (Universidad Pública de Navarra), Fernando Villaamil Pérez (Universidad Complutense de Madrid), Joana Zaragoza (URV).

MEMBRES HONOR

Arthur Kleinman (Harvard), Lluís Mallart Guimerà (París X), Eduardo Menéndez (CIESAS, Mèxic), Sjaak van der Geest (Amsterdam)

MEMBRES D'HONOR "IN MEMORIAM"

Josep Canals, Susan DiGiacomo, Tullio Seppilli

ELOGIO DE LA INCERTIDUMBRE
y otros ensayos antropológicos sobre el saber «psi»
y las aflicciones humanas

Ángel Martínez-Hernández



Tarragona, 2023

PUBLICACIONS DE LA UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Av. Catalunya, 35 - 43002 Tarragona

Tel. 977 558 474 · publicacions@urv.cat

www.publicacions.urv.cat



Colección Antropología Mèdica, 41

1.ª edición: diciembre de 2023

ISBN (papel): 978-84-1365-128-6

ISBN (PDF): 978-84-1365-129-3

DOI: 10.17345/978841361286

Depósito legal: T 1222-2023

Fotografía de cubierta:

«Road to wherever», Eelke (<<https://www.flickr.com/photos/eelkedekker/>>)



Cita el libro.



Consulta el libro en nuestra web.



Libro bajo una licencia Creative Commons BY-NC-SA.

Obra sometida al proceso de evaluación de calidad editorial por el sistema de revisión por pares según las normas de la colección Antropología Mèdica.

Publicacions de la Universitat Rovira i Virgili es miembro de la Unión de Editoriales Universitarias Españolas y de la Xarxa Vives, lo que garantiza la difusión y comercialización de sus publicaciones a nivel nacional e internacional.

Para Leticia,
Pela cinza das horas,
Pela noite veloz

CONTENIDOS

Prefacio	9
<i>Sandra Caponi</i>	
Agradecimientos.....	15
Introducción	17
1. Elogio de la incertidumbre	23
2. Políticas de las aflicciones: entre la coerción y la persuasión	39
3. Las neuronarrativas y el sujeto-mundo.....	61
4. Vidas bajo asedio	81
5. El eco del mundo	103
Bibliografía	125

PREFACIO

Sandra Caponi

Universidad Federal de Santa Catarina

Consejo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico

Medical Anthropology Research Center-Universitat Rovira i Virgili

En este libro, el lector encontrará una cuidadosa y minuciosa reflexión teórica sobre las limitaciones epistemológicas, éticas e institucionales que afectan al campo de la salud mental. Podemos observar en este texto el resultado de más de treinta años de investigación, que el autor ha dedicado a problematizar el espacio de intersección entre la salud mental y los derechos humanos. Cada uno de los capítulos que componen este libro ponen de manifiesto, de algún modo, las diferentes formas de coerción que atraviesan el campo de la salud mental. Desde el estigma que sufre el paciente con esquizofrenia o con trastornos mentales graves a partir del momento que recibe el diagnóstico, hasta las más variadas formas de sumisión de la subjetividad que padecen aquellos que ingresan en un sistema de asistencia que se niega a escuchar sus relatos y se limita a contabilizar síntomas de algún diagnóstico psiquiátrico.

Por ese motivo, considero que este libro debe ser leído como una fuerte apuesta política para que sean garantizados los derechos humanos fundamentales en el campo de la psiquiatría. Ángel Martínez Hernández dialoga con el Informe del relator especial de Naciones Unidas del año 2020, de Danius Puras, con la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, del año 2006, entre otras normas intergubernamentales. Y es ahí donde debemos situar lo que el autor define como una de las apuestas de este trabajo: rescatar una perspectiva social que parece ser la gran olvidada cuando hablamos de padecimientos psíquicos.

Este libro reafirma una oposición a cualquier forma de coerción, ya sea por referencia a los sufrimientos psíquicos que llevan a la desestructuración del «yo» y al internamiento psiquiátrico o por referencia a malestares cotidianos que conducen a un proceso de psiquiatrización de la

vida cotidiana. Este será el eje que estructura los capítulos «Políticas de las aflicciones» y «Vidas bajo asedio», donde se tematiza la persistencia de diferentes formas de sujeción en los espacios de atención a la salud mental. En ese marco se analiza la permanencia de estrategias coercitivas, tanto en la gestión de los trastornos mentales graves como en la existencia de «una política de la persuasión» referida a trastornos mentales comunes. Esa preocupación reaparece con la recuperación del concepto de «injusticia epistémica», al reflexionar sobre las diversas formas de desautorizar la palabra y la voz de las personas institucionalmente agredidas por un sistema de salud mental que parece ser incapaz de garantizar el pleno ejercicio de los derechos humanos. Ángel atribuye estas dificultades a la sobrecarga a la que están sometidos los profesionales de salud mental y a la escasa formación que estos reciben, a partir de una perspectiva que integre cuestiones provenientes del campo de la ética, de la bioética y de las normativas jurídicas, pautadas en la necesidad de establecer relaciones dialógicas entre profesionales y pacientes. También lo atribuye a una presuposición —inherente al ámbito de la psiquiatría—, según la cual estas cuestiones serían consideradas secundarias, y no centrales, para el ejercicio terapéutico.

Con la finalidad de garantizar un sistema de salud mental más inclusivo y dialógico, el autor emprende la paciente tarea de desmontar los mecanismos por los cuales se privilegia un modelo explicativo centrado en la enfermedad y en desequilibrios neuroquímicos no confirmados, por encima de un modelo explicativo centrado en los determinantes sociales que directa o indirectamente pueden haber provocado los padecimientos. En este marco se inscribe el análisis epistemológico realizado en *Elogio de la incertidumbre*, donde, entre otros ejemplos, se problematiza la compleja historia de fraude existente en la difusión y prescripción de antidepresivos en la infancia. Ese ejemplo sirve de disparador para analizar de qué modo operan los conceptos de ignorancia y de certitud estratégica en el campo de la psiquiatría. Así, cuando examinamos la cantidad de niños y adolescentes a los que se les prescribe antidepresivos como tratamiento de primera elección para un estado de tristeza persistente, podemos entender de qué modo opera la «ignorancia estratégica», esa ignorancia deliberada de un «saber de lo que no se debe saber», cada vez que se omiten y se silencian los poderosos efectos adversos de los antidepresivos en la infancia, ocultando informaciones sobre el carácter incapacitante de esos medicamentos.

Como contrapunto de ese proceso, Ángel propone la idea de «certeza o certidumbre estratégica» para explicar cómo se encubre una ignorancia que no debe ser reconocida. Se trata de un proceso por el cual se divulgarán —como si se tratara de evidencias científicas incontestables— un conjunto de afirmaciones sobre las cuales no cabría ninguna posibilidad de dudar. Entre otras, una confianza excesiva en la certitud de los instrumentos de evaluación o en la afirmación repetida de que el diagnóstico tiene una causa individual y orgánica, causada por algún déficit o desequilibrio neuroquímico, independientemente del contexto social, como si ese niño fuese simplemente una «isla psicopatológica», otro concepto que el autor desarrolla en su libro.

El recurso a la «ignorancia estratégica» que Ángel retoma de McGoey permite «mostrar las actitudes de desresponsabilización por parte de investigadores, compañías farmacéuticas y agencias como la FAD sobre los efectos adversos de ciertos fármacos». Vemos allí un claro ejemplo de fraude donde la ignorancia y la certeza estratégicas se «complementan de forma armoniosa». Un discurso reduccionista que habla de una «subjetividad sin sociedad».

Ahora bien, este libro trata de evitar las homogeneidades explicativas, de tal modo que, cuando analiza este ejemplo de fraude sistemático en el campo de la salud mental, deja muy claro que ese modelo no es generalizable a otros ámbitos del saber psiquiátrico. Su preocupación es, en este sentido, reconocer los avances y las conquistas realizados e insistir en la necesidad de pensar y difundir un saber psiquiátrico atento a las historias de vida de aquellos que presentan sufrimientos psíquicos, que sea capaz de garantizar los derechos humanos y de excluir toda forma de coerción. Es decir, un tipo de intervención que permita integrar, escuchar y entender las «socionarrativas», en oposición al reduccionismo explicativo centrado en las «neuronarrativas», entendiendo por «neuronarrativas» esas estrategias que se limitan a reconstruir la propia subjetividad y la propia identidad a partir de un diagnóstico, de una explicación neuroquímica para ese diagnóstico y de un proceso de curación psicofarmacológica como única respuesta. Esta operación lleva a desconsiderar las «socionarrativas» que, por el contrario, permitirían entender la complejidad de la historia de vida de las personas que padecen sufrimientos psíquicos.

Debo destacar también el cuidado y la atención dedicada para analizar la complejidad del diagnóstico de depresión, negándose a reducirlo exclusivamente a un efecto de causas sociales adversas e interrogando la

complejidad de fenómenos psicológicos, sociales y biológicos que pueden estar presentes en ese proceso. Así, en su crítica a Byung-Chul Han y al concepto de psicopolítica, Ángel Martínez Hernández nos remite a datos de un estudio etnográfico que indica que las mujeres de más de 65 años son las mayores consumidoras de antidepresivos. Un dato que invalida la tesis defendida por Han, que afirma que la depresión sería un producto de la sociedad del rendimiento.

Es difícil pensar un modo más apropiado para concluir este libro que el capítulo denominado «El eco del mundo», ya que, en este capítulo, el autor se atreve a cuestionar su propia lectura de unas cartas que un paciente, Silvio, le había entregado en el año 1991. En este libro retoma esas cartas, 25 años después, con la finalidad de mostrar la limitación de la lectura inicialmente realizada, cuando se había detenido a identificar esos enunciados como delirios de un paciente con esquizofrenia, destacando la inverosimilitud de ese discurso, que podía ser visto como una creación literaria, como una ficción o como una forma de codificación de la información.

Pasados esos 25 años, las cartas se sitúan en un marco histórico y geográfico muy particular. El lugar en el que es preciso ubicar la historia de Silvio para entender el contexto de la enunciación es un pequeño pueblo, San Sebastián de Garabandal, conocido como Garabandal, en el norte de España. El momento histórico es el año 1961, atravesado por el franquismo y por las imposiciones de roles de género, propias de ese momento político. En ese momento, un grupo de jóvenes videntes relataron a la comunidad de Garabandal que habían presenciado visiones místico-religiosas con mensajes en los cuales se anunciaban tragedias que ocurrirían en el futuro y se mencionaban curas milagrosas. Con estas informaciones, las cartas de Silvio adquirieron un nuevo significado, pudieron ser recontextualizadas y analizadas como una narrativa fuertemente atravesada por los sucesos de Garabandal. Ángel consigue situar en este marco los diferentes actores que formaron parte de esa historia; figuras locales, pero también actores y actrices de cine como Doris Day o Lauren Bacall, que fueron mencionados en las cartas de Silvio.

El libro concluye, así, con un ejercicio autorreflexivo que el autor realiza sobre su historia como investigador y etnógrafo, esto es, con un mensaje sobre la necesidad de revisar nuestras certezas como intelectuales. Pero, fundamentalmente, con una invitación a considerar seriamente las narrativas de los pacientes, sin desvalorizarlas como enunciados de la

locura, explorando todas las posibilidades existentes para que esas narrativas sean efectivamente escuchadas, observando todas sus implicaciones. Se trata de un ejercicio de humildad intelectual y de respeto a los derechos humanos de los pacientes, sobre todo al derecho que nos asiste a todos —por el simple hecho de ser humanos—, de que nuestra palabra sea debidamente escuchada como parte de una historia de vida, porque existe la convicción de que ese diálogo, precedido por el reconocimiento del otro, es esencial para la reconstrucción de la subjetividad de todos aquellos que padecen sufrimientos psíquicos.

AGRADECIMIENTOS

Los textos que componen este libro deben mucho a diversas personas que me brindaron sus testimonios, apoyo, confianza y afecto a lo largo de treinta años.* En primer lugar, a los informantes o participantes en los diversos proyectos de investigación en los que participé o que coordiné. Algunos me contaron sus aflicciones y penalidades, otros sus dificultades (y también aflicciones) al cuidar y atender el sufrimiento. Muchas gracias por vuestra confianza; ha sido un regalo inmenso.

Afortunadamente, en la actualidad, gran parte de la investigación social se realiza en equipo y estos ensayos no hubiesen sido posibles sin un trabajo colectivo previo como el implementado en los proyectos *El malestar de los adolescentes*, *La vida medicada* o la *Gestión colaborativa de la medicación en salud mental*, entre otros. Gracias infinitas a todas y todos.

El libro debe mucho también a lo que me han enseñado mis alumnos, especialmente a aquellos cuya tesis doctoral he tenido el placer y el honor de dirigir. Ya sois veintisiete. Cuánto he aprendido de vosotros. Mil gracias.

Algunos capítulos, como el quinto, o bien versiones previas de ellos, como el tercero, se presentaron a revistas y fueron evaluados por pares anónimos cuyos comentarios, sugerencias y críticas debo agradecer. También les estoy agradecido a Thomas Csordas y Janis Jenkins, que me acogieron en la University of California San Diego y en el Center for Global Mental Health de esa universidad durante un semestre en 2017, en el que pude pensar y elaborar una parte sustancial de lo que cuento en este libro, especialmente en relación con los capítulos tres y cinco. Gracias por vuestra amistad y generosidad.

Asimismo, quiero dar las gracias a los colegas que leyeron versiones previas de algunos de estos textos y aplicaron su mirada crítica. Gracias a todas y todos, especialmente a Francisco Ortega, Janis Jenkins, Thomas Csordas, Fernando Vidal, Carlos Madariaga, Anita Oyarce, Nofit Itzhak,

* Este libro ha sido desarrollado bajo los auspicios del premio ICREA-Academia 2020.

Mercedes Serrano, Sandra Caponi, Martín Correa, Asun Pié y Eduardo Menéndez, entre muchos otros. Soy consciente de que vuestra ayuda no me exime de responsabilidad, sino que la acrecienta. Gracias por vuestra inspiración.

Finalmente quiero agradecer a mi familia y amigos más cercanos su apoyo constante, a mis hijos y especialmente a mi esposa, que ha iluminado el camino con mil críticas y aportaciones; a ella está dedicado este libro.

INTRODUCCIÓN

Los libros, como la vida misma, suelen resistirse a su anticipación. Así, este texto surgió del propósito inicial de finalizar una trilogía en antropología y salud mental que inicié hace ya unos años con dos libros previos. El primero, *¿Has visto cómo llora un cerezo? Pasos hacia una antropología de la esquizofrenia*, se publicó en 1998, se reeditó en 2020 y se publicó en portugués también en ese mismo año (Martínez-Hernández, 1998, 2020a, 2020b). El segundo, *What's behind the symptom? On psychiatric observation and anthropological understanding*, se publicó en el 2000 en inglés y en español en 2019, con el título de *Síntomas y pequeños mundos* (Martínez-Hernández, 2000, 2019). Mi deseo original era que *Elogio de la incertidumbre* supusiese el cierre de la trilogía. Ya se sabe, los humanos buscamos la satisfacción que nos brinda la ilusión de la tarea completada.

Con todo, en el proceso de elaboración del libro, la idea misma de *cierre* se me antojó cada vez más forzada e incluso menos deseable. Como nos enseñó Umberto Eco (1992), los textos van adquiriendo vida propia mientras se van tejiendo e imponen caminos insospechados. Una cosa es la intención del autor y otra muy distinta la intención de la obra, que siempre nos devuelve un principio de realidad en la tarea de escribir, doma nuestros deseos y proyectos iniciales, y nos revela qué senderos son coherentes y cuáles son poco practicables. Además, el ámbito de la salud mental o de las aflicciones humanas, como yo prefiero nombrarlo, muestra demasiadas aristas y ángulos posibles, demasiada complejidad para que demos ya todo por sabido. Parte de mi crítica aquí a algunos saberes y prácticas «psi» puede expresarse precisamente en esa idea, en cómo al dar todo por sabido se desarma la posibilidad de un conocimiento menos dogmático y se clausura el horizonte del asombro. Este argumento central era a todas luces contradictorio con el concepto de *cierre*, por lo que tuve que adaptar mis deseos previos al respecto. En ese sentido, es un libro que

finalmente no aspira a cerrar nada, sino simplemente a transmitir algunas ideas inconclusas sobre el saber «psi» y las aflicciones humanas. Si da para repensar lo ya pensado, me puedo sentir más que satisfecho, independientemente de que el lector modifique su posición o el texto le permita desarrollar argumentos contrapuestos que le ayuden a afianzar aquellos que ya tenía de partida.

En contraste con el panorama académico internacional, generalmente publicado en inglés, los ensayos que unen antropología y salud mental en castellano son escasos, a pesar de que este vínculo intelectual tiene una larga historia que, como mínimo, podemos retrotraer a *Tótem y tabú*, de Freud (1985), y a las incursiones etnopsiquiátricas de Kraepelin (Jilek, 1995). Debido a esta carencia, creo que es relevante que sitúe con claridad mi punto de partida como aviso al potencial lector. Mi perspectiva se ubica en el campo de la investigación social y, en particular, en la antropología médica crítica. La elección deviene, en primer lugar, de mi posición de actor: no puedo hablar *desde* la investigación biomédica y en neurociencias, tampoco puedo debatir *desde* la práctica clínica, pues nunca la he ejercido; finalmente, no puedo hablar *desde* la condición de primera persona, pues hasta el momento no he tenido la experiencia de sufrimiento psíquico, diagnóstico y tratamiento característica de estos procesos. Se trata, así, de una mirada que no se despliega *desde* las posiciones indicadas, sino *desde* la investigación social. Ahora bien, no poder hablar *desde* algo (la investigación biomédica, la clínica, la experiencia del sufrimiento) no significa no poder hablar *de* algo. De esta forma, cuando analizo las políticas en salud mental, las relaciones terapéuticas, los saberes «psi» y las aflicciones humanas, entiendo todo ello como hechos sociales. La perspectiva social es externa y metanormativa, más descriptiva que prescriptiva, porque, como nos decía Weber (1968), no intenta alcanzar un saber sobre lo que es normal o patológico, sino sobre el sentido de la acción social, incluyendo cómo se define y construye lo normal y lo patológico. Por supuesto, es una mirada parcial e incompleta, como en cualquier otro enfoque, pero no por ello menos legítima.

En segunda instancia, mi elección surge de la constatación, a lo largo de treinta años de experiencia investigadora en este ámbito, de que la perspectiva social es la gran olvidada en nuestro contexto. La investigación biomédica y la clínica suelen ser poco permeables a la mirada social, la cual tienden a sustituir con fórmulas *ad hoc*, generalmente basadas en un individualismo metodológico y epistemológico. Es más, se da la paradoja

de que, mientras en salud pública y en epidemiología cada vez se es más consciente del papel de los determinantes sociales en la mortalidad y morbilidad de las poblaciones (incluyendo los padecimientos psíquicos), en el ámbito de la psiquiatría y de muchas disciplinas «psi» estas determinaciones se consideran anecdóticas para la investigación y apenas se integran en la práctica clínica, a pesar de que aportan un enfoque complementario para comprender las aflicciones humanas y para promover escenarios de recuperación. Más bien, en esos casos se dibuja el horizonte de un cerebro o de una subjetividad sin sociedad que discuto a lo largo de los diferentes capítulos de esta obra.

El libro reúne cinco ensayos que profundizan en diferentes aspectos de las aflicciones humanas, los saberes «psi», los problemas de atención y las políticas o regímenes de existencia. En el primer capítulo, «Elogio de la incertidumbre», exploro las posibilidades del concepto de *certidumbre estratégica* como inversión de la noción de *ignorancia estratégica* de McGoey (2012, 2019). Si esta autora define este concepto como un saber que no debe saberse para encubrir y exonerar de responsabilidad a investigadores, agencias e instituciones sobre acciones pasadas (y futuras), aquí propongo la idea de certeza o *certidumbre estratégica* para entender cómo se encubre una ignorancia que no debe reconocerse. Eso sí, no se trata de una noción que anule la de McGoey, sino que creo que la complementa, pues ambas refieren a lógicas de simulación que erosionan el propósito original de la investigación y la clínica para responder a intereses comerciales, institucionales, corporativos, de escuela o de facción.

El segundo capítulo, «Políticas de las aflicciones: entre la coerción y la persuasión», encierra objetivos entrelazados. El más destacado de ellos es poner en evidencia que, a pesar de la consigna sobre la superación de los modelos asilares y disciplinarios, la coerción no ha desaparecido de la atención en salud y salud mental. Mi propuesta es que, actualmente, cohabitan dos políticas o regímenes de existencia: a) una política de la coerción orientada a la gestión de las psicosis y los trastornos mentales graves, esto es, dirigida a los desterrados, huidizos, locos y refractarios, que implica una restricción reguladora —también de disciplina y control— que a menudo se administra en contra de la voluntad de los afectados, y b) una política de la persuasión dirigida a afecciones y trastornos mentales menos graves diseñada para atender a amplios sectores de la población y que opera con la lógica del convencimiento. Aun así, ambas políticas muestran principios comunes en su dependencia del individualismo hipertrofiado

del régimen neoliberal que nos habla más de sujetos-esencia que de sujetos-relación, de individuos independientes más que interdependientes.

El tercer ensayo, «Las neuronarrativas y el sujeto-mundo», parte de textos anteriores que se publicaron en español, portugués e inglés (Martínez-Hernández, 2016, 2017, 2018, 2020c) y aborda, en esta nueva reelaboración, el incesante aumento del consumo de antidepresivos como un ejemplo de cerebralización de las aflicciones humanas. Aquí propongo un concepto nuevo para entender su impacto entre los consumidores y los mundos legos o profanos: las *neuronarrativas de aflicción* que, en contraste con lo que denomino *socionarrativas*, introducen una explicación neuroquímica que diluye la memoria y conciencia social sobre el papel de las condiciones que determinan y dan forma al malestar psíquico. Entiendo las neuronarrativas como nebulosas de sentido que pueden incluir significados diversos e incluso contradictorios, pero donde el *homo economicus* del régimen neoliberal y el yo neuronal se encuentran y convierten un cerebro imaginado en estructura y el mundo social en acontecimiento. Son relatos que refuerzan con su anclaje biológico —real o imaginado, pero al fin y al cabo real en sus consecuencias— la figura del individuo soberano que aquí denomino *sujeto-mundo*.

El cuarto capítulo, titulado «Vidas bajo asedio», nació de la acogida entre algunos lectores de un artículo que publiqué en 2010 junto a Leticia Medeiros Ferreira en el que analizábamos el error diagnóstico y de atribución que se producía en la clínica con los afectados por *mobbing* o linchamiento moral en el trabajo y que, sintéticamente, consistía en confundir quejas con delirios (Martínez-Hernández y Medeiros-Ferreira, 2010). Se trataba de un error ya conocido, pues lo habían revelado previamente autores y psicoterapeutas especializados en este fenómeno, como Leymann (1990, 1996), Hirigoyen (2016), Di Martino *et al.* (2003), Einarsen *et al.* (2003), Piñuel (2001) y muchos otros. Por esta razón, me sorprendió que la recepción del artículo diese lugar a que varios lectores me escribiesen para narrar sus experiencias. En este sentido, es un capítulo que en gran medida se dio por los acontecimientos y en el que intento dar espacio a algunos testimonios recibidos, así como a otros que había recabado previamente. Creo que el fenómeno se adapta muy bien al concepto de *injusticia epistémica*, de Miranda Fricker (2007) donde, como ocurría con el acoso sexual, se generan tanto injusticias testimoniales, en las que la voz de las personas agredidas se desautoriza, como injusticias hermenéuticas en las que esas

mismas personas y los profesionales de la salud no disponen de instrumentos conceptuales para entender esas formas de violencia.

Finalmente, el último capítulo, titulado «El eco del mundo», es la versión en español de un artículo que publiqué en 2022 en inglés y que está disponible en esa lengua en acceso abierto en *American Anthropologist* (Martínez-Hernández, 2022). El punto de partida son unas cartas que un usuario de un centro de rehabilitación psicosocial me entregó a principios de los años noventa mientras yo realizaba una investigación etnográfica en esa institución. Esas cartas las incorporé en el libro *¿Has visto cómo llora un cerezo?* como un ejemplo del discurso en la psicosis donde las metáforas se convierten en falsas metáforas porque son prisioneras de su literalidad. Sin embargo, en mi ineptitud etnográfica pasé por alto el mundo social que contenían. Solo veinticinco años más tarde descubrí que esas misivas, que advertían de terribles catástrofes, estaban relacionadas con las apariciones marianas de Garabandal en los años sesenta en España y que sus destinatarios habían estado implicados en ese asombroso acontecimiento. Este descubrimiento me condujo a escribir este texto con un doble propósito: por un lado, reconsiderar las cartas como el testimonio de una lucha solitaria en la que el riesgo último es que la presencia o subjetividad se convierta en un simple eco del mundo; por otro lado, intentar una reparación etnográfica que ayudase a reintegrar la experiencia de esta persona en una historia humana.

El libro no dispone de conclusiones, puesto que no se me ocurrió mejor final que «El eco del mundo», que creo que sirve como reflexión sobre los límites de la reparación, sobre qué ocurre cuando nos percatamos de que, ante las personas que no pudimos comprender adecuadamente, respondimos con una objetivación que las deshumanizó. Sin embargo, las reflexiones no cierran nada, ni siquiera las tentativas de reparación. Más bien abren un nuevo horizonte y, con suerte, nos ayudan a asumir un poco mejor la incertidumbre.

1. ELOGIO DE LA INCERTIDUMBRE

Luces, sombras y certidumbres estratégicas

En *Estudios sobre la histeria*, esa obra que Freud, en compañía de Breuer, escribió como preludeo de lo que poco más tarde sería la teoría psicoanalítica, el autor encuentra una fórmula de alcance poético para definir el estado del conocimiento en la psiquiatría de la época: «Aun lo mejor en este género no son más que sombras» (Breuer y Freud, 1985).¹ Se trata de una frase robada al personaje Teseo de *Una noche de verano*, de Shakespeare, con la que Freud quiere expresar la incertidumbre que gobernaba en aquel momento el saber sobre las diferentes formas de padecimiento psíquico y, en especial, sobre la histeria.

Desde los tiempos de Freud, la investigación ha deparado muchos interrogantes y algunas luces —más bien pocas— sobre las causas y los procesos fisiológico y psicopatológicos de la mayoría de los denominados *trastornos mentales*. Es cierto que, hoy en día, existen hipótesis biomédicas sobre la etiología de trastornos como la esquizofrenia, la depresión o el trastorno bipolar, las cuales han venido a arrinconar las antiguas concepciones psicodinámicas, pero ya sabemos que una hipótesis no es una corroboración, de la misma forma que una conjetura no es una certeza. La atención al sufrimiento psíquico, incluida la biomédica, sigue siendo más heurística o de tanteo que de corroboración, o bien, si se prefieren otras palabras, sigue dependiendo más de la interpretación de los síntomas o expresiones del paciente que de la observación de sus signos físicos (Martínez-Hernández, 2000, 2019). Prueba de ello es que hasta el día de hoy no existe una prueba biomédica que permita diagnosticar este tipo de trastornos, como podría ser el caso de un análisis de sangre o la visualización del proceso mórbido mediante técnicas de imaginería y producción signica como son la tomografía axial computarizada (TAC) o la resonancia magnética nu-

¹ Una versión previa de este texto se ha publicado en una obra colectiva en Chile (Madariaga *et al.*, en prensa).

clear (RMN), entre otras posibilidades. Esta dependencia de la clínica en salud mental de los comportamientos, expresiones y testimonios directos e indirectos abona el fenómeno de lo que llamaré *certidumbre estratégica*; pero antes de entrar en esa cuestión es pertinente que contextualice mi perspectiva.

Creo que en la mayoría de las sociedades contemporáneas —al menos en aquellas con sistemas biomédicos de atención— se disciernen tres grandes aproximaciones en salud mental que derivan de la ubicación de los diferentes actores en el entramado de las prácticas sociales —que aquí llamaré *campos de prácticas*—: la investigación, la atención y el activismo; esto es, el saber resultante deviene de la investigación biomédica, de la clínica o de la experiencia del propio sufrimiento. A estas tres miradas podemos añadir una cuarta, que es en la que me ubico, la propia de la investigación social, que guarda la particularidad de ser meta-analítica, en el sentido de que los tres campos de prácticas anteriores pueden devenir objeto-sujeto de estudio.

Estos diferentes campos no están aislados, sino en relación dialéctica de colaboración y confrontación. Incluso pueden coincidir en un mismo sujeto que hipotéticamente sea clínico, activista en primera persona, realice investigación biomédica y, a la vez, se interese por el análisis social. No obstante, los campos están determinados por un entramado de fines donde se delinea lo que es y no es pertinente. Parafraseando a Bourdieu (2016; ver también Morales, 2023), podemos decir que cada uno de ellos supone un sistema de posiciones con autonomía relativa y una serie de relaciones de fuerza entre actores e instituciones en conflicto por formas específicas de dominio del capital, sea este simbólico, social, cultural, económico, político, o bien un conjunto de todos o de parte de ellos.

Algunos de estos campos guardan cierta homogeneidad interna, otros encierran heterogeneidad y conflicto. Probablemente, el más uniforme en términos de compartir a grandes rasgos una metodología y unos presupuestos similares sea el campo de la investigación biomédica y el más diverso internamente el de la clínica, pues en él confluyen diferentes modelos interpretativos y de atención, como el biomédico, claramente hegemónico, el psicoanálisis con sus diferentes escuelas y facciones, la terapia sistémica (con sus subgrupos internos) y un largo etcétera que podría incluir las terapias cognitivoconductuales (en sintonía con el modelo biomédico), el constructivismo e incluso las terapias alternativas y complementarias. Es a todas luces el campo de prácticas más fragmen-

tado, seguido del ámbito del activismo, que también envuelve diferentes intereses y actores que pueden estar en conflicto, como es el caso de los familiares que son cuidadores, por un lado, y las personas afectadas por un trastorno mental, por otro; o incluso los diferentes grupos de afectados y familiares en función del diagnóstico o de su experiencia con el sistema de atención.

Mi hipótesis de partida es que, pese al desconocimiento actual sobre las causas y los procesos de los denominados trastornos mentales, la investigación biomédica y la clínica producen sus propias certezas y contracerzas, las cuales a veces se encuentran en sintonía y otras en contradicción flagrante incluso en el interior del mismo campo de prácticas. Si McGoe y otros autores (Ortega y Orsini, 2020) han denominado *ignorancia estratégica* a la acción de instituciones y sujetos consistente en aprovechar las dudas que generan las crisis o la supuesta ignorancia de las repercusiones de una acción para mantener el poder, acumularlo o ampliarlo, en este ámbito propongo hablar de *certidumbre estratégica* como una acción paralela; aunque no necesariamente opuesta, sino más bien sinérgica.

McGoey (2012) ha utilizado la noción de *ignorancia estratégica* para mostrar las actitudes de desresponsabilización por parte de investigadores, compañías farmacéuticas y agencias como la *Food and Drug Administration* (en adelante FDA) estadounidense sobre los efectos adversos de fármacos (por ejemplo, Ketek, un antibiótico que puede producir insuficiencia hepática). En su libro *The Unknowers. How Strategic Ignorance Rules the World*, la autora define este concepto como cualquier «acción que moviliza, elabora o explota incógnitas [...] para evitar la responsabilidad por acciones pasadas»² (McGoey, 2019), aunque también puede incluir la magnificación de determinadas incógnitas con propósitos futuros. Se trata, así, de una ignorancia deliberada o al menos conveniente en términos de reproducción institucional. De hecho, McGoe y ya nos avisa que la ignorancia estratégica es también un «saber» que puede definirse, utilizando las palabras de Taussig, como «knowing what not to know» (saber lo que no se debe saber o lo que no hay que saber) (Taussig, 1999). Mi argumento aquí es que, igual que la ignorancia estratégica encubre un

2 Traducción propia. Todas las citas de textos en otras lenguas han sido traducidas al castellano por el autor.

saber que no debe saberse, la certidumbre estratégica encubre una ignorancia que no debe reconocerse.

En el ámbito de la salud mental, el recurso a la certeza o certidumbre estratégica afecta a los campos de la investigación biomédica y la clínica, principalmente, reproduciendo modelos que pueden responder a intereses comerciales, institucionales, corporativos, de escuela y de facción. En realidad, la certeza estratégica permitiría soslayar las incógnitas sobre el sufrimiento psíquico para ganar o mantener algún tipo de capital en un campo o subcampo de prácticas. Ese capital puede ser muy diverso, pero invariablemente está conformado por relaciones de poder y busca su coherencia a partir de narrativas de certeza que en las últimas décadas han apelado principalmente a la noción de *evidencia médica* o *evidencia científica*. Con ello no quiero afirmar que la actividad de corte biomédico y los resultados de sus investigaciones se articulen invariablemente a partir de la lógica de la certeza estratégica, sino más bien señalar un sesgo que erosiona precisamente los parámetros científicos a los que este modelo apela.

En este punto, es importante anotar que el campo del activismo suele modularse también a partir de certidumbres, pero creo que estas escapan a la calificación de estratégicas, pues, aunque puedan instrumentalizarse en el ámbito social para el reconocimiento de derechos, son en primera instancia vivenciales. Así, en este caso no se trata de encubrir una ignorancia que no deba reconocerse. Más bien, el potencial carácter estratégico que se despliega en estas situaciones se da *a posteriori*, generalmente asociado con la reivindicación de recursos (pensiones, servicios, vivienda, etc.) o con la resistencia a la captura de la experiencia por los saberes expertos. De ahí que se pueda expresar con la creación de identidades contrahegemónicas como las de «personas psiquiatrizadas», «supervivientes de la psiquiatría» o «neurodivergentes», que se reivindique el «orgullo loco» o se cuestione la construcción de una verdad o un delirio experto o «neurotípico» (Correa-Urquiza, 2018). De alguna manera, esa perspectiva expresa la incongruencia de que los saberes expertos no pueden acabar de definir qué enfermedades son esas (el campo de la investigación) ni qué hacer con ellas (el campo de la clínica) y, a la vez, imponen una noción de verdad que puede actuar como una sentencia vital.

El campo de la investigación: del riesgo a la evidencia

En la investigación biomédica, la certeza estratégica entra en escena comúnmente para resolver una incoherencia narrativa mediante una mistificación o disimulación de lo incierto. Mientras que, tradicionalmente, en la investigación básica han proliferado conceptos como el de *riesgo* que dibujan una explicación más en clave de probabilidad que de determinación para la mayoría de los trastornos mentales, en las últimas décadas la centralidad ha recaído en la llamada *evidence-based medicine* ('medicina basada en pruebas', también conocida como medicina basada en la evidencia o MBE, en adelante) (Sackett *et al.*, 1996).

La MBE jerarquiza los tipos de evidencia de acuerdo con los protocolos de investigación y, en su plasmación habitual, funciona más como certeza que como probabilidad. Dicho de otro modo, se intentan neutralizar los efectos de la incertidumbre y sus posibles interferencias mediante una noción fuerte de evidencia que permita justificar la investigación y guiar las decisiones clínicas. El problema es que se está pensando en una noción de *evidencia* sin considerar los ajustes e intereses que la permean, como si la investigación fuese una actividad ajena al mundo social y a los intereses económicos y políticos. Como ha indicado Peiró (2005), según el canon de la MBE, «solo dispondremos de 'evidencia' cuando alguien haya querido —y financiado— que algo sea evidente». De hecho, la influencia de la industria farmacéutica en la MBE es algo que podríamos definir —valga la redundancia— como autoevidente y que se ha expuesto por una extensa bibliografía. Por ejemplo, una revisión sistemática de 2017 realizada por Lundh y otros autores muestra que los estudios patrocinados por la industria sobre fármacos y dispositivos médicos tuvieron resultados más favorables en relación con la eficacia del fármaco o dispositivo evaluado; y disminuyeron los efectos adversos en comparación con los no patrocinados por las compañías farmacéuticas y de tecnologías médicas. En este caso, los autores analizan un amplio espectro de investigaciones sobre eficacia de fármacos entre los cuales solo el 21 % responde a tratamientos psiquiátricos, junto con otros sobre cáncer y otras enfermedades, y proponen incluir un nuevo sesgo que definen como *sesgo de la industria o sesgo comercial* (Lundh *et al.* 2017).

Algunos estudios revelan que las investigaciones patrocinadas por las compañías farmacéuticas son 4,05 veces más favorables al patrocinador que aquellas no patrocinadas (Lexchin *et al.*, 2003), y que existe una aso-

ciación positiva y estadísticamente significativa entre fuente de financiación y resultados de los ensayos clínicos (Yaphe *et al.*, 2001). Este tipo de datos puede minusvalorarse estratégicamente en el campo de la investigación biomédica, así como los resultados de algunos estudios poblacionales (generalmente aquellos no auspiciados por la industria), pues los RCT (*randomized clinical trials*; ‘ensayos clínicos controlados aleatorizados’ o ECCA, en español) constituyen el patrón oro junto con los metaanálisis para la creación de «evidencia». Como indica McGoe, «la ausencia de estudios con diseño ECCA sobre efectos adversos de determinados fármacos se toma como prueba de que no existen riesgos, incluso cuando los datos epidemiológicos [poblacionales] pueden indicar que un medicamento puede estar matando a miles de personas» (2017). Es lo que esta autora define como el «enfoque asimétrico de la seguridad», característico de agencias como la FDA, en el que, a menos que se demuestre que un fármaco no funciona, los reguladores asumen que es seguro y eficaz. Uno de los informantes-expertos de esta autora afirma: «El fármaco es eficaz hasta que me demuestren que no lo es. El medicamento es seguro hasta que me demuestren que no lo es. Es un criterio muy retorcido que no protege al público» (McGoe, 2017).

En realidad, los dos ejercicios de encubrimiento o simulación estratégica (la ignorancia y la certidumbre) pueden articularse de forma sinérgica en estos casos, como ocurre en algunos ECCA esponsorizados, en los que se pueden ignorar los efectos adversos de un medicamento y a la vez magnificar su eficacia mediante prácticas como el *salami-slicing*, que generan un efecto de avalancha en la bibliografía y, por lo tanto, en la producción de evidencia. Ese es el caso que nos muestran Melander y otros autores (2003) en una revisión ya clásica en la que analizan cuarenta y dos estudios controlados con placebo de cinco inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) presentados a la autoridad sueca encargada de la regulación de fármacos. Los resultados indican malas prácticas como: 1) publicación múltiple: veintiún estudios contribuyeron al menos a dos publicaciones cada uno y tres estudios contribuyeron a cinco publicaciones; 2) publicación selectiva: los estudios que mostraron efectos significativos del fármaco se diseminaron como publicaciones independientes con más frecuencia que los estudios con resultados no significativos, y 3) información selectiva: básicamente, incorporaron solo las alternativas de análisis que resultaban más beneficiosas para el patrocinador. Es lo que estos autores denominan, con un juego de palabras en inglés, como *evidence*

b(i)ased medicine (Melander *et al.*, 2003) no con la intención de realizar una crítica a la totalidad de la investigación biomédica, sino precisamente para denunciar los ejercicios de simulación estratégica que desvirtúan esa misma investigación.

