Salud mental: somos el síntoma de un mundo dañado

Introducción

En este texto, hemos querido construir y compartir una mirada política común, alternativa al discurso que se está instalando y que ha venido a sustituir a la histórica invisibilidad de la salud mental. Ya no es invisible, pero la forma en que está visibilizándose no nos sirve.

El intento de sacar la salud mental de su histórica caja negra está en gran medida basado en el uso de datos sobre diagnósticos y medicación. Esto está permitiendo visibilizar, pero lo hace de manera tal que acrecienta el problema mismo: mayor medicalización, menores recursos fuera de ese formato, perpetuación del silencio sobre las preguntas que indagan en el origen social del malestar. Puede decirse que, sobre todo a partir de la pandemia, hay una hipertrofia del discurso público sobre la salud mental; de un determinado discurso que medicaliza e individualiza el problema y, sobre todo, la solución.

En dicho contexto, los objetivos que persigue este texto son dos:

1. Analizar y denunciar los factores que generan el sufrimiento, politizándolo. Creemos que tenemos fuertes razones para hacerlo.

2. Afrontar esta realidad de manera colectiva, abordando las vías que tenemos para combatirla. Creemos que es momento de construir respuestas colectivas, de asumir responsabilidades individuales y colectivas.

No partimos de la premisa “antes mejor, ahora peor”; seguro que antes había otras formas de sufrimiento. Tampoco pretendemos reproducir aquello de “los ricos también lloran”; seguro que en otras zonas del planeta hay más sufrimiento por violencias y carencias extremas. Lo que pretendemos es hablar del sufrimiento que hay hoy día en este lugar concreto del mundo, parte del norte expoliador. Nos vamos a centrar en lo que conocemos, porque creemos que está muy relacionado con la hipocresía del proyecto modernizador. Los sufrimientos son el espejo del proyecto modernizador, el síntoma de su fracaso.

Al abordar esta realidad es posible que entremos como elefante en cacharrería en ciertos aspectos. Intentamos cuidar lo que decimos, pero sentimos si herimos a alguien.

Una de las dudas que hemos tenido es la siguiente: ¿debemos hablar de salud mental o más bien de salud en general? Al fin y al cabo, uno de los problemas es, precisamente, la disociación que se establece entre la cabeza y el cuerpo, cuando ambos son uno. Es decir, no podemos hablar con propiedad de salud mental sin hablar de la salud en general.

Este trabajo no hubiera sido posible sin la ayuda de OPIK (Grupo de Investigación en Determinantes Sociales de la Salud y Cambio Demográfico, UPV/EHU) y la psicóloga clínica Olatz Barrenetxea, entre otras personas. Pero las palabras y planteamientos finales son responsabilidad exclusiva nuestra.

Por último, debemos señalar que los datos cuantitativos y cualitativos referidos al funcionamiento del sistema sanitario se centran en Hego Euskal Herria; seguiremos persistiendo para conseguir en el futuro estadísticas referentes a Ipar Euskal Herria, un reto ligado al reconocimiento nacional de este territorio. En cualquier caso, creemos que las reflexiones contenidas en este trabajo son pertinentes para toda Euskal Herria.

1. Más allá de los datos[21]

1.1. Lo que nos cuentan los datos

Miremos a donde miremos, la conclusión parece clara: los problemas de salud mental (como se definen oficialmente, en claro eufemismo para evitar hablar de enfermedad mental) son un temazo. Los datos nos cuentan que entre 2011 y 2022 se ha duplicado el número de personas con estos problemas, hasta llegar a afectar a una de cada tres en Hego Euskal Herria: 338 personas de cada mil (369 mujeres de cada mil, 307 hombres de cada mil). Los problemas más frecuentes en personas adultas son los trastornos de ansiedad, del sueño y de depresión. Entre menores de veinticinco años, los tipos más comunes son los trastornos de ansiedad, los del aprendizaje, y el Transtorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDHA). Permitidnos un inciso: es muy probable que, quienes estéis leyendo esto, entendáis a qué nos referimos con esos palabros… No es casual este conocimiento, como intentaremos argumentar en este texto.

Al mismo tiempo, es altísimo el consumo de psicofármacos. En 2022, en el estado español 223 personas de cada mil tenía asignado un psicofármaco[22] Aquí la diferencia por género es mucho mayor: 284 mujeres de cada mil frente a 159 hombres de cada mil. Dicho de otra forma: las mujeres* están más medicadas. Este consumo está creciendo mucho en edades muy jóvenes; es-

21 Salvo que se indique otra cosa, los datos cuantitativos que aparecen en este documento han sido proporcionados por OPIK. A su vez, provienen de dos fuentes: Registro de Actividad Sanitaria Especializada (RAE-CMBD) y Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP) del Sistema Nacional de Salud, Ministerio de Sanidad.