Un ejemplo conocido de fraude sistemático es el caso de la eficacia de los antidepresivos en niños y adolescentes, en el que ignorancia y certeza estratégicas se complementan de forma armoniosa. Una revisión de 2004 (Jureidini *et al.* 2004) ya mostraba las siguientes conclusiones: 1) los investigadores habían exagerado los beneficios sobre la eficacia de los nuevos antidepresivos en la depresión infantil; 2) la mejoría en los grupos control fue relevante, mientras que el beneficio adicional de los fármacos era de dudosa importancia clínica; 3) se restó importancia a los efectos adversos; 4) los antidepresivos no podían recomendarse como opción de tratamiento para la depresión infantil, y 5) era necesario un enfoque más crítico para garantizar la validez de los datos publicados. Como ha resumido Hengartner (2020), la historia de la eficacia de los antidepresivos en niños y adolescentes es una historia de fraude, caracterizada por investigaciones sistemáticamente sesgadas, conflictos de interés e imprudencia profesional. En 2004, bajo el título de «Depressing research», los editores de *The Lancet* afirmaron sin contemplaciones que «la historia de la investigación sobre el uso de inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS) en la depresión infantil es una historia de confusión, manipulación y fracaso institucional» (Lancet, 2004).

Actualmente sabemos que la mayoría de los ensayos con antidepresivos para uso pediátrico de inicios de siglo fueron patrocinados por la industria y tuvieron serias limitaciones metodológicas. Por ejemplo, muchos de ellos no se publicaron debido a sus resultados desfavorables. A su vez, varios de los que mostraron resultados favorables fueron *ghost-written* y se tergiversó la eficacia y su impacto en la tasa de suicidios. Incluso en una revisión reciente se indica que «las deficiencias metodológicas de los ECCA dificultan la interpretación de los resultados con respecto a la eficacia y seguridad de los nuevos antidepresivos y que los hallazgos sugieren que tienen un efecto muy limitado en comparación con el placebo para disminuir los síntomas de depresión en niños y adolescentes» (Herrick *et al.*, 2021). Aun así, los autores de esta revisión concluyen: «Nuestros hallazgos sugieren que la sertralina, el escitalopram, la duloxetina, así como la fluoxetina, podrían considerarse como primera opción». Curiosa conclusión. Por un lado, reconocen incertidumbre al hablar de una «di-

ficultad en interpretar los resultados con respecto a la eficacia»; por otro, introducen certidumbre cuando recomiendan «el uso de estos fármacos como primera opción» a pesar de su exigua evidencia. Es como si no se considerase adecuado afirmar, sin más, que los resultados no son concluyentes por las deficiencias metodológicas de los ECCA analizados y porque la eficacia de estas moléculas es limitada en comparación con el placebo. En su lugar, encontramos afirmaciones contradictorias que apuntan en todas direcciones y que poco tienen que ver con la claridad que se le supone al modelo biomédico y, por extensión, al razonamiento científico.

La clínica (in-)dócil

No es extraño que esa información confusa permee también el campo clínico al que va dirigido, el cual está tensionado en el ámbito de la salud mental por las diferentes escuelas o subcampos, aunque hegemonizado por el modelo biomédico o de MBE. De hecho, la paradoja en este caso es que, a pesar de que sabemos muy poco sobre los trastornos mentales, en la práctica se da todo por sabido. Hay algunas certezas estratégicas que ayudan a soslayar precisamente esta paradoja. Aquí voy a centrarme en tres de ellas, que no se presentan de forma aislada, sino en interrelación.

I

La primera certeza, propia del modelo biomédico, es que el fármaco constituye la pauta central de atención, incluso de por vida, dependiendo del tipo de trastorno diagnosticado y a pesar de que los usuarios expresen su insatisfacción con los efectos adversos de la medicación. Por ejemplo, en una investigación que realizamos recientemente sobre los obstáculos a una gestión colaborativa de la medicación antipsicótica en Cataluña (Martínez-Hernández *et al.*, 2020a), observamos que varios profesionales tendían a atribuir el malestar de sus pacientes a la enfermedad de base y no a la medicación, como solían hacer sus usuarios, y a desestimar las quejas de estos por provenir supuestamente de su falta de «conciencia de enfermedad». Desde una perspectiva social, es bastante obvio que esta actitud no se origina en los profesionales como sujetos, sino en las políticas que modelan su trabajo y en una cultura asistencial que, mientras

busca una reafirmación en la certeza de un paisaje psicopatológico estable y de un tratamiento farmacológico necesario y eficiente, a la vez ignora los efectos adversos de la medicación. Ahora bien, dos contradicciones emergen en este punto. La primera es que la mayoría de las personas diagnosticadas reconocen un estado de sufrimiento independientemente de que sus nombramientos no coincidan con las categorías expertas; lo que en otro lugar hemos denominado *conciencia de sufrimiento* (Martínez-Hernández *et al.*, 2020b). La segunda es que es bastante improbable que tantas personas afectadas coincidan en delirar sobre lo mal que les sientan los antipsicóticos. Lo más probable es que realmente les sienten mal, porque les producen embotamiento, dificultades cognitivas, desmotivación y otros muchos estados psíquicos y físicos sobre los cuales nos informan. Con todo, la tendencia profesional más habitual —aunque también hay que destacar que no es la única— es pensar la enfermedad mental como una especie de caja negra a la que se le pueden atribuir una parte sustancial de los malestares de los pacientes (no todos, claro está).

La conjunción estratégica de certeza sobre las manifestaciones de la enfermedad y de ignorancia sobre los efectos adversos de la medicación responde, en el fondo, a un modelo de atención que considera el diagnóstico y la dispensación psicofarmacológica como objetivos prioritarios y que inhibe, si es que no censura, la emergencia de incertidumbres. Ese modelo puede cohabitar sin sobresaltos —aunque sí con obvias contradicciones— con una retórica sobre la centralidad del paciente y sus necesidades, y da forma a la práctica profesional creando una serie de predisposiciones duraderas o *habitus* en la atención (Bourdieu, 1991), como el diagnóstico rápido de los casos (antes de la tercera visita) y la prescripción prioritaria de tratamientos farmacológicos. En ese contexto, algunos profesionales pueden considerar las certezas estratégicas como soluciones «pragmáticas» para el manejo cotidiano de los cuadros clínicos, especialmente en un servicio público con pocos recursos humanos. Ahora bien, es indudable que ese modelo de práctica entorpece la posibilidad de una alianza terapéutica y la corresponsabilización de los usuarios; o al menos de aquellos que indican una insatisfacción con el tratamiento, un grupo que según la bibliografía alcanza el 50 % de los consumidores de este tipo de psicofármacos (Lieberman *et al.*, 2005).

II

La segunda certeza estratégica es precisamente considerar que las categorías diagnósticas son realidades discretas en lugar de aproximaciones heurísticas al sufrimiento psíquico, a pesar de que los propios *diagnostical and statistical manuals of mental disorders* (DSM) de la American Psychiatric Association —la clasificación más usada— alertan de su provisionalidad y del solapamiento de los signos y síntomas (APA, 2013). No obstante, en la práctica clínica, esas categorías se esencializan frecuentemente. Un indicador convincente en este sentido es el hecho de que el cambio de diagnóstico es infrecuente en la clínica psiquiátrica, al menos en comparación con otras especialidades médicas. La falta de pruebas que permitan visualizar signos físicos o biomarcadores de la enfermedad en la mayoría de los denominados *trastornos mentales* conduce paradójicamente a un diagnóstico estable que debería hacernos reflexionar.

En otros textos (Martínez-Hernández, 2000, 2019) he abordado el problema de la validez de las categorías diagnósticas de los DSM (del III en adelante) y cómo su ausencia en este ámbito la suple la fiabilidad o reproducibilidad; esto es, la concordancia de los juicios clínicos, que es una fórmula técnica y aparentemente sofisticada de apelar al consenso profesional. Sin embargo, *consenso* es un término político, no científico, que no afecta necesariamente a la validez del constructo, sea este clínico o de otro orden. Quizá debido a ello, protocolos como el *Canadian Task Force on Preventive Health Care* (CTFPHC), la *Scottish Intercollegiate Guidelines Network* (SIGN) o el *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE), entre otros, reservan al consenso profesional el menor nivel de evidencia en sus gradaciones.

Hipotéticamente, un colectivo puede consensuar, como ha ocurrido históricamente, que la homosexualidad o la conducta escapista de los esclavos —la *drapetomanía* formulada por Cartwright en el siglo XIX (Caponi, 2017, 2023)— son trastornos mentales, pero ello no afecta a la validez de esos diagnósticos, que seguirán siendo espurios. Con ello no quiero afirmar que todas las categorías diagnósticas muestren una naturaleza ilegítima, como en los dos casos citados que se asocian con la homofobia y el racismo, respectivamente; sino que la concordancia nos informa de un consenso sobre el diagnóstico, pero no sobre su validez, pues aunque en la mayoría de las situaciones sea evidente el sufrimiento, la fiabilidad no responde fehacientemente a la pregunta de si aquello que hemos conveni-

do en denominar *esquizofrenia*, *ansiedad*, *bipolaridad*, *paranoia* o *depresión* se asocia con un proceso patológico concreto, con una enfermedad (¿de qué tipo?, ¿mental, cerebral?) o varias, o bien con un síndrome, un trastorno (¿o varios?), una estructura psíquica o del sujeto (¿entendida como constructo interpretativo, como hecho o como condición del ser?), un síntoma, un estado alterado de conciencia, un comportamiento reactivo, un estado de ánimo, una condición simplemente neurodivergente o un error de interpretación clínica, entre otras posibilidades. La naturaleza heurística y provisional de las categorías diagnósticas obliga, de hecho, a una mayor reflexividad y autovigilancia ética por parte de los profesionales de la salud mental, ya que deben ser autoconscientes no solo de la provisionalidad del conocimiento, sino de las interferencias morales, los propios prejuicios y la distancia social que pueden afectar al diagnóstico y al tratamiento. Sin embargo, la formación en competencia intercultural, estructural y ciencias sociales que podría ayudar en ese ejercicio es claramente deficitaria entre los profesionales de la salud mental, al menos en España. Más bien, es como si se tratase de un conocimiento anecdótico —cuando no molesto, por introducir una carga incómoda de incertidumbre— o como un saber que se descarta porque no nace de una determinada escuela «psi».

El uso de categorías provisionales como si fuesen categorías estables puede entenderse como una forma de conjurar el vacío de conocimiento sobre los trastornos mentales en un contexto de alta complejidad, como es la clínica, pero existe el riesgo de que pueda conllevar, en la práctica, un énfasis en la categoría diagnóstica en detrimento de la atención al sufrimiento real, singular y también evidente del paciente. La reciente decisión del Consejo Superior de Salud de Bélgica de desaconsejar el uso del DSM V, alegando que las categorías diagnósticas de los trastornos mentales deben tratarse como constructos, incide en esa dirección (Vanheule *et al.*, 2019). También algunos testimonios de nuestra investigación en Cataluña sobre los obstáculos a una gestión colaborativa de la medicación en salud mental. Por ejemplo, un usuario lo expresaba en un grupo de discusión con claridad y de forma sintética: «Cuando entro por la puerta [del consultorio] puedo distinguir perfectamente si el profesional está viendo una enfermedad o una persona». El informante abundó posteriormente en la violencia que le suscitaba esa identificación totalizadora con la enfermedad, la cual sentía como una anulación de su subjetividad. La respuesta de algunos profesionales del mismo grupo de discusión fue alertar preci-

samente sobre ese riesgo de deshumanización en la clínica y, entre todos (usuarios, familiares, profesionales e investigadores), convinimos en entenderlo a partir de los conceptos de *trato* y *tratamiento*; seguimos para ello la argumentación de Leal (2018) de que antes del tratamiento debe existir un trato, un buen trato que, en esperada oposición, sería lo contrario del *distrato* que deviene de las prácticas de atención burocratizadas y rutinizadas.

En sus significados en español, el *trato* es también el pacto para el cual se precisa de un sujeto otro, mientras que el tratamiento no necesita de la intersubjetividad porque puede indicar una relación o acción de un sujeto sobre un objeto, como quien realiza un tratamiento de la madera de una mesa o del pavimento de su casa. En la situación que abordamos, tal objeto es el sufrimiento humano transformado en una categoría diagnóstica que cobra vida propia en el imaginario experto (y también lego) y cuya reafirmación y centralidad en la clínica pueden ser indirectamente proporcionales al reconocimiento del sujeto del trato. Quizá por ello, el mismo usuario que detectaba con premura si la actitud del profesional era cosificante o subjetivante publicó un tiempo más tarde un libro titulado *Contra el diagnóstico* (Obregón, 2022). Sin duda, había algo en el diagnóstico que vulneraba a esta persona y, probablemente, no era la categoría en sí misma, sino su uso totalizador para dar cuenta de su existencia, para atraparla en una identidad diagnóstica que se convertía a la vez en descripción, juicio moral y designio; en la que, para decirlo con otras palabras, no había espacio para la duda y la incertidumbre, pues se daba ya todo por sabido. El autor, y antes informante, no negaba con ello la existencia de crisis y estados de sufrimiento y aflicción a lo largo de su vida, sino que señalaba desde su experiencia eso mismo que aquí estamos definiendo como *certidumbre estratégica* desde el análisis social.

Con variaciones, la visión esencialista que subyace a esta certeza estratégica ha permeado también históricamente otros subcampos de la clínica como el psicoanálisis. Un antecedente conocido por su polémica es la idea de las *madres nevera*, de Bettelheim (1972), como causantes del autismo de sus hijos, un trastorno que es probable que detente un origen orgánico, y que provocó un injustificado sufrimiento a las familias, especialmente a las madres, como consecuencia de una confusión entre conjetura y certeza por parte de su autor y sus seguidores. También de las lecturas del psicoanálisis que anudan el sufrimiento psíquico a la idea de estructuras psíquicas o del lenguaje del inconsciente como si fuesen

realidades del ser en lugar de interpretaciones del analista; y así, en pugna y también en contradicción con el modelo biomédico, pueden asociar la homosexualidad con la estructura de perversión y el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), el autismo y la transexualidad con la estructura de la psicosis.

A lo largo de los años he observado que es frecuente que algunos clínicos de orientación psicoanalítica, dependiendo de su adscripción o escuela, defiendan y manejen las estructuras de neurosis, psicosis y perversión como certezas, no como conjeturas interpretativas, y que consideren que se trata de una tipología que resulta «cómoda» y «práctica» para orientar la llamada *cura*, pese al riesgo obvio de una captura predeterminada de la narrativa del paciente. Esto resulta paradójico en un modelo eminentemente interpretativo o hermenéutico. Básicamente, porque la imposición de un sentido preestablecido, la llamada *intentio lectoris* o intención del lector, contradice el principio hermenéutico de rescatar el sentido del autor y de la obra (*intentio auctoris* e *intentio operis*) —del paciente y de su narrativa, en este caso— mediante el conflicto de las interpretaciones y la asociación entre texto y contexto biográfico y sociohistórico (Ricoeur, 2003; Eco, 1992). Probablemente, también quebranta el propósito original del psicoanálisis y la posibilidad de constituirse en un instrumento de reflexividad. Con ello quiero dejar claro que no estoy proponiendo una crítica global al psicoanálisis, sino al cierre hermenéutico que produce el uso de una noción dogmática de *estructura*, pues mata el asombro antes de la escucha misma. Además, también hay que decirlo, esta idea de estructura no aparece en esos mismos términos en la obra de Freud.

Frente a la idea biomédica de que un trastorno mental se *tiene*, el modelo psicoanalítico, especialmente el que se basa en estructuras, anticipa que este es consustancial al *ser* del sujeto; que se es un neurótico, un psicótico o un perverso. De esta forma, se predetermina tanto una subjetividad sin cuerpo biológico como una lectura que no es congruente con lo poco que sabemos en salud mental. Por ejemplo, sabemos que síntomas presumiblemente neuróticos como la ansiedad responden también a procesos biológicos como el hipertiroidismo o a la simple adaptación a un entorno nuevo, entre otros muchos; o que los síntomas psicóticos surgen en multiplicidad de estados, como las demencias, las afectaciones neuropsiquiátricas por covid persistente y los tratamientos con corticoides y con interferón, también entre otros muchos. En oposición a la ilusión biomédica de una objetividad depurada de subjetividad, algunas versiones del psi-

coanálisis oponen una subjetividad liberada de objetividad. Ahora bien, el problema más sustancial desde mi punto de vista es que, al asociar el sufrimiento psíquico con estructuras del ser prefijadas y estancas, se vulnera la tarea de la interpretación, se abona el terreno para los *misreadings* y, lo que es peor, se fantasea con una idea de estaticidad y potencial cronicidad que, como es de esperar, acabará autoconfirmándose, pues alimenta las profecías de autocumplimiento, tanto para los clínicos como para los pacientes y cuidadores. En su versión más dogmática, puede recordar a la tipología racialista en antropología (caucásicos, negroides, mongoloides) y sus argumentos predeterminados para explicar el temperamento, el cociente intelectual, las conductas y costumbres e incluso la respuesta al dolor antes de que la antropología posracialista (Boas 1982; King, 2023) y, luego, la genética de poblaciones (AABA, 1996; AAA, 1998) mostraran el carácter espurio de la noción de *raza* para explicar la variabilidad biológica y cultural humanas. En ese marco, la confusión —ya sea interesada, pragmática o no consciente— entre constructo (diagnóstico o estructura) y realidad (sufrimiento del paciente) conforma un desafío ético y de responsabilidad profesional, principalmente en el contexto de una cultura asistencial que no dé cabida ni a la reflexividad ni a la incertidumbre.

III

La última certeza estratégica que quiero apuntar es el efecto individualizante de *isla psicopatológica* que caracteriza a la mayoría de las teorías «psi» al interpretar el malestar de los pacientes. Desde estos enfoques, se supone que todo aquello que le sucede al sujeto deriva de su interior, de su neuroquímica cerebral, de sus procesos cognitivos o de los extravíos de su inconsciente. Es lo que anteriormente he definido críticamente como la idea de un cerebro o de un sujeto —según el modelo clínico que se aplique— sin sociedad. Esto no impide que en estas aproximaciones se cite lo social en el plano del discurso, como cuando se apela retóricamente al modelo biopsicosocial o se habla de salud mental comunitaria. Ahora bien, se trata de significantes que, al menos en España, se han vaciado de significado y que tienen un alcance limitado en las prácticas, como cuando el término *biopsicosocial* indica una simple jerarquía profesional (psiquiatra-psicólogo-trabajador social) o lo comunitario señala la ubicación del servicio en un barrio, pueblo o ciudad en lugar de un modelo y de una filosofía de atención (Martínez-Hernández y Correa-Urquiza, 2017).

El enfoque de isla psicopatológica es, además, contradictorio con la naturaleza gregaria e interdependiente de nuestra especie y con el papel de las condiciones estructurales que determinan la vida humana. Más bien, en una inversión de lo que postulaba Lévi-Strauss (1997) cuando afirmaba que el sujeto era acontecimiento y la sociedad estructura, la ilusión de la isla psicopatológica convierte al individuo en estructura y al mundo social en acontecimiento. De esta manera se justifica hablar de *sujetos vulnerables*, pero no tanto de *sujetos vulnerados*, pues la atención experta se focaliza en aquello que los sujetos hacen o deshacen en el mundo, mientras que desatiende aquello que el mundo hace o deshace con los sujetos, incluyendo el propio sistema de atención. Por ello, los paradigmas «psi» que parten de un individualismo epistémico muestran escaso rendimiento para entender los procesos de vulnerabilización que se derivan de las violencias sociales, en especial cuando no pueden visualizar un daño físico específico, como en la mayoría de los casos de tortura psicológica o maltrato institucional, las diferentes formas de *bullying* o la violencia y la discriminación por razón de género, clase, etnia o racialización. Tampoco resultan operativos para dar cuenta de los suicidios y sus tentativas que suelen acompañar a estas situaciones de violencia social; ni para comprender el efecto devastador del estigma promovido a menudo desde el propio sistema de atención, sobre todo cuando estamos hablando de diagnósticos del llamado *espectro psicótico*.

La cuestión que considerar desde un enfoque social es que una enfermedad (o un trastorno) no es únicamente aquello que es en términos biológicos o psíquicos, sino sus condiciones sociales de producción o de existencia. Esto es: el mundo social y sus relaciones intersubjetivas, sus conflictos, como la explotación laboral, la violencia de género, la desigualdad, la precariedad, la marginación, el estigma y el aislamiento, el racismo estructural, la fragilidad de los lazos comunitarios, el cierre del horizonte vital, los conflictos interpersonales, el maltrato institucional y otros tantos factores que afectan a los estados de ánimo, que causan dolor y sufrimiento, y dificultan —o incluso impiden— que los individuos puedan reproducir sus existencias.

Un trastorno mental es también cómo se significa y resignifica y lo que se hace con él, cómo se construye, cómo se leen e interpretan sus manifestaciones y cómo se gestionan de acuerdo con un juego de nombramientos y anticipaciones que puede paliar el sufrimiento, aumentarlo o incluso cronificarlo; facilitar el acceso a un tratamiento o dificultarlo;

promocionar una red de cuidados o un escenario de desamparo. Algunos paradigmas, como la competencia estructural, han intentado suplir precisamente este vaciado de lo social en la clínica orientándose a la capacitación de los profesionales de la salud para que perciban y analicen cómo las determinaciones sociales, incluidas las propias actitudes hacia los pacientes y el propio sistema de atención, impactan en los estados de salud y enfermedad, así como en la mortalidad de los individuos y los grupos sociales (Neff *et al.*, 2020). Sin embargo, se trata todavía de un enfoque con un recorrido limitado en el ámbito de la salud mental.

La certeza estratégica de la isla psicopatológica puede entenderse como una opción metodológica y epistemológica más, pero en la práctica se convierte en sinérgica con las lógicas de burocratización y deshumanización propias del régimen neoliberal, donde, como nos recordaba Marx (1976), las personas se cosifican y las cosas se personifican, con lo que adquieren vida propia en un mundo desatento a las relaciones sociales que producen y mistifican esas mismas dinámicas de personificación y reificación. En ese sentido, se trata de una certeza estratégica que es contradictoria con una clínica situada, contextualizada y crítica, con una *clínica indócil* con la capacidad de devolver a la sociedad, a las políticas, a las culturas asistenciales y, en especial, al campo económico-político su parte de responsabilidad en las determinaciones sociales de la enfermedad y del sufrimiento.

Las certezas estratégicas pueden entenderse como mistificaciones, pero también como obstáculos para una posible salud mental comunitaria o colectiva. El reconocimiento de un espacio, llamado *colectivo* o *comunitario*, de atención y cuidado resulta contradictorio con aproximaciones que priman la posición de poder o la reproducción institucional del campo o subcampo de prácticas frente a lo que podemos definir como una conciencia (necesaria) de la incertidumbre, entendida aquí como una posición de no saber y de apertura, como la libertad de dudar que mueve a ser más vínculo que certeza.

2. POLÍTICAS DE LAS AFLICCIONES: ENTRE LA COERCIÓN Y LA PERSUASIÓN

Estigma y coerción

En sus conocidos ensayos, *Illness as Metaphor* y *AIDS and its Metaphors* (1991), Susan Sontag nos ofrece un bello y a la vez inquietante análisis sobre el poder evocativo de las enfermedades como representaciones que pueden condensar los significados sociales más diversos. Como la autora nos explica, mediante el arte de la imaginación cultural, enfermedades que de por sí generan gran sufrimiento, como la tuberculosis, el cáncer o el VIH-SIDA, pueden convertirse en objeto de rechazo y exclusión social. Es la lógica del estigma que lleva a reconvertir a la víctima de una enfermedad en culpable de un mal moral. Ya lo decía Goffman (1970), el estigma es la deformación de la *identidad normal* de individuos o grupos por medio de un atributo, visible o invisible, pero siempre imaginado en el orden moral, para justificar la discriminación y a la vez exonerarla. En ese sentido, se asemeja a la dinámica del chivo expiatorio que, como nos recuerda Girard (1986), denota simultáneamente la inocencia de la víctima y la violencia colectiva que se desplaza sobre ella.

En el territorio de los trastornos mentales graves, como la esquizofrenia y el trastorno límite de la personalidad, entre otros, los efectos del estigma son hechos tangibles. La marginación de las personas afectadas del mundo laboral, la pérdida de sus vínculos sociales, las actitudes de rechazo, el encapsulamiento de la identidad en una categoría diagnóstica, las múltiples formas de coerción, la anulación de la autonomía para tomar decisiones, la negación de los derechos de ciudadanía —incluido el derecho a la vida privada—, la condena a una vida tutelada o los sentimientos diversos y a veces contradictorios que despiertan en el resto de la población (lástima, miedo, desprecio, incluso burla) son fenómenos sociales que están ahí, a menudo de forma más visible que los procesos psicopatológicos —y por supuesto que los neurotransmisores— y que nos obligan

a pensar en políticas públicas para combatir la violencia estructural del estigma (Yang *et al.*, 2007) y su sufrimiento social derivado.

El concepto de *sufrimiento social* alude a cómo los poderes económicos, políticos e institucionales —como es el caso de los sistemas de atención— determinan y dan forma a las aflicciones humanas, así como a la manera en que estas adquieren condición de experiencia social (Kleinman *et al.*, 1997). Se trata de una noción que intenta desvelar el papel de las estructuras sociales en la producción de la enfermedad, los trastornos y el trauma, recordándonos aquello que el mundo y sus desajustes hacen con los individuos, como en el excelente trabajo de Farmer (1996, 2006), sobre los efectos de la violencia estructural y la pobreza en la enfermedad y la muerte en Haití, o el de Bourgois (2003) sobre las políticas económicas del consumo de crack y de su atención en Estados Unidos y Canadá. Ciertamente, los usos de esta noción son diversos, pero lo relevante en el caso que nos ocupa aquí es que define un sufrimiento sobrevenido, de raíz social y derivado del estigma que vulnera a las personas con un diagnóstico de trastorno mental grave y que amplifica el daño con una violencia estructural de la que apenas son conscientes los saberes expertos.

En el marco de las sociedades liberales del norte global existen pocas situaciones en las que la potencia del estigma adquiera la misma magnitud que en el caso de los trastornos mentales graves, hasta el punto de que es fácil observar en determinadas ocasiones que, haga lo que haga o diga lo que diga el afectado o afectada, todo estará siempre en su contra. Si afirma el trastorno, lo reconocerá. Si lo niega, también lo reconocerá. Si su actitud es transgresora o simplemente cuestiona las normas sociales o denuncia la vulneración de sus derechos, la respuesta previsible será apelar a su «trastorno de base». Si su actitud es obediente a esas mismas normas, la lectura más obvia será apelar a la pasividad derivada de la enfermedad. La circularidad interpretativa es un lugar común en las prácticas de atención y cuidado ante ese tipo de padecimientos que se activa como un argumento paspartú. Quizá por ello es frecuente que las personas que sufren un trastorno mental grave desconfíen del sistema de atención e intensifiquen su aislamiento social. Simplemente saben que aquello que hagan o digan ya no se tendrá en cuenta, no tendrá valor social. Se los ha despojado de su voz y de su capacidad de decisión y muchos de ellos y ellas, con el paso del tiempo, ya no esperan nada más que una vida sin sobresaltos o que, al menos, la dosis de coerción sea existencialmente manejable. Como indica el Señor B:

El sistema manicomial que tengo es de control, control, control y control. Yo tengo que dar explicaciones por todo. Tengo que demostrar que soy buena persona; no solo tener la intención, sino demostrarlo. Ser obediente a la jerarquía y punto pelota. Y si tú no estás conforme con lo que hacen contigo, pues te anulan como persona o te desautorizan. De entrada, ya estás desautorizado para tomar una decisión que no sea la propia de la jerarquía psiquiátrica o médica.

El estigma es un desafío permanentemente postergado por las políticas de salud mental y con toda probabilidad lo seguirá siendo hasta que no se produzca un cambio de calado en la cultura y las prácticas asistenciales que potencie la autonomía de las personas en lugar de encapsularlas en un constructo diagnóstico y en un tratamiento desatentos a sus efectos subjetivos y sociales. La percepción de una parte considerable de los afectados por padecimientos psíquicos graves es que su vida es una vida quebrantada (Pié-Balaguer y Correa-Urquiza, 2017; Soneira *et al.*, 2021). Esta percepción resulta palmaria en diferentes testimonios. Por ejemplo, el blog titulado *Orgullo Loco Denuncia* reúne más de setenta testimonios de personas con experiencias de vulneración de derechos en los ingresos hospitalarios, como la denegación de información sobre el diagnóstico y el tratamiento, las medicaciones forzadas, el maltrato institucional, las coacciones, contenciones mecánicas —como que los aten a la cama durante días— y las coerciones psicológicas o la desatención de sus patologías orgánicas. El testimonio 56 es expresivo en cuanto a los efectos de estas prácticas:

Necesito ayuda, pero esta gente me ha dejado peor de lo que estoy. Tengo ideas recurrentes de suicidio porque no veo otra salida y quien se supone que debe ayudar maltrata y agrede. A todo esto, me han puesto un tratamiento ambulatorio involuntario, amenazándome que, si me hago daño o les insulto, me ingresarán en un psiquiátrico de larga estancia.

El estigma muestra también su impronta en otros ámbitos, como en la atención primaria o en urgencias médicas, donde es frecuente —demasiado— que los malestares físicos se desoigan en el momento en que los profesionales se percatan de que están ante una persona con un diagnóstico psiquiátrico. Esta es la situación del Señor Q, de 51 años y con un diagnóstico de esquizofrenia de larga duración. Recientemente, comenzó a tener dificultad para respirar, sensación de asfixia, sudor frío, fatiga y tos, entre otros síntomas que él atribuyó al exceso de calor veraniego. Su

hermana consultó por esta razón en el centro ambulatorio de salud mental que atendía al Señor Q y la enfermera de referencia escribió una nota con indicaciones de que llamase, sin dudar, a urgencias médicas en caso de empeoramiento del cuadro clínico. La hermana del Señor Q así lo hizo al ver que su estado de salud se agravaba; y una ambulancia se personó en el domicilio del paciente, aunque el profesional paramédico, cuando supo que estaba ante un paciente psiquiátrico grave, se quedó en el umbral de la puerta de la habitación donde el enfermo se encontraba postrado. Desde allí, realizó las preguntas de rigor sobre el estado físico, sin llevar a cabo ninguna exploración o una auscultación rutinaria. Unos minutos más tarde, el profesional abandonó el domicilio sin pautar un tratamiento y afirmando que el cuadro respondía a la enfermedad mental del paciente. El Señor Q falleció por edema pulmonar unas horas más tarde. Paradójicamente, como podemos ver, este tipo de pacientes pueden ser ingresados contra su voluntad; en cambio, una simple auscultación puede no impeler el mismo grado de apremio.

Digámoslo sintéticamente: el estigma y la coerción siguen estando presentes en los sistemas de atención a pesar de que quebrantan directrices éticas, como las que emanan de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CRPD por sus siglas en inglés: *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*) de 2006; y derechos como la posibilidad de rechazar el tratamiento, la capacidad jurídica y la privacidad, entre otros (Márton *et al.*, 2013). Con ello no quiero afirmar que toda la atención en este ámbito sea coercitiva —pues existen buenas prácticas que no vulneran derechos y que prestan una innegable y necesaria ayuda a los usuarios y a sus familias— sino que el panorama dibuja contrastes y desigualdades manifiestas sobre las que hay que reflexionar y también actuar.

En un revelador artículo, Raúl Velasco (2017) nos cuenta que decidió dejar el tratamiento de forma paulatina y en colaboración con sus «dos doctoras», la del sistema público y la de la consulta privada. Según nos cuenta:

Mi doctora de la seguridad social se vio sobrepasada. Nunca había tenido un paciente que quisiera hacer lo que yo estaba haciendo o al menos tal y como yo lo quería hacer. En un momento de pánico me amenazó con llamar a una ambulancia y hacerme un [ingreso] involuntario. Mi respuesta fue: «Doctora, si usted cree que estoy psicótico, que represento un peligro para mí o terceras personas, no dude en llamar. Yo he venido aquí porque usted lleva tratándome».

me hace años y no quiero abandonar esta relación terapéutica. Quiero que me acompañe en este camino, porque sé que es arriesgado. Pero es mi bienestar lo que está en juego, no el suyo, y creo que vale la pena. Le estoy pidiendo que arriesguemos juntos, que siempre estaremos a tiempo de echarnos atrás. ¿Pero si usted tuviera una mínima oportunidad de estar mejor, de tener una vida más plena, no se arriesgaría? Hágalo conmigo, hágalo por mí». Debí conmovérmela, porque colgó el teléfono y me dijo que lo consultaría con el equipo, ganando tiempo. Al final de esta anécdota lo que hizo que me apoyara fue el hecho de que mi doctora en la privada era la supervisora de ese centro en cuestión. Pero bueno, me parece reseñable como se ponen en juego dos cosas: la coerción, la invalidación del saber experiencial y las estrategias que nos ingeniamos los pacientes para esquivarlas. (Velasco, 2017: 177)

El testimonio de Velasco nos enseña que existe una inercia a reproducir la coerción en los sistemas de atención y que esa acción no debemos circunscribirla a la labor concreta de la Dra. A o del Dr. B, pues depende de modelos de gestión, de culturas asistenciales y de políticas o regímenes de existencia. La psiquiatra reticente a que Raúl interrumpa el tratamiento está actuando según unas pautas que han ido conformando un sistema de predisposiciones duraderas; un *habitus*, que diría Bourdieu (1991). Este se modela por las políticas públicas, las culturas asistenciales y los grupos corporativos, no por ella como profesional individual, quien por supuesto tiene márgenes de actuación y otros recursos diferentes a la coacción con un ingreso involuntario; pero en su *habitus* el uso de la coerción ya está interiorizado como un recurso posible que puede activarse ante demandas que escapan a lo previsible y cuyas respuestas en la asistencia incluyen ejercicios de disciplina, seguridad y control de la enfermedad.

En sintonía con los testimonios anteriores, ya el *Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*, de las Naciones Unidas en 2006, indicaba que los sistemas de atención en salud mental estaban conformados por «asimetrías de poder» que menoscababan derechos fundamentales y que abonaban el uso de la coerción (Hunt, 2006). Concretamente, en el punto 65, el citado informe afirmaba:

Las medidas coercitivas en el ámbito psiquiátrico perpetúan los desequilibrios de poder en las relaciones entre pacientes y cuidadores, causan desconfianza, exacerbaban el estigma y la discriminación, y han provocado que muchas personas hayan rehusado recurrir a dichos servicios, temerosos de buscar ayuda en los servicios generales de salud mental. Tomando en consideración que el derecho a la salud se entiende en la actualidad en el marco

de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, es preciso adoptar medidas inmediatas para reducir radicalmente la coacción en el ámbito médico y facilitar la erradicación de todos los tratamientos psiquiátricos e internamientos forzosos. (Hunt, 2006)³

En el *Informe del Relator Especial* de 2020, en su punto 82, se continuaba indicando:

Sin embargo, a pesar de las tendencias prometedoras, sigue habiendo una inacción mundial respecto del *statu quo* para hacer frente a las vulneraciones de los derechos humanos en los sistemas de atención de la salud mental. Este mantenimiento del *statu quo*, que refuerza un círculo vicioso de discriminación, desempoderamiento, coerción, exclusión social e injusticia, es inaceptable (Puras, 2020).

También en el punto 83 del mismo *Informe del Relator Especial*:

El llamamiento para cerrar la brecha terapéutica se centra en gran medida en la «carga mundial de los trastornos mentales», que se produce a expensas de los derechos humanos. Ese desequilibrio sistémico da lugar a incentivos ineficaces y a efectos sistémicos perjudiciales, lo que también socava la obligación ética de «no hacer daño». El principal obstáculo para la efectividad del derecho a la salud mental no reside en las personas y su carga global de trastornos mentales, sino más bien en la carga estructural, política y global de obstáculos que producen los arcaicos y descompuestos sistemas de salud mental (Puras, 2020).

Con todo, estas sugerencias y directrices se desoyen frecuentemente en las prácticas de atención. Hay varios factores que inciden en esa desatención en los servicios y cuya responsabilidad es fundamentalmente de

3 Ver también el Informe del Relator Especial de 2020 Naciones Unidas A/HRC/44/48, especialmente el punto 21, donde se indica: «Si bien al Relator Especial le preocupa que los Estados no inviertan suficientes recursos en salud mental en general, le preocupa aún más que una mayor proporción de los recursos disponibles se destine a sistemas ineficaces que dependen excesivamente de la medicalización, la coacción y el internamiento en instituciones, la estigmatización de la reproducción, la discriminación, el desempoderamiento y la indefensión». También, en el punto 96: «Los sistemas de salud mental de todo el mundo están dominados por un modelo biomédico reduccionista que utiliza la medicalización para justificar la coerción como práctica sistémica y califica como *trastornos* que necesitan tratamiento las diversas respuestas humanas a los determinantes subyacentes y sociales perjudiciales (como las desigualdades, la discriminación y la violencia). En ese contexto se socavan y desatienden activamente los principios fundamentales de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad» (Puras, 2020).

las políticas públicas y de las culturas organizativas y de gestión, como son la habitual sobrecarga de los profesionales, la falta de formación sobre la relevancia de los aspectos éticos y de derechos humanos, y un mensaje implícito de que estos temas no son centrales para el ejercicio terapéutico. Prueba de ello es que la mayoría de los profesionales del campo no leen este tipo de informes ni los consideran esenciales por entender que es una información que no afecta a su desempeño clínico. Otros factores derivan de la fragmentación y encastillamiento de los saberes «psi», pues algunos profesionales consideran que solo deben responder sobre estos aspectos ante su escuela, facción o subcampo clínico. En el contexto del comité de ética asistencial, en el que actuó como vocal desde hace más de diez años, llevamos a cabo un sondeo no formal para explorar si los trabajadores de la salud mental conocían los códigos deontológicos y las directrices éticas de su ámbito e institución; la mayoría respondió que no o que vagamente. Este dato introduce algunas preguntas en este escenario, como si es posible pautar un buen tratamiento en este campo sin considerar un buen trato y cómo debemos entender este último, ¿según los postulados de una determinada escuela «psi» o según el marco ético y jurídico de una comunidad de derechos en la que todas y todos somos responsables? Personalmente, me inclino por pensar que el instrumento más eficaz que tenemos en la atención del padecimiento psíquico es el buen trato, más aún ante la ausencia de biomarcadores, y que la definición de este y sus límites deben consensuarse en diálogo entre todos los actores involucrados, especialmente con la participación de los usuarios.

Ahora bien, el sujeto del trato entra en riesgo cuando las políticas y directrices en salud mental no favorecen una actitud dialógica, sino una gestión de la atención centrada en nosologías, tratamientos y fármacos. De alguna forma, es como si se descargara en el profesional la posibilidad de un trato «humano» o «humanitario», pues este no se incluye como una acción sustancial o prioritaria en las culturas organizativas y asistenciales, más orientadas a la productividad de diagnósticos y tratamientos que al cuidado y a la promoción de autonomía. Y es que las políticas en salud mental están atravesadas por una racionalidad biomédica, pero también por una lógica economicista basada en el *management* sanitario. En ese contexto, el sujeto-paciente tiene todas las de perder frente al objeto-trastorno, pues esta perspectiva está articulada desde ese ejercicio que Lukács (1969) y más tarde Taussig definieron como *objetividad fantasmal*, por la cual se escinde la aflicción del sujeto que la padece y de sus relaciones

sociales de producción (Taussig, 1980). Un trastorno es siempre un trastorno. Su valor en los modelos de gestión es intrínseco, como nos recordaba Marx (1976) para la lógica de la mercancía. Es lo que en otro lugar (Martínez-Hernández, 2006) he denominado el *fetichismo de la enfermedad*; esto es, el desprendimiento de las relaciones sociales que producen las aflicciones y su gestión para que las enfermedades o los trastornos puedan emerger como realidades discretas, depuradas e independientes de las voluntades humanas, como anomalías naturales semejantes a los huracanes o los terremotos.

En este escenario resulta arduo promover escenarios que modifiquen las prácticas, pues estas están encauzadas por políticas que parecen ir en dirección contraria, más centradas en cosas (nosologías, protocolos, tratamientos, etc.) que en personas, más volcadas sobre la «calidad de los servicios» que en la promoción de calidad de vida y de vidas de calidad (Rodríguez del Barrio *et al.*, 2013). En realidad, las mejoras más significativas en este tipo de prácticas que se han ido concretando en los últimos años se deben a la presión del activismo, a cambios legislativos y de paradigmas «psi» sensibles a la voz y derechos de los afectados, como es el caso de Soteria en Suecia y en otros países (Bola y Mosher, 2003); del *basal exposure therapy (BET) combined with complementary external control (CER)* en Noruega (Heggdal *et al.*, 2016), de la iniciativa *No Force First* en Reino Unido, del *Weddinger Modell* en Alemania (Czernin *et al.*, 2020), del diálogo abierto finlandés (Parrabera-García, 2023) y de la *gestion autonome de la médication (GAM)* en Canadá y Brasil (Rodríguez del Barrio, 2013), entre otros muchos. El *Compendium report: Good practices in the Council of Europe to promote Voluntary Measures in Mental Health Services* (Gooding, 2021) incluye diferentes experiencias que plantean alternativas a la coerción que incluyen las ya citadas, pero también otras muchas, tanto en el contexto hospitalario como en los servicios en la comunidad. Sin embargo, el papel de algunos saberes «psi» y de los agentes de las políticas en salud mental frente a estas iniciativas ha sido a menudo cauteloso, cuando no defensivo.

Con el objetivo de promover una nueva cultura asistencial no coercitiva llevo trabajando desde hace unos años dentro de un equipo interdisciplinar de investigadores y profesionales de la salud mental en Cataluña para incorporar el modelo canadiense de *gestion autonome de la médication (GAM)*, para nosotros, *gestión colaborativa de la medicación (GCM)* (Martínez Hernández *et al.*, 2020a, 2020b; Serrano-Miguel y Martínez-Her-

nález, 2020; Serrano-Miguel *et al.*, 2020). Sin embargo, frente a la buena recepción que esta iniciativa ha tenido entre muchos profesionales de la salud mental —que intuyen un horizonte más grato y de mayor satisfacción con su desempeño— los responsables de las políticas no han sido muy receptivos, entre otras cosas porque no acaban de entender su alcance y sus posibles repercusiones. En Quebec esta iniciativa se implementó en la década de los noventa y ha permitido instituir en algunos servicios un modelo de toma compartida (o apoyada) de decisiones —semejante a lo que en la bibliografía académica se conoce como *shared decision-making* y *supported decision-making*—. Este ha tenido un impacto en la autonomía de las personas asistidas y, a su vez, en su acceso a un empleo formal, en su satisfacción con los servicios de atención, en su participación en la comunidad y en sus relaciones con sus iguales y cuidadores, entre otros ámbitos. La razón es que los espacios sociales de autonomía no son departamentos estancos, sino que se potencian mutuamente y permiten, en este caso, el horizonte de una vida no tutelada.

La lógica de la coerción muestra inversamente este mismo carácter de interconexión, pues la minusvaloración en la atención de la voz y de las necesidades del sujeto de la enfermedad impacta, a su vez, en otras esferas sociales donde se va a expresar esa mengua de la autonomía. Ahora bien, ¿por qué los agentes de las políticas en salud mental son refractarios a este tipo de iniciativas? En mi opinión, el modelo de *management* sanitario es refractario al reconocimiento de las subjetividades en un sentido genérico, tanto de los usuarios, como de los clínicos; y también de las intersubjetividades. A pesar de las retóricas sobre la atención centrada en la persona, ese modelo delinea prácticas que están basadas sustancialmente en cosificar a los pacientes y automatizar a los profesionales, ahora pensados los primeros como patologías y lo segundos como simples dispensadores de diagnósticos y de tratamientos. Se trata de modelos y políticas que promueven un sufrimiento añadido a los afectados, así como indirectamente también a los otros actores involucrados: cuidadores y profesionales. Como indicaba el *Informe del Relator Especial* de 2006 en su punto 49: «Las personas suelen sufrir más debido a pautas de ‘atención’ discriminatorias e inapropiadas que por los efectos naturales de los trastornos mentales» (Hunt, 2006).

Dos políticas, dos vidas

Existe un consenso en que la reforma psiquiátrica desarrollada desde la década de los setenta en la mayoría de las sociedades de capitalismo avanzado generó una mejora fundamental en la atención y en la vida de las personas diagnosticadas de trastorno mental grave. Con la deshospitalización, la estrella de la biomedicina habría acabado con un custodialismo obsoleto por el arte de asimilar la gestión de este tipo de padecimientos al gobierno de las enfermedades orgánicas. Como hemos visto en el apartado anterior, tal aseveración necesita matizarse.

Por un lado, observamos que, en contraste con la imagen clásica del manicomio como institución custodial, disciplinaria y de control (Foucault, 1972; Goffman, 2017), los modelos de salud mental comunitaria han permitido una mayor humanización de las prácticas asistenciales. El manicomio era un espacio híbrido entre el contenedor, el campo de concentración y la gran fábrica que recluía a personas por padecer trastornos psicóticos, retraso mental, enfermedades neurodegenerativas y una miríada de aflicciones psíquicas y estados diversos que incluían la no adecuación al mandato social (especialmente, entre las mujeres y las personas LGTBI) o la simple y llana pobreza. En general, el panorama ahora es ostensiblemente diferente en muchos países del norte global, donde gran parte de las personas afectadas viven en su casa o en una vivienda social sustitutiva.

Por otro lado, también observamos que tras la deshospitalización no se ha profundizado suficientemente en los procesos de desinstitucionalización de las mentalidades y prácticas sociales. La estrella de la biomedicina no ha acabado con las discriminaciones, el estigma, la vulneración de derechos, las medidas coercitivas y los tics disciplinarios. Entre otras razones, porque el problema no es solo biomédico o psicológico, sino social, político, económico y también cultural, aunque esta constatación pocas veces tenga una traslación práctica en las políticas. Por ejemplo, en España y en muchos países, continúan existiendo residencias de media y larga estancia que funcionan de forma custodial y la coerción es frecuente en la gestión de los trastornos mentales graves, como se expresa en los ingresos involuntarios, las contenciones mecánicas, el aislamiento o la medicación forzada, entre otras prácticas ya citadas (CEA FCCSM, 2016). Esas prácticas todavía existen y con ellas resulta ilusorio dar el modelo custodial por amortizado.

La ilusión de un custodialismo superado está anclada en la idea de que la reforma psiquiátrica es algo ya acontecido y resuelto, una temática en todo caso pertinente para los historiadores, en lugar, como nos indicaba Rotelli (2015) con acierto, de considerarse una tarea permanente que nunca podemos dar por finalizada. Otros anclajes más inesperados devienen de algunos teóricos de la filosofía contemporánea que parecen certificar el fin de los modelos disciplinarios y de las biopolíticas clásicas. Por ejemplo, en *Psicopolítica* (2014a), el filósofo surcoreano-alemán Byung-Chul Han dedica un apartado a definir lo que él entiende como *el dilema de Foucault* y que consiste en el hecho de que el pensador francés percibió o intuyó que las categorías que habían sido útiles para analizar la sociedad disciplinaria ya no lo eran para dar cuenta del régimen neoliberal (Han 2014a: 38). Con un salto de la disciplina de los cuerpos dóciles al régimen neoliberal, sin pasar por el modelo de la biopolítica propiamente dicha, Han desdeña el biopoder basado en la regulación y los dispositivos de seguridad y control, que parece dar por amortizado y confundir con el poder disciplinario. El régimen neoliberal, nos dirá, está conformado no por prisiones, manicomios, cuarteles y fábricas, sino por centros comerciales, gimnasios, aeropuertos y centros de biología molecular. Si en la sociedad disciplinaria lo que estaba en juego era el «no poder», el «deber», o, dicho de otra manera, la negatividad típica de la sociedad que crea anormales y locos, en la sociedad del rendimiento estaríamos ante el horizonte abierto del verbo «poder», ante el «Yes, we can». La psicopolítica neoliberal sería ahora una política inteligente que busca agradar en lugar de someter (2014a:57), no procuraría hacernos sumisos, sino dependientes. Es la psique y no el cuerpo la que constituiría ahora la principal fuerza productiva en el capitalismo de los intangibles, donde el «empresario de sí mismo» se autoexplota de forma voluntaria, de modo que libertad y coacción coinciden (2014a:13). Con *empresario de sí mismo* o *empresario de sí*, Han se refiere a esa proyección de la que nos hablaba Foucault (2004a, 2004b, 2014) de la lógica neoliberal a las tecnologías del yo, que atrapa las emociones, las voluntades, las aspiraciones, y ofrece un marco de sentido regido por finalidades que no tienen por qué ser económicas, pero que a menudo responden a esta gramática y sintaxis economicista, pues han adoptado parcial o totalmente su lógica, como ocurre en el funcionamiento prácticamente empresarial del Estado. En ese escenario, nos dice Han, la violencia sistémica se expresa como «infartos psíquicos», como «violencia neuronal» que propicia aflicciones frecuentes en nuestro tiempo como la depresión y el TDAH.

Si extrapolamos el planteamiento de Han al ámbito de las políticas de la vida, podemos deducir que el orden disciplinario es un régimen trasnochado frente al neoliberalismo de la sociedad del rendimiento. Sería la persuasión, más que la coerción, la que operaría. Con todo, es importante recordar que en la realidad social continúan existiendo cuerpos ligados a la fuerza productiva —que les pregunten, si no, a los sujetos del trabajo esclavo y a los trabajadores de las cadenas fordistas que aún existen y que cada día «ponen» el cuerpo—. Probablemente, Han diría que son vestigios del capitalismo productivista, pero están ahí; más que vestigios son necesidad, son la periferia que permite la existencia del centro, son el lado oculto de la psicopolítica. Los mundos contemporáneos que el filósofo surcoreano imagina como ya desvinculados de los regímenes disciplinarios resulta que están contaminados por cárceles, fábricas, cuarteles y hospitales psiquiátricos. Además, Han se equivoca si cree que la sociedad disciplinaria creaba solo locos y que ahora el régimen neoliberal produce solo depresivos. El régimen neoliberal continúa produciendo «locos», aunque los destierra a un espacio de gestión donde opera el vencimiento más que el convencimiento.

El convencimiento se expresa usualmente en la demanda del propio sujeto de ser medicado o atendido para resolver un sufrimiento psíquico que se vive como insoportable; el vencimiento como el ejercicio de dominación sobre aquellos que se niegan a un tratamiento de este tipo o lo intentan soslayar a pesar de poder estar viviendo su sufrimiento como insoportable. Esta paradoja suele resolverse en los saberes «psi» como lo que aquí, y en el mismo orden, constituyen el *espectro neurótico* y el *espectro psicótico*: demandantes versus refractarios, respectivamente. Si bien hay que decir que: 1) esta tipología es a veces más implícita que explícita en los saberes «psi», a pesar de que cotidianamente se utilice esta dualidad en la práctica clínica, y que 2) dibuja o marca una tendencia, pero no explica obviamente todas las experiencias.

En este marco, es cierto que los espacios habilitados para la gestión de la psicosis —o «locura», si preferimos utilizar una vieja categoría cultural— ya no son iguales que en el pasado, pues los procesos de reforma psiquiátrica produjeron la desarticulación de esa «gran fábrica» que era el manicomio para ponerla más a tono con la imagen de eficacia y de descentralización productiva. Sin embargo, los servicios descentralizados o servicios *en la comunidad*, como se denominan usualmente, son espacios complejos, porque están atravesados por el régimen neoliberal y también

por mecanismos disciplinarios, de seguridad y de control basados en una medicalización de la vida. Como ya nos explicaba Foucault (2004b), los diferentes regímenes de vida no tienen por qué excluirse, pues a menudo se superponen, como en el ejemplo que nos brinda de la Alemania nazi, donde un modelo disciplinario convivía con otro biopolítico basado en el control y la seguridad.

A mi modo de ver, en el régimen neoliberal cohabitan dos políticas del sufrimiento psíquico que se solapan o superponen: a) una política de la coerción orientada a la gestión de las psicosis y los trastornos mentales graves —esto es, dirigida a los desterrados, huidizos, locos y refractarios— que implica una restricción reguladora, también de disciplina y control, que a menudo se administra en contra de la voluntad de los afectados; y b) una política de la persuasión dirigida a afecciones y trastornos mentales menos graves, diseñada para atender a amplios sectores de la población, normalmente con psicofármacos como los antidepresivos y ansiolíticos; y que opera con la lógica del convencimiento. En el primer caso, podríamos decir que la biopolítica basada en el control y la seguridad se desplaza hacia la disciplina de la anatomopolítica; en el segundo caso, hacia la psicopolítica que describe Han. Estas dos políticas pueden entenderse como tipos ideales entre los que pueden encontrarse fórmulas híbridas en que la coerción entra en escena cuando se considera inviable o simplemente arduo operar únicamente con la persuasión. De hecho, la política de la persuasión recibe su espaldarazo con algunas transformaciones recientes en la atención, como es la popularización a partir de la década de los ochenta de los ISRS y sus moléculas hermanas, que han permitido el desarrollo de una nueva *psiquiatría ampliada*⁴ y una medicalización de la vida sin precedentes que abordaré en el próximo capítulo. Este desdoblamiento de las políticas no es únicamente una abstracción, pues se materializa en la vida de personas concretas.

4 Caponi (2009) utiliza el constructo de *psiquiatría ampliada* para dar cuenta de la teoría de la degeneración de Morel y su extensión más allá del asilo. En este texto, hablo de *nueva psiquiatría ampliada* para referirme a la extensión del campo de la atención en salud mental a partir de la aparición de los nuevos antidepresivos.

CASO 1

Conocí al Señor J en el marco de una investigación sobre coerción en la atención en salud mental en Cataluña. Le diagnosticaron esquizofrenia a los 18 años y, desde entonces hasta sus actuales 52, su vida ha transcurrido vinculada a los servicios de salud mental públicos de Barcelona, que incluyen recursos como el centro de atención en salud mental de adultos para las visitas programadas con su psiquiatra, psicólogo y enfermero; el hospital de día, y el centro de día que todavía frecuentaba la última vez que lo entrevisté. Ocasionalmente, también lo internaron en unidades de agudos de hospitales generales. En total, su trayectoria biográfica está marcada por cinco ingresos en unidades de agudos que ha vivido, en todos los casos, de forma traumática. Todos esos ingresos fueron formalmente voluntarios, pero se llevaron a cabo bajo un clima de presión que según él no permitía muchas alternativas. Al principio de su trayectoria, se resistió a tomar la medicación que le prescribieron, básicamente antipsicóticos, por los efectos adversos que estos le ocasionaban. Con los primeros antipsicóticos se sentía rígido y lerdo, lento de movimientos, *parkinsonizado*. Posteriormente, con la entrada en escena de los antipsicóticos atípicos, se ha sentido embotado, como enajenado de su propia vida («mi vida la vive otro»); se le caía la baba, su cuerpo engordó ostensiblemente y su sexualidad se vio seriamente afectada hasta ser inexistente. Las veces que abandonó el tratamiento, siempre por su cuenta y riesgo, recuperó momentáneamente cierto espíritu de rebelión ante una vida que veía como condenada al destierro y a la tutela, ya fuese para que otros decidiesen el jersey que se iba a vestir ese día o para criticar y minar su interés por la astrología. Esos episodios sin medicación, que él vive como de lucidez y a la vez riesgo, acabaron invariablemente con hospitalizaciones. Tras el último ingreso ya renunció a rebelarse. Dice que se ha «dado por vencido» y acepta tomar la medicación, el rol de enfermo y sus consecuencias, pues no podría soportar una nueva hospitalización. Solo aspira a pasear por el parque y a una vida sin sobresaltos. Eso sí, cuando le pregunto por su cotidianidad responde que vive una existencia tutelada, vigilada, controlada, donde tiene que aparentar constantemente que no está en crisis y que no se escuchan ni se consideran sus necesidades.

CASO 2

Conocí al Señor G, de 35 años, en una investigación sobre consumidores de antidepresivos. Le diagnosticaron un trastorno depresivo-ansioso primero; y más tarde una depresión mayor recurrente. Su primera experiencia en los servicios de atención fue a los 25 años, tras una temporada en la que se sentía

inapetente con todo, con dificultad para conciliar el sueño y con una ansiedad que le producía un profundo desasosiego. Tras consultar con su médico de cabecera, que le diagnosticó un estado depresivo-ansioso, decidió consultar a un psiquiatra que corroboró la primera orientación diagnóstica. A diferencia del Señor J, el Señor G se encaminó por sí mismo a buscar ayuda profesional. Cuando le pregunté por las razones de su aflicción, respondió con alusiones a un cerebro que no funcionaba bien por el estrés, dio detalles de paciente informado de su trastorno: «La depresión es una enfermedad terrible. Te va minando por dentro». Cuando le pregunto por ese mismo estrés, poco a poco su narrativa se abre a una descripción más amplia poblada de expectativas frustradas, problemas de pareja, precariedad laboral y, sobre todo, sueños rotos que nos hablan de una sociedad con ganadores y perdedores. No hace referencia a una vivencia de control o tutela de su vida como indicaba el Señor J, sino a la necesidad de ser funcional a una sociedad del rendimiento. De hecho, para él, el tratamiento psicofarmacológico es una optimización necesaria para «seguir ahí», para «estar bien», para «resistir».

Como se habrá deducido, la vida del Señor J está marcada por la política de la coerción como la del Señor G por la política de la persuasión. Ciertamente, el tipo de sufrimiento psíquico de ellos es disímil. Para el Señor J, la medicación es un castigo que le embota y le condena al territorio hipotéticamente ya superado de los anormales y la disciplina. Por su parte, el Señor G siente que necesita optimizarse para ser productivo, para tener un salario que asegure su supervivencia, para acceder a bienes y servicios que, necesarios o innecesarios, le libren de una vida en el territorio de los «sueños rotos» o truncados. Ahora bien, ¿a qué se debe esta diversidad de experiencias?

La respuesta usual en los sistemas expertos es que no es lo mismo una esquizofrenia que una depresión, una psicosis que una neurosis; se apela de nuevo a un interior que pueden ser los neurotransmisores, los procesos psicopatológicos o el lenguaje del inconsciente. Nada que objetar si el individualismo epistémico se compensa con un ejercicio de contextualización y la inclusión del otro sentido de la dialéctica sujeto-sociedad: el que se orienta de la sociedad hacia el sujeto. No obstante, ante la ausencia de ese ejercicio, el problema es el ya citado efecto de isla psicopatológica, que permite recortar categorías como esquizofrenia, depresión, psicosis o neurosis en el territorio discreto del individuo y que, de paso, exonera de reflexionar sobre la vida social del fenómeno y de cómo este se modifica con su nombramiento. Ahora bien, esos nombramientos o categorías, así como los tratamientos, no son palabras y acciones neutras, pues están

cargadas de significado en un mundo social que es también un mundo moral. Y este mundo no es algo ajeno a la vida de nadie, sino más bien una urdimbre que atraviesa y moldea esa misma vida, como cuando el Señor J siente que su existencia está tutelada porque su madre le impone la prenda de ropa del día y no le deja leer libros de astrología a pesar de tener 52 años; o como cuando el Señor G siente la necesidad de neurooptimizarse para seguir en la brecha.

Ahora bien, ¿por qué en el régimen neoliberal coexiste un gobierno de la disciplina para algunos padecimientos psíquicos como el del Señor J? Creo que un primer factor es que el sujeto de la locura no se pliega bien al régimen neoliberal, como tampoco lo hacía en regímenes anteriores de la historia de Europa, pues se convierte en un sujeto ineficiente para asumir la posición de convencido. Esta resistencia no se produce generalmente por una conciencia intencional, sino porque la locura suele desarmar, generalmente sin buscarlo, el sentido común; es imprevisible, socava lo ordenado y el ordenamiento mismo con sus comportamientos irruptores, con sus cortocircuitos. Si usamos la expresión de Jenkins (2015) en su libro titulado *Extraordinary conditions*, podemos decir que la locura introduce de forma no intencional lo no ordinario o extraordinario en la vida ordinaria y causa que esta implusione. Esto genera convulsiones inasumibles en una sociedad incapaz de ofrecer un anclaje diferente a la locura, de resignificarla, de otorgarle un lugar social diferente. En este punto entra en juego un segundo factor, el de la respuesta social basada en el rechazo y la discriminación ante una amenaza que moviliza a una sociedad con sus miedos, inseguridades y proyecciones, como diría Girard (1986), y que puede definirse a partir de la noción de Castiel y Álvarez-Dardet (2007) de *salud persecutoria*, ahora como salud mental persecutoria que afecta tanto a los sistemas expertos como a los profanos. En el fondo, no es otra cosa que la lógica del estigma, que traza una carrera moral que condena a los afectados a una especie de destierro; a ser una figura *fuera de escena*. La única alternativa del afectado es simular el código de los presuntos cuerdos, pero, como nos recuerda Girard (1986), el *meteco*, el extranjero, era rechazado también por su simulación en la Antigua Grecia.

Desde una perspectiva social, aunque las experiencias del Señor J y del Señor G se expresen en un marco microsociedad de relaciones, como puede ser el *setting* clínico o el entorno familiar, estas están determinadas por regímenes de existencia. Los sentidos y valores que modelan sus experiencias y que definen lo que está en juego en sus vivencias, como la vida

tutelada o el mundo de ganadores y perdedores, no surgieron ni de uno ni de otro, ni siquiera de sus supuestos cerebros o estructuras enfermas, sino del flujo de una arena intersubjetiva que habitan diariamente, donde se define qué es normal y patológico, funcional y disfuncional, coercible y persuasible, susceptible de ser controlado o de ser neurooptimizado. Con ello, no quiero devolver la imagen invertida de que los sujetos siempre carecen de agencia o que no tienen capacidad de acción —pues también disponen de esta dentro de unos límites—, sino subrayar la necesidad de incorporar la otra dimensión del flujo dialéctico que generalmente está ausente en la gestión e interpretación del sufrimiento psíquico y que nos alerta de que los individuos somos interdependientes, no independientes. Ahora bien, esa idea de *interdependencia* no es la que se espera en el contexto del capitalismo del consumo y de un individualismo tan funcional a él como hipertrofiado.

Centrifugos y centrípetos

En su obra titulada *En el enjambre* (2014b), Byung-Chul Han lleva a cabo una crítica a la obra de Hardt y Negri titulada *Multitud* (2004). Si para estos autores la multitud es la fuerza productiva real de nuestro mundo social que se enfrentará al Imperio, que es aparato de captura y sistema de explotación contemporáneo, Han viene a decir que el problema es otro, que hablar de clase únicamente tiene sentido dentro de una pluralidad de clases, que el imperio global ya no es ninguna clase dominante que podamos determinar, pues cada uno se explota a sí mismo de tal manera que el régimen neoliberal ha conformado una explotación sin dominación en que la lucha de clases se ha trasladado al interior del individuo. Seguidamente, afirma que «los sujetos neoliberales de la economía no constituyen ningún nosotros capaz de acción común», ya que la tendencia cada vez más exacerbada al egoísmo y a la atomización de la sociedad hace que se encojan de forma radical los espacios para ese tipo de acción; y continúa:

El socio ha dejado paso al solo. Lo que caracteriza la actual constitución social no es la multitud, sino más bien la soledad (*non multitudo, sed solitudo*). Esa constitución está inmersa en una decadencia de lo común y lo comunitario. Desaparece la solidaridad. La privatización se impone hasta en el alma. La erosión de lo comunitario hace cada vez menos probable una acción común.

Hardt y Negri no se enteran de esta evolución social e invocan una revolución comunista de la multitud. (2014b, 31-32)

En líneas generales, coincido con la reflexión de Han sobre la caída de la solidaridad y de lo común en nuestros mundos contemporáneos; ahora bien, de nuevo su pincelada es gruesa, como cuando describía la psicopolítica como nuevo régimen de existencia. En el argumento del filósofo surcoreano-alemán se echa en falta cierta teoría de la reciprocidad que permita observar las dificultades estructurales de lo común y lo comunitario en un mundo articulado por la mercantilización. Si el socio al que apela Han es el término habitual para definir una relación empresarial en el régimen neoliberal, en él está implícita la soledad de aquel que no puede establecer una relación sin un fin económico: el empresario de sí mismo. Si es el socio de la reciprocidad y de los lazos comunitarios, ese argumento necesita aclaración.

Desde mi perspectiva, la reciprocidad es un vínculo que reconoce la intersubjetividad y la interdependencia frente a la asimétrica relación consumidor-mercancía, así como esa otra considerada ya antigua, pero que sigue estando ahí: la relación entre el propietario de los medios de producción y los «sujetados» que componen la fuerza de trabajo. Digo «sujetados» para poner en evidencia que una de las «brujerías» del capitalismo es la cosificación de los sujetos (Marx, 1976). Gregory lo expresa sintéticamente en su libro *Gifts and commodities* (1982:51): «Si en una economía basada en las mercancías las cosas y las personas asumen la forma social de cosas, en una economía basada en el don ambas asumen la forma social de personas». Este argumento, que recogen también Strathern (1988:134) y Viveiros de Castro (2012), nos ofrece algunas pistas para entender las relaciones basadas en el don y la reciprocidad y sus desajustes con las relaciones que promueve el régimen neoliberal.

Empecemos por decir que el sujeto de la reciprocidad y el don es por naturaleza centrífugo, es un sujeto-relación, porque se constituye en el juego de dar-recibir-devolver; su marco de posibilidad (relacional) le impele a reconocer a un sujeto-otro, aunque eso le pueda generar también sufrimiento y aflicción a partir de los conflictos potenciales de ese vínculo y de las expectativas creadas, proyectadas, sentidas y también truncadas. En antropología, una de las formas de definir la reciprocidad es como un tipo de intercambio que puede incluir el trueque, el don que espera una retribución en el tiempo (como los regalos de cumpleaños) o la reciprocidad

dad generalizada. En su *Stone Age Economics*, Marshal Sahlins define tres tipos de reciprocidad: la equilibrada o simétrica, donde se espera un intercambio recíproco; la generalizada, presuntamente más altruista y en la que la obligación de corresponder es más laxa y está profundamente articulada por las relaciones sociales, y la reciprocidad negativa, asociada con el hurto, el robo y la maximización del beneficio a costa del sujeto-otro del intercambio (Sahlins, 1972). Lévi-Strauss (1983), por su parte, nos habla de otras esferas primordiales (por ejemplo, el parentesco) de este tipo de «donaciones recíprocas». Graeber (2001), en apunte a Marshal Sahlins, su mentor, propone hablar de grados de reciprocidad más abiertos y cerrados; en el primer caso nos encontraríamos una relación de compromiso mutuo permanente y, en el segundo, nos acercáramos a la lógica del mercado, la competencia y el predominio del individualismo.

En suma, hay diferentes formas de entender el concepto de *reciprocidad*, e incluso se puede cuestionar su asimilación con la lógica del don, sobre el papel de la deuda o del altruismo en este tipo de relación o sobre si la reciprocidad negativa escapa a una definición de este concepto por ser su negativo. Sin embargo, creo que no hay duda en cuanto al hecho de que se establece entre sujetos y que estos se reconocen como tales. También podemos pensar que al lado de la reciprocidad o fuera de ella puede haber una voluntad de reconocimiento del otro que dependa de la agencia de cada actor o del propio sistema de relaciones, y no voy a negar la existencia de actitudes que respondan a otro tipo de vínculo (por ejemplo, en la clínica), o que ese tipo de vínculo específico decidamos denominarlo de otra manera. Lo que quiero destacar es que, en las relaciones de reciprocidad, subjetivar al otro es necesario. Sin ese otro entendido como sujeto no hay relación de reciprocidad. Se trata de un tipo de relación en que lo que importa no es tanto la materialidad que se intercambia, sino a quién se transfiere, el otro de la relación (amigo, cuñado, hija, madre, vecina, la comunidad, etc.) con quien existen obligaciones, lealtades y compromisos. Ya lo indicaba Sahlins (1972) cuando nos decía que la dimensión material quedaba oscurecida en la reciprocidad por su dimensión relacional.

En cambio, en la relación consumidor-mercancía hallamos una lógica diferente, pues ahora estamos ante una relación asimétrica entre un sujeto y una cosa. Este es otro marco de posibilidad relacional en comparación con el de la reciprocidad. Adquirir una mercancía no significa reconocer a un otro humano. No hay simetría en este tipo de relación, aunque a veces pueda orientarse hacia la reciprocidad o se camufle en ella, como

cuando de forma forzada un vendedor desconocido o una teleoperadora nos llama por nuestro nombre. No obstante, en este tipo de relación, el sujeto tiene todas las de perder frente a la mercancía, que es un objeto (como nos recuerda Gregory), pero también es algo más, pues es habitual que el objeto-mercancía se convierta en sujeto no-humano al subjetivarse mediante la marca. En el régimen neoliberal, además, los individuos también pueden ser mercancía y marca, pues esa es la lógica de la gubernamentalidad y del empresario de sí mismo. De hecho, si algo han aportado tecnoespacios informacionales como las redes sociales virtuales, es precisamente que todos podamos ser marca y podamos elaborar nuestro propio relato de marca.

Al margen de otras consideraciones, en este segundo tipo relacional, el peso se descompensa del lado de la mercancía. Este es su marco de posibilidad, el de hacer hablar a la mercancía como personaje de la modernidad. En este punto, el capitalismo deviene una especie de animismo que ya Marx (1976) consideró. El consumidor anónimo se debatirá entre tener su cuenta corriente en el banco A o en el banco B; y hablará de ellos citando su nombre comercial: «A me ofrece un préstamo más ventajoso». También se debatirá entre adquirir un smartphone X o Z, y se dialogará sobre ellos con otros sujetos humanos en sus relaciones laborales, familiares y de amistad con este mismo lenguaje: «X me ha dicho que tengo que configurar el terminal». Es más, las marcas le hablarán desde la publicidad directa e indirecta, por ejemplo, en la televisión, en internet y en las redes sociales. El orden simbólico del régimen neoliberal es un animismo donde las cosas hablan —pero no todas, solo aquellas que son mercancía— y donde hay humanos que también pueden ser mercancías. Si Viveiros de Castro (2012) nos avisa en sus reveladoras indagaciones sobre las ontologías amerindias que el jaguar habla y los nativos entienden lo que dice, ahora las que hablan son las mercancías y los nativos de la modernidad también entendemos lo que dicen.

En el régimen neoliberal, nos encontramos ante un mundo habitado por un exceso de información, productos, objetos consumibles, modas y tendencias posibles. Y su correlato es la percepción de un sujeto con capacidad individual de decisión, el sujeto soberano que tiene un mundo a su disposición en tanto que consumidor. Asimismo, esta disposición guarda también una dimensión de ilusión, puesto que la autonomía del consumidor debe creérsela él mismo para que sea funcional en una sociedad basada en la creación continua de deseos, carencias y necesidades, así como

de los productos adecuados para responder a estas (in-)satisfacciones. Como indica Bauman (2006), cada vez que una mercancía comienza a resolver una insatisfacción, aparecen otras nuevas frustraciones generadas en la comparación con nuevas mercancías del mismo orden o en las nuevas necesidades creadas a partir de su consumo. Así debe ser para que este modelo social se reproduzca y ofrezca promesas que nunca podrán ni deberán cumplirse, pues de eso se trata: de generar deseos que nunca puedan ser colmados. No existiría una sociedad de consumo sin sujetos consumidores. Sujetos que frecuentemente se piensan, se representan y se ven a sí mismos como solitarios: el sujeto ante el televisor consumiendo mensajes publicitarios, el cuerpo bulímico o anoréxico interiorizando, incorporando y consumiendo determinados cánones estéticos, o bien el sujeto abatido e insomne que transforma la tristeza en una «depresión» que «debe» ser asistida con los antidepresivos de última generación. Todas ellas son imágenes de soledad y, a la vez, paradójicamente, de una autonomía imaginaria.

En este contexto, la multitud que esperan Hardt y Negri (2004) se transmuta en la masa de consumidores ávidos, a no ser que operen las lógicas de la reciprocidad y del don, que son las que permiten un proyecto común, aunque también otro tipo de insatisfacciones, conflictos y aflicciones derivados, pero eso ya es otro marco de posibilidad. Esa tendencia centrípeta es la que creo que expresa mejor el estado de soledad como consecuencia del atomismo y el individualismo de la modernidad que citaba Han. El sujeto de la reciprocidad es fundamentalmente centrífugo, es sujeto-relación, y por ello es consciente de su interdependencia. El sujeto del vínculo consumidor-mercancía es primordialmente centrípeta, está volcado hacia sí mismo, es un sujeto-esencia, hasta el punto de que puede pensarse como soberano, pues él y ella no se entienden a sí mismos como acontecimiento, sino como el propio mundo. En realidad, tanto quien se siente un *winner* como quien se cree un *loser* se piensa a sí mismo como sujeto-mundo. Se da, podríamos decir, demasiada importancia.

3. LAS NEURONARRATIVAS Y EL SUJETO-MUNDO

¿Fue el Prozac? Sin duda

En 2013, seis periódicos europeos liderados por *The Guardian* (*Le Monde*, *El País*, *La Stampa*, *Gazeta Wyborcza*, *Süddeutsche Zeitung* y el propio *The Guardian*) realizaron una encuesta abierta sobre el consumo de antidepresivos entre los lectores de sus respectivos países (Fishwick, 2013). El propósito era conocer de primera mano las experiencias de los consumidores de estos psicofármacos, cuyas prescripciones se habían duplicado en Europa entre 2000 y 2011. El éxito de la convocatoria sorprendió a sus promotores, ya que más de 4000 personas de Francia, Alemania, Italia, España y Reino Unido respondieron al cuestionario en línea (Sahuquillo, 2013). Una lectura atenta de los testimonios revela que la mayoría de los usuarios, especialmente los que padecían depresión mayor, informaron de una experiencia satisfactoria con estas moléculas; otros, en cambio, habían sufrido importantes efectos adversos que mermaban su calidad de vida. En el primer grupo, los encuestados afirmaron reiteradamente que los antidepresivos eran un auténtico salvavidas. Según una participante, con el nombre de Megan (todos los nombres se cambiaron para proteger la identidad de los encuestados), estas pastillas «daban un respiro ante la implacable y opresiva oscuridad». Otra usuaria, llamada Lou, declaró sentirse «asombrada de que algo tan pequeño e inocuo como una pastillita blanca pudiera afectarme tanto. Me sentí como una persona nueva. Por fin volví a sentirme yo misma; aunque sea un cliché, sentí de verdad que se me había quitado una nube de encima» (Fishwick, 2013).

Las palabras de Megan y Lou evocan el testimonio de Elizabeth Wurtzel (1994) en *Prozac Nation (Young and Depressed in America)* unos años antes, cuando en su *bestseller* autobiográfico nos dice: «Una mañana me desperté y realmente quería vivir [...]. Fue como si el miasma de la depresión se hubiera disipado del mismo modo que la niebla de San Francisco se levanta a medida que avanza el día. ¿Fue el Prozac? Sin duda» (Wurtzel, 1994, 329). También resuenan los testimonios de consumidores

de todo el mundo que comparten sus experiencias en internet y las redes sociales, como la Señora MF, que en 2016 escribe en la página web de ActivaMent, una asociación catalana que se define como un «Colectivo Activo de Personas con la Experiencia del Trastorno Mental», lo siguiente:

... todos los días tengo que luchar para levantarme, sin olvidarme de tomar la medicación para no volver a caerme, para salir de casa a diario y socializar. Pero, aun así, hay días un poco más grises que otros y, aunque desconozco el origen de mis cambios emocionales, casi siempre los describo a los cambios estacionales, a la menstruación, a los cambios bioquímicos de mis neuronas... No me importa mucho el motivo; solo debo intentar levantar mi ánimo para evitar volver a caer en esa oscuridad que te puede devorar.

La autora de este testimonio afirma que no le preocupa el motivo de su depresión, sino evitar las temidas recaídas; aun así, nos habla de la etiología desconocida de la depresión e incluye entre el repertorio de posibles causas los «cambios bioquímicos» de las neuronas. En este punto surge la pregunta: ¿qué nociones culturales de subjetividad están en juego cuando los afectados recurren a explicaciones neuronales para dar sentido a su depresión? En este capítulo voy a intentar dar algunas respuestas tentativas tomando como base un trabajo de campo de larga duración entre consumidores de antidepresivos en Cataluña, iniciado en el año 2001 y sobre el cuál todavía continúo recabando información, realizando observaciones y también algunas entrevistas y conversaciones informales con consumidores de estos psicofármacos. Eso sí, me gustaría advertir que esta exploración no quiere prejuzgar el uso de antidepresivos, el cual es una opción como cualquier otra para afrontar el sufrimiento, sino que pretende indagar en su dimensión social y en sus consecuencias para un modelo de subjetividad centrípeta que retroalimenta el individualismo característico del capitalismo del consumo.

¿El empresario neuronal de sí mismo?

En las últimas décadas se ha debatido profusamente sobre el alcance y la potencialidad del llamado *giro neuronal*, especialmente a raíz de la Década del Cerebro en los noventa y, más recientemente, el Proyecto Cerebro Humano, en Europa, y la iniciativa BRAIN, en Estados Unidos, (Pedersen, 2011; Rose y Abi-Rached, 2013; Vidal y Ortega, 2017). Como su nombre indica (*giro* o *turn* en inglés), se trata de una categoría comprensiva que

incluye una diversidad interna de perspectivas, pero caracterizada por una tendencia común a invocar una matriz neurobiológica para explicar los misterios de la condición humana. Su impacto se ha dejado sentir también en las ciencias sociales y humanas (Rose y Abi-Rached, 2014; Ortega y Vidal, 2011) y son diversas las tecnologías y recursos que impulsan esta tendencia: las nuevas técnicas de neuroimagen, la investigación sobre la neuroplasticidad, el desarrollo de nuevas moléculas para tratar las aflicciones humanas y la presencia de discursos neuroculturales en la cultura pública y los medios de comunicación de masas que ensalzan o critican este nuevo neurosaber. «Neuro-» se ha convertido en un prefijo y al mismo tiempo en un tropo que desafía el lenguaje convencional: neuroética, neuroeconomía, neuroantropología y neuroderecho, pero también neuromejora, neuroescepticismo y neurobasura, por citar solo algunos. Desde la gimnasia cerebral («mantenga su memoria en forma») hasta la psicofarmacología cosmética («esculpa su estado de ánimo»); desde la introducción de las imágenes cerebrales como prueba en los tribunales de justicia hasta el advenimiento de nuevos movimientos sociales como la neurodiversidad, el cerebro se ha convertido en un *locus* especial para pensar sobre nuestro comportamiento, nuestros deseos y aflicciones y, en última instancia, sobre nosotros mismos (Ortega, 2009; Vidal y Ortega, 2017).

El giro neuronal ha dado lugar a nuevas biosocialidades o, más bien, neurosocialidades. Las biosocialidades implican la creación de identidades y relaciones sociales derivadas de condiciones genéticas y biológicas, así como de los sistemas expertos a través de los cuales estas condiciones se han conocido (Rabinow, 1996). Por su parte, las neurosocialidades surgen del giro neuronal e implican imaginarnos como sujetos cerebrales, lo que da lugar a nuevas identidades, relaciones sociales y escenarios del gobierno de la vida. El ya clásico término de *biopolítica*, incluso el de *psicopolítica* de Han, se transforma así en *neuropolítica* y adquiere su doble y quizás contradictorio significado de definir tanto la aplicación del conocimiento neurocientífico a las opciones políticas como las nuevas formas de gubernamentalidad que ese mismo conocimiento está inaugurando (Meloni, 2012; Vidal y Ortega, 2017). Aquí utilizaré el término *neuropolítica* en esta última acepción, como sinónimo de *neurogubernamentalidad* (Schmitz, 2010).

Una de las claves del éxito del giro neuronal es su promesa de horizontes vitales en una época marcada por una notable prevalencia de trastornos mentales y enfermedades neurodegenerativas; ya se sabe, el

envejecimiento de la sociedad actual es una «bomba de relojería» que anuncia una epidemia global de demencia en las sociedades de capitalismo avanzado (Rose y Abi-Rached, 2013). Otra clave es su coherencia histórica en las culturas eurocéntricas. Como ha señalado Vidal (2009), las condiciones de posibilidad de las neurociencias contemporáneas se remontan al desarrollo del sujeto moderno a partir del siglo xvii en las sociedades occidentales y su consiguiente reducción del *yo* a un cerebro definido como el único órgano necesario para ser nosotros mismos. Es lo que Vidal (2009, 5) ha denominado *brainhood* (cerebralidad), en un juego de palabras con las más conocidas de *person* (persona) y *personhood* (personalidad) para aludir a una figura antropológica inherente a la modernidad que consolida la noción del individuo como agente autónomo de elección e iniciativa. Para Vidal, el sujeto cerebral precede, por tanto, al desarrollo de las neurociencias. La cerebralidad se expresa, según este autor, en la idea de que, más que tener un cerebro, somos nuestros cerebros (Vidal y Ortega, 2017).

Se han utilizado diversos términos para nombrar de forma directa o indirecta la cerebralidad. Ehrenberg (2004), Vidal (2009) y Vidal y Ortega (2017) han trazado el desarrollo histórico del *sujeto cerebral*. En un sentido más circunscrito encontramos el *yo neuroquímico* (Rose, 2003) y el *yo neurobiológico* (Rose y Abi-Rached, 2013). La cerebralidad también puede vislumbrarse más tangencialmente en la noción del *yo (psico)-farmacéutico* (Dumit, 2003; Jenkins, 2010), utilizada en referencia a los consumidores de medicación psiquiátrica, en la producción de un yo-objetivo mediante técnicas de neuroimagen (Dumit, 2004), así como en los debates sobre el acceso a los tratamientos, como es el caso de *ciudadanía farmacéutica* (Ecks, 2005), una variación de los conceptos de *ciudadanía biológica* (Petryna, 2013; Rose, 2007), *ciudadanía terapéutica* (Nguyen, 2010) y *ciudadanía biomédica* (Biehl, 2004). Estos enfoques definen —a veces solo parcialmente— una subjetividad neuronal contemporánea cuya presencia en los sistemas expertos se refleja en la reducción a procesos cerebrales de las funciones mentales, los comportamientos, los estados de ánimo y las aflicciones, entre otros fenómenos. Sin embargo, hay menos acuerdo sobre su presencia en el conocimiento profano o lego.

Se ha argumentado que el yo neuronal no es prominente en los sistemas profanos y que, cuando está presente, es circunstancial, anecdótico, pragmático y desigual, y que no modifica las concepciones previas de *yo* y de *persona*, sino que refuerza las ya existentes; también que su im-

pacto se ha sobredimensionado (Martín, 2010; Broer y Heerings, 2013; Choudhury, McKinney y Merten, 2012). Desde esta perspectiva, no sería adecuado hablar de una neurosubjetividad hegemónica en los sistemas profanos. Adicionalmente, algunos autores (Rose y Abi-Rached, 2013) han cuestionado que el giro neuronal implique una noción de subjetividad aislada, un individuo racional e interesado en sí mismo. Sus argumentos se basan en investigaciones neurocientíficas que demuestran que el cerebro es intrínsecamente social y está diseñado para funcionar más de forma cooperativa y empática que de forma aislada. Para estos autores, la condición de *persona* no ha quedado eclipsada por la de *cerebro* ni prevén una transformación revolucionaria de lo que significa ser humano como resultado del giro neuronal. Más bien, la epigenética y las teorías de la neuroplasticidad sugieren que el cerebro está «dando forma y [al mismo tiempo] siendo moldeado por las experiencias, sentimientos, intenciones y cogniciones de la persona, creando la ilusión de la mismidad» (Rose y Abi-Rached, 2014, 6).

En mi opinión, hay dos elementos que no se valoran lo suficiente en el descarte de la neurohegemonía de los sistemas expertos sobre los sistemas profanos ni en su potencialidad para promover una idea centrípeta de la subjetividad. Sobre el primer aspecto, creo que se está esperando de los sistemas legos una noción similar a la que se observa en los sistemas expertos; es decir, una narración prefigurada, ordenada, homogénea y hasta cierto punto inequívoca de una cerebralidad sin fisuras. Y lo cierto es que tal narrativa es poco probable que se manifieste en los discursos profanos. En su ya clásica formulación sobre los modelos explicativos populares, Kleinman (1980) escribió que los discursos legos están conformados por una lógica informal y de conexiones tácitas, centradas en las experiencias personales y dependientes de las prácticas cotidianas. Las concepciones profanas tienden a ser ambiguas, pragmáticas y como una nebulosa que contiene ambivalencias. No se corresponden miméticamente con las representaciones de los discursos expertos, sino que se crean y recrean en el flujo de la experiencia personal, la vida cotidiana y las interacciones sociales, entre ellas y con los sistemas expertos. No obstante, creo que esto no impide que se vean influidas por nociones de cerebralidad cuando estas entran en la clínica, la publicidad farmacéutica y la divulgación científica.

Sobre el segundo aspecto, el argumento a favor de una subjetividad neuronal empática en lugar de aislada, centrífuga en lugar de centrípeta, creo que desatiende el hecho de que, en las relaciones desiguales de los

sistemas expertos con los sistemas profanos, las nociones de un cerebro social y empático tienden a marginarse en las prácticas o al menos a no incorporarse plenamente. En la psiquiatría biomédica, por ejemplo, como ya comentamos en el primer capítulo, la vulnerabilidad cerebral suele transformarse en determinación biológica individual; y la neuroplasticidad, reducirse a un efecto esperado del tratamiento psicofarmacológico. La concepción biopsiquiátrica del cerebro se conforma a partir de un individualismo epistemológico que diluye o no incorpora la idea de un cerebro relacional o social, sino que más bien reproduce la noción de un cerebro aislado, de un cerebro-esencia, cuyas disfunciones deben repararse, especialmente, con tratamientos biomédicos.

En síntesis, el tipo de cerebralidad que cabe esperar de los sistemas profanos no debe considerarse una copia inequívoca de la que encontramos en los sistemas neuroexpertos; tampoco el cerebro social adquiere relevancia suficiente en las prácticas biomédicas para que sea asimilado, no ya por la población general, sino por los profesionales de la salud. Además, el énfasis en una subjetividad aislada se ve reforzado por modelos que proceden de otro lugar; y en eso coincido con el argumento de Rose y Abi-Rached, ya que la importancia del giro neuronal no es independiente del gobierno más amplio de la vida y sus nociones de subjetividad. Una de estas nociones es el ya citado *empresario de sí mismo* o *empresario de sí*, que Foucault (2004a:232, 2004b) describió como la proyección de la lógica neoliberal sobre las tecnologías del yo. De hecho, en la bibliografía experta podemos encontrar interesantes aportaciones sobre el cerebro social y el yo relacional, pero cuando el sujeto cerebral se encuentra con el empresario de sí, su impacto en los sistemas profanos no es meramente anecdótico, pues ambos refuerzan la noción de una subjetividad centrípeta que comentamos en el capítulo anterior. En esos casos, el rigor de la investigación neurocientífica sobre el cerebro social tiene poco que ofrecer frente al potencial de un cerebro imaginado como *certeza* sinérgica con el *homo economicus* del régimen neoliberal.

En los sistemas profanos, el yo neuronal se expresa de múltiples formas; entre ellas, las neuronarrativas. Este término se ha utilizado con diferentes sentidos: para referirse al género o subgénero de ficción que incorpora la ciencia cognitiva y los avances neurocientíficos en sus tramas (Johnson, 2008) o para definir el naciente campo de la terapia neuronarrativa (Zimmerman, 2017), entre otros. Aquí, circunscribiré este concepto a las *neuronarrativas de aflicción* (*neuronarratives of affliction*, en adelante,

NoAs), entendidas como los relatos profanos que privilegian las explicaciones del sufrimiento psíquico en términos de disfunción neuroquímica, cortocircuitan la conciencia de las fuentes sociales del sufrimiento y, al mismo tiempo, mistifican el hecho de esta ocultación.

Las NoAs deben entenderse como un tipo de narrativa de la enfermedad (Kleinman, 1988a) o de representación narrativa de la enfermedad (Good, 1993), en este caso impregnada de la lógica de la neuropolítica o neurogubernamentalidad. Sin embargo, las NoAs no niegan la importancia de otras alternativas en el relato, pues se trata de nebulosas en las que pueden cohabitar significados aparentemente contradictorios; y los sujetos, en su vida cotidiana, pueden invocar el inconsciente psicoanalítico, las adversidades del mundo social junto con cerebro neuroquímico para explicar sus aflicciones y lo que está en juego en su vida. En mi opinión, la funcionalidad social de las NoAs no descansa en que estas estén inequívocamente permeadas por el discurso de la cerebralización —aunque también lo puedan estar—, sino de que ese discurso permuta la relación entre el yo y el mundo. Mientras que el yo está invariablemente inmerso y se determina por la vida social porque es una realidad interdependiente, las NoAs enmarcan la aflicción en términos de un individuo soberano para el cual el secreto para entender lo que está en juego se encuentra dentro de uno mismo.

Antidepresivos, psicopolíticas y neuropolíticas

Desde la aprobación de la fluoxetina (más popularmente conocida por su nombre comercial, Prozac) para uso médico en los ochenta, las virtudes, los defectos y el impacto social de los antidepresivos de segunda generación han adquirido una amplia variedad de etiquetas tanto en el mundo académico como en los medios de comunicación de masas. «La cultura de la droga legal» (Rimer, 1993), «la cápsula de escape» (Bracewell, 1993), «la farmacología cosmética» (Kramer, 1993), «la píldora de la personalidad» (Toufexis, 1993), «la píldora de las píldoras» (Nuland, 1994) o «la generación Prozac» (Grant, 1994) son solo algunas de las expresiones más populares que adquirieron resonancia cultural en la primera mitad de la década de los noventa. En un plazo relativamente breve, los nuevos antidepresivos se han convertido en símbolos globalizados presentes en diversos ámbitos —la práctica médica y psiquiátrica, la publicidad farmacéutica dirigida al

público (tanto indirecta como directa en países como Estados Unidos), los medios de comunicación de masas, los tecnoespacios informacionales (internet y redes sociales) y la alta cultura (cine y literatura)—, donde su consumo ha sido tanto alentado como criticado, aunque generalmente con el mismo efecto multiplicador. Marcas como Prozac (fluoxetina), Paxil/Seroxat (paroxetina), Celexa (citalopram), Lexapro (escitalopram) o Cymbalta (duloxetina) —por citar solo algunas— se han convertido en representaciones omnipresentes que, a través del poder homogeneizador de la relación consumidor-mercancía, crean representaciones globales de la subjetividad en mundos sociales aparentemente distantes. Esta es la lógica de la mercantilización: una amplia gama de objetos, productos, servicios, cánones estéticos y nociones de persona pueden incrustarse —independientemente de su contexto local— en sistemas globales de circulación y consumo, con el consiguiente surgimiento de la figura del sujeto-consumidor como paradigma del nuevo individualismo y sus imágenes asociadas: el sujeto anómalo, abatido y deprimido, y en falta de sintonía con el mandato del mercado frente al sujeto hipernormalizado, con capacidad de decisión en la sociedad de consumo, alegre y *cool*.

Las diversas formas de depresión y ansiedad, la bulimia y una miríada de estados reconvertidos en enfermedades, como el trastorno premenstrual disfórico y la fobia social, constituyen el amplio espectro de trastornos tratables con los nuevos antidepresivos: los ISRS, ya citados, así como los inhibidores de la recaptación de serotonina-norepinefrina (IRSN), los antidepresivos noradrenérgicos y serotoninérgicos específicos (NaSSA), los antagonistas e inhibidores de la recaptación de serotonina (SARI) y los antidepresivos multimodales, entre otros. A medida que su presencia se ha extendido por todo el mundo, estos nuevos agentes —o actantes, si preferimos utilizar la teoría del actor-red de Latour (2008)— farmacológicos han eclipsado a los antidepresivos tradicionales: tricíclicos (ATC), tetracíclicos (ATCe) e inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO). Según datos de la OCDE (2021), el consumo medio de antidepresivos en muchos países de la OCDE se ha duplicado o triplicado desde el 2000 hasta el 2020,⁵ un aumento espectacular atribuible a los antidepresivos de segunda

5 En 2020, el consumo en los países de la OCDE de antidepresivos por cada 1000 personas al día varió de las 20 DDD (dosis diarias definidas) de Letonia a las 153 DDD en Islandia. Tras Islandia, siguen Portugal (131 DDD), Reino Unido (108 DDD en 2017), Suecia (105 DDD) y España (87 DDD), entre otros.

generación, pues el consumo de ATC, ATCe e IMAO se ha mantenido estable en la mayoría de los países y ahora son claramente una opción minoritaria.

La segunda generación de antidepresivos es un tema ampliamente analizado en la bibliografía (Healy, 1997, 2004; Angell, 2004; Lakoff, 2004; Applbaum, 2000, 2006; Horwitz y Wakefield, 2007) y parece claro que un factor importante es que los criterios diagnósticos en psiquiatría se han redibujado para hacerlos más inclusivos y laxos (Kirmayer y Minas, 2000; Healy, 2004), lo que ha permitido la emergencia de una nueva psiquiatría ampliada y, con ella, un sobrediagnóstico de estados de malestar emocional que pueden ser subclínicos o sin entidad clínica suficiente. Ello no contradice que, al mismo tiempo, puedan darse situaciones de infradiagnóstico entre algunos colectivos por dificultad en el acceso al sistema de salud, por ejemplo. Más bien permite destacar que la tendencia general dibuja un panorama de medicalización y patologización de las aflicciones humanas (Caponi, 2023).

Las causas sociales del éxito de los nuevos antidepresivos se han analizado en términos de dos teorías que Ecks y Basu (2009) consideran irreconciliables, aunque en mi opinión ambas son perfectamente compatibles: 1) el impacto de los cambios socioeconómicos globales habría generado una cascada de aflicciones que requieren psicofármacos para tratarse, y 2) las estrategias de *marketing* de la industria farmacéutica para ampliar su mercado habrían «fabricado» trastornos adaptados a sus moléculas (Ecks y Basu, 2009). En la primera teoría, las aflicciones generadas por los cambios socioeconómicos crean la demanda de tratamientos adecuados; en la segunda, la oferta de psicofármacos crea las aflicciones y, por tanto, la demanda. A mi modo de ver, ambas tendencias son perfectamente compatibles, pues la necesidad de un tratamiento no excluye que esa necesidad haya sido previamente modelada para ajustarse a una forma particular de tratamiento y no a otros posibles; por ejemplo: las psicoterapias. Por el contrario, ambas tendencias se retroalimentan en un efecto bucle (Hacking 1999) a partir de cambios en las culturas asistenciales y populares (Kirmayer y Raikhel, 2009), y en la creación de un sentido común que naturaliza la respuesta más adecuada anudando la necesidad del sentido al sentido de la necesidad. En el yo neuronal y en sus NoAs se condensa precisamente esta doble faceta y se le ofrece a la humana necesidad de dar significado a las propias aflicciones un particular sentido sobre la necesidad de los antidepresivos como solución más adecuada.

Adicionalmente, como he comentado en el capítulo anterior, autores como Byung-Chul Han han debatido sobre la depresión como «enfermedad» propia del nuevo capitalismo, como resultado del desgaste del exceso de positividad y de la autoexplotación que transmuta el mandato del régimen neoliberal de que «todo es posible» en una realidad subjetiva en la que nada es posible. Incluso nos llegará a decir que el depresivo es una víctima de su propia guerra interiorizada (2012, 11). Este tipo de aflicción cohabita con otras, según este autor, como el síndrome de desgaste ocupacional o el controvertido trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH).

En mi opinión, en el análisis de Han sobre la depresión como enfermedad del régimen neoliberal hay varios problemas de rigor, pues no responde a cuestiones que son fundamentales como: ¿a qué llama depresión?, ¿existen diferentes tipos de depresión?, ¿podemos pensar que la epidemia de depresión contemporánea es una respuesta a la autoexplotación?, si es así, ¿dónde disponemos las depresiones promovidas por otros determinantes sociales o aquellas de presumible base biológica que ya se diagnosticaban antes de la eclosión de la psicopolítica?

Efectivamente, el tema de la depresión es controvertido, pero me parece que si lo abordamos es fundamental, al menos, tener en cuenta algunas preguntas que apuntan, también, a la posible dimensión orgánica de algunos subtipos de este trastorno, a sus desarreglos neuroquímicos y neurohumorales. No seré yo quien defienda las bondades de un reduccionismo biológico para entender la depresión, pero reconocer la relevancia de la biología no es sinónimo de biologismo o determinismo biológico. Además, habrá que saber qué dicen quienes afirman que la depresión es una enfermedad del mismo orden que la diabetes. Habrá que analizar sus procesos de construcción de verdad, así como —y no menos importante— indagar sobre qué argumentan aquellas personas que sufren o han sufrido una depresión y que a menudo incluyen aspectos tan diversos como las dimensiones existenciales, los mundos morales, las adversidades vitales y los neurotransmisores. Incluso esas personas entienden muchas veces que su depresión es todo eso y algo más. Con todo, a lo que voy es a que estamos ante un terreno frágil que pide que no nos ahorremos matizaciones, que preguntemos y estemos abiertos a las respuestas; que, como dice Viveiros de Castro (2012), nos tomemos al otro en serio. Esto no parece compatible con la idea de Han de que el depresivo es una víctima de su propia guerra interior; probablemente no se atrevería a decir lo mismo en

el caso de las demencias o las enfermedades neurodegenerativas. En este sentido, podemos oponer a su argumentación algunas consideraciones que sus obras no visitan:

- 1) Que probablemente existen diferentes tipos de depresión y que algunas pueden tener una base biológica, con lo cual el poder del régimen liberal para producirlas como «infartos psíquicos» debería revisarse en estos casos, someterse a un análisis que anude sujeto, biología y mundo, por ejemplo, y que valore el papel de los determinantes sociales y su estrés derivado.
- 2) Que otros tipos de depresión parecen responder a realidades traumáticas del curso vital o a causas ajenas a las propias de la sociedad del rendimiento, pues más bien enlazan con la vivencia de la tortura, la vulneración de la dignidad y los derechos, la violencia, el genocidio, la desafiación, la soledad, la pérdida, el duelo, el fin de la vida; por poner únicamente algunos ejemplos.
- 3) Que, a la vez, se da una serie de malestares subclínicos que antes, simplemente, no se consideraban dignos de asistencia porque responden a las adversidades propias de la vida; estos, hoy en día, se medicalizan y patologizan. Es un conjunto de fenómenos a los que probablemente debería ceñirse Han, pues aquí creo que su teoría podría sacar un mayor rendimiento.
- 4) Finalmente, que no podemos entender los procesos de patologización de la vida que se producen en el régimen neoliberal sin considerar el papel de los sistemas expertos ni las políticas de salud y salud mental, así como las estrategias de la industria farmacéutica. Entre el régimen neoliberal y el sujeto que se siente deprimido hay un conjunto de dispositivos, prácticas, políticas y saberes que no pueden obviarse. Dicho en otras palabras, hay que afinar el trazo grueso mediante el ejercicio de una mirada escrutadora que nos permita sujetar mejor la teoría ante la complejidad del mundo.

Adicionalmente, el problema es que la psicopolítica de Han está atrapada en un concepto, la *psique*, ya antiguo en el régimen neoliberal y esto le impele a una descripción impresionista de un trastorno como la depresión en un momento en que algunos autores auguran que el protagonismo de lo psicológico que caracterizó el siglo xx está dando paso a una nueva

centralidad, la neuropsicológica o la neurobiológica, en el siglo XXI (Rose y Abi-Rached, 2014). Para decirlo brevemente, el concepto de *psique* de Han refiere a una psique sin cerebro o con una cerebralidad a retazos, lo que le impide ver que hay formas de depresión que escapan al poder de la subjetivación de la sociedad del rendimiento. El cerebro está ahí, en sus versiones imaginadas, pero también en las reales, muestra su impronta en formas de depresión muy diversas, incluyendo algunas que probablemente no forman parte del lenguaje de la sociedad del logro, sino del código del sistema nervioso. Por ello, creo que la noción de psicopolítica se queda corta ante un conjunto de fenómenos que pueden analizarse mejor desde la idea de neuropolítica como sinónimo de neurogubernamentalidad y entendida como el punto de encuentro entre el horizonte real o imaginado de la neurobiología y el relato del empresario de sí mismo. De alguna forma, esa encrucijada dibuja un escenario desafiante, pues nos obliga a desconsiderar tanto una objetividad depurada de subjetividad como una subjetividad exenta de objetividad.

Socionarrativas versus neuronarrativas

Desde principios de los noventa he llevado a cabo varios proyectos de investigación en la red pública de atención a la salud mental de Cataluña. Mi primera investigación se centró en cómo las racionalidades y prácticas biopsiquiátricas omitían las narrativas de los pacientes y, al mismo tiempo, se apropiaban de estas al desafiar la definición estándar de las nociones de *signo* y *síntoma*. Aunque en la mayoría de los manuales psiquiátricos y médicos el signo físico se define como la evidencia objetiva de una enfermedad o trastorno y el síntoma como la evidencia subjetiva, aquello que nos cuenta el paciente, en la práctica clínica los síntomas y las narrativas de los pacientes acostumbraban a transformarse en criterios diagnósticos, en signos físicos objetivados e impersonales. En resumen, más que escuchar a los pacientes, se observaban los trastornos. Posteriormente, desde 2002, mis investigaciones se centraron en las narrativas de la depresión como coordinador de dos proyectos de investigación: *El malestar emocional de los adolescentes* (2009-2012) y *La vida medicada* (2012-2015), este último dedicado específicamente al consumo de antidepresivos. En conjunto, estos dos proyectos supusieron un largo periodo de observación en diferentes servicios de salud mental (más de 48 meses), unas doscien-

tas entrevistas en profundidad realizadas por todo el equipo con personas afectadas por depresión y ansiedad, y profesionales sanitarios; y más de diez grupos focales en toda Cataluña.

En el contexto de mi primer trabajo de campo en la década de los noventa, percibí que algunos pacientes eran refractarios a aceptar un tratamiento psicofarmacológico para paliar su estado depresivo. Este es el caso de la Señora R, de unos 50 años, que visitó al psiquiatra en un servicio de atención ambulatoria dependiente de un conocido hospital público de Barcelona. La había derivado su médico de cabecera por observar un estado compatible con depresión tras varios duelos consecutivos por pérdidas de personas próximas. En la consulta, respondió a la pregunta del psiquiatra: «Dígame, ¿qué le ocurre?, ¿cómo se encuentra?» con el lamento: «¡Ay, Dios mío! No encuentro sentido a la vida desde que murió mi marido». El clínico garabateó «sentimientos de desesperanza» en su informe mientras la paciente continuaba con su relato. Explicó que su hija ya era mayor y quería vivir sola. Dijo sentirse inútil porque siempre se había dedicado por completo a su familia y ahora no tenía familia. Su madre había fallecido hacía un par de años y sentía que la casa se le «caía encima». El clínico interrumpía la narrativa de la paciente, probablemente por la sobrecarga asistencial, y sin esperar que diera más detalles proseguía con sus preguntas: «¿Se siente cansada por las mañanas? ¿Ha perdido peso recientemente?». La paciente no entendía muy bien el sentido de esas cuestiones ante un sufrimiento que entendía como existencial e intentaba seguir su hilo narrativo hablando de sus problemas cotidianos. En un determinado momento, el clínico reaccionó con cierta impaciencia y preguntas renovadas: «¿Ha pensado alguna vez en el suicidio? ¿Duerme bien por las noches? ¿Desde cuándo se siente así?». La paciente respondió que, como buena católica, nunca había contemplado el suicidio y pasó a hablar de que su sueño estaba perturbado y sobre sus sentimientos de tristeza, aislamiento, soledad e incertidumbre sobre el futuro. La sesión terminó con la recomendación del psiquiatra de un tratamiento con antidepresivos. La paciente replicó: «Lo que tengo no me lo van a quitar estas pastillas».

Esta escena tuvo lugar antes del auge de los nuevos antidepresivos en Cataluña. La Señora R se resistía a resolver su malestar emocional con antidepresivos e insistía en historizar su duelo. Esta historización tomaba la forma de una socrónarrativa de aflicción que daba sentido a su experiencia de perder un mundo de relaciones, personas, significados, roles, emociones y momentos significativos en su vida cotidiana. Los vínculos

sociales en los que había podido reconocerse y ser reconocida se habían desmoronado para ser sustituidos, únicamente, por la soledad. Esta visión socrnarrativa contrastaba claramente con la perspectiva del clínico.

Como no se dispone de biomarcadores para un trastorno como la depresión, el clínico de esta escena buscaba con insistencia signos físicos, como la pérdida de peso y el insomnio, como criterios diagnósticos. En ese contexto, el relato de la paciente sobre su aflicción se interpretó como una evidencia de disfunciones cerebrales y neurohumorales a partir del criterio DSM de «sentimientos de desesperanza». El clínico asumía que el problema de la Señora R, como en las depresiones en general, era una alteración de la recaptación de serotonina en el cerebro. De este modo, el sufrimiento social, la pérdida de seres queridos, las desventajas de la desigualdad de género y la dificultad para encontrar un papel social se reinterpretaron clínicamente como signos físicos que observar más que como síntomas por interpretar y, por tanto, contextualizar. Incluso la reticencia de la Señora R a aceptar una receta de antidepresivos se redujo a una negatividad derivada de una recaptación serotoninérgica disfuncional. En este caso, se llevaron al extremo las posibilidades del fetichismo de la enfermedad y su embrujo de isla psicopatológica, para el cual las personas están predestinadas, por la naturaleza de sus cerebros, a sufrir depresión y requieren fármacos para corregir esta anomalía.

Fijémonos que la perspectiva del psiquiatra en esta escena que acabo de describir revela una narrativa neuronal experta que contrasta con la narrativa social de la Señora R. La parte —la disfunción en la recaptación de serotonina— explica el todo, pero hay más. En este tipo de narrativa, las nosologías, al igual que los desequilibrios cerebrales y los tratamientos, tienen vida propia. Esto no significa que el mundo experiencial y biográfico del paciente no pueda considerarse digno de atención o que se pierda toda conciencia del impacto del mundo social, sino que el mundo simbólico de la práctica biomédica está habitado preferentemente por nosologías, pruebas diagnósticas, signos y tratamientos.

Como ya comenté anteriormente, en ese marco el paciente es objetivo, mientras que su trastorno y su tratamiento se subjetivan. Esto se hace evidente cuando un clínico le dice a otro después de un duro día de trabajo: «Hoy he tenido tres trastornos bipolares y dos esquizofrenias», un comentario que excluye al paciente, lo sustituye por una enfermedad que se subjetiva como un personaje con vida propia en las relaciones biomédicas de atención y gestión. Una depresión es siempre una depresión, como

un antidepresivo es siempre un antidepresivo. Su valor es intrínseco, como en el fetichismo de la mercancía. Sin embargo, este fetichismo de las nosologías y los tratamientos no se limita a ocultar las relaciones entre seres humanos y reducirlas a una relación entre cosas y humanos, como han indicado algunos críticos de la teoría del fetichismo de la mercancía en el caso de los antidepresivos, como Ecks (2005). Más bien, el fetichismo presente en las narrativas expertas es el oscurecimiento de las relaciones entre humanos a través de las relaciones entre «sujetos» no humanos, como las nosologías, los desequilibrios cerebrales, los neurotransmisores, las pruebas diagnósticas, los medicamentos y los protocolos de tratamiento.

Con el tiempo, las neuronarrativas expertas han calado en las culturas populares hasta el punto de constituir hoy un marco explicativo posible de este tipo de padecimientos. Son una opción entre otras y, en muchas ocasiones, se han hibridado con otros relatos. Su presencia en los sistemas profanos ha crecido al mismo ritmo que el consumo de antidepresivos, pero es importante matizar algunos aspectos valorando los datos disponibles.

Por ejemplo, en Cataluña, el perfil predominante del consumidor de antidepresivos es el de una mujer de clase media o media-baja mayor de 65 años, con estudios primarios o secundarios y que percibe una falta de apoyo social. De hecho, cerca del 25 % de las mujeres catalanas mayores de 65 años son consumidoras de estos psicofármacos (Martínez-Hernández, 2018). A primera vista, estos datos parecen ofrecer poco apoyo al argumento psicopolítico de Han de que la depresión es una consecuencia del agotamiento y de la guerra interiorizada provocada por la sociedad del rendimiento. Las mayores consumidoras de antidepresivos suelen ser mujeres mayores que ya no están en edad de estar empleadas y que declaran sentirse solas, pues han perdido sus vínculos afectivos con el mundo. No obstante, junto con este perfil principal destacan otros perfiles y factores: la inseguridad laboral, el desempleo, el difícil acceso a la vivienda, las enfermedades crónicas, la responsabilidad del cuidado de familiares con enfermedades crónicas, los conflictos interpersonales y de lealtades, la pobreza, la marginación y la incapacidad para imitar las imágenes culturales de éxito y consumo. De hecho, una proporción considerable —aunque difícil de cuantificar— de este tipo de aflicciones tratadas con antidepresivos en Cataluña corresponde a uno de los siguientes determinantes sociales: 1) el agotamiento derivado del esfuerzo por adaptarse a las exigencias del mercado laboral y de la sociedad de consumo, y 2) la erosión del yo como consecuencia de

la soledad. El primero es un factor más central entre los consumidores de antidepresivos en edad laboral; y dentro de este grupo las NoAs emergen como una posible alternativa que oculta o mistifica el mandato de la sociedad del rendimiento. El segundo es más frecuente entre las personas mayores, que tienden a relatar una sacionarrativa de aflicción como: «Mi marido ha muerto», «Mis hijos no me visitan», «No tengo a nadie que me ayude. Siempre estoy sola», «Paso el tiempo recordando a mis hermanos ya fallecidos», «La televisión me acompaña», «Para qué estoy aquí. Todos se van».

Frente a la sacionarrativa de la Señora R, encontramos un ejemplo de NoA en la historia del Señor K, un joven de clase media en la treintena al que entrevisté en 2002 en una cafetería de Barcelona. Tras finalizar sus estudios universitarios, el Señor K estaba abocado a empleos precarios y a la frustración de sus expectativas profesionales. En el momento de la entrevista, vivía en una ciudad de las afueras de Barcelona e informó de que tres años antes había empezado a «sentirse mal». Por este motivo, consultó a un par de psiquiatras, que coincidieron en el diagnóstico —depresión— y le informaron de que padecía «un desequilibrio de los neurotransmisores». El Señor K me explicó que le costaba levantarse por las mañanas, que siempre estaba cansado y falto de energía, y que tenía dificultades para concentrarse. Tras tomar los antidepresivos que le habían recetado se sentía más feliz y veía «la vida con más optimismo». En un momento de su relato, dijo: «Ahora mi química cerebral está bien». Cuando le pregunté por el impacto de las condiciones de trabajo en su padecimiento, parecía algo confuso. El Señor K parecía haber disociado su sufrimiento de su vida, su química cerebral de su inseguridad laboral, como si no tuvieran relación entre sí. Su historia contenía tanto una sacionarrativa que solo pude obtener insistiendo como una NoA que servía de telón de fondo, pero que al mismo tiempo daba sentido a lo que estaba en juego en su mundo vital. En la narración del Señor K, su aflicción emergía como una isla influida por la marea del mundo y sus múltiples riesgos, pero que a la vez era independiente de ese mundo.

Al cabo de un tiempo, y quizás por mi insistencia más que por su convencimiento, el Señor K empezó a hablar del impacto que su precaria situación laboral estaba teniendo en su vida diaria. Me explicó que trabajaba con diferentes empresas de trabajo temporal, yendo de aquí para allá a la espera de un trabajo más estable. Dijo que estaba «agotado», «quemado» física y psicológicamente, que experimentaba dificultades para dor-

mir, disfrutar de la vida, reír, tener relaciones sexuales y levantarse por la mañana. Sin embargo, las fuentes de sus síntomas parecían haber quedado oscurecidas por las teorías sobre el funcionamiento de su cerebro. El Señor K insistía en que sus problemas estaban causados por sus neurotransmisores y parecía obtener cierto consuelo en esa explicación. Su NoA era semejante al relato del psiquiatra de la Señora R, en cuanto a que sobreestimaba los desequilibrios cerebrales y subestimaba el efecto del contexto social en su padecimiento. En la narrativa del Señor K podíamos observar cómo cierta neuropolítica ejercía un poder sobre la conciencia y hacía que el mundo social perdiera parte de su memoria. Ahora solo encontrábamos insomnio, desequilibrios, neurotransmisores y fatiga. El mundo social no había desaparecido de su narrativa, pero quedaba reducido a acontecimiento mientras que el yo neuronal lo sustituía como estructura.

El Señor K se sentía satisfecho con su decisión de seguir tomando la medicación. Describió cómo los antidepresivos le habían permitido recuperar la energía suficiente para montar su propia empresa de consultoría: «Algo a pequeña escala. Luego ya veremos, depende de cómo vaya todo», me dijo. Como tantos ciudadanos de la modernidad tardía, el Señor K había encarnado los valores de individualidad, emocionalidad y éxito profesional característicos de la sociedad de consumo. No hay nada inesperado en ello. Otros informantes me relataron NoAs similares, con una mezcla de lenguaje técnico e interpretación profana. Hablaron de «serotonina» y «neurotransmisores», de «sinapsis cerebrales», pero también de «curar el cerebro», de cerebros «lentos» y de cerebros «que van deprisa, demasiado deprisa»; de «jugadas del cerebro»; de «cerebros disfuncionales»; de cerebros que «no te dejan trabajar» adecuadamente; de «cerebros cansados», y de «cerebros agotados». Algunos, como la Señora M, dijeron que los antidepresivos son los «mejores fármacos jamás inventados», ya que «te arreglan el cerebro». En esos casos, el «cerebro» se definía como un órgano defectuoso, el cual una vez neuro-optimizado permitía recobrar una identidad y una vida perdidas.

Sin duda, una parte del éxito de los antidepresivos entre las personas que entrevisté era su carácter de integrador social. La sensación de bienestar tras unos meses de tratamiento con antidepresivos podía materializarse en comportamientos que retroalimentaban la sociedad de consumo, como comprar ropa y otros productos, mudarse de casa o montar un negocio. De este modo, el entusiasmo pasaba a ser funcional con la sociedad del logro, mientras que los periodos de «depresión» se percibían como

una época en la que el sujeto era un inadaptado, presa del miedo a las deudas y al fracaso, con incertidumbres sobre el futuro y sin expectativas. Así, el antidepresivo funcionaba como un auténtico integrador social.

Para el Señor K, la Señora M y otros consumidores a los que entrevisté, los antidepresivos se convertían en una forma de arreglar el cerebro como primer paso para recuperar su presencia en un mundo que les hacía personalmente responsables de su propio declive, incluso cuando les imponía unas exigencias abrumadoras de rendimiento y de productividad. Algunos relataban las virtudes de los antidepresivos a sus amigos y conocidos, aunque no participasen formalmente de un grupo de autoayuda. El Señor K hablaba de su neuroquímica como si fuera un personaje más de su mundo vital. La Señora M no llegaba a tanto, pero aseguraba que los antidepresivos eran lo mejor que se ha inventado para arreglar el cerebro. En sus narraciones se referían a un *hardware* cerebral misterioso que determinaba el *software* de la vida cotidiana: una cerebralidad a retazos que actuaba como telón de fondo, pero que inundaba el paisaje cuando la aflicción emergía y los antidepresivos ofrecían un posible refugio para la existencia. En las NoAs, la trama apelaba a una cerebralidad disfuncional que debía repararse. Ya no hacía falta reparar el mundo, bastaba con reparar el propio cerebro, pues optimizándolo el mundo se haría presente con una nueva transparencia. El yo se pensaba como sujeto-mundo.

La soledad del sujeto-mundo

Sentirse mundo no es algo que parezca llevadero; y esta idea puede expresarse de múltiples maneras, pues al fin y al cabo aquí estoy hablando de un yo que se entiende como soberano y que desdeña la dimensión de su interdependencia. En su conocido ensayo sobre el individualismo, Dumont (2015) ya nos hablaba sobre la subordinación de la realidad social al individuo en la ideología moderna. Ehrenberg (1998), por su parte, ha argumentado que la caída de la sociedad disciplinaria habría propiciado que el individuo se sintiese obligado a ser él mismo, a pertenecerse únicamente a sí mismo. Esto precipitaría al yo al mandato de ser el superhombre (*Übermensch*) nietzscheano; y el resultado sería una epidemia de depresión actuando en *masse* en una multitud de individuos dispuestos ante el vértigo de ser ellos mismos, de actuar sin ligaduras ni vínculos. La depresión sería aquí la caída de la voluntad ante un precepto ingente e imposible.

Han ha discrepado de la tesis de Ehrenberg, pues, a su modo de ver, en la sociedad del rendimiento el sujeto es esclavo de sí mismo, de forma que más que ante el superhombre estamos ante el «último hombre» (*der letzte Mensch*) que describía Nietzsche como su antítesis; aquel que únicamente trabaja y que en el fondo es carente de toda soberanía. Sí que coincide con Ehrenberg en cuanto a la depresión como mal de la modernidad tardía, la cual sería, sin embargo, la implosión ante el imperativo del rendimiento y no ante el exceso de responsabilidad e iniciativa derivados del mandato de ser uno mismo (Han 2014a, 10--11; 2016).

En mi opinión, el mandato de devenir uno mismo también puede entenderse como una forma de autoexplotación; de la misma manera que el «poder» sin límites de la positividad puede convertirse en «deber» y negatividad, y el «último hombre» puede acabar siendo la vida real de quien se considera un *Übermensch*. Sin embargo, lo que considero más relevante en este punto es que, en estos casos, se refuerza la idea de sentirse mundo. En el código de la gubernamentalidad neoliberal y su metabolización en la forma de tecnologías del yo, la conciencia de la interdependencia se percibe como el discurso y la excusa del perdedor. La neuropolítica, con sus (neuro-)dispositivos de optimización, ofrece una solución a la discrepancia entre su código y las labilidades humanas. De esta forma, la explotación, el agotamiento que impone la sociedad del rendimiento, la desafiliación, la pobreza y la desigualdad pueden percibirse como la marea del mundo que sacude la isla de un sujeto que se cree él mismo mundo.

Las NoAs son el espacio narrativo donde el empresario de sí mismo y el yo neuronal se encuentran y convierten un cerebro imaginado en estructura y el mundo social en acontecimiento. Refuerzan con su anclaje biológico —real o imaginado, pero al fin y al cabo real en sus consecuencias— la figura del sujeto-mundo, aunque esta figura no acapare todo el escenario, pues convive con otras formas y relatos de aflicción, como son las socionarrativas que hablan no de sentirse mundo, sino más bien de perderlo. Con todo, paradójicamente, tanto quienes se sienten mundo como quienes lo han perdido viven sus estados depresivos como una crisis del yo relacional, ya sea porque se sienten excluidos de la sociedad del rendimiento y, por tanto, de la imagen imaginada de sí mismos, o bien porque sienten labilidad ante la pérdida de los vínculos familiares y basados en el afecto y la reciprocidad. No obstante, esta caída del yo relacional no suele

ser una prioridad de los sistemas de atención, sino que, en esos sistemas, la idea del sujeto-mundo se acostumbra a potenciar a partir de la producción de una «verdad» cerebral y psicofarmacológica (también psicoterapéutica), para la cual el secreto y el código suelen estar siempre en el interior. Estos dispositivos instigarán al sujeto a la tarea de optimizarse. Nada más solitario que el empresario de sí mismo.

4. VIDAS BAJO ASEDIO

Los que dicen que sufren *mobbing* se vinculan a esta categoría para no caer en la psicosis. Son paranoicos de libro.

Testimonio oral del Señor S, psicoanalista, 2006

Muy frecuentemente la víctima [de *mobbing*] es diagnosticada erróneamente, ya sea porque el profesional no se cree su historia personal o porque no se molesta en analizar la dinámica social desencadenante. Los diagnósticos incorrectos más frecuentes son paranoia, depresión-maníaca y trastorno de la personalidad.

Heinz Leymann, psicoterapeuta (Leymann, 1996)

En el año 2010 publiqué en coautoría con Leticia Medeiros Ferreira un artículo titulado «Anatomía de una confusión: error diagnóstico de patología paranoide en víctimas de *mobbing*» en *Archives of Clinical Psychiatry* (Martínez-Hernández y Medeiros-Ferreira, 2010). El propósito del texto era analizar, mediante una revisión de la bibliografía, un sesgo que algunos autores como Leymann (1990, 1996), Hirigoyen, (1994), Di Martino *et al.* (2003), Einarsen *et al.* (2003) y, en nuestro contexto, Piñuel (2001) y González de Rivera y Rodríguez-Abuín (2006), entre otros, habían detectado previamente en el juicio clínico de algunos profesionales de la salud mental con respecto a las víctimas de *linchamiento moral en el trabajo* (en adelante LMT), también definido por su anglicismo *mobbing*, y que básicamente se expresa en el primer testimonio que abre este capítulo, así como en su contradicción con la afirmación de Leymann, pionero de las investigaciones sobre el LMT. Si bien se trataba de una revisión bibliográfica, los dos autores habíamos analizado el problema empíricamente, aunque desde prismas diferentes. En mi caso, a partir de entrevistas y conversaciones etnográficas con víctimas de LMT y profesionales de la salud. En el caso de la autora, a partir de su experiencia clínica como psiquiatra con personas que se habían sentido agredidas y vulneradas en su entorno laboral y que solicitaban ayuda profesional.

Como consecuencia de la publicación del artículo, en los años posteriores, varias personas me escribieron correos electrónicos (ya que yo era el autor de correspondencia) para relatar sus testimonios, para solicitar ayuda, pedir referencias o, simplemente, desahogarse de una situación que vivían como insoportable. En la medida en que no soy clínico, mi labor ante esas demandas consistió en ofrecer aliento e información, así como aconsejar sobre psiquiatras y psicoterapeutas que, a mi juicio, podían valorar mejor la experiencia del LMT, o bien hacerlo con menos prejuicios y lecturas predeterminadas. Ese ejercicio motivó una reflexión sobre las distorsiones que se producen desde el individualismo epistémico que articula gran parte de los saberes «psi» al entender los fenómenos de violencia estructural, pues en estos casos la agresión proviene de fuera del sujeto, no de su ideación persecutoria, aunque acabe confundándose con esta última por comodidad, pragmatismo, visión dogmática de escuela o por falta de formación de los profesionales para decodificarlo de otra manera. De ahí provino mi tentativa de explorar la idea de *isla psicopatológica*, que ya había utilizado en textos anteriores, y vincularla con el fetichismo de la enfermedad y sus efectos de encapsulamiento y naturalización de las aflicciones humanas en determinados saberes «psi». Se trataba de una idea que ya había aplicado a fenómenos diferentes al LMT, como en las violencias que sufren las personas con sufrimiento psíquico grave, puesto que el hecho de que un sujeto padezca una esquizofrenia, por ejemplo, no convierte por arte de magia todas sus quejas en delirios, ya nos hable de los efectos adversos de la medicación, de la coerción en los ingresos, de la prisión que significa vivir una existencia tutelada o de la violencia que supone desautorizar, precisamente, todas sus quejas como si fuesen delirios. En el caso del LMT, la noción de *isla psicopatológica* engarzaba bien con el concepto de *injusticia epistémica* de Miranda Fricker (2007) que retomaré más adelante.

En este capítulo voy a hacer uso de algunos testimonios que recabé antes de la publicación del artículo «Anatomía de una confusión», así como de otros posteriores a él que llegaron como respuesta a su lectura por parte de personas diversas. Es curioso cómo un texto que escribimos con un objetivo académico y dirigido a los clínicos se puso a dialogar con personas marcadas por una violencia que, en algunos casos, había cercenado sus carreras profesionales y supuesto una auténtica vida bajo asedio en contextos en los que este tipo de agresión no se esperaba. A esas personas debo este capítulo y quiero agradecer aquí sus testimonios. Espero que el texto ayude

a rescatar sus narrativas del olvido y, de paso, sirva para pensar críticamente sobre las violencias añadidas que pueden promoverse desde los sistemas y políticas de atención; pero empezemos por el principio.

La violencia silenciosa

En su artículo titulado «*Mobbing and psychological terror at workplaces*», Leymann (1990) nos narra la historia de Leif, un trabajador danés de una gran fábrica noruega cuya función era mantener a punto la maquinaria. Se trataba de un empleado cualificado y con un buen sueldo. El problema era que tenía que sufrir diariamente las burlas de sus compañeros de trabajo por su particular acento extranjero. Como continúa explicándonos Leymann:

Esto ocurría tan a menudo que sus relaciones personales fueron gravemente perturbadas; se quedó aislado. En una ocasión se enfadó tanto que golpeó la mesa con el puño y exigió poner fin a las bromas sobre su acento. A partir de ese momento, las cosas empeoraron. Sus compañeros de trabajo intensificaron y ampliaron su gama de «bromas». Una de ellas fue enviarlo a máquinas que no necesitaban reparación. De esta manera, poco a poco Leif ganó la reputación de ser «el danés loco». Al principio, muchos trabajadores y capacitados no sabían que sus apariciones repentinas [buscando infructuosamente máquinas que arreglar] eran resultado de las «bromas». Su red de contactos sociales se fracturó y cada vez más compañeros de trabajo se unieron a la cacería. Dondequiera que aparecía, los chistes y las burlas eran omnipresentes. Su sentimiento de ser agredido creció y esto atrajo la atención de la administración [de la empresa]. Pensaron que era culpa de Leif y que era un trabajador con bajo rendimiento (algo en lo que gradualmente se había convertido). Fue amonestado. Su ansiedad aumentó, desarrolló problemas psicosomáticos y tuvo que coger bajas por enfermedad. Sus empleadores lo reasignaron a un trabajo menos cualificado sin siquiera discutir sus problemas; esto Leif lo experimentó como algo injusto, pues se consideraba una víctima. La situación fue provocándole graves trastornos psicosomáticos y bajas por enfermedad más prolongadas. Leif perdió su trabajo y no pudo encontrar otro, ya que su historial médico figuraba en sus solicitudes de empleo. No había ningún lugar en la sociedad al que pudiera acudir en busca de ayuda. Se convirtió en una persona totalmente inempleable, en un paria. Una de las ironías de este caso es que en el pasado Leif había sido empleado por varias empresas donde se había desempeñado bien, había sido un buen compañero de trabajo y se habían dado buenas referencias de parte de sus empleadores. (Leymann, 1990, 119)

La historia de Leif puede entenderse como paradigma de una serie de rescates realizados por las investigaciones de Leymann sobre vidas afectadas por LMT, también denominado en la bibliografía psiquiátrica, psicológica, médica, antropológica, sociológica, organizacional y legal de nuestro tiempo como *bullying* adulto, *workplace harassment*, *workplace bullying*, hostigamiento psicológico, acoso moral, acoso psicológico en el trabajo, psicoterror laboral, linchamiento emocional, linchamiento moral o presión laboral tendenciosa, entre otras (Leymann, 2022; Einarsen *et al.*, 2003; Piñuel, 2001). Leymann (1990, 1996) define el fenómeno como una situación de violencia que genera indefensión en un sujeto y que se convierte en estructural como consecuencia de su aislamiento y de un encañamiento del acoso que, como mínimo, se prolonga a lo largo de seis meses con acciones frecuentes, cada semana, las cuales en la mayoría de los casos son «silenciosas» o poco explícitas.

La definición inaugural de Leymann se inspira en los estudios etológicos del premio nobel Konrad Lorenz sobre el hostigamiento que puede practicar una manada o grupo de esta o de diferentes especies a un único individuo de su misma especie o de otra. También de las investigaciones de Heinemann sobre el *bullying* en centros educativos, donde un grupo de acosadores pueden atormentar a uno de sus iguales y conducirlo al suicidio (Leymann, 2022; Westhues, 2011). Se trata de un fenómeno de denigración y hostilidad que muestra aires de familia con otros tipos de violencia (de género, racista, xenófoba), donde generalmente la violencia simbólica y psicológica precede a la potencial violencia física y la diferenciación antecede a la diferencia. No en vano, en todos estos fenómenos se produce una naturalización de la agresión como algo permisible, así como un intento de deshumanización de la persona agredida. Es la actualización de la lógica del chivo expiatorio que puso en evidencia René Girard (1986) en sus ensayos históricos y antropológicos, donde un grupo proyecta una violencia persecutoria sobre una víctima. La antropóloga Janice Harper, a través de su exploración del comportamiento animal, las culturas organizativas y las formas históricas de violencia colectiva, sugiere que el LMT o *mobbing* es una forma de agresión grupal en un continuo de violencia estructural cuya forma más extrema es el genocidio (Harper, 2013).

El LMT se ha definido como un problema de salud pública, como un riesgo laboral y como la mayor amenaza actual para la salud de los trabajadores en las sociedades industrializadas (Hirigoyen, 2016; Piñuel 2001;

Leymann, 2022). Se caracteriza como un tipo de violencia psicológica que se ejerce en el lugar de trabajo de forma deliberada y continuada hacia un sujeto aislado por parte de otro u otros de su mismo entorno, que pueden tener una relación jerárquica en relación con el acosado, o bien simétrica o subordinada, y que busca atentar contra su dignidad e integridad psicológicas o físicas (Neuman *et al.*, 2011; Piñuel, 2001; Leymann, 2022). Einarsen *et al.* (2011) lo definen como una acción colectiva basada en «acosar, ofender, excluir socialmente o afectar negativamente a las tareas laborales de alguien». Como en la definición de Leymann, consideran que para que la etiqueta *bullying* (o *mobbing*) se aplique a esta acción tiene que producirse de forma repetida (semanalmente) y continuada durante un periodo de tiempo (unos seis meses). En Francia, la psiquiatra y psicoanalista Marie-France Hirigoyen (2016, 2017) lo define como «toda conducta abusiva (gesto, palabra, comportamiento, actitud...) que atenta, por su repetición o sistematización, contra la dignidad o la integridad psíquica o física de una persona, poniendo en peligro su empleo o degradando el ambiente de trabajo». En España, Piñuel (2001) lo define como un «deliberado y continuado maltrato moral y verbal que recibe un trabajador, hasta entonces válido, adecuado o incluso excelente en su desempeño, por parte de uno o varios compañeros de trabajo que buscan con ello desestabilizarlo y minarlo emocionalmente». No obstante, quien puso en primer lugar un orden conceptual y desarrolló la investigación al respecto fue Leymann, que promovió de forma temprana en Suecia políticas *antimobbing* en las organizaciones, una clínica psicoterapéutica específica en la que se atendieron a cerca de 1400 afectados y elaboró el LIPT (*Leymann Inventory of Psychological Terrorization*), una escala que se ha utilizado en diferentes países y que distingue cuarenta y cinco acciones de hostigamiento —posteriormente, sesenta (González de Rivera y Rodríguez-Abuín, 2003)— que se agrupan en cinco subtipos de agresiones: 1) a la reputación y dignidad personal: hacer correr rumores, difamación, escarnio; 2) a la comunicación: a la víctima no se le permite expresarse; 3) al contacto social: especialmente, producir el aislamiento del agredido; 4) a la situación laboral: desacreditar su capacidad profesional y laboral, y 5) a su salud.

Si bien las diferentes definiciones de LMT incluyen la violencia física y las conductas de intimidación y coacción manifiestas, la mayoría de las acciones se asocian con formas de violencia simbólica y psicológica sutiles que, tomadas de forma aislada, podrían parecer anodinas y anecdóticas, pero cuya reiteración en el tiempo produce un efecto de estrés continuado

y linchamiento moral. Los trabajos de la mayoría de los expertos refuerzan esta idea. También con respecto a las tácticas de encubrimiento de los agresores, como el paternalismo, que mientras disimula el acoso pasado actúa como mistificación del hostigamiento futuro. En realidad, el LMT, como el insulto moral que ha analizado Cardoso de Oliveira (2005), suele mostrar una «apariencia de inmaterialidad» y, por lo tanto, tiende a ser invisibilizado como una agresión que no merece una reparación. Esta «apariencia de inmaterialidad» se ha analizado también en otros contextos, como en el *bullying* escolar (Puckett *et al.*, 2008; Green *et al.*, 2017; Lavín Cárcoba, 2022) y es una de las razones, aunque no la única, de su reproducción, de que la dirección de las organizaciones culpe a la víctima, del error de atribución en la clínica (al que volveré más adelante) y de la dificultad de su amparo legal.

La tipificación legal del LMT es bastante reciente. Se retrotrae a la iniciativa de Leymann en Suecia en la década de los ochenta y a su regulación en ese país en 1993 (Leymann, 1996). Desde entonces, diversos países (Francia, Holanda, Bélgica, España, Australia, entre otros) han emprendido la adaptación de sus marcos jurídicos para paliar y penar este tipo de violencia, así como para proteger los derechos de los trabajadores (Stangl *et al.*, 2019; Hirigoyen, 2017). Instituciones internacionales como La Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Comisión Europea, a su vez, han creado directrices legales para sus países miembros con el objetivo de combatir el LMT; y han propuesto modelos para salvaguardar la salud en el contexto laboral (Di Martino *et al.*, 2003; Chappell y Di Martino, 2006). En España, su tipificación se refleja, entre otros, en el artículo 173 del Código Penal de la forma siguiente: «El que infligiera a otra persona un trato degradante, menoscabando gravemente su integridad moral, será castigado con la pena de prisión de seis meses a dos años». Estos desarrollos han propiciado debates sobre la naturaleza jurídico-penal de este fenómeno y sobre sus problemas de definición y discriminación (Gimeno Lahoz, 2004) que no son el objeto de este texto. Incluso en algunos países, como en la pionera Suecia, se ha procedido a evaluar el impacto de las intervenciones y políticas *antimobbing*, y se han señalado sus éxitos y limitaciones (Hoel *et al.*, 2011); un tipo de análisis que se ha replicado en otros contextos nacionales (Gillen *et al.*, 2017). También ha dado pie a una abundante bibliografía en la psicología de las organizaciones, por sus implicaciones en la caída de la productividad, la conflictividad en las empresas y las bajas laborales (Soetzer *et al.*, 2009).

Dado el carácter «silencioso» del LMT, la investigación poblacional disponible presenta resultados dispares en función de las escalas utilizadas para su medición, la valoración o no de la temporalidad y de los sectores laborales analizados (Mikkelsen, 2011; Agervold, 2009; Chappell y Di Martino, 2006). En una revisión de estudios realizados en Europa, Zapf *et al.* (2003) establecen que en su modalidad más severa afectaría entre el 1 % y el 4 % de los trabajadores; y entre el 8 % y el 10 % en su tipología más tenue. Nielsen (2009) nos informa en un estudio sobre empleados noruegos que la incidencia del acoso laboral oscila entre el 2 % y el 14,3 %, según cómo se mida el comportamiento y la frecuencia temporal del acoso. Según Di Martino *et al.* (2003), se podría establecer una diferencia de prevalencia según el carácter episódico o crónico del fenómeno: 10 % y 5 %, respectivamente. Por su parte, en una encuesta realizada por la European Foundation en 2010 se obtuvieron tasas como el 11 % en Bélgica y el 10,7 % en Luxemburgo. A su vez, dos estudios entre empleados de NHS (National Health Service) Trust en el Reino Unido contemplaron, respectivamente, una prevalencia que se situaba entre el 11 % de exposición autodeclarada al acoso en los seis meses anteriores (Hoel y Cooper, 2001) y el 38 % en cuanto a la exposición a uno o más tipos de conductas de acoso durante el año anterior (Quine, 1999). Y es que sectores laborales como el sanitario parecen especialmente sensibles al LMT. En un estudio realizado por Carter *et al.* (2013) en el National Health Service de Reino Unido, el 20 % de 2950 miembros del personal de los servicios de salud declararon haber sufrido acoso en los seis meses anteriores. En España, los diferentes informes Cisneros permiten estimar que el problema afecta al 15 % de los trabajadores en activo y, entre los funcionarios públicos, apunta una prevalencia de hasta el 25 % (Piñuel y Oñate, 2006; Oñate y Piñuel, 2007). De hecho, los sectores profesionales más afectados son la Administración pública, la sanidad y la educación, aunque también los grupos más vulnerabilizados, como los trabajadores en precario, las mujeres, que pueden sufrir LMT a la vez que acoso sexual, las personas LGTBI y la población inmigrante (Chappell y Di Martino, 2006).

Si bien el LMT no es una enfermedad, sino un comportamiento lesivo, sus efectos en la salud de los trabajadores pueden ser considerables, aunque esto no significa que todos los afectados acaben enfermando. Generalmente, los síntomas y malestares se mantienen en un espectro subclínico asociados al estrés manifestado y a menudo articulado en el ciclo oscilatorio alerta-depresión-defensividad (Elovainio *et al.*, 2002; Kivimäki

et al., 2000), como el dolor de espalda y articular, los diversos síntomas psicósomáticos, el trastorno del sueño, la falta de concentración y atención, las alteraciones de la memoria, síntomas ansiosos y depresivos, la fatiga crónica, la hipervigilancia reactiva, la irritabilidad y el aislamiento social, entre otros. Estos síntomas son altamente inespecíficos y pueden alterar o no el funcionamiento laboral y cotidiano de la persona acosada. Cuando sí lo hacen, se pueden identificar como manifestaciones del llamado *trastorno de estrés por coacción continuada* (*prolonged duress stress disorder*-PDSD) (Kreiner *et al.*, 2008; Scott, 2022), el cual adopta los mismos síntomas que el trastorno por estrés postraumático (Bonafons *et al.*, 2009), aunque habitualmente no se cumplan todos los criterios diagnósticos de esta última nosología. Por otro lado, algunas estimaciones afirman que el LMT aparece estrechamente relacionado con enfermedades y malestares orgánicos (dolencias coronarias, hipertensión, trastornos gastrointestinales, etc.), con comportamientos de riesgo (adicciones, accidentalidad viaria y laboral) y con el suicidio, ya sea en su formato de tentativa o de consumación (Luo *et al.*, 2023). En España, Piñuel y Oñate (2006) calculan que el LMT es la causa del 15 % de los suicidios.

Algunos expertos apuntan que la finalidad fundamental del LMT es la expulsión del afectado de la organización, aunque existen razones para matizar esta generalización, ya que este tipo de agresión se caracteriza por un comportamiento grupal, violento e irracional, en que la finalidad instrumental puede desdibujarse hasta incluso vaciarse del propósito original (Westhues y Jansen, 1999). En cierta medida, el LMT acaba justificándose en sí mismo como una violencia permisible, subrepticia y socialmente amparada. Esto lleva a una confusión recurrente entre la agresión y su finalidad que, en parte, está vinculada a la prueba y argumentación legales en los tribunales de justicia. Como en la mayoría de las conductas violentas, los objetivos iniciales pueden ser diversos, como la neutralización del agredido como competidor, la posibilidad de su control y dominación, la anulación de su empleabilidad futura, el boicot a su reputación para impedir que se enrole en otra institución competidora, la obstaculización de su consolidación laboral o su traslado a otras dependencias, entre otras muchas. Siguiendo a Kleinman *et al.* (2009; ver también Yang *et al.*, 2007), podemos decir que, como en el estigma, todo depende de lo que «esté en juego en un mundo moral local», y en ese mundo pueden interferir otras violencias estructurales, como las que se proyectan contra las mujeres, el colectivo LGTBI, los inmigrantes y los integrantes de minorías étnicas,

entre otros grupos. En el colectivo de los funcionarios públicos, donde la dificultad objetiva del despido es bien conocida y a la vez las situaciones de LMT son más frecuentes, suelen operar las finalidades de denigración, neutralización, marginación, baja laboral o traslado de la persona acosada. De hecho, la mayor insistencia que se ha producido en el despido está asociada también a que el campo de la empresa privada es donde la psicología de las organizaciones ha tenido un mayor desarrollo.

El LMT tiene su origen en el entorno laboral, pero muestra una prolongación más allá de él, como es el ámbito profesional y asociativo, por no hablar aquí del familiar e interpersonal. En la medida en que el objetivo es la denigración del afectado y los colectivos profesionales están conformados por redes personales, estas esferas sociales puedan verse envueltas en este proceso; ello puede redundar en la estigmatización y la exclusión. Lógicamente esto supera la competencia de la organización, pero no por ello debe obviarse a la hora de hacer un análisis clínico y social del fenómeno. Prueba de ello es que muchos hostigados no vuelven a tener un empleo una vez que lo han perdido por despido o por una baja laboral (Leymann, 1990). Esta constatación puede asociarse en los casos más graves al deterioro físico o psicológico, pero en la mayoría de las situaciones se debe al hundimiento de la reputación en el campo profesional, pues paradójicamente se los percibe como sujetos conflictivos. Además, los sistemas sanitarios pueden amplificar el daño, de tal manera que algunos trabajadores acaben doblemente victimizados.

Vidas sitiadas

En la literatura sobre el LMT se habla de diferentes fases e intensidades que dibujan una dinámica *in crescendo* en diferentes etapas: 1) fase de incidentes críticos: conflicto inicial que genera una escalada; 2) fase de acoso y estigmatización: comportamientos hostiles que estigmatizan a la víctima; 3) fase de intervención de la dirección: transgresión de derechos básicos del trabajador por error de atribución; 4) fase de solicitud de ayuda especializada externa y diagnóstico incorrecto: errores diagnósticos comunes —personalidad paranoide, trastorno bipolar, trastorno de la personalidad—; 5) fase de salida de la organización: baja laboral, despido, empleabilidad dinamitada, suicidio o su tentativa, nueva vida laboral, etc. (Leymann, 1996; Piñuel, 2001). No obstante, esta tipología debe enten-

derse como una orientación general, ya que hay casos que pueden guardar características diferenciadas dependiendo de la toma de conciencia del fenómeno por parte del afectado o de la organización (la verbalización del LMT modifica el LMT, así como su expresión) y del apoyo de las redes personales, entre otros factores (Leymann, 1990, 1996; Piñuel, 2001; Hirigoyen, 2017).

En los testimonios que he recabado, un elemento común es la existencia de un acontecimiento que actúa como desencadenante o disparador y que modifica las pautas relacionales con los compañeros o superiores en la organización. Siguiendo a Girard (1986), podemos deducir que ese conflicto inicial se puede reproducir de forma mimética en el tiempo, pero siempre en una situación de desigualdad manifiesta hacia la víctima que lleva a la fabricación de una identidad social dañada. La Señora D lo expresa así:

Un día nos quedamos sin reactivos en el laboratorio y yo puse el grito en el cielo. ¿Cómo era posible cuando teníamos pendientes tantas analíticas? Pero mi queja no encontró eco. Nadie me hacía caso. A la mayoría les daba igual la responsabilidad que teníamos con los pacientes y al responsable parece ser que menos todavía. A partir de ese momento, todo cambió para mal. Me había convertido en una persona molesta e indeseable.

Esa identidad dañada colonizará desde ese momento las relaciones y servirá de coartada para una serie de agresiones que pueden incluir la difamación, la burla, el vacío de los compañeros de trabajo, el aislamiento, la asignación de tareas inadecuadas, el maltrato continuado, incluso la violencia física. Otra de las víctimas de LMT, la Señora T, tuvo que sufrir que le escupiesen de forma frecuente cuando entraba por la puerta de su centro laboral: a veces era de forma velada, «desde la ventana, cuando me veían llegar, otras [veces] era blanco y en botella. Después les daba la risa [a la agresora y a las espectadoras]. Se reían con ganas, para que yo las oyese».

En los casos más agudos, como el de la Señora T, la salida de la organización mediante una baja médica, la dimisión o la denuncia suelen ser las respuestas más frecuentes, pero no las únicas. En las entrevistas realizadas, en los correos electrónicos que me enviaron y en mis visitas a varios foros virtuales sobre este tema, se habla de deberes familiares, del pago de la vivienda y de las facturas, de la educación de los hijos y de otros factores asociados con las necesidades cotidianas que impelen a continuar

en el empleo a pesar de que el entorno se perciba como tóxico. En ámbitos como la función pública, dimitir supone perder un puesto de trabajo codiciado y para el cual la trabajadora ha invertido tiempo y dedicación. Por otro lado, resulta problemático presentar una denuncia cuando las personas que podrían actuar como testigos son agresoras o simplemente no quieren involucrarse. Como explica la Señora MC en un foro:

Llevo 12 años trabajando de auxiliar administrativa en una empresa. Hace 1 mes ya no aguantaba más y me di de baja por depresión. El médico de cabecera me ha dicho que hablaría con la mutua para que me den la baja por enfermedad profesional y me ha dicho que busque un abogado. Si pongo una demanda por acoso (psicológico y sexual), ¿qué posibilidades tengo de ganar? Ningún compañero quiere ir a testificar, dicen que por no jugarse su puesto de trabajo y, además, dicen que ellos en realidad no han visto nada, solo saben lo que yo les he dicho y no pueden asegurar que sea cierto. Hay una trabajadora que se fue hace 2 años y que estuvo 9 meses trabajando allí, esa es la única que me ha dicho que no le importa ir a testificar. No tengo ninguna prueba.

A pesar de que las agresiones físicas conforman parte del LMT, como en el caso de la Señora T, o pueden solaparse con acoso sexual, como denuncia la Señora MC, las acciones más frecuentes son aquellas encaminadas a la denigración moral y a minar psicológicamente al trabajador. Como indica el Señor M, un profesor universitario:

En mi caso, el linchamiento empezó hace más de veinte años. Comenzó con el intento de deformar mi sexualidad, si era gay, si era impotente, si era asexual y otras cosas que seguro que ni me enteré, porque pronto aprendes que la primera norma del acoso es aislarte de los flujos de información. Recuerdo estar en una reunión de un consejo paritario de profesores y alumnos en el que yo participaba como uno de los representantes de los docentes junto a otro colega y que un alumno de último curso de carrera respondió algo sin ton ni son a lo que yo había dicho. Dijo «Si quieres, puedes». Todos rieron. Yo no entendía la gracia de la frase, así que pregunté «¿Eso qué es, una especie de grupo de autoayuda?», «Algo así», respondió el otro profesor, entre las carcajadas de los alumnos y, especialmente, las suyas. El colega, que estaba interesado en desplazarme de un concurso a una plaza fija para favorecer a un amigo suyo, estaba extasiado. No le di más importancia, pero días más tarde me enteré leyendo la prensa que el lema en cuestión era de un anuncio de Viagra. Luego siguieron los papelitos por debajo de la puerta del despacho que al principio me cabrearían y luego ya me acostumbré a recoger y a tirar a la papelera de forma casi automática. Los alumnos tenían bula de algunos profesores para

apuntarse al linchamiento; y quiero decir que algunos respondieron muy dignamente, pero otros mostraron lo peor de sí mismos.

Con el estigma, suelen llegar las experiencias de vacío en la organización. Los canales de comunicación informales se han obliterado, a veces también los formales. El sujeto agredido queda en una situación de aislamiento, especialmente como receptor; mientras que el grupo agresor se muestra atento a los comentarios y acciones de la persona estigmatizada. Esto lo expresa bien la Señora E, que trabajó de funcionaria pública en un ayuntamiento hasta su jubilación anticipada:

Yo no me enteraba de nada, pero rápidamente sabían si yo había ido aquí o allí, con quien había hablado, qué había hecho o dejado de hacer. A veces alguien me preguntaba con amabilidad por cosas de mi vida y yo hablaba como una tonta de cosas del día a día, de la familia, del fin de semana, porque quieres tener una buena relación. Luego te das cuenta que te preguntan para tener asunto [para el chismorre] entre ellas.

Esta dinámica comunicativa, caracterizada por el extrañamiento del sujeto agredido y el celo del grupo acosador en estar informado, es una constante que se reitera en los diferentes testimonios. Por un lado, hay un sujeto que actúa como diana o blanco y, por otro, una conducta grupal de tipo persecutorio orientada a producir un daño en la identidad social de la víctima. En ese contexto de hostigamiento, la falta de información puede conducir a su fabricación, como la misma Señora E, que descubrió meses más tarde que una baja médica que tuvo por una intervención de vesícula se había convertido en un ingreso psiquiátrico en el relato del grupo que la acosaba.

Las relaciones sociales —que hasta la fabricación del estigma podían ser neutras, cordiales e incluso afectivas y amicales— se desmoronan, lo que intensifica el aislamiento y la indefensión. Esto puede ocurrir tanto con el sujeto o grupo acosador como con los llamados *espectadores*, que simplemente quieren evitar verse involucrados en el conflicto o no se sienten con el valor de intervenir o incluso de informar al agredido para que pueda defenderse del acoso. A su vez, se puede culpar a la persona linchada de su propio aislamiento. Como nos cuenta la Señora H, administrativa en una compañía de seguros:

La primera muestra de que las cosas van mal es el vacío, al menos en mi experiencia. De repente ves que la información no fluye. Te enteras de que hay gestiones que se han solucionado sin contar contigo cuando tenías una

responsabilidad en ellas. No te informan, te ningunean. Te hacen quedar como una irresponsable. Eso se convierte rápidamente en cotilleo, haciéndote responsable de que no estés informada y tú te quedas con cara de boba. Si les dices que te están meando y que encima quieren que digas que llueve te tratarán, además, de paranoica. No hay solución, aunque cuesta mucho hacerse a la idea.

Según los testimonios, el estado de confusión, perplejidad, incluso culpabilización es habitual en esos momentos y puede ser recurrente en el tiempo. En una de las entrevistas que realicé a profesionales de la salud, la Doctora Z ponía énfasis precisamente en este último aspecto indicado por la Señora H:

Llegan desorientados, confusos, incapaces de percibir que no pueden cambiar las cosas; sin ser conscientes que sus jefes y compañeros de trabajo van a seguir pensando y haciendo lo que ellos quieran pensar o les interese hacer y pensar. Están en un ambiente tóxico y les cuesta verlo. Hay la ingenuidad de quien piensa que las cosas se pueden arreglar, porque a veces la relación anterior con los agresores era buena y yo les tengo que decir: «¿Ves dónde estamos? Has llegado a la consulta de una psiquiatra por este tema. ¿Esto te da alguna información? Búscate otro trabajo y olvida esa pesadilla». Lo digo más suavemente, con empatía, pero el resumen es ese. He visto tantos casos de personas dañadas por este tipo violencia y, por supuesto, da pena perder un empleo, pero tienen que tomar una decisión. Si hacemos un seguimiento, luego ves cómo van recuperándose cuando encuentran otro trabajo. Parecen otros.

Con todo, no siempre es posible encontrar otro empleo o entran en juego factores familiares, salariales y de otro orden que inhiben la acción de cambio. Además, dejar un puesto puede vivirse como una cesión o un fracaso. El Señor S lo expresa así en un foro:

¡De renunciar, nada! pues entonces todo lo que se ha sufrido hasta ese momento habrá sido en balde y encima nos marchamos sin paro y sin indemnización. Lo que hay que hacer es grabar las agresiones (con una grabación de audio desde un móvil es suficiente) y denunciarlo. De esta forma o conseguimos un despido improcedente con indemnización y 2 años de paro o por lo menos dejarán de acosarnos. Además, este tipo de grabaciones están aceptadas como pruebas en un juicio.

La renuncia puede percibirse como «tirar la toalla», que «el acosador se salga con la suya», como un fracaso o como una cuestión de dignidad y orgullo. El Señor A, funcionario público, lo formula así:

Yo me quedé por razones familiares y porque pensé que cuatro cretinos no me iban a romper la carrera y la vida. Hay algo de supervivencia y orgullo. Si tiras la toalla, cómo te sentirás después, qué habrán hecho de ti. No queda otra que resistir, aunque te hayan convertido en un saco de boxeo. Al principio intentas reconstruir las relaciones, luego te das cuenta de que eso supone exponerte continuamente y que no vale la pena. Te ven como a un zombi, como a una persona que está medio muerta y medio viva, como un cadáver que ha regresado del ultramundo. Eso les da permiso para hacer cosas que no harían con otra persona, como difundir rumores o sustraerte documentos de tu despacho. Se sienten protegidos por el grupo. Es como si se sorprendiesen [de] que estés todavía ahí, vivo y entero, aunque magullado. A veces resultas molesto, otras eres diana de las bromas que siempre son en grupo. Al final sales de tu perplejidad. Pasas de la ingenuidad a reducir los contactos tóxicos y a buscar otras relaciones fuera.

Una característica del acoso es que el espacio del escarnio debe ser público, como las agresiones que se graban y luego se comparten. Herir al otro es una demostración de poder y en el linchamiento moral, como en cualquier linchamiento, se necesita turba. En este caso se trata de un linchamiento moral continuado en el tiempo, con lo cual el *cadáver social* sigue estando ahí, habitando un territorio liminal, y ello distorsiona todavía más la imagen del agredido, ahora transformado en una anomalía, en una no-persona. Este es el caso del Señor J, un albañil del área metropolitana de Barcelona que entrevisté y que tenía que soportar cada día la mofa de sus compañeros de trabajo. Esa turba o *gang* incluía al propietario de la empresa y al jefe de obra, quienes parecían haber encontrado en su ligera tartamudez un motivo de escarnio y una excusa para la humillación continuada. «Bu- bu- buenos días» solían decirle por las mañanas de forma colectiva entre risas. El Señor J se sentía dolido por esta experiencia, su sueño se había perturbado, así como su atención y memoria. Cuanto más le agredían, más tartamudeaba. Se mostraba hipervigilante e irascible, principalmente cuando las imágenes de denigración volvían a su mente como un recuerdo insistente. Decía que sabía que no podía actuar con violencia física ante los insultos y las vejaciones, pero que un día igual no iba «a responder» de sus actos. Al final solicitó una baja laboral y consiguió posteriormente un nuevo empleo.

Como en el caso de Leif, que se convirtió en el «danés loco» en una fábrica noruega, es común que se atribuya a la persona agredida un trastorno mental. De hecho, el LIPT ya lo refleja en su ítem número 20: «Le tratan como si fuera un enfermo mental o lo dan a entender» (González

de Ribera y Rodríguez-Abuín, 2003). Generalmente, se utilizan categorías asociadas con manifestaciones delirantes, como la paranoia, ya que permiten desacreditar las quejas de la persona agredida (Leymann, 1996; Piñuel, 2001). La víctima se convierte en un «loco», independientemente de que no lo sea, no responda agresivamente o su conducta y su desempeño puedan ser adecuados o incluso buenos. Y es que lo que está en juego en el LMT no es una supuesta tara del trabajador. En realidad, la mayoría de las investigaciones hablan de que ese tema es indiferente, porque lo que cuenta es la desfiguración fabricada por el grupo agresor, entre los cuales sí que parece existir un perfil psicopático en el caso de los agresores principales y de personalidad dependiente entre los secundarios (Glasø *et al.*, 2007; Balducci *et al.*, 2009). Como cuenta el Señor M:

Un día me di cuenta de que el contenido del acoso había cambiado. Recuerdo entrar en la hemeroteca de la universidad y cómo la pobre chica que estaba allí de asistente me recibía con una sonrisa forzada. Estaba completamente asustada de estar sola conmigo, sus manos temblaban y salió deprisa por la puerta. No era nadie que yo conociese, imagino que una becaria. Para mí fue un auténtico *shock*. Alguien a quien ni conocía me tenía miedo. Recuerdo también de aquella época llamar por teléfono a otro colega de mi departamento para hablarle de un estudiante extranjero que yo supervisaba y no se le ocurrió otra cosa que preguntarme si el estudiante existía. Le pregunté sorprendido «¿Cómo?, pero ¿a qué viene eso?» y rápidamente escurrió el bulto. A partir de ese momento entendí que había pasado de ser deformado sobre mi sexualidad a serlo sobre mi salud mental. De ahí cuenta veintidós años de linchamiento con el rollo de atribuirme que soy un paranoico delirante. Eso sí, nunca nadie me ha preguntado o dicho algo de forma abierta, pero me lo han hecho sentir con intensidad. Poco les importa que yo no haya consumido un psicofármaco en mi vida ni haya sufrido un trastorno mental. Tampoco nunca han preguntado a mi pareja, que curiosamente es profesional de la salud mental, o a mis familiares y amigos más íntimos que conocen mi historia. No, nunca me preguntaron nada ni me dijeron nada; y lo tenían fácil o al menos eso pensaba al principio. Luego ya te das cuenta de que eres un imbécil, que nunca preguntarán nada. Eso sería poner en peligro el relato que han construido. Son unos miserables.

En realidad, al linchado no se le pregunta ni se le pide permiso, eso sería reconocerlo como persona y el LMT incide fundamentalmente en la deshumanización mediante el daño moral y la desfiguración de la identidad. Por esta razón, palabras como *paranoico* o *loco* funcionan no como un «diagnóstico», sino como un insulto y una violencia moral. El hecho de

que sean «diagnósticos» públicos en lugar de privados, o que ni siquiera se comuniquen a la persona involucrada, es consecuente con el objetivo buscado, que no es otro que generar una situación de indefensión, incomunicación y desorientación en la persona que ejerce de blanco y, a la vez, justificar el linchamiento. Esto conduce a que las personas agredidas se puedan sentir como «zombis», «frikis», «personas marcadas» y «estigmatizadas», «que estorban», «raros», «sacos de boxeo», «apestados» y, sobre todo, como sujetos que han sido «linchados». A su vez, describen al grupo acosador como «personas inmaduras», «mezquinas», «rebaño», «miserables», «fabuladores», «psicópatas» y, sobre todo, «cobardes». Algunos agredidos implementan tácticas de «defensa» en las interacciones de lo más variadas. El Señor L nos cuenta:

Yo ya sé que en mi trabajo me consideran un loco, por eso les suelo decir: «Cuidado conmigo, que soy un loco peligroso». Eso me gusta, porque les devuelvo el tiro y de paso los acojono. Otras veces, cuando los veo esperándome con sus sonrisas para lanzarme alguna pulla en grupo, les sonrío y les digo: «Se os ve felices y contentos, qué bien» y entonces veo que su cara se vuelve seria por la culpa y entonces soy yo el que ríe.

Sin embargo, ese tipo de defensas pueden tener consecuencias traumáticas, como la intervención de la dirección de la institución, que es más probable que castigue al agredido en lugar de atajar el ambiente tóxico.

Con el tiempo, algunas víctimas de LMT inician un largo periplo legal y recaban pruebas de las agresiones, lo cual es arduo porque es necesario probar documentalmente (grabaciones, fotos, videos, correos electrónicos, mensajes etc.) y con testimonios no solo la agresión, sino también su continuidad temporal. En ese transcurso son frecuentes las intensificaciones de las agresiones. El Dr. P, psicólogo clínico especializado en LMT, apunta:

Yo siempre les digo: «del *mobbing* se sale». Llegan con una actitud pesimista y mucha confusión, oscilando entre la hipervigilancia y la depresión. Suelen ser personas responsables con su trabajo y les cuesta ver otros espacios de sociabilidad. Es bueno que se aireen y tengan otras relaciones fuera del entorno laboral. Luego, cuando cojan energía, viene la parte de denunciar, pero antes tienen que documentar bien las situaciones de hostigamiento.

También hay sujetos agredidos que no llegan a enfermar porque pueden amortiguar las violencias del LMT mediante otras estrategias o porque realizan un trabajo más independiente dentro de la organización

que no conlleva una exposición continuada. El papel de la familia y los amigos es relevante en este sentido, pero no siempre se traduce en apoyo. En ocasiones, se produce una incompreensión en el propio ámbito familiar sobre la vivencia del LMT (Leymann, 1990, 1996; Piñuel, 2001). La pareja y los familiares pueden mostrarse poco empáticos con la experiencia de la víctima y sus efectos derivados: irritabilidad, perturbación del sueño, hipervigilancia, problemas de concentración y atención; además, por ignorancia o incredulidad, pueden pensar que la persona afectada es la causante de la situación o que todo es fruto de su percepción. Como indica Piñuel, es frecuente en estos casos que «el error de atribución se instale accidentalmente en la pareja, familia y amigos con la extendida frase: “¡Estás paranoico!”» (Piñuel, 2001, 101) Entre los testimonios que recabé hay algunos casos que narran situaciones semejantes. En uno de ellos, la pareja, en proceso de divorcio, se alió con el grupo acosador e intentó, sin éxito, un internamiento de la persona agredida. En otra, la situación fue todavía más compleja, como se narra seguidamente en el próximo apartado.

Injusticias epistémicas

El Señor F regresó un día a su casa a media mañana, pues había olvidado unos documentos que necesitaba. Abrió la puerta y se encontró a su esposa y también compañera de trabajo recién salida del baño y a su jefe al lado, vistiendo su albornoz. Entró en cólera, aunque no agredió físicamente a la pareja. A partir de ese momento, el ambiente laboral lo define como «irrespirable» al tener que convivir con ambos en el centro de trabajo. Los otros compañeros, con los que había tenido una relación cordial, lo aislaron diciendo que el tema no era de su incumbencia, aunque «disfrutaron» de los comentarios jocosos sobre el tema y se apuntaron a la cacería. La sensación del Señor F era que «debía salir de allí», pero quería al menos conseguir una indemnización por despido. La primera sorpresa fue que un día le llegó una citación judicial por una denuncia de su ya exesposa por acoso. Entre otras cosas, le acusaba de haber rayado y creado desperfectos en su coche y de amenazas de muerte. Más tarde, recibió una nueva citación judicial para un ingreso involuntario por ser un peligro para los demás por su trastorno mental. El Señor F acabó ingresado en una unidad psiquiátrica, aunque brevemente, gracias a la presión que ejerció su abogado. Su red de relaciones se resintió, perdió a la mayoría de sus amistades

y algunos familiares, y su percepción era de «haberlo perdido todo», lo cual le provocó una depresión por la que fue atendido en un centro público en el cual no encontraron ningún trastorno que mereciese un ingreso, sino una depresión reactiva a las circunstancias vividas. Con el tiempo, el Señor F pudo acreditar en el juicio por acoso que él no había causado ningún desperfecto en el coche de su exesposa, pues el día de esa acción él estaba de viaje en otra ciudad. Es más, presentó como prueba la grabación de vídeo del aparcamiento, donde se veía claramente que la autora de los desperfectos era la propia exesposa. Finalmente, el Señor F decidió trasladarse a otra ciudad y «empezar una nueva vida».

La historia del Señor F involucra diferentes instancias y no se circunscribe al ámbito laboral, aunque este forma parte del escenario. Es un ejemplo que permite entender la compleja relación que puede establecerse entre el mundo laboral, las redes personales y los sistemas judiciales y sanitarios. En el caso que nos ocupa, la pregunta que considero más pertinente es ¿cómo es posible que el Señor F acabase ingresado en una unidad de psiquiatría? La historia del Señor F puede parecer coyuntural o anecdótica, pero ya Leymann nos explicaba que no lo es:

Es notable la importancia que tiene el sentimiento de violación de derechos en todos los casos que he examinado. Desde el punto de vista psiquiátrico, esta observación es muy interesante. Una experiencia lógicamente justificada de ser gravemente agredido [...], a saber, una lucha por la reparación moral [...] es frecuentemente malinterpretada por los psiquiatras como un signo de paranoia. He observado varios casos en los que la víctima del *mobbing* ha sido objeto de una orden de internamiento obligatorio en un hospital psiquiátrico por estos mismos motivos (por ejemplo, véase Leymann, 1986). Habrá que seguir investigando para encontrar formas de mejorar las anamnesis psiquiátricas de modo que la dimensión social reciba un peso más razonable en el diagnóstico. (Leymann, 1990, 125)

A mi juicio, la respuesta a la pregunta de cómo el Señor F y otros casos acabaron con un internamiento psiquiátrico se encuentra al final de la cita de Leymann y podría resumirse en que la dimensión social no resulta relevante en algunos modelos «psi». Desde esas perspectivas, la violencia grupal persecutoria puede descartarse clínicamente porque únicamente contemplan la percepción del sujeto sobre esas agresiones, que considerarán sobrevalorada o incluso delirante. En nuestro artículo anterior (Martínez-Hernández y Medeiros-Ferreira, 2010) explorábamos las razones de este error diagnóstico y de atribución empezando por estimar

su incongruencia con los datos sobre la asociación entre LMT y la paranoia o trastorno delirante, que es también el diagnóstico más frecuente y a la vez en el que más se expresa la violencia estructural de los sistemas de atención, ya que es el que justifica un internamiento psiquiátrico. Así, en términos poblacionales, observábamos que el LMT suele mostrar tasas medias muy superiores al 3 %, mientras que la incidencia del trastorno delirante es inferior al 0,03 % según la American Psychiatric Association. Los resultados de las investigaciones clínicas tampoco concordaban con la asociación entre LMT y trastorno delirante, pues en diversos estudios los resultados comparativos entre víctimas y trabajadores sin experiencia de LMT expresaban frecuencias de «trastorno paranoide de la personalidad» semejantes entre víctimas y controles (menos del 2 % en ambos grupos) y ningún caso de trastorno delirante. Con ello no queríamos expresar que el trastorno delirante no pudiese producirse en casos de LMT, sino que era un fenómeno residual, como ocurre con las denuncias falsas de abuso sexual. Las incongruencias entre las percepciones de algunos profesionales y los datos nos hicieron pensar que el problema se encontraba en otro lado, concretamente en determinados saberes y prácticas «psi» y en cómo las quejas de los afectados por LMT se estaban interpretando como delirios. En capítulos anteriores ya he debatido sobre el ensimismamiento que generan las culturas «psi» que se fundamentan en un individualismo epistémico. Aquí, de nuevo, ese ensimismamiento emerge para revelarse como injusticia epistémica.

En su libro *Epistemic injustice: power and the ethics of knowing*, Miranda Fricker (2007) distingue entre dos tipos de injusticia epistémica. La primera es la *testimonial*: por prejuicio un oyente atribuye un grado de credibilidad desvirtuada a la palabra de su interlocutor. En este sentido, es una injusticia asociada con la desconfianza en la palabra de alguien por discriminación de género, etnia, discapacidad o por su identidad social que se interpreta como anómala o dañada. Fricker utiliza el ejemplo del londinense Duwayne Brooks, que vio cómo asesinaban a su amigo Stephen Lawrence. Los policías que llegaron al lugar de los hechos trataron a Brooks con recelo, como demostró la investigación policial posterior, pues en lugar de aprovechar su testimonio como guía para registrar la zona, lo menospreciaron por provenir de una persona racializada a la que no dieron credibilidad.

Fricker define la segunda injusticia epistémica como *hermenéutica*, que se forja cuando las experiencias de alguien no son bien comprendidas

—por ellos mismos o por otros— porque no se ajustan a ningún concepto conocido. La autora pone el ejemplo de la expresión *acoso sexual*, una categoría que fue introducida en la década de los setenta para nombrar una experiencia que muchas mujeres habían sufrido en años anteriores, pero que no podían enunciar por no contar con un concepto para ello. Para la autora, la vida de algunas mujeres y grupos marginados es menos inteligible para ellas mismas y para los demás precisamente porque no han gozado de una posición de poder desde la cual elaborar enunciados socialmente aceptados sobre sus experiencias.

En el caso de las interpretaciones que los saberes «psi» basados en un individualismo epistémico llevan a cabo sobre el LMT, ambas injusticias entran a menudo en juego. La testimonial constituye una queja recurrente, como hemos visto, y remite a la falta de credibilidad en las personas acosadas, lo que las lleva en algunos casos a una segunda victimización por parte del sistema sanitario. Por ejemplo, la Señora JM me escribió un correo electrónico hace un par de años donde me explicaba que fue ingresada en una unidad de psiquiatría por «depresión con delirios», pues tal fue la lectura que los profesionales hicieron cuando describió que era una víctima de LMT. Me cuenta que no hicieron ningún caso a sus quejas, sino que su voz fue completamente desautorizada y que no se molestaron en explorar su sentimiento de agravio, sino que interpretaron este como delirante. Ella, como el Señor F, como los casos que nos narran Leymann y otros psicoterapeutas, son voces negadas por algunos subcampos «psi» que no reconocen que los entornos laborales, como las relaciones sociales en general, pueden ser violentos, tóxicos o persecutorios; que pueden favorecer el linchamiento moral y causar sufrimiento. En su lugar, optan por considerar que lo persecutorio responde siempre a una ideación del sujeto como consecuencia de su neuroquímica cerebral o del extravío de su inconsciente, y así amplifican el daño.

Por su parte, la injusticia hermenéutica es también bastante obvia. El LMT era algo no nombrado hasta la década de los ochenta. Como en el acoso sexual o el hostigamiento a las minorías LGTBI o étnicas, se trataba de algo anecdótico, que solo llamaba la atención en circunstancias críticas en las que el daño moral había dejado paso a la violencia física o al suicidio. El LMT se entendía —y todavía se entiende— como una violencia que va o puede ir con el salario. Las personas afectadas no tenían manera de enunciar y denunciar lo que estaban viviendo, con lo cual se trataba de experiencias que debían resignificarse de otra forma, aunque no encaja-

sen en los nombramientos ya existentes, como la explotación o el mero linchamiento, asociado comúnmente con formas extremas de violencia física grupal. Con todo, como en el acoso sexual que nos cita Fricker, la categoría LMT y sus sucedáneos han cambiado el escenario. Por ello, y de forma paradójica, disponemos en el ámbito «psi» de iniciativas que permiten dar sentido y justicia epistémica a las voces de las personas que sufren LMT; así como de experiencias de atención en las que el profesional, por dogmatismo o por falta de formación, se encastilla en los enunciados diagnósticos ya conocidos.

5. EL ECO DEL MUNDO

Un mensaje sin botella

Una tarde de 1991, en un centro de rehabilitación psicosocial de Barcelona —para personas afectadas por esquizofrenia y otros trastornos mentales graves—donde estaba realizando un estudio etnográfico,⁶ Silvio, un paciente del servicio, me entregó un papel arrugado y manchado de café que contenía algunas cartas que decía haber escrito a varios destinatarios. Las cuatro cartas, escritas en mayúsculas, con bolígrafo y de distinta longitud, estaban catalogadas bajo los epígrafes CNP-300/A, CNP-300/B, CNP-300/C y CNP-300/D, y dispuestas en una sola hoja con el logotipo de una marca de leche local. A continuación, reproduzco estas misivas:

Barcelona, 25 de septiembre de 1991

CNP-300/A/PARA JOE LOMANGINO

SE ACERCA FINALES MAYOR VENIDERO, EN QUE TENDRÁ LUGAR LA CURACIÓN DE LOS ENFERMOS, QUE CON FÉ, CURARÁN SEGÚN SE ANUNCIÓ.

SU OFERTA DE SEGUIR CIEGO PARA EL BIEN DE LA HUMANIDAD, ES LOABLE, ES MERITORIA, PERO CON LOS DATOS QUE TENGO SE DEMORARÁ HASTA EL 98 O 99, QUE LA GENTE CON LAS PROMESAS DEL ANTICRISTO VOLVERÁ A LA CORRUPCIÓN ACTUAL. ASI QUE ES NECESARIO ANTE LA PREMURA DE LOS ACONTECIMIENTOS, SEISMOS DE SAN DIEGO Y SOBRETODOL EL DE SANTA BARBARA, EVACUAR ESTA CIUDAD, PUES, POCOS DIAS O HORAS, SEGUIRA EL BIG BANG, HUNDIÉNDOSE, TRAS 30 MINUTOS, EN EL PACÍFICO, SUS SEÑAS, ME LAS PROPORCIONÓ NUESTRO COMÚN AMICO P. BENAC, QUE CONOZCO HACE TIEMP. ES EL BIG BANG.

⁶ Este trabajo de campo tuvo lugar entre 1990 y 1993 en diversas instituciones de la ciudad de Barcelona. Silvio es un nombre ficticio.

FINALIZO, ROGÁNDOLE PERSUADA A ALICE FAYE, Y SOBRE TODO EVACUEN LOS ANGELES LORETTA YOUNG, AMIGA SUYA; GLENN Y PETER FORD. TAMBIEN LA DANESA. LAS SEÑAS DE ESTOS, SE LAS PUEDE PROPORCIONAR EL OBISPO DE ESA FRANCISCO GARMENDIA. EL TELÉFONO QUE TENÍA, CUANDO LE LLAMÉ ERA 212-589-9867. LAS SEÑAS DE RAMON ANDREU ERAN 213-383-8206. AL LADO VERA MIS MISIVAS A GARMENDIA Y RAMON ANDREU. FINALIZO CON UN FUERTE ABRAZO.

POSTDATA: ADJUNTE EN LA SUYA DE CONTESTACIÓN LAS SEÑAS POSTAL DE RAMON ANDREU Y LAS DE GARMENDIA. GRACIAS.

CNP-300/B/TO SANCHEZ VENTURA

QUERIDO AMIGO: EXISTE UN SEÑALADO NEXIALISMO, ENTRE LAS PRISAS QUE TUVISTEIS EN GUADALAJARA TUS AMIGOS Y TU MISMO. CON LAS PRISAS DE DEJAR TODO, QUE DEBEIS DE TENER TODOS, CON EL SEISMO DE STA. BARBARA. UN ABRAZO DE [firma legible con su nombre].

CNP-300/C/PARA RAMÓN ANDREU. S.I.⁷

QUERIDO AMIGO; POR LAS PRECEDENTES CNP PONGO EL TEL. DE GARMENDIA Y DE LOMANGINO 516-385 9022. LE RECUERDO ME REGALO UN ESTAMPA DE SU HERMANO LUIS. DESDE EL CIELO, SU MADRE RECIBIRA CON AGRADO SU INTERES. [Firma con iniciales].

CNP-300/D/AL OBISPO GARMENDIA

RUEGO A SU ILUSTRISIMA SU INTERES. ES UNA INFAMIA, QUE EL 666 FIGURE CON LETRAS DE 20 METROS EN SU TEJADO, SUPERANDO LAS CRUCES DE TODO NEW YORK. DESDE ROCKEFELLER CENTRE RUEGO SU INTERES EN CONTACTAR CON LOS DESTINATARIOS 300/A, 300/B Y 300/C.

QUEDA POCO TIEMPO Y ENTRE OTRAS COSAS, HAY QUE AVISAR URGENTEMENTE; LAUREN BACALL, JACINTA DE GARABANDAL Y SU ESPOSO MARINE-USA Y A DORIS DAY. BESO SU PASTORAL ANILLO. [Firma legible con su nombre].

⁷ SI o SJ son abreviaturas de Societatis Iesu o Societatis Jesu (miembro de la Compañía de Jesús).

Veinticinco años más tarde, mientras revisaba mis documentos de aquella época, volví a encontrarme con los escritos, los cuales me dejaron tan sorprendido como la primera vez que los leí. Sigo pensando en las cartas de Silvio como mensajes de un naufrago; mensajes sin botella «entregados al mar con sus mil caminos, a esa gran incertidumbre exterior a todo» que expresó Michel Foucault en sus escritos sobre la *stultifera navis* (la nave de los locos) (1972, 22). Hoy sigo preguntándome por el sentido de estas cartas, ejemplo de la crisis existencial asociada con los estados psicóticos que se han abordado en una notable bibliografía antropológica,⁸ pero de los que aún sabemos muy poco.

La diversidad de incógnitas sigue confirmando mi propia ignorancia sobre la psicosis y sus manifestaciones típicas; como el delirio, que en sus formas más floridas se presenta como un golpe a nuestro sistema asumido de convenciones. Como señalan Schwartz *et al.* (2005), en la experiencia psicótica se pierden los componentes básicos que permiten tener conciencia del mundo y la persona afectada debe intentar reconstituirlos. El automatismo habitual de la vida psicológica se debilita de tal manera que muchas de las convenciones que se dan por sentadas habitualmente no pueden seguir siéndolo; y el afectado debe reexaminar los fundamentos ontológicos cotidianos más básicos. El resultado es un discurso y un comportamiento que desafía no tanto a la razón, como se ha invocado tradicionalmente, sino al ámbito más cotidiano del sentido común. De ahí la combinación de extrañeza y desasosiego que nos produce la lectura de estas cartas.

Sin embargo, con el tiempo, el desasosiego decae, al igual que nuestra capacidad de sorprendernos. En otras palabras: para responder a nuestra inquietud, lo más fácil es que observemos las cartas de Silvio como mensajes enfermos y desautorizados, y que su autor se convierta en el sujeto de un monólogo en el que terapeutas, familiares y ocasionalmente etnógrafos, como quien esto escribe, acaben encontrando lo que buscaban: la sinrazón, la alteridad, la extrañeza o, a través de la lente clínica, las categorías

⁸ La bibliografía sobre antropología y esquizofrenia es extensa y su revisión excede el alcance de este texto. He tratado ampliamente esta bibliografía en otros textos (Martínez-Hernández, 1998, 2000). A modo de ejemplo, véanse trabajos seminales como las etnografías de Corin (1990), Estroff (1985), Jenkins (2015), Jenkins y Carpenter-Song (2008), Rhodes (1984) y Van Dongen (2004); también los trabajos sobre esquizofrenia y subjetividad (Jenkins y Barret, 2004), sobre el pronóstico de la esquizofrenia (Good *et al.*, 2010) y el trabajo de reflexión de Kleinman (1988b).

diagnósticas como nociones de verdad. Un tipo de verdad que, podríamos decir, tomando prestado el concepto de institución total de Goffman (2017), suele acabar generando una idea de *paciente total* o la reducción del afectado a una categoría diagnóstica (Martínez-Hernández *et al.*, 2020a; Correa-Urquiza, 2013). Personas como Silvio son náufragos a la deriva de cualquier isla social que les pueda ofrecer un amarre y no los deshumanice ni los convierta en una simple categoría diagnóstica. Son sujetos capturados en lo que Terradas (1992) ha definido como *antibiografía*: el silencio, el vacío y el caos que una civilización ha proyectado sobre una persona, haciéndola convencionalmente insignificante. Ahora bien, ¿por qué estos mensajes no pueden tener una botella para surcar los océanos, aunque solo sea aceptando la (neuro-)diversidad de Silvio en la escena social? No tengo una respuesta infalible a esta pregunta, pero sospecho que un enfoque fenomenológico más sensible que revele sus cartas no como narraciones enfermas, sino como relatos de su lucha para seguir habitando el mundo, podría ser una modesta botella para este tipo de mensajes. Ese es el principal objetivo de este capítulo; pero ¿por qué ahora, casi treinta años después?

Debo admitir que solo recientemente me di cuenta de mi prejuicio al anticipar la completa ilogicidad de las cartas de Silvio cuando, por pura curiosidad, busqué en internet los nombres de los destinatarios y, uno a uno, aparecieron como un mosaico de vidas entrelazadas. Todo un contexto cultural había escapado a mi mirada etnográfica, más centrada en anticipar la sinrazón que el mundo vital de Silvio. Así, este capítulo es también un acto de reparación tardía de mi ineptitud etnográfica. En ese sentido, es también un texto de reflexividad retrospectiva sobre lo que se puede o no se puede hacer con aquellas narraciones de mis informantes que no pude comprender adecuadamente y que respondí con una objetivación que los deshumanizó. Si Lispector escribió: «Escribo como si fuera a salvar la vida de alguien. Probablemente mi propia vida» (2020, 11), aquí escribo para ofrecer un medio de difusión a los mensajes de Silvio y para «salvarme» a mí mismo como etnógrafo.

Una lectura sin vida

Conocí a Silvio unos meses antes de que me entregara las cartas, durante mi trabajo de campo en la primavera del mismo año, 1991. Al igual que los demás usuarios del centro de rehabilitación psicosocial, su vida transcuro-

rría bajo la lógica del «paciente total», normalmente complementada por el fenómeno asociado de la «terapia total», ya que en ese contexto toda actividad se concebía o diseñaba con un objetivo terapéutico. El problema era que, si toda acción tenía que ser terapéutica, la persona nunca podía desprenderse de su condición de paciente. Todo se organizaba en el centro para recordar a los usuarios de forma implacable su condición de personas diagnosticadas con un trastorno mental grave. Recuerdo a Silvio como un hombre corpulento, con minusvalías derivadas de las secuelas de un anterior intento de suicidio; lo veo montando rotuladores en lo que parecía una improvisada cadena de producción. Por el trabajo recibía un pequeño estipendio, no mucho, pues ya se entendía que la finalidad de la actividad era la omnipresente terapia. Esa era la rutina de la mañana. Por las tardes, se hablaba de la compra en el supermercado, del precio de las cosas, de la vida en casa, de las relaciones con los padres y los cuidadores. El centro de rehabilitación era un patio trasero de vidas rotas, o un «aparcamiento para locos», como decía Javier, otro paciente. Recuerdo a Silvio participando en aquellas charlas, ensimismado, víctima del tedio, y arrastrando sus palabras poco a poco, probablemente como consecuencia de la medicación.

Algunos de los pacientes del centro estaban ansiosos por narrar sus experiencias; otros hacía tiempo que se habían replegado en el ensimismamiento. Silvio pertenecía a este último grupo. Era parco en palabras y a menudo lacónico; debido a esta dificultad de comunicación, no fue uno de mis principales informantes. Entrevistarle suponía enfrentarse a largos silencios para obtener tras la espera una respuesta inesperada —una no respuesta— que finalmente era una respuesta —su respuesta— pero que yo no sabía cómo asimilar o manejar. Por eso guardo pocas notas de nuestros encuentros. Cuando le preguntaba por el contenido de las cartas, la respuesta más frecuente era repetir las advertencias, como quien dicta una carta a un ayudante, un comportamiento que probablemente observó en algún miembro de su familia o en la televisión, quién sabe; pero que en cualquier caso estaba en sintonía con la catalogación burocrática de las misivas bajo epígrafes como CNP-300/A, CNP-300/B, CNP-300/C y CNP-300/D. Nunca pude averiguar a qué se referían estas rúbricas. Después de los automatismos, la mayoría de las veces se quedaba en silencio, más calmado.

No obstante, sí sé algunas cosas. Sé que sufrió una experiencia aterradoramente de alucinaciones auditivas que le ordenaron acabar con su vida. También sé que procedía de una familia acomodada y católica, y que había tenido una infancia aparentemente protegida y sin privaciones. En las

diversas conversaciones que mantuve con los profesionales del centro, su vida y sus cartas quedaron eclipsadas por otros datos aparentemente más importantes y asociados a su trastorno. «Es un paciente muy delirante, que suele entrar en mutismo», «Desde que se le aumentó la medicación está más tranquilo», «Su *forclusión* no le permite sostener un vínculo con un otro»; estas eran frases convencionales del manejo cotidiano del sufrimiento mental, ya se sostuvieran en perspectivas conductuales y biomédicas o en el psicoanálisis lacaniano tan en boga en la época. El mismo tipo de información se destilaba del informe clínico, pero ¿cuál era exactamente el contenido del delirio de Silvio? ¿Por qué estaba a menudo en mutismo? ¿Hasta qué punto era cierto que no podía mantener un vínculo con un otro? ¿No sería, tal vez, que el problema era que no nos interesaba su mundo vital, porque en el fondo lo que nos importaba era el código del trastorno, el lenguaje del inconsciente, la estructura de la psicosis y tantas otras objetivaciones? De hecho, yo también estaba atrapado en el refugio de la objetivación. Mi atención inicial a sus cartas fue como la del botánico que descubre un nuevo espécimen. En ellas podía poner a prueba mi hipótesis estructuralista sobre el lenguaje en la psicosis, con su eje paradigmático desenfrenado que forzaba falsas metáforas, ya que estas eran prisioneras de su literalidad (Martínez-Hernández, 1998). De este modo calmaba y canalizaba mi desasosiego de no saber qué significaban esas cartas, que probablemente no son cartas porque, que yo sepa, nunca se enviaron; pero ¿qué son entonces?

En el análisis que realicé en mi publicación de los años noventa (Martínez-Hernández, 1998), concluí que las misivas de Silvio eran un ejemplo de la insólita inverosimilitud que articula el discurso delirante; una inverosimilitud que no sigue las formas convencionales de construcción ni de la realidad ni de la ficción. Aplicando un modelo basado tanto en el conflicto de interpretaciones de Ricoeur (1969) como en los límites de la interpretación de Eco (1992), propuse tres lecturas fallidas de las cartas que resumo a continuación.

PRIMERA LECTURA

La inverosimilitud de estas cartas no parece corresponder a una producción cultural como los mitos o las leyendas, por ejemplo, que usualmente incluyen una antología de personajes, seres y acontecimientos fantásticos

que pueblan la tierra. A diferencia de estas fabulosas creaciones culturales que adquieren el estatus de realidad compartida (como los centauros o los unicornios) el texto de Silvio es idiosincrásico, ya que mezcla fragmentos culturales y personajes reales a partir de una lógica subjetiva que acaba por desbaratar tanto lo ordenado como el ordenamiento mismo. No parece mostrarse en ellas, por tanto, una lógica de lo concreto como la que definió Lévi-Strauss (1997, 2002, 2014) para el pensamiento mitológico; tampoco se asemejan a las producciones de un «*bricoleur* del espíritu» que utiliza retazos y remedos simbólicos que pueden adquirir cierta condición de realidad social compartida. Más bien parecen elaboraciones de un *bricoleur* solitario que, con gran sufrimiento, compone, descompone y recompone una disposición de símbolos, signos y retazos de relatos culturales.

SEGUNDA LECTURA

La inverosimilitud que se percibe en estas cartas tampoco parece corresponder al tipo de estrategias de representación característica de los mensajes en clave y lo códigos ocultos (Eco 1992). Por ejemplo, imaginemos por un momento que, cuando Silvio habla de evacuar a Loretta Young, Glenn y Peter Ford y la danesa de Santa Bárbara, se está refiriendo a un grupo de activistas políticos en la clandestinidad de Barcelona que deben abandonar la ciudad para evitar la redada de la policía, expresada aquí como el «terremoto de Santa Bárbara». Por la misma razón, podríamos especular que el terremoto ya acontecido de San Diego podría indicar una redada que ya tuvo lugar. El obispo Garmendia podría referirse al coordinador o enlace entre esta supuesta organización política y las personas (Loretta Young, Glenn y Peter Ford, etc.) a las que hay que avisar urgentemente porque «queda poco tiempo», alias de activistas de la misma red. De hecho, podríamos considerar una interpretación del texto en términos de un desciframiento de su código oculto. No obstante, hay un problema de fondo que impide esta interpretación o, al menos, la hace prácticamente inviable: Silvio no es un activista político, ni alguien a quien busque la policía ni está en contacto con una red de personas con alias como Lomangino u Obispo Garmendia. En definitiva, el contexto invalida esta lectura.

TERCERA LECTURA

Una alternativa a las hipótesis de la fábula cultural y del mensaje codificado es que el texto de Silvio sea simplemente una creación narrativa, una representación literaria creada para el entretenimiento. Los pasajes más incomprensibles podrían, incluso, interpretarse como el resultado de algún artificio narrativo ideado por el autor, en la misma línea de obras literarias como *Finnegans Wake* (2015), de Joyce, que no solo destilan ficción, sino también inaccesibilidad. Sin embargo, esta hipótesis de la obra de ficción tiene algunos obstáculos. Uno de los postulados básicos de esta teoría no se cumple: Silvio dice que el texto corresponde a una realidad de su propia experiencia, no a una narrativa de ficción. Todos los acontecimientos y personajes citados forman parte de su existencia y de sus certezas. Afirma e insiste en la autenticidad de lo escrito en estas cartas y no se le ocurre que puedan interpretarse como metáforas, mensajes codificados o historias ficticias. Su significado literal es el correcto; y a menudo se enoja ante cualquier expresión de incredulidad.

En realidad, las tres lecturas me condujeron más a definir lo que no son estas cartas que a lo que realmente son. Probablemente, la única interpretación que escapa a la definición por descarte es la del *bricoleur* solitario, a la que volveré más adelante. En general, apenas explicitan la paradoja de que la experiencia de Silvio, aunque intensamente sentida y vivida por él, es inverosímil para los demás. Ciertamente, el discurso delirante es bastante opaco a la interpretación y, como señala Jenkins (2015), es probable que la experiencia psicótica sea tan incomprensible para los no afectados como para los afectados. Sin embargo, al limitar mi análisis a la dimensión formal del lenguaje, estaba predeterminando mi interpretación, a la vez que contribuyendo a achicar el contenido existencial de la experiencia de Silvio. En el fondo, estaba alimentando la idea de una alteridad radical que lo deshumanizaba y cosificaba. Por esa razón, mi primera aproximación a sus cartas fue una lectura sin vida; también una lectura sin mundo.

Un mundo entrelazado

En mis lecturas anteriores, apenas pude integrar el mundo de Silvio, su mundo, que parecía desmoronarse y que le urgía a advertir de tal catástrofe a destinatarios desconocidos que ni me molesté en identificar. Solo

veinticinco años más tarde me di cuenta de que todos esos personajes habían tenido una vida entretendida por un suceso asombroso que comenzó el 18 de junio de 1961 en el pequeño pueblo de San Sebastián de Garabandal (más conocido simplemente como Garabandal), en la región de Cantabria, en el norte de España. Allí, a las ocho y media de la tarde de aquel domingo, cuatro niñas de once y doce años, Conchita González, Jacinta González, María Dolores (Mari Loli) Mazón y María Cruz González —la segunda nombrada en las cartas de Silvio— estaban «cogiendo» (hurtando) manzanas de un árbol propiedad del maestro de escuela en las afueras del pueblo. Al rato se dirigieron a un camino rocoso llamado *La Calleja*, entre el pueblo y un promontorio conocido como *Los Pinos*. Mientras mordisqueaban las manzanas, oyeron una explosión que sonó como un trueno, aunque el cielo estaba despejado (Saavedra, 2017, 33; García de la Riva, 2016, 29; González y Daley, 1983). Entonces, Conchita entró en éxtasis con los ojos fijos en el cielo. Cuando las otras niñas, asustadas por este inesperado estado, se disponían a ir a su casa para informar a sus madres, también entraron súbitamente en trance. Frente a ellas había aparecido un ángel que las niñas identificaron más tarde como San Miguel Arcángel. Esta primera aparición fue breve, pero no pasó desapercibida para los vecinos de este pueblo de montaña de apenas 300 habitantes (García de la Riva, 2016).⁹

El ángel siguió apareciéndose y habló por primera vez a las niñas el 1 de julio de ese mismo año. Sonriendo, les dijo: «He venido a anunciaros una visita de la Virgen, bajo la advocación de Nuestra Señora del Carmen, que se os aparecerá mañana, domingo». Para entonces, la noticia se había extendido como la pólvora entre los pueblos de los alrededores de Garabandal, de modo que el 2 de julio de 1961 una gran multitud de personas acudió al lugar habitual de las apariciones a las 6 de la tarde. Las niñas relataron que primero apareció una luz brillante, seguida de la Virgen flanqueada por dos ángeles. Seguidamente hablaron con la Virgen sobre su vida cotidiana en el pueblo. Conchita, que desde el principio se destacó junto a Jacinta como líder de las niñas videntes, dijo que era como hablar con su madre después de que esta hubiese estado ausente

9 La bibliografía antropológica sobre las apariciones de Garabandal es escasa. Véanse los trabajos de Christian (1973, 1989), Sjöström (2010) y Roscales Sánchez (1999). Desde una perspectiva religiosa y teológica, véanse Roman-Bocabeille (1988), García de Pesquera (2004), Juliani y Morencos (1999), García (1980) y García de la Riva (2016).

durante un largo viaje (González, 1963). El 4 de julio, la Virgen reveló un mensaje a las niñas, pero les advirtió que no lo hicieran público hasta el 18 de octubre.

A finales de julio de 1961, las apariciones se producían al menos una vez al día y duraban entre diez minutos y varias horas. Las niñas sentían una «llamada» interior e iban raudas al encuentro. En agosto, cambiaron sus posturas corporales y sus *modos somáticos de atención* (ver Csordas, 1993): se arrodillaban, inclinaban la cabeza hacia atrás con fuerza hasta tocar el suelo con un golpe compacto o caían unas sobre otras formando figuras caprichosas. También empezaron a marchar extáticamente dentro y alrededor del pueblo mientras mantenían la mirada fija en el cielo, sin tropezar.¹⁰

Durante las apariciones, era habitual ofrecer a la Virgen objetos religiosos como rosarios, relicarios, medallas, crucifijos y alianzas para que los besara y bendijera. La gente entregaba esos objetos en la casa de una de las niñas el día anterior y durante el éxtasis estas se los ofrecían a la Virgen para que los bendijera. Según los informes de algunos participantes, las chicas devolvían el objeto a su dueño sin equivocarse nunca. Algunos de los propietarios lloraban de emoción; otros se desmayaban. Se calcula que más de mil objetos se bendijeron durante los casi cuatro años que duraron las apariciones (Garabandal Journal, 2018).

RAMÓN (Y LUIS) ANDREU

Entre los numerosos clérigos (más de 1000) que acudieron a Garabandal para conocer de primera mano los acontecimientos, destaca la visita de Luis Andreu, quien era un joven en la treintena que tenía seis hermanos, cuatro de ellos jesuitas como él, incluido Ramón Andreu, que estuvo presente en las apariciones junto a su hermano Luis y al que Silvio dirige una de sus cartas. En su primera visita, los sacerdotes Luis y Ramón se habían mostrado escépticos sobre la naturaleza de las apariciones; sin embargo, el 8 de agosto, el primero hizo otra visita al pueblo mientras el segundo estaba en Valladolid. Ese día, al caer la noche, Luis se encontraba entre la multitud que observaba a las niñas en éxtasis. De repente, su rostro

10 Algunas fotos y vídeos de las videntes pueden verse en estos enlaces:< <https://www.garabandal.it/en/multimedia/photo-album/category/31-the-girls>> [consultado el 6 de septiembre de 2021].

se transfiguró y gritó «¡Milagro!» cuatro veces: había presenciado con las niñas la aparición de la Virgen. Más tarde, esa misma noche, en su viaje de regreso dijo: «Estoy lleno de felicidad [...]. Las niñas nos han dado un ejemplo de cómo tratar a la Virgen. Para mí no hay duda. ¿Por qué nos habrá elegido la Virgen? Hoy es el día más feliz de mi vida». Luego tosió, inclinó la cabeza y falleció con 36 años.

Por su parte, Ramón fue el autor de uno de los informes encargados por la diócesis de Santander sobre las apariciones; y se convirtió en uno de los defensores de su condición sobrenatural. Ramón había observado a las niñas videntes recitando el avemaría en «perfecto griego clásico» mientras estaban en trance, por lo que un día él les pidió que lo volvieran a recitar en esa lengua mientras estaban en su estado ordinario. Las niñas rieron y dijeron que no sabían griego, y que había sido el espíritu del padre Luis quien les había referido esa oración palabra por palabra desde el cielo (Diario de Garabandal, 2018).

Cuando supe de esta fascinante historia, entendí que ese es el contexto en el que debía haber ubicado la carta de Silvio a Ramón Andreu, en la que evoca un encuentro previo, real o imaginado, en el que el sacerdote le entregó una estampa de su hermano Luis, quien, por otra parte, puede ser considerado el quinto vidente de Garabandal. Sin embargo, escrita con una sintaxis singular y fragmentada, la carta no menciona la posible conexión entre Ramón y Jacinta de Garabandal cuando sus vidas se cruzaron en Los Ángeles: el primero por ser trasladado de Centroamérica a esta ciudad californiana en 1971, donde permaneció hasta el fin de sus días; la segunda por mudarse a esa ciudad tras su matrimonio con Jeffrey Moynihan, el «U. S. marine» también mencionado en las cartas de Silvio. El escrito termina con un misterioso «DESDE EL CIELO, SU MADRE RECIBIRA CON AGRADO SU INTERES», probablemente instando a Ramón Andreu a hacer caso de sus advertencias, al igual que este hizo con las de las niñas.

JOEY LOMANGINO

Como habían anunciado las chicas, el 18 de octubre de 1961, en *Los Pinos*, leyeron en voz alta el mensaje de la Virgen: «Debemos hacer muchos sacrificios, hacer mucha penitencia y visitar el Santísimo Sacramento con frecuencia, pero primero debemos llevar una vida buena. Si no lo hace-

mos, nos caerá un castigo. El cáliz ya se está llenando y, si no cambiamos, nos llegará un castigo muy grande».

Durante 1962, las niñas tuvieron visiones periódicas. En una de ellas, le pidieron a la Virgen que obrase un milagro para convencer a la multitud de las apariciones, a lo que esta respondió que un día, cuando Conchita comulgara del ángel, la hostia se materializaría y sería visible en la boca. Conchita contestó que eso sería un pequeño milagro (*milagruco*, en dialecto cántabro), ya que consideraba que la hostia que habitualmente recibía del ángel era siempre material y por tanto visible. Así, y tras avisar con quince días de antelación, el 18 de julio de 1962 —efemérides del Alzamiento Militar, el golpe de Estado del franquismo contra el Gobierno legítimo de la Segunda República Española— cientos de personas acudieron a presenciar el milagro. Muchos de los presentes abandonaron el lugar con frustración tras una larga espera, pero antes de la 1 de la madrugada del 19 de julio, Conchita salió de su casa en trance, dobló la esquina y cayó de rodillas en la calle. Sacó la lengua y los testigos cercanos afirmaron que su boca estaba vacía. De repente, una hostia blanca y brillante se le materializó en la lengua. Alejandro Damians inmortalizó la escena con su cámara.

En enero de 1963, Mari Loli, Jacinta y Mari Cruz ya no tenían visiones. Conchita siguió experimentándolas, pero con menos frecuencia. Ese mismo año, Conchita anunció que después de Juan XXIII solo habría tres papas más y que entonces llegaría el fin de los tiempos, aunque no el fin del mundo. También fue el año en que llegó a Garabandal otro de los destinatarios de las cartas de Silvio: Joey Lomangino.

Nacido en Nueva York, Joey Lomangino había perdido la vista y el olfato en un accidente en 1947, cuando tenía 16 años. En 1961, siguiendo la recomendación de su médico de tomarse unas vacaciones en Europa, fue a visitar a un tío al sur de Italia. Una vez en Europa, y procediendo al consejo del padre Pío —un capuchino franciscano italiano con llagas (estigmas) en pies y manos que era considerado un santo viviente—, Lomangino realizó la primera de varias visitas a Garabandal y conoció a las jóvenes videntes (Lomangino, 1996; González y Daley, 1983). Tras su regreso a Nueva York, Lomangino recibió una carta de Conchita escrita el 19 de marzo de 1964:

Día de San José, 1964. Querido Joey, hoy en una locución en los Pinos, Nuestra Señora me dijo que te dijera que la voz que oíste era la suya. Que recibirás ojos nuevos el día del gran milagro. También me dijo que la casa de caridad

que fundarás en Nueva York dará gran gloria a Dios. Conchita González. (Lomangino 1996; González y Daley, 1983)

La carta de Silvio a Lomangino también menciona que este recuperará la vista, aunque el autor profetiza que tardará hasta el año 98 o 99, imitando la autoridad vidente de Conchita sin nombrarla. En esa misiva, Silvio combina inesperadamente una sintaxis típica de las cartas comerciales con advertencias sobre curaciones y terremotos que afectarán a varias ciudades californianas, entre ellas Los Ángeles. Le ruega a Lomangino que persuada a varias celebridades de Hollywood para que se pongan a salvo, como Loreta Young, a quien Silvio atribuye una relación de amistad con Lomangino. No he encontrado ningún registro de esta relación, pero es posible que Silvio haya obtenido (no necesariamente imaginado) esta información de su constante exposición a las actividades católicas durante el régimen de Franco. Loretta Young y Joey Lomangino fueron fervientes partidarios de la Cruzada del Rosario en Familia, una campaña mundial fundada por Patrick Peyton, un sacerdote irlandés-americano. La tal Cruzada recibió financiación y apoyo de la CIA en América Latina como instrumento en la guerra contra el comunismo; y organizó concentraciones de oración en todo el mundo, incluida la Barcelona de Silvio, que en 1965 reunió a casi 800 000 fieles en rezo simultáneo.

Hasta su muerte el 18 de junio de 2014, Lomangino difundió con entusiasmo la existencia de las apariciones de Garabandal y en 1968 fundó la organización Los Trabajadores de Nuestra Señora del Monte Carmelo, con el propósito de difundir su mensaje a todo el mundo. De hecho, Lomangino fue uno de los principales exégetas de las apariciones de Garabandal. Por ejemplo, unos años antes de su muerte (2009), trató de poner orden en los mensajes de las niñas, especialmente en la confusión generada en el público entre el Aviso y el Gran Milagro que Conchita anunció en 1965.

En enero de 1965, Conchita había entrado en éxtasis durante dos horas en *Los Pinos*, durante las cuales la Virgen le reveló un aviso como el que Silvio anunciaba en sus cartas: un fenómeno especial ocurriría en el cielo y lo iban a sentir todos en la tierra, sin importar la religión o el estatus social. Nadie escaparía a él. En algún momento, todo se suspendería y todos verían el mal que habían hecho y el bien que habían dejado de hacer. Sería muy doloroso. El Aviso serviría de purificación para corregir la conciencia del mundo y prepararlo para el Gran Milagro, que ocurriría en *Los Pinos* un jueves a las 20:30 horas entre el 8 de marzo y el 16 de abril o

mayo, pero nunca el 7 o el 17. De hecho, Conchita afirmó conocer la fecha e informó que la anunciaría al mundo con ocho días de antelación. Según su testimonio,¹¹ coincidirá con un gran evento de la Iglesia Católica. Todos los habitantes del pueblo lo verán. Los enfermos se curarán. Los pecadores se convertirán y los incrédulos creerán. Como resultado del Gran Milagro, Rusia se convertirá. Entonces, un signo sobrenatural permanecerá hasta el final de los tiempos.

OBISPO GARMENDIA

El 13 de noviembre de 1965, la Virgen se apareció a Conchita y le dijo: «Esta será la última vez que me veas» (García de la Riva, 2016). Los años siguientes serán un periodo de confusión para las jóvenes videntes. Conchita y el resto de las muchachas iniciarán un periodo de dudas sobre la veracidad de sus visiones que, según ellas, ya había sido anticipado por la Virgen. Las chicas se enfrentarán a una avalancha de gente ansiosa por escuchar sus testimonios. Serán tratadas como santas vivientes y las multitudes acudirán a tocarlas, a interrogarlas, a pedir su intercesión por causas diversas. Esta situación de asfixia social llevará a las jóvenes a buscar nuevos horizontes.

A través de María Saraco, otra testigo y promotora del fenómeno de Garabandal en Estados Unidos, Mari Loli fue a vivir a Massachusetts en 1972. Ese mismo año, Conchita se instaló en Nueva York con el apoyo del doctor Jerónimo Domínguez, médico español y activista católico que se presentó a la alcaldía de Nueva York en 1981 como candidato del Partido del Derecho a la Vida, y también del obispo Garmendia, otro de los destinatarios de las cartas de Silvio. De hecho, Francisco Garmendia Ayestarán fue destinado en 1975 a la archidiócesis de Nueva York y, posteriormente (1977), lo nombraron obispo. Fue párroco de la iglesia de Santo Tomás de Aquino en el Bronx y continuó ejerciendo como obispo auxiliar hasta su renuncia en 2001. Falleció en 2005 y, según el *Bronx Times* del 29 de junio de 2011 (Signorelli, 2011), la esquina de Fairmount Place y Crotona Parkway pasó a llamarse oficialmente *Bishop Francisco Garmendia Place*.

11 El segundo mensaje, leído por la propia Conchita, puede verse en este vídeo: <https://www.youtube.com/watch?v=z3g7XcgkKEw&t=74s&ab_channel=MariaForMary> [consultado el 6 de septiembre de 2023].

Como sabemos, la carta de Silvio a Garmendia vuelve a advertir sobre el inminente terremoto de Santa Bárbara e insiste en la necesidad de evacuar a Lauren Bacall, Jacinta de Garabandal y su marido, el marino estadounidense, así como a Doris Day. Es difícil no identificar ese mundo que se desmorona con el yo de Silvio; de ahí quizá su denodado intento de mediar en un mundo de vidas interconectadas por las apariciones de Garabandal. A pesar de su automatismo embotado, escribía y repetía las advertencias, recomponía el mundo con retazos de aquí y de allá, como cuando le cuenta a Garmendia su indignación por la existencia de un enorme 666 en el Rockefeller Centre, que es más alto que todas las cruces de Nueva York. Probablemente, Silvio se refería al 660 de la Quinta Avenida (antes 666 de la Quinta Avenida), construido en 1957 y situado en el centro de Manhattan. El edificio fue diseñado con la numeración 666 blasonada en la parte superior, la cual se retiró en 2002. No sé si Silvio supo de ello, pero, en cualquier caso, en los años noventa el diabólico 666 representaba la amenaza de una catástrofe inminente que se cernía sobre su mundo vital.

FRANCISCO SÁNCHEZ-VENTURA

Las cuatro videntes rehicieron sus vidas lejos de Garabandal, aunque siguieron visitando el pueblo algunos veranos. Mari Cruz es la única que se quedó en España, en Avilés. En 1984 hizo unas declaraciones al diario *El País* en las que decía: «Nunca vi a la Virgen en Los Pinos ni a ningún personaje celestial. Creo que, si aquella tarde del 18 de junio Conchita no hubiera estado con nosotras, la historia no se habría montado» (Gijón, 1984). Según Mari Cruz, Conchita incitó a las otras muchachas y las convenció de que habían visto un ángel. Bajo una gran presión social, las niñas prolongaron las apariciones durante tres años: «Se nos acosaba para que viéramos al ángel y luego a la Virgen, y aquellos fanáticos no se detuvieron hasta tener redactado incluso un mensaje, como había acontecido siempre en otras apariciones, como en Lourdes o en Fátima». Más tarde se retractó de estas declaraciones en una entrevista por carta realizada por la madre María de las Nieves García, en la que reafirmó de nuevo la veracidad de las apariciones (González y García, 2005).

Independientemente de que las visiones de las niñas fueran vividas o lo fueran solo por una de ellas que sugestionó al resto o que se tratase

de una especie de *folie à quatre* (o *à cinq*, si incluimos a Luis Andreu), el reconocimiento social de su veracidad fue considerable en el contexto de una España franquista cuyos dirigentes entendían el catolicismo como una herramienta de propaganda en la guerra contra los grupos prodemocráticos —entonces en el exilio o en la clandestinidad; y deliberadamente demonizados como el «demonio rojo»—. Algunos elementos de esta historia de apariciones, como la coincidencia de la fecha del *milagruco* (18 de julio) con el Alzamiento Militar y la profecía de que Rusia se iba a convertir, sugieren que las niñas encarnaban un determinado mundo político y moral. No sé si las chicas fueron guiadas explícitamente para decir lo que dijeron; en cualquier caso, no era necesario. Ellas ya habían interiorizado un modelo de mujer católica entregada al régimen.

No obstante, la historia tiene matices. Desde el principio de las visiones, la posición oficial de la Iglesia católica fue ambigua, probablemente derivada de las tensiones entre los defensores del Concilio Vaticano II y el sector conservador contrario a tal reforma, asociado en su momento, y también hoy, al garabandalismo. Conchita fue llamada a Roma en dos ocasiones para que la interrogara el Prefecto de la Congregación para la Doctrina de la Fe; y recibió la bendición del Papa. Los dos informes sobre los sucesos llegaron al veredicto de que no se había establecido la sobrenaturalidad de los hechos (*no constat de supernaturalitate*). Sin embargo, varios creyentes consideraron que el relato era totalmente auténtico. Entre ellos, los ya mencionados Ramón Andreu, Joey Lomangino y el obispo Garmendia; pero también muchos otros, como la mística francesa Marta Robin, Santa Teresa de Calcuta, que fue madrina de la tercera hija de Conchita, y el ya mencionado padre Pío. También el padre Benac, misionero jesuita en la India, que se entrevistó con Jacinta en Los Ángeles y al que también se refieren las cartas de Silvio; así como el último de los destinatarios de sus cartas, Francisco Sánchez-Ventura, no mencionado hasta ahora.

Sánchez-Ventura fue abogado, profesor de economía y activista contra el Concilio Vaticano II. En la carta que Silvio le dirige, este habla hermeticamente de un marcado «nexialismo»; término que según mi hipótesis puede referirse al utilizado por Alfred Elton van Vogt en su novela de ciencia ficción *El viaje del Beagle espacial* (2008) para definir la ciencia de la antiespecialización o la ciencia del «whole-ismo aplicado». Es probable que hubiese leído el libro o escuchado esta palabra en casa; poco puedo decir al respecto. Lo que sí puedo decir es que Sánchez-Ventura fue uno de

los principales divulgadores de los sucesos de Garabandal, sobre los que escribió varios libros, entre ellos, *Las apariciones no son un mito: Garabandal* (Sánchez-Ventura, 2000).

El eco del mundo

Cuando conocí a Silvio en los noventa, ignoraba por completo la existencia de las apariciones de Garabandal, aunque mi familia materna también es del norte de España. Para muchos de mi generación, que nacimos en España o en el exilio durante el franquismo, se trataba de historias que evitar, pues eran relatos con los que simplemente no empatizábamos debido a la connivencia de la Iglesia católica con el régimen de Franco. Además, en la década de los noventa todavía no había aparecido Google. Solo recientemente me di cuenta de este punto ciego en mi lectura de las cartas de Silvio y de mi prejuicio al anticipar la completa ilogicidad de sus misivas. Fascinado por el descubrimiento de este mundo de apariciones, jóvenes videntes, profecías y personajes singulares, en el verano de 2019 fui a Garabandal con mi esposa para iniciar una investigación etnográfica. Irónicamente, Garabandal se me había «revelado» como un nuevo tema de investigación; pero esa es otra historia. La pregunta pertinente aquí es ¿por qué Silvio no pudo habitar el mundo como un personaje más del fenómeno de Garabandal cuando sus misivas incluían la profecía de un desastre que reproducía esta fascinante historia de apariciones?

A diferencia de las niñas, Silvio nunca pudo rehacer su vida ni habitar un lugar social que le permitiera aliviar su condición de enfermo mental. Es curioso cómo alguien puede ver un unicornio o un ángel y defender su existencia extrafábula, y, sin embargo, no acabar en el barco de los locos por ello, siempre que la experiencia sea aceptada o compartida. En mis primeras lecturas de las cartas de Silvio, concluí que el delirio se establecía en una curiosa conjunción entre lo inverosímil y lo biográfico, ya que Silvio vivenciaba lo aparentemente imposible como real. Sin embargo, este criterio también lo cumplen las videntes de Garabandal. Durante años, las niñas de Garabandal tuvieron visiones de la Virgen que, según sus relatos, llegó a jugar al escondite con ellas. Cuatro niñas jugando al escondite con la Virgen en las montañas de Cantabria puede parecer tan inverosímil como la escena de Alice Faye, Loretta Young y Glenn Ford evacuando Los Ángeles tras la advertencia de Silvio. Sin embargo, las chicas de Garabandal contaron con el respaldo institucional de una comunidad y de algunos

sectores de la Iglesia católica —probablemente porque les resultaba estratégico en la época del Concilio Vaticano II y de la Guerra Fría— y sus voces no se desautorizaron ni se abandonaron a la encrucijada de la locura. Las cuatro chicas fueron capaces de vencer la incredulidad de algunos de sus compatriotas y de otros muchos en diferentes países. Su agencia o capacidad de acción no fue apagada, como ocurrió con Silvio. Ellas fueron —y siguen siendo— la voz de un mundo.

En mi opinión, hay un concepto fenomenológico que puede arrojar luz sobre ciertas diferencias entre el caso de las niñas videntes y la experiencia de Silvio. Me refiero al concepto de *crisis de presencia* (*crisi della presenza*) acuñado por Ernesto De Martino, figura de la antropología italiana y pionero de la antropología fenomenológica y existencial (De Martino, 1959, 2000, 2002, 2004). En síntesis, la crisis de presencia es la posibilidad de no ser que se representa en la pérdida de la capacidad de acción sobre el mundo objetivo, de manera que el yo es actuado por el mundo (*essere-agito-da*) más que actuar por sí mismo, y pierde así su agencia. La crisis de la presencia describe la fragilidad frente a un mundo que colapsa al ser, mostrando una indeterminación entre la presencia¹² y el mundo, una difuminación de sus límites (De Martino, 2004, 103-104). Para De Martino, una de sus expresiones es el caso del *latah*, un *culture-bound syndrome* caracterizado por un estado disociativo con ecolalia, ecomimia y ecopraxia. En los afectados por *latah* no asistimos, según De Martino, a una representación del mundo, sino a un mundo que invade la presencia, de manera que el sujeto no simboliza verbalmente ni con su gestualidad el murmullo del viento que agita las hojas de un árbol, sino que *se siente* el murmullo mismo del viento que agita las hojas del árbol (De Martino, 2004, 136-137). En síntesis, podemos decir que la crisis de la presencia es la amenaza de perder la distinción entre sujeto y objeto, entre pensamiento y acción, entre representación y juicio. Es el grito de quien se tambalea al borde del abismo; «es la angustia de no ser en una historia humana» (De Martino, 2000, 31).

Es evidente que la crisis de presencia no muestra la misma fenomenología en ambos casos. Los éxtasis de las niñas videntes fueron siempre

12 Según De Martino, la presencia es el *esserci*, una especie de *Dasein* heideggeriano, pero con algunos matices: no es el ser arrojado al mundo, sino un deber ser en el mundo, una especie de determinación que más tarde llamará *ethos de la trascendencia* (*ethos del trascendimiento*) (De Martino, 2000, 2002). Para De Martino, la «presencia» es «llegar a ser» (*divenire*) en lugar de simplemente «ser» (Berardini y Marrafa, 2016; Bergé 2001; Ferrari, 2014; Signorelli, 2015).

abandonos parciales que mostraron un camino de regreso a su agencia habitual y a la diferenciación entre el yo y el mundo; un mundo que es importante recordar que está formado por subjetividades humanas y no humanas o extrahumanas (es decir, la Virgen, el Arcángel San Miguel, el espíritu de Luis Andreu). Sus presencias son porosas al mundo, pero son el resultado de un pacto que incluye tanto la disolución como la continuidad, de modo que, como diría De Martino, «el ser-en-el-mundo sale del conflicto como uno en varios, o varios en uno» (2004, 151), que es también reconocer una trama intersubjetiva que posibilita el conflicto y su resolución, una comunidad de significados y afectos que se materializa en el cuerpo extático, como cuando las niñas ofrecen objetos de los fieles a la Virgen para su bendición y luego los devuelven a sus sorprendidos y conmovidos dueños. Debido a esta recepción social y afectiva, las niñas tuvieron la capacidad de suspender el mundo y, en este sentido, su agencia no se diluyó, sino que más bien se incrementó. Usando la teoría de De Martino, podemos decir que protagonizaron un proceso de *deshistorización* (*destorificazione*) (De Martino, 2000, 37; Saunders, 1993), donde deshistorizar es detener el mundo ante la crisis de la presencia ofreciendo otro ficticio, pero al mismo tiempo convincente como refugio. Así, a través de la deshistorización, las chicas entraron en un plano metahistórico (el complejo mítico-ritual) y encontraron en él la forma en que otros resolvieron sus crisis. De hecho, tenían a su disposición toda una tradición de apariciones marianas, como las de Fátima y Lourdes. Pertinentemente, como nos informa Christian (1996), las apariciones de Fátima fueron ampliamente difundidas en España entre 1945-1954 y dieron lugar a nuevas apariciones en todo el país, especialmente entre los niños.

Por su parte, Silvio mostraba una presencia en crisis que era actuada por el mundo, ya que no solo pensaba en el riesgo de un mundo que se acaba, sino que parecía sentir, experimentar, encarnar ese riesgo de tal manera que su presencia se volvía extremadamente porosa al tacto del mundo. En las cartas de Silvio hay una considerable dificultad para distinguir entre su presencia y el mundo. Al menos para mí, nunca quedó claro si las catástrofes anunciadas eran del mundo o de su estado existencial. Por ejemplo, ¿qué está en juego cuando escribe «ES EL BIG BANG»? ¿un universo o un yo que implosiona? Curiosamente, Silvio habla de advertencias, de personajes asociados a Garabandal que yo desconocía y de catástrofes inminentes, pero nunca de las visiones de las niñas. Es como si las visiones de Silvio hubieran ocupado el lugar de estas o, tal vez, como si,

después de una larga experiencia de alucinaciones auditivas que invadían su presencia, el mundo y su yo fuesen ya una unidad, como si su existencia fuese un simple eco. Sin embargo, creo que este último estado existencial era más un riesgo al que Silvio se veía obligado a enfrentarse que una disolución ya consumada, pues él se encontraba al borde del abismo y luchaba por mantenerse en él. Intentaré explicarlo seguidamente.

El mundo crea resonancias en la existencia de Silvio, como en cualquier existencia, pero en su caso los límites con su presencia son excepcionalmente borrosos. Parnas *et al.* (2002) dirían que en estas condiciones el *yo*, el *nosotros* y el *mundo* no están disociados. Una hipótesis coherente para explicar la experiencia psicótica es que afecta a la vida mental automática que caracteriza la actividad diaria; y la persona afectada debe reconstruir constantemente el *yo*, el *nosotros* y el *mundo*. De ahí la profunda perplejidad ontológica que aparece en estas condiciones y que pone a los afectados en riesgo de ser simplemente un eco. Como señalan Schwartz *et al.* desde un interesante punto de vista fenomenológico y neurocientífico, debido a que «los procesos sintéticos automáticos que normalmente constituyen el sentido común están debilitados en la vida mental de las personas con esquizofrenia, el espacio, el tiempo y la causalidad del mundo vital sufren una desestructuración» (2005, 107). Así, Silvio se encuentra con un mundo y una presencia en constante desestructuración y debe reexaminar continuamente los fundamentos ontológicos de las cosas, de las personas y de sí mismo. Sus cartas pueden entenderse como una lucha desesperada por salvaguardar su presencia en riesgo, aunque como solo puede hacerlo un *bricoleur* solitario, con retazos que acaban formando una especie de *collage* en el que imágenes de un pasado colectivo, como las apariciones de Garabandal, resuenan en una experiencia subjetiva y se proyectan en un futuro imaginado caracterizado por terribles catástrofes, pero también por una posible salvación en la que «SE PRODUCIRÁ LA SANACIÓN DE LOS ENFERMOS».

Byron Good (1994, 126) ha hecho un uso penetrante de la definición fenomenológica de Schutz de la realidad del sentido común para mostrar cómo en las personas con dolor crónico existe una alienación de la temporalidad en la que el tiempo interior y exterior parecen no estar sincronizados. La experiencia de Silvio comparte sin duda esta alienación, pero sabemos que en su caso hay algo más profundo. Como señala Rahimi (2015, 167), las personas afectadas por esquizofrenia carecen «de esa “capacidad” final de juntar fragmentos de significado utilizando los planos del sentido común avalado colectivamente». Esta carencia afecta a la capacidad del

bricoleur solitario para situarse en una temporalidad compartida. El automatismo de Silvio al repetir las advertencias de sus cartas puede entenderse como el desmoronamiento de la atención al habitar un tiempo presente en favor de un pasado que retorna y de un futuro que se anticipa. Por esta razón, la alienación en este caso no es solo en relación con una perspectiva temporal común, sino que parece actuar sobre la propia capacidad del yo para hacerse presente en el ahora inmediato.

Sin embargo, no creo que la presencia de Silvio se haya diluido, sino que está invirtiendo todos sus esfuerzos en reconstruir las bases ontológicas de su existencia para evitar una disolución que la convertiría en un simple eco. En su estudio sobre la esquizofrenia en Turquía, Rahimi (2015) utiliza la analogía de la ciudad desolada por un terremoto para entender la psicosis. En esa imaginada ciudad quedan algunas estructuras que actúan como puntos de referencia semiótica (*points de capiton*, o *punto de acolchado* en el psicoanálisis lacaniano) a partir de los cuales los afectados intentan orientar su experiencia en el caos. Estos puntos básicos no difieren de los que utilizan las personas no afectadas y son «conceptos sencillos, aprendidos a una edad temprana y, casi sin excepción, significantes asociados a grandes dosis de poder, como Dios y sus profetas o el Diablo y sus asociados... Y así sucesivamente» (Rahimi, 2015, 203). En la experiencia de Silvio, los motivos relacionados con las apariciones de Garabandal son las ruinas que todavía permanecen en pie para reconstruir el mundo y su presencia en él. Las cartas de Silvio expresan probablemente ese punto de anclaje último que trata de evitar la disolución de la presencia. Podemos considerar que Silvio no es muy diestro para reconstruir la «ciudad anterior al terremoto», pero su voluntad está ahí; permanece en la reiteración, en su intento de tener voz y agencia en el contexto de las apariciones de Garabandal. En este punto, la noción de *presencia* de De Martino cobra especial sentido para hablar de la experiencia de Silvio, porque esta incluye una voluntad de ser-en-el-mundo (*esserci*). Aunque Silvio se enfrenta a una profunda perplejidad ontológica, muestra una dolorosa determinación por ser (*esserci*) en una historia humana.

Ahora bien, la determinación de Silvio cae en un vacío social que intensifica el riesgo último de su presencia. A diferencia de las niñas de Garabandal, la experiencia de Silvio no dispuso de una comunidad receptiva ni de afectos, sino que más bien provocó un rechazo social «inmunitario», *á la* Esposito (2002). En su caso, no pudo darse una salida colectiva al conflicto, ni una rendición parcial ni la capacidad de deshistorizar o suspen-

der el mundo para recomponerlo junto con su presencia en él. Además, la dilución de los límites entre la presencia y el mundo se vio incrementada por la ausencia de una urdimbre de intersubjetividades. Su voz no se reconoció socialmente como una dolorosa lucha por estar en una historia humana, sino como un eco enfermo y distorsionado que no importaba a nadie. De hecho, Silvio se enfrentaba, internamente, a un mundo en constante desestructuración y, externamente, a una incompreensión deshumanizada (incluida la mía) de su lucha.

Podemos entender la experiencia de Silvio como la lucha de la presencia en uno de sus estados más precarios. No obstante, De Martino consideraba que los llamados *mundos de los psicóticos* son una negación sistemática de todos los mundos posibles, porque son, según él, la tentación de retroceder al nivel de la naturaleza, donde la presencia no tiene cabida (2002, 161). Creo que De Martino se equivocó, al igual que yo me equivoqué al ver en las cartas de Silvio solo narraciones enfermas y tropos sin vida. Se equivocó al no observar en la experiencia psicótica también una voluntad de ser en un mundo ante el riesgo de su disolución. Además, ese argumento negativo refuerza la idea de que la psicosis aniquila todo rastro de humanidad, cuando también es una posibilidad del devenir existencial (*divenire*). Las personas que padecen la condición de Silvio observan y experimentan un lado de la realidad que nos es desconocido, pero eso no convierte sus experiencias en menos humanas. La vivencia delirante de Silvio no es la negación sistemática de todos los mundos posibles, sino la presencia en su extrema porosidad.

En la vivencia de Silvio hay una lucha continua. Reconocerla socialmente puede ayudar a entender sus cartas no como simples mensajes desautorizados, sino como el testimonio del arrojito del *bricoleur* solitario ante una experiencia en la que todo se desmorona y se vuelve indistinto, en la que el riesgo último es convertirse en un simple eco. Reconocer la lucha de Silvio probablemente no sea suficiente, lo sé; pero me gustaría pensar que, en el acto mismo de reconocerla, también estamos habilitando un lugar social para su voz y posibilitando un refugio para la existencia de las personas afectadas por este tipo de padecimientos. Probablemente, es lo que ellos y ellas esperan de nosotros. Hace treinta años no supe verlo.

BIBLIOGRAFÍA

- AGERVOLD, M. (2009). «The significance of organizational factors for the incidence of bullying». *Scandinavian journal of psychology*, 50(3), 267-276. <<https://psycnet.apa.org/doi/10.1111/j.1467-9450.2009.00710.x>>
- AMERICAN ANTHROPOLOGICAL ASSOCIATION (AAA) (1998). *AAA Statement on Race*. <https://americananthro.org/about/policies/statement-on-race/> (consultado el 17 de septiembre de 2023).
- AMERICAN ASSOCIATION OF BIOLOGICAL ANTHROPOLOGIST (AABA). (1996). «AABA Statement on Race & Racism». *American Journal of Physical Anthropology*, 101, 569-570.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition: DSM-5*. Washington, D. C.: American Psychiatric Association Publishing.
- ANGELL, M. (2004). *The Truth About the Drug Companies: How They Deceive Us and What to Do About It*. Nueva York: Random House.
- APPLBAUM, K. (2000). «Marketing and commoditization». *Social Analysis*, 44(2), 106-128.
- APPLBAUM, K. (2006). «Pharmaceutical marketing and the invention of the medical consumer». *PLoS Medicine*, 3(4), e189. <<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0030189>>
- BAUMAN, Z. (2006). *Vida líquida*. Barcelona: Paidós.
- BERARDINI, S. F. y MARRAFFA, M. (2016). «Presenza e crisi della presenza tra filosofia e psicologia». *Consecutio Rerum* (1), 93-112.
- BERGÉ, C. (2001). «Lectures de De Martino en France aujourd'hui». *Ethnologie Française* 31(3), 537-47.
- BETTELHEIM, B. (1972). *The empty fortress: Infantile autism and the birth of the self (New edition)*. Nueva York: Free Press.
- BIEHL, J. G. (2004). «The activist state: Global pharmaceuticals, AIDS, and citizenship in Brazil». *Social Text*, 22(3), 105-132.
- BOAS, F. (1982). *Race, language, and culture*. Chicago: University of Chicago Press.

- BOLA, J. R. y MOSHER, L. R. (2003). «Treatment of acute psychosis without neuroleptics: two-year outcomes from the Soteria project». *J. Nerv. Ment. Dis.* 191, 219–229.
- BONAFONS C.; JEHEL L. y COROLLER-BÉQUET A. (2009). «Specificity of the links between workplace harassment and PTSD: primary results using court decisions, a pilot study in France». *Int. Arch. Occup. Environ. Health.* 82(5): 663-8. <<https://doi.org/10.1007/s00420-008-0370-9>>
- BOURDIEU, P. (2016). *El sentido práctico*. Madrid: Taurus.
- BOURDIEU, P. (2016). *La distinción: criterio y bases sociales del gusto*. Madrid: Taurus.
- BOURGOIS, P. (2003). «Crack and the political economy of social suffering». *Addiction Research & Theory*, 11(1), 31-37.
- BRACEWELL, M. (1993). «Escape Capsule». *The Observer (Life section)*, November 7, 1993, 30-31.
- BREUER, J. y FREUD, S. (2001). *Estudios sobre la histeria*. (Trad. J. L. Etcheverry). En Sigmund FREUD, *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- BROER, C. y HEERINGS, M. (2013). «Neurobiology in Public and Private Discourse: The Case of Adults with ADHD». *Sociology of Health and Illness* 35(1), 49–65. <<https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2012.01477.x>>
- CAPONI, S. (2009). «Para una genealogía de la anormalidad: la teoría de la degeneración de Morel». *Scientiae Studia*, 7(3), 425–445.
- CAPONI, S. (2017). «Sobre terapias de contención y psicofármacos. dispositivos biopolíticos de gestión de la locura». En Francisco JAVIER S. B., *Oportunidades y retos en la bioética contemporánea*, 287.
- CAPONI, S. (2023). *Política, psicofármacos y vida cotidiana*. Barcelona: Xoroi Edicions.
- CARDOSO DE OLIVEIRA, L. R. (2005). *Direitos, insulto e cidadania* (Existe violência sem agressão moral) Série Antropologia. Departamento de Antropologia. Universidade de Brasília.
- CARTER M.; THOMPSON N.; CRAMPTON P.; MORROW G.; BURFORD B.; GRAY C., *et al.* (2013). «Workplace bullying in the UK NHS: a questionnaire and interview study on prevalence, impact and barriers to reporting». *British Medical Journal Open*, (3): 1-12. <<http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2013-002628>>

- CASTIEL, L. D. y ÁLVAREZ-DARDET, C. (2007). «La salud persecutoria». *Revista de Saúde Pública*, (41), 461-466. <<https://doi.org/10.1590/S0034-89102006005000029>>
- CHAPELL, D. y DI MARTINO, V. (2006). *Violence at work*. Geneva: International Labour Office.
- CZERNIN, K.; BERMPOHL, F.; HEINZ, A.; WULLSCHLEGER, A. y MAHLER, L. (2020). «Effects of the Psychiatric Care Concept “Weddinger Modell” on Mechanical Coercive Measures». *Psychiatrische Praxis*, 47(5), 242–248.
- CHODHURY, S.; MCKINNEY, K. A. y MERTEN, M. (2012). «Rebelling against the brain: Public engagement with the “neurological adolescent”». *Social Science & Medicine*, 74(4), 565-573. <<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.10.029>>
- CHRISTIAN, W. A. (1973). «Holy People in Peasant Europe». *Comparative Studies in Society and History*, 15(1), 106–14.
- CHRISTIAN, W. A. (1989). *Person and God in a Spanish Valley*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- CHRISTIAN, W. A. (1996). *Visionaries: The Spanish Republic and the Reign of Christ*. Berkeley: University of California Press.
- COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL DE LA FUNDACIÓN CONGRESO CATALÁN DE SALUD MENTAL (CEA – FCCSM) (2016). *Derechos humanos y hospitalización psiquiátrica*. Barcelona: FCCSM, Cuaderno 6.
- CORIN, E. (1990). «Facts and Meaning in Psychiatry: An Anthropological Approach to the Lifeworld of Schizophrenics». *Culture, Medicine and Psychiatry*, 14(2), 153–88.
- CORREA-URQUIZA, M. (2018). «La condición del diálogo. Saberes profanos y nuevos contextos del decir». *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 38(134), 567-585.
- CORREA-URQUIZA, M. (2013). «Radio Nikosia: Mutiny on the Ship of Fools». En Gonzalo ARAOZ, Katrina JAWORSKI y Fatima ALVES (eds.), *Rethinking Madness: Interdisciplinary and Multicultural Reflections*, 193–206. Leiden: Brill.
- CSORDAS, T. (1993). «Somatic Modes of Attention». *Cultural Anthropology*, 8(2), 135–56.
- DE MARTINO, E. (1959). *Sud e magia*. Milano: Feltrinelli.
- DE MARTINO, E. (1995). *Storia e metastoria: I fondamenti di una teoria del sacro*. Lecce: Argo.

- DE MARTINO, E. (2000). *Morte e pianto rituale: Ddal lamento funebre antico al pianto di Maria*. Torino: Bollati Boringhieri.
- DE MARTINO, E. (2002). *La fine del mondo: Contributo all'analisi delle apocalissi culturali*. Torino: Einaudi.
- DE MARTINO, E. (2004). *El mundo mágico*. Buenos Aires: Libros de la Araucaria.
- DI MARTINO, V.; HOEL H. y COOPER C. L. (2003). *Preventing violence and harassment in the workplace (European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions)*. Luxemburg: Office for Official Publications of the European Communities.
- DUMIT, J. (2004). *Picturing Personhood: Brain Scans and Biomedical Identity*. Princeton: Princeton University Press.
- DUMONT, L. (2015). *Essais sur l'individualisme. Une perspective anthropologique sur l'idéologie moderne*. París: Le Seuil.
- ECKS, S. y BASU, S. (2009). «The unlicensed lives of antidepressants in India: generic drugs, unqualified practitioners, and floating prescriptions». *Transcultural Psychiatry*, 46(1), 86-106.
- ECKS, S. (2005). «Pharmaceutical citizenship: Antidepressant marketing and the promise of demarginalization in India». *Anthropology & Medicine*, 12(3), 239-254.
- ECO, U. (1992). *Los límites de la interpretación*. Barcelona: Lumen.
- EHRENBERG, A. (1998). *La fatigue d'être soi: dépression et société*. París: Odile Jacob.
- EHRENBERG, A. (2004). «Le sujet cérébral». *Esprit*, 309(11), 130-55.
- EINARSEN S.; HOEL H.; ZAPF D. y COOPER C. L. (eds.) (2003). *Bullying and emotional abuse in the workplace: International perspectives in research and practice*. Londres: Taylor & Francis.
- EINARSEN, S.; HOEL, H.; ZAPF, D. y COOPER, C. L. (2011). *Workplace bullying: Developments in theory, research and practice*. Londres y Nueva York: Taylor & Francis.
- ELOVAINIO M.; KIVIMÄKI M. y VAHTERA J. (2002). «Organizational justice: evidence of a new psychosocial predictor of health». *Am J Public Health*, 92(1), 105-108.
- ESPOSITO, R. (2002). *Immunitas. Protezione e negazione della vita*. Turin: Einaudi.
- ESTROFF, S. E. (1985). *Making It Crazy: An Ethnography of Psychiatric Clients in an American Community*. Berkeley: University of California Press.

- FARMER, P. (1996). «On suffering and structural violence: A view from below». *Daedalus*, 125(1), 261-283.
- FARMER, P. (2006). *AIDS and accusation: Haiti and the geography of blame, updated with a new preface*. Berkeley, Londres y Los Angeles: University of California Press.
- FERRARI, F. M. (2014). *Ernesto de Martino on Religion: The Crisis and the Presence*. Londres: Routledge.
- FISHWICK, C. (2013). «Your experiences of antidepressants». *The Guardian*, 21, Nov. 2013. Versión digital: <<https://www.theguardian.com/society/2013/nov/21/your-experiences-antidepressants-responses>>
- FOUCAULT, M. (1972). *Histoire de la folie à l'âge Classique*. París: Gallimard.
- FOUCAULT, M. (2004^a). *Sécurité, territoire, population*. París: Gallimard.
- FOUCAULT, M. (2004b). *Naissance de la biopolitique*. París: Gallimard.
- FOUCAULT, M. (2014). *Dits et écrits: (1980-1988)* [vol. 3]. París: Gallimard.
- FREUD, S. (1985) *Obras completas de Sigmund Freud* [vols. 1-3]. Madrid: Biblioteca Nueva.
- FRICKER, M. (2007). *Epistemic injustice: Power and the ethics of knowing*. Oxford: Oxford University Press.
- GARABANDAL JOURNAL. (2018). Garabandal. St. Cloud.
- GARCÍA DE LA RIVA, J. R. (2016). *Memorias de un cura de Aldea. Garabandal 1961-2011*. Gijón: Campillo Nevado S. A.
- GARCÍA DE PESQUERA, E. (2004). *Se fue con las prisas a la montaña. Los hechos de Garabandal (1961-1965)*. Santander: Copisan.
- GARCÍA, M. (1980). *Mi subida a Garabandal: 30 de septiembre 1979*. Bilbao: Sal Terrae.
- GIJÓN, V. (1984). «Mari Cruz, la testigo que nada vio». *El País*, junio, 17. https://elpais.com/diario/1984/06/17/espana/456271202_850215.html.
- GILLEN, P. A., SINCLAIR, M., KERNOHAN, W. G., BEGLEY, C. M. y LUYBEN, A. G. (2017). «Interventions for prevention of bullying in the workplace». *Cochrane database of systematic reviews*, (1). Art. No.: CD009778. <<https://doi.org/10.1002/14651858.cd009778.pub2>>
- GIMENO LAHOZ, R. (2004). *La presión laboral tendenciosa (mobbing)*. Tesis doctoral. Universitat de Girona.
- GIRARD, R. (1986). *El chivo expiatorio*. Barcelona: Anagrama.
- GOFFMAN, E. (1970). *Estigma: la identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.
- GOFFMAN, E. (2017). *Asylums*. Londres: Routledge.

- GONZÁLEZ, C. (1963). *Conchita's Diary: 1961-1963 San Sebastián de Garabandal*. Red Wing.; St. Joseph Publications.
- GONZÁLEZ, M. C. y GARCÍA, M. de las Nieves. (2005). *Importantísimo testimonio reciente de la vidente de Garabandal*. <<http://www.virgende-garabandal.com/testimonioMariCruz.htm>>
- GONZÁLEZ, C. y DALEY, H. (1983). *Miracle at Garabandal: The Story of Mysterious Apparitions in Spain and a Message for the Whole World*. Nueva York: Doubleday.
- GONZÁLEZ DE RIVERA, J. G. y RODRÍGUEZ-ABUÍN, M. (2003). «Cuestionario de estrategias de acoso psicológico: el LIPT-60 (Leymann Inventory of Psychological Terrorization) en versión española». *Psiquis*, 24(2), 59-69.
- GONZÁLEZ DE RIVERA, J. G. y RODRÍGUEZ-ABUÍN, M. (2006). «Acoso psicológico en el trabajo y psicopatología: Un estudio con el LIPT-60 y el SCL 90-R». *Journal of Work and Organizational Psychology*, 22(3), 397-412.
- GOOD, B. J. (1993). *Medicine, Rationality and Experience: An Anthropological Perspective*. Cambridge: Cambridge University Press.
- GOOD, B. J.; CARLA, R. A.; MARCHIRA, Ul HASANAT, N. et al. (2010). «Is 'Chronicity' Inevitable for Psychotic Illness? Studying Heterogeneity in the Course of Schizophrenia in Yogyakarta, Indonesia». En Lenore MANDERSON y Carolyn SMITH-MORRIS (eds.), *Chronic Conditions, Fluid States: Chronicity and the Anthropology of Illness*, 54-74. Nuevo Brunswick: Rutgers University Press.
- GOODING, P. (2021). *Compendium Report: Good Practices in the Council of Europe to Promote Voluntary Measures in Mental Health: Report Commissioned by the Committee on Bioethics (DH-BIO) of the Council of Europe*. Council of Europe.
- GRAEBER, D. (2001). «Toward an anthropological theory of value: The false coin of our own dreams». London: Palgrave - Springer. <<https://doi.org/10.1057/9780312299064>>
- GRANT, R. (1994). «The Prozac generation». *The Independent*, 30 de enero, 12-16.
- GREEN, J. G.; FURLONG, M. J. y FELIX, E. D. (2017). «Defining and measuring bullying across the life course». *Handbook on bullying prevention: A life course perspective*, 7-20. Washington: National Association of School Social Workers.
- GREGORY, C. A. (1982). *Gifts and commodities*. Londres: Academic Press.

- HACKING, I. (1999). *The Social Construction of What?* Cambridge: Harvard University Press.
- HAN, Byung-Chul (2012). *The Burnout Society*. Stanford: Stanford University Press.
- HAN, Byung-Chul (2014a). *Psicopolítica*. Barcelona: Herder Editorial.
- HAN, Byung-Chul (2014b). *En el enjambre*. Barcelona: Herder Editorial.
- HAN, Byung-Chul (2016). *Topología de la violencia*. Barcelona: Herder Editorial.
- HARD, M y NEGRI, A. (2004). *Multitud. Guerra y democracia en la era del Imperio*. Barcelona: Debate.
- HARPER, J. (2013). «Animal rites: what animal behavior teaches us about bullying». *Psychology Today*.
- HEALY, D. 1997. *The Antidepressant Era*. Cambridge: Harvard University Press.
- HEALY, D. 2004. *Let Them Eat Prozac: The Unhealthy Relationship Between the Pharmaceutical Industry and Depression*. Nueva York: New York University Press.
- HEGGDAL, D.; FOSSE, R. y HAMMER, J. (2016). «Basal Exposure Therapy: A New Approach for Treatment-Resistant Patients with Severe and Composite Mental Disorders». *Frontiers in Psychiatry*, 7(198). <<https://doi.org/10.3389/fpsyt.2016.00198>>
- HENGARTNER, M. P. (2020). «Antidepressant prescriptions in children and adolescents». *Frontiers in Psychiatry*, 11, 600283. <<https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.600283>>
- HETRICK, S. E.; MCKENZIE, J. E.; BAILEY, A. P. *et al.* (2021). «New generation antidepressants for depression in children and adolescents: a network meta-analysis». *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (5). <<https://doi.org/10.1002/14651858.cd013674.pub2>>
- HIRIGOYEN, M. F. (2016). *Le harcèlement moral: la violence perverse au quotidien*. París: La Découverte.
- HIRIGOYEN, M. F. (2017). *Le harcèlement moral au travail*. París: QUE SAIS-JE.
- HOEL, H. y COOPER, C. L. (2001). «Destructive conflict and bullying at work. Extracts from report published for launch of the Civil Service». *Race Equality Network* (septiembre, 2001) 2000:1-30.
- HOEL, H.; SHEEHAN, M. J.; COOPER, C. L. y EINARSEN, S. (2011). «Organisational effects of workplace bullying». En S. EINARSEN, H. HOEL, D. ZAPF y C. L. COOPER (eds.), *Bullying and Harassment in*

- the Workplace* [2.ª edición]. Boca Raton: Taylor & Francis Group. pp. 129-147.
- HORWITZ, A. V. y WAKEFIELD, J. C. (2007). *The Loss of Sadness: How Psychiatry Transformed Normal Sorrow into Depressive Disorder*. Nueva York: Oxford University Press.
- HUNT, P. (2006). *Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*. E/CN, 4(2006), 48.
- JENKINS, J. H. (2010). «Psychopharmaceutical self and imaginary in the social field of psychiatric treatment». En Janis JENKINS (ed.), *Pharmaceutical Self: The Global Shaping of Experience in an Age of Psychopharmacology*, 17-40. Nueva York: School for Advanced Research Press.
- JENKINS, J. H. (2015). *Extraordinary Conditions: Culture and Experience in Mental Illness*. Oakland: University of California Press.
- JENKINS, J. H. y BARRETT, R. J. (eds.) (2004). *Schizophrenia, Culture, and Subjectivity: The Edge of Experience*. Cambridge: Cambridge University Press.
- JENKINS, J. H. y CARPENTER-SONG, E. (2008). «Stigma Despite Recovery». *Medical Anthropology Quarterly*, 22(4), 381-409.
- JILEK, W. G. (1995) «Emil Kraepelin and comparative sociocultural psychiatry». *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 245, 231-238.
- JOHNSON, G. (2008). «Consciousness as content: Neuronarratives and the redemption of fiction. Mosaic: An Interdisciplinary». *Critical Journal*, 41(1), 169-184.
- JOYCE, J. (2015). *Finnegans Wake*. Redditch: Read Books Ltd.
- JULIANI y MORENCOS, J. A. (1999). *Testigo Directo de Garabandal (Desconocido e Insólito)*. Madrid: Grupo de Análisis y Acción 19.
- JUREIDINI, J. N.; DOECKE, C. J.; MANSFIELD, P. et al. (2004). «Efficacy and safety of antidepressants for children and adolescents». *BMJ*, 328(7444), 879-883.
- KING, C. (2023). *Escuela de rebeldes. Cómo un grupo de espíritus libres revolucionó las ideas de raza, sexo y género*. Madrid: Taurus.
- KIRMAYER, L. y MINAS, H. (2000). «The future of cultural psychiatry: An international perspective». *Canadian Journal of Psychiatry*, 45(5), 438-446.

- KIRMAYER, L. y RAIKHEL, E. (2009). «From Amrita to substance D: Psychopharmacology, political economy, and technologies of the self». *Transcultural Psychiatry*, 46(1), 5–15.
- KIVIMÄKI, M.; ELOVAINIO, M. y VAHTERA, J. (2000). «Workplace bullying and sickness absence in hospital staff». *Occup Environ Med*, 57(10), 656–660.
- KLEINMAN, A. (1980). *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*. Berkeley: University of California Press.
- KLEINMAN, A. (1988). *The Illness Narratives: Suffering, Healing, and the Human Condition*. Nueva York: Basic Books.
- KLEINMAN, A.; DAS, V. y LOCK, M. M. (eds.). (1997). *Social suffering*. Oakland: University of California press.
- KRAMER, P. D. (1993). *Listening to Prozac: A Psychiatrist Explores Antidepressant Drugs and the Remaking of the Self*. Nueva York: Viking Press.
- KREINER, B.; SULYOK, C. y ROTHENHÄUSLER, H. B. (2008). «Does mobbing cause posttraumatic stress disorder? Impact of coping and personality». *Neuropsychiatr*; 22(2),112-23.
- LANCET EDITORS. «Depressing research». *Lancet*. (2004) 363, 1335.
- LATOUR, B. (2008). Re-ensamblar lo social. Una introducción a la teoría del actor-red. Buenos Aires: Manantial.
- LAVÍN CÁRCOBA, J. I. (2022). «Silencio y sufrimiento social: una etnografía de adolescentes que padecen bullying». *Revista de Antropología Social*, 31(1).
- LEAL RUBIO, J. (2018). «Los cuidados en el marco de una ciudadanía inclusiva». *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 38(134), 587-606.
- LÉVI-STRAUSS, C. (1981). *Las estructuras elementales del parentesco*. Barcelona: Paidós.
- LÉVI-STRAUSS, C. (1997). *El pensamiento salvaje*. México: Fondo de cultura económica.
- LÉVI-STRAUSS, C. (2002). *Le totémisme aujourd'hui*. París: Presses Universitaires de France.
- LÉVI-STRAUSS, C. (2014). *Myth and Meaning*. Londres & Nueva York: Routledge.

- LEXCHIN, J.; BERO, L. A.; DJULBEGOVIC, B. y CLARK, O. (2003). «Pharmaceutical industry sponsorship and research outcome and quality: systematic review». *BMJ*, 326(7400), 1167-1170.
- LEYMANN, H. (1990). «Mobbing and psychological terror at workplaces». *Violence and victims*, 5(2), 119-126.
- LEYMANN, H. (1996). «The content and development of mobbing at work». *European journal of work and organizational psychology*, 5(2), 165-184.
- LEYMANN, H. (2022). *Textos fundamentales sobre mobbing*. México D. F.: Publicación independiente.
- LEYMANN, H., y GUSTAFSSON, A. (1996). «Mobbing at work and the development of post-traumatic stress disorders». *European Journal of work and organizational psychology*, 5(2), 251-275.
- LIEBERMAN, J. A.; STROUP, T. S.; MCEVOY, J. P. *et al.*, (2005). «Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia». *N. Engl. J. Med.* 353, 1209-1223.
- LISPECTOR, C. (2020). *Um sopro de vida*. Rio de Janeiro: Editora Rocco.
- LOMANGINO, J. (1996). *Garabandal Conference with Joey Lomangino in Toronto 11-9-96*. Toronto.
- LUKÁCS, G. (1969). *Historia y conciencia de clase. Estudios de dialéctica marxista*. México: Grijalbo.
- LUNDH, A.; LEXCHIN, J.; MINTZES, B. *et al.* (2017). «Industry sponsorship and research outcome». *Cochrane database of systematic reviews*, (2). <<https://doi.org/10.1002/14651858.mr000033.pub3>>
- LUO, Z.; WANG, J.; ZHOU, Y.; MAO, Q.; LANG, B. y XU, S. (2023). «Workplace bullying and suicidal ideation and behaviour: a systematic review and meta-analysis». *Public Health*, 222, 166-174. <<https://doi.org/10.1016/j.puhe.2023.07.007>>
- MADARIAGA, C.; OYARCE, A. M.; MARTÍNEZ-HERNÁNDEZ, Á. y MENÉNDEZ, E. (en prensa). *Repensar la Salud Mental Colectiva II*. Santiago de Chile: Editorial ContraKorriente.
- MARTIN, E. (2010). «Self-Making and the Brain». *Subjectivity*, 3(4), 366-381.
- MARTÍNEZ-HERNÁNDEZ, Á. (1998) *¿Has visto cómo llora un cerezo? Pasos hacia una antropología de la esquizofrenia*. Barcelona: Publicacions de la Universitat de Barcelona, primera edición.

- MARTÍNEZ-HERNÁEZ, Á. (2006). «La mercantilización de los estados de ánimo: el consumo de antidepresivos y las nuevas biopolíticas de las aflicciones». *Política y Sociedad*, 4(3), 43-56.
- MARTÍNEZ-HERNÁEZ, A. (2000). *What's behind the symptom?: On psychiatric observation and anthropological understanding*. Londres y Nueva York: Routledge.
- MARTÍNEZ-HERNÁEZ, A. (2016). «O segredo está no interior». A neuropolítica ea emergência das neuronarrativas no consumo de antidepresivos». En S. CAPONI, M. F. VASQUEZ VALENCIA y M. VERDI (eds.), *Vigiar e medicar: estratégias de medicalização da infância*, 61-70. Sao Paulo: Liber Ars.
- MARTÍNEZ-HERNÁEZ, Á. (2017). «“El secreto está en mi interior”: La neuropolítica y la emergencia de las neuronarrativas en el consumo de antidepresivos». En *Educación, comunicación y salud*, 305-320. Tarragona: Publicacions URV.
- MARTÍNEZ-HERNÁEZ, Á. (2018). «“The Secret Is Inside Me”. Neuropolitics and the Emergence of Neuro-Narratives Among Anti-depressant Consumers». En I. QUARANTA, M. MINELLI y F. SYLVIE (eds.), *Assemblages, Transformations, and the Politics of Care*, 115-126. Bolonia: Bononia University Pres.
- MARTÍNEZ-HERNÁEZ, Á. (2019). *Síntomas y pequeños mundos: un ensayo antropológico sobre el saber psiquiátrico y las aflicciones humanas*. Barcelona: Anthropos/Siglo XXI.
- MARTÍNEZ-HERNÁEZ, Á. (2020a) *¿Has visto cómo llora un cerezo? Pasos hacia una antropología de la esquizofrenia* [2.ª edición]. Barcelona: Publicacions de la Universitat de Barcelona.
- MARTÍNEZ-HERNÁEZ, Á. (2020b). *Já viste como chora uma cerejeira? Passos para uma antropologia da esquizofrenia*. [1.ª edición] [traducido por Márcio Mariath Belloc]. Porto Alegre: Editora Rede Unida.
- MARTÍNEZ-HERNÁEZ, Á. (2020c). Neuronarratives of Affliction: Antidepressants, Neuropolitics and the Entrepreneur of Oneself. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 44(2), 230-248.
- MARTÍNEZ-HERNÁEZ, Á. (2022). «The echo of the world: The castaway, the Garabandal apparitions, and the crisis of presence». *American Anthropologist*, 124(4), 734-750.
- MARTÍNEZ-HERNÁEZ, Á. y CORREA-URQUIZA, M. (2017). «Un saber menos dado: nuevos posicionamientos en el campo de la salud mental colectiva». *Salud colectiva*, 13, 267-278.

- MARTÍNEZ-HERNÁNDEZ, Á. y MEDEIROS-FERREIRA, L. (2010). «Anatomía de una confusión: error diagnóstico de patología paranoide en víctimas de mobbing». *Archives of Clinical Psychiatry*, 37, 167-174.
- MARTINEZ-HERNÁNDEZ, Á.; PIÉ-BALAGUER, A.; SERRANO-MIGUEL, M. *et al.* (2020a). «The collaborative management of antipsychotic medication and its obstacles: A qualitative study». *Social Science & Medicine*, 247, 112811.
- MARTÍNEZ-HERNÁNDEZ, Á.; PIÉ-BALAGUER, A.; SERRANO-MIGUEL, M. *et al.* (2020b). «Crónica de un desencuentro: La medicalización de la psicosis y sus laberintos en la Cataluña urbana». En María EPELE (ed.), *Políticas terapéuticas y economías de sufrimiento: perspectivas y debates contemporáneos sobre las tecnologías psi*. Buenos Aires: CLACSO, Instituto de Investigaciones Gino Germani.
- MÁRTON, S. M.; POLK, G. y FIALA, D. R. C. (2013). *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. Nueva York: United Nations.
- MARX, K. (1976). *El capital. Crítica de la economía política*. Madrid: Ediciones AKAL.
- MCGOEY, L. (2012). «The logic of strategic ignorance». *The British Journal of Sociology*, 63(3), 533-576.
- MCGOEY, L. (2019). *The unknowers: How strategic ignorance rules the world*. Londres: Bloomsbury Publishing.
- MELANDER, H.; AHLQVIST-RASTAD, J.; MEIJER, G. y BEERMANN, B. (2003). «Evidence b(i)ased medicine—selective reporting from studies sponsored by pharmaceutical industry: review of studies in new drug applications». *BMJ*, 326(7400), 1171-1173.
- MELONI, M. (2012). «On the Growing Intellectual Authority of Neuroscience for Political and Moral Theory: Sketch for a Genealogy». En Vander VALK (ed.) *Neuroscience and Political Theory: Thinking the Body Politic*, 25-49. Londres: Routledge.
- MIKKELSEN, E. G.; HOGH, A. y PUGGAARD, L. B. (2011). «Prevention of bullying and conflicts at work. International». *Journal of Workplace Health Management*, 4(1), 84-100.
- MORALES SÁEZ, N. (2023). *Del asilo al activismo. Hacia una antropología política de la salud mental*. Tesis doctoral. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili.
- NEFF, J.; HOLMES, S. M.; KNIGHT, K. R. *et al.* (2020). «Structural competency: curriculum for medical students, residents, and interprofessional teams on the structural factors that produce

- health disparities». *MedEdPORTAL*, 16, 10888. <https://doi.org/10.15766%2Fmep_2374-8265.10888>
- NEUMAN, J. H.; BARON, R. A.; EINARSEN, S.; HOEL, H.; ZAPF, D. y COOPER, C. L. (eds.) (2011). *Bullying and harassment in the workplace: theory, research, and practice*. Londres y Nueva York: Taylor and Francis.
- NGUYEN, V. K. (2010). *The Republic of Therapy: Triage and Sovereignty in West Africa's Time of AIDS*. Durham y Londres: Duke University Press.
- NIELSEN, M. B.; SKOGSTAD, A.; MATTHIESEN, S. B.; GLASØ, L.; AASLAND, M. S.; NOTELAERS, G. y EINARSEN, S. (2009). «Prevalence of workplace bullying in Norway: Comparisons across time and estimation methods». *European journal of work and organizational psychology*, 18(1), 81-101.
- NULAND, S. B. (1994). «The Pill of Pills». *New York Review of Books*, 9 de junio, 4-6.
- OBREGÓN, M. (2022). *Contra el diagnóstico: Desmontando la enfermedad mental*. Barcelona: Editorial Rosamerón.
- OÑATE, A. y PIÑUEL, I. (2007). *Informe Cisneros X: Acoso y violencia escolar en España*. Madrid: Instituto de Innovación educativa y desarrollo directivo.
- ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (OECD). (2021). *Health at a Glance, 2020*. OECD Indicators. París: OECD.
- ORTEGA, F. (2009). «The cerebral subject and the challenge of neurodiversity». *BioSocieties*, 4(4), 425-445.
- ORTEGA, F. y ORSINI, M. (2020). «Governing COVID-19 without government in Brazil: Ignorance, neoliberal authoritarianism, and the collapse of public health leadership». *Global Public Health*, 15(9), 1257-1277.
- ORTEGA, F. y VIDAL, F. (eds.). (2011). *Neurocultures: Glimpses into an Expanding Universe*. Berlin: Peter Lang.
- PARNAS, J.; BOVET, P. y ZAHAVI, D. (2002). «Schizophrenic Autism: Clinical Phenomenology and Pathogenetic Implications». *World Psychiatry* 1(3), 131-136.
- PEDERSEN, D. B. (2011). «Revisiting the Neuro-Turn in the Humanities and Natural Sciences». *Pensamiento* 67(254), 767-786.
- PEIRÓ, S. (2005). «La construcción de la evidence b(i)ased medicine». *Gestión clínica y sanitaria*, 7(4), 131-138.

- PETRYNA, A. (2013). *Life Exposed: Biological Citizens after Chernobyl*. Princeton: Princeton University Press.
- CORREA-URQUIZA, M. y BALAGUER, A. P. (2017). *Capturas e itinerarios de la locura*. Barcelona: Editorial UOC.
- PIÑUEL, I. (2001). *Mobbing*. Santander: Sal Editores.
- PIÑUEL ZABALA, I. y OÑATE CANTERO, A. (2006). «La evaluación y diagnóstico del mobbing o acoso psicológico en la organización: el barómetro Cisneros». *Journal of Work and Organizational Psychology*, 22(3), 309-332.
- PUCKETT, M. B.; AIKINS, J. W. y CILLESSEN, A. H. (2008). «Moderators of the association between relational aggression and perceived popularity». *Aggressive Behavior: Official Journal of the International Society for Research on Aggression*, 34(6), 563-576.
- PURAS, D. (2020) *Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*. Naciones Unidas A/HRC/44/48.
- QUINE, L. (1999). «Workplace bullying in NHS community trust: staff questionnaire survey». *BMJ*, 318.
- RABINOW, P. (1996). *Essays on the Anthropology of Reason*. Princeton NJ: Princeton University Press.
- RAHIMI, S. (2015). *Meaning, Madness and Political Subjectivity: A Study of Schizophrenia and Culture in Turkey*. Nueva York: Routledge.
- RHODES, L. A. (1984). «“This Will Clear Your Mind”: The Use of Metaphors for Medication in Psychiatric Settings». *Culture, Medicine and Psychiatry*, 8(1): 49-70.
- RICOEUR, P. (2003). *El conflicto de las interpretaciones: ensayos de hermenéutica*. Buenos Aires: FCE.
- RIMER, S. (1993). «With millions taking Prozac, a legal drug culture arises». *New York Times*, 13 de diciembre, A1-B8.
- RODRÍGUEZ DEL BARRIO, L.; CYR, C.; BENISTY, L. y RICHARD, P. (2013). «Gaining Autonomy & Medication Management (GAM): new perspectives on well-being, quality of life and psychiatric medication». *Ciência & saúde coletiva*, 18, 2879-2887.
- ROMAN-BOCABELLE, C. (1988). *El Misterio de las apariciones de Garabandal*. Barcelona: Ramón Sopena.
- ROSCALES SÁNCHEZ, M. (1999). «El enigma de un milagro: apariciones en San Sebastián de Garabandal». *Religión y Sociedad*, 2, 181-92.

- ROSE, N. y ABI-RACHED, J. (2013). *Neuro: The New Brain Sciences and the Management of the Mind*. Princeton and Oxford: Princeton University Press.
- ROSE, N. y ABI-RACHED, J. (2014). «Governing through the brain: Neuropolitics, neuroscience and subjectivity». *The Cambridge Journal of Anthropology*, 32(1), 3-23.
- ROSE, N. (2003). «The neurochemical self and its anomalies». En Richard ERICSON y Aaron DOYLE (eds.), *Risk and Mortality*, 407-432. Toronto: University of Toronto Press.
- ROSE, N. (2007). *The Politics of Life Itself: Biomedicine, Power, and Subjectivity in the Twenty-First Century*. Princeton y Oxford: Princeton University Press.
- ROTELLI, F. (2015). *Vivir sin manicomios: la experiencia de Trieste*. Buenos Aires: Editorial Topia.
- SÁNCHEZ-VENTURA, F. (2000). *The Apparitions of Garabandal*. Pasadena, CA: St. Michael's Garabandal Center.
- SAAVEDRA, J. L. (2017). *Garabandal Message of Hope*. Santander: Copisan.
- SACKETT, D. L.; ROSENBERG, W. M.; GRAY, J. M.; HAYNES, R. B. y RICHARDSON, W. S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*, 312(7023), 71-72.
- SAHLINS, M. D. (1974). *Stone age economics*. Chicago: Aldine-Atherton. Inc.
- SAHUQUILLO, M. (2013). «Pastillas para el dolor de vida». *El País*, 6 de diciembre. Versión digital: <https://elpais.com/sociedad/2013/12/06/actualidad/1386355492_284964.html>
- SAUNDERS, G. R. (1993). «“Critical Ethnocentrism” and the Ethnology of Ernesto De Martino». *American Anthropologist*, 95(4), 875-93.
- SCHMITZ S. (2014). «Feminist Approaches to Neurocultures». En Charles T. WOLFE (ed.), *Brain Theory: Essays in Critical Neurophilosophy*, 195-211. Londres: Palgrave Macmillan.
- SCHWARTZ, M. A.; WIGGINS, O. P.; NAUDIN, J. y SPITZER, M. (2005). «Rebuilding Reality: A Phenomenology of Aspects of Chronic Schizophrenia». *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 4(1), 91-115. <<https://doi.org/10.1007/s11097-005-4738-y>>
- SCOTT, M. J. (2022). *Personalising Trauma Treatment: Reframing and Reimagining*. Londres y Nueva York: Routledge.
- SERRANO-MIGUEL, M. y MARTÍNEZ-HERNÁEZ, Á. (2020). «Apuntes para una nueva cultura de cuidados en salud mental». *Revista Polis e Psique*, 10(2), 247-266.

- SERRANO-MIGUEL, M.; PIÉ-BALAGUER, A. y MARTÍNEZ-HERNÁNDEZ, Á. (coords.) (2020). *Guía para la gestión colaborativa de la medicación en salud mental*. Tarragona: Publicacions URV. <<http://llibres.urv.cat/index.php/purv/catalog/book/437>>
- SERRÉ, J. y CAUX, B. (2001). *Garabandal: Apparitions of the Blessed Virgin Mary as «Our Lady of Mount Carmel.»* [vol. 1]. From Beauty to Truthfulness. Ferny Hills, Queensland: The Workers of Our Lady of Mount Carmel of Garabandal.
- SIGNORELLI, A. (2015). *Ernesto de Martino: Teoria antropologica e metodologia della ricerca*. Roma: L'Asino d'Oro Edizioni.
- SIGNORELLI, V. (2011). «Bishop Receives Street Naming». *Bronx Times*, 4 de julio. https://www.bxtimes.com/stories/2011/30/bronxtimes-yn_bronx_front_page-27-garmendia.html.
- SJÖSTRÖM, N. (2010). «The Awaited Miracle: Reflections of Marian Apparitions in Garabandal, Spain». *Scripta Instituti Donneriani Aboensis*, 22, 353–67.
- SOETZER, U.; AHLBERG, G.; BERGMAN, P.; HALLSTEN, L. y LUNDBERG, I. (2009). «Working conditions predicting interpersonal relationship problem at work». *Eur J Work Org Psych*, 18(4), 424-41.
- SONEIRA, M. S.; BALAGUER, A. P. y DE CASTRO, M. C. M. (2021). *La locura rev/belada: Bases para un acompañamiento socioeducativo en salud mental*. Paraná-Entre Ríos: Fundación La Hendija.
- SONTAG, S. (1991). *Illness as metaphor and AIDS and its metaphors*. Londres: Penguin.
- STANGL, A. L.; EARNSHAW, V. A.; LOGIE, C. H.; VAN BRAKEL, W. C., SIMBAYI, L.; BARRÉ, I. y DOVIDIO, J. F. (2019). «The Health Stigma and Discrimination Framework: a global, crosscutting framework to inform research, intervention development, and policy on health-related stigmas». *BMC Medicine*, 17, 1-13.
- STRATHERN, M. (1988). *The gender of the gift: problems with women and problems with society in Melanesia*. Berkeley: University of California Press.
- TAUSSIG, M. T. (1980). «Reification and the Consciousness of the Patient». *Social Science and Medicine*, 14B, 3-13.
- TAUSSIG, M. T. (1999). *Defacement: Public Secrecy and the Labor of the Negative*. Stanford: Stanford University Press.
- TERRADAS, I. (1992). *Eliza Kendal: Reflexiones sobre una antibiografía*. Bellaterra: Universitat Autònoma de Barcelona.

- TOUFEXIS, A. (1993). «The personality pill». *Time*, 11 de octubre, 53-54.
- VAN DONGEN, E. (2004). *Worlds of Psychotic People: Wanderers, «Bricoleurs» and Strategists*. Londres: Routledge.
- VAN VOGT, A. E. (2008). *The Voyage of the Space Beagle*. Nueva York: Macmillan.
- VANHEULE, S.; ADRIAENS, P.; BAZAN, A.; BRACKE, P.; DEVISCH, I.; FEYS, J. L. *et al.* (2019). «Belgian Governmental Superior Health Council advises against the use of the DSM categories and promotes contextualising psychiatric diagnosis». *The Lancet. Psychiatry*, 6(9).
- VELASCO SÁNCHEZ, R. (2017). Por tu bien. De-construyendo la coerción en Salud Mental. *AEN*, 169.
- VIDAL, F. (2009). «Brainhood, anthropological figure of modernity». *History of the Human Sciences*, 22(1), 5-36.
- VIDAL, F. y ORTEGA, F. (2017). *Being Brains. Making the Cerebral Subject*. Nueva York: Fordham University Press.
- VIVEIROS DE CASTRO, E. (2012). *Cosmological Perspectivism in Amazonia and Elsewhere*. HAU Masterclass Series [vol. 1]. Manchester: HAU, Journal of Ethnographic Theory.
- WEBER, M. (1968) *Economy and society*. Nueva York: Bedmeister Press.
- WESTHUES, K., y JANSEN, S. D. (1999). «Eliminating professors: A guide to the dismissal process». *The Canadian Journal of Higher Education*, 29(2/3), 216.
- WESTHUES, K. (2011). *Mobbing en el ámbito académico. Conferencia Magistral presentada en el I Congreso Iberoamericano sobre Acoso Laboral e Institucional*. Escuela Nacional de Antropología e Historia, México, D. F.
- WURTZEL, E. (1994). *Prozac nation: Young and depressed in America*. Nueva York: Penguin.
- YAPHE, J.; EDMAN, R.; KNISHKOWY, B. y HERMAN, J. (2001). «The association between funding by commercial interests and study outcome in randomized controlled drug trials». *Family Practice*, 18(6), 565-568.
- YANG, L. H.; KLEINMAN, A.; LINK, B. G.; PHELAN, J. C.; LEE, S. y GOOD, B. (2007). «Culture and stigma: Adding moral experience to stigma theory». *Social science & medicine*, 64(7), 1524-1535.
- ZAPF, D.; EINARSEN, S.; HOEL, H. y VARTIA, M. (2003). «Empirical findings on bullying in the workplace». En Stale EINARSEN, Helge HOEL y Cary COOPER (eds.), *Bullying and emotional abuse in the workplace*:

International perspectives in research and practice. Londres y Nueva York: Taylor and Francis. <<https://doi.org/10.1201/9780203164662>>
ZIMMERMAN, J. (2017). «Neuro-narrative therapy: Brain science, narrative therapy, poststructuralism, and preferred identities». *Journal of Systemic Therapies*, 36(2): 12-26.

NOTA SOBRE EL AUTOR

Ángel Martínez-Hernández es catedrático de Antropología y director del Centro de Investigación en Antropología Médica (MARC) de la Universidad Rovira i Virgili. Se doctoró por la Universidad de Barcelona con una tesis, publicada posteriormente, en 2000 por Routledge, con prólogo de Arthur Kleinman (Universidad de Harvard): *What's Behind the Symptom? On Psychiatric Observation and Anthropological Understanding*. Ha sido investigador y profesor visitante en la Universidad de California en Berkeley, la Universidad de Perugia, la Universidad Nacional Autónoma de México, la Universidad Federal de Santa Catarina (Brasil), la Universidad Federal de Minas Gerais (Brasil) y la Universidad de California San Diego (Fulbright), entre otras. Es autor y coautor de más de 30 libros e informes y 120 capítulos de libros y artículos en revistas como *American Anthropologist*, *Social Science & Medicine*, *Culture, Medicine and Psychiatry*, *BMJ Global Health*, *Socio-Anthropologie*, *AM Rivista della Società Italiana di Antropologia Medica*, *European Journal of Public Health*, *Medical Anthropology*, *Anthropology & Medicine* y *Global Public Health*, entre otras. Ha sido experto de la Organización Mundial de la Salud-Oficina Regional para Europa y evaluador de diversos programas académicos y no académicos, como los «Programas Marco de la Comisión Europea» y el «Programa ALBan EuropeAid». Su libro, coeditado con Stella Evangelidou, *RESET: Reflexiones antropológicas sobre la pandemia de Covid-19* (2020) y publicado en esta misma colección, recibió el xxiv Premio Nacional de Edición Universitaria (mejor monografía en ciencias de la salud). En el año 2019, recibió el premio de Profesor Distinguido de la Universidad Rovira i Virgili y, en 2020, la distinción ICREA-Academia de la Generalitat de Catalunya. Desde 2017 es miembro internacional (*International Fellow*) del Centro de Salud Mental Global de la Universidad de California, San Diego.

En este libro, el lector encontrará una cuidadosa y minuciosa reflexión teórica sobre las limitaciones epistemológicas, éticas e institucionales que afectan al campo de la salud mental. Podemos observar en este texto el resultado de más de treinta años de investigación, que el autor ha dedicado a problematizar el espacio de intersección entre la salud mental, las ciencias sociales y los derechos humanos. Cada uno de los capítulos que componen este libro ponen de manifiesto, de algún modo, las diferentes formas de coerción que atraviesan el campo de la salud mental.