22 Incluimos aquí antipsicóticos, ansiolíticos, hipnóticos y sedantes, antidepresivos y psicoestimulantes.

tando este aumento claramente afectado por determinantes sociales: el género (es mayor en las chicas), el origen familiar (es mayor en jóvenes de familias migrantes, y, dentro de esta situación, también mayor en las chicas) y el nivel socioeconómico (cuanto menor, mayor probabilidad).

Los datos parecen decirnos que, como sociedad, tenemos un grave problema. Y en este texto nos hacemos eco de él. Pero, antes de entrar en más detalle, queremos señalar otra cosa que también consideramos fundamental: la solución no está funcionando. Cada vez hay más diagnósticos, cada vez hay más medicación… y siguen subiendo los diagnósticos. Esto nos abre muchas preguntas. No solo sobre cuál es la solución al problema, sino sobre cuál es el problema.

Parece innegable que hay mucho sufrimiento; habitamos grandes tensiones colectivas que nos generan mucho malestar. La ansiedad, la depresión... están señalando problemas sociales y colectivos. ¿Cuáles? También hay una parte relacionada con que somos más conscientes del sufrimiento. ¿Qué conciencia del sufrimiento tenemos y qué herramientas para enfocarlo?

Finalmente, hay otra parte en la que ese sufrimiento es un cambio de léxico: hemos incorporado un léxico médico que no teníamos. El peligro aparece en la medida en que esto nos lleve a situarnos en una gestión del malestar basada en la normalización de la medicación y en terapias individuales e individualizadoras mercantilizadas que nos desresponsabilizan y con las que buscamos soluciones rápidas. Esta normalización no solo impide que realicemos todas esas preguntas, sino que nos desempodera: perdemos la capacidad de responder al sufrimiento con otras estrategias (recursos y redes colectivas o comunitarias).

1.2. Preguntas más allá de los datos

Como intentaremos argumentar en este texto, el problema no es el número de diagnósticos (a los que sigue la prescripción de fármacos). Los problemas son tres, interrelacionados. Primero, los altos niveles de sufrimiento y malestar, que son resultado de grandes tensiones colectivas. Segundo, la patologización y la medicalización del sufrimiento, en el marco de un sistema sanitario precarizado y privatizado y de alta corrupción farmacéutica. Tercero, la concepción de la salud que subyace no solo al sistema sanitario, sino a nuestra forma de estar en el mundo.

Para no situar este triple problema en el aire, sino en vidas concretas, vamos a detenernos un momento en dos situaciones que nos generan especial preocupación: la ansiedad y la depresión en las mujeres*; y la situación de adolescentes y jóvenes.

1.2.1. SOBREDIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN EN MUJERES*

Entre 2011 y 2023, el diagnóstico de depresión en mujeres* se ha casi triplicado en Hego Euskal Herria. Hay fuertes desigualdades de género en el diagnóstico de ansiedad y depresión, y tam-

bién en la prescripción de psicofármacos (a igual sintomatología, a las mujeres* se les receta más)[23]. ¿Qué hay detrás de todo esto?

Las desigualdad materiales y simbólicas de género implican mayores niveles de sufrimiento en las mujeres*. Las cuestiones laborales son el principal desencadenante de problemas de salud mental en los hombres; en las mujeres*, en cambio, es una amalgama de cuestiones de la vida cotidiana, entre las que también está lo laboral: sobrecarga de cuidados, expectativas de excelencia en múltiples ámbitos, exigencias estéticas…

Otro elemento relevante es que las mujeres* acuden más a atención sanitaria porque tienen más asumida la vulnerabilidad y los cuidados. Tienen menos resistencia a pedir ayuda. A su vez, los hombres van menos porque les cuesta más reconocer la fragilidad, pero también porque hay un nivel de atención primera que lo reciben de las mujeres* del entorno afectivo.

El propio diagnóstico de depresión está alineado con atributos femeninos. Lo que se entiende por mala salud mental está más asociado a las mujeres*, lo cual forma parte de una cierta comprensión social del sufrimiento. La depresión se asocia al llanto y no a otras conductas disruptivas (ante el malestar los hombres recurren a otras expresiones, por ejemplo, el consumo de sustancias). En la propia definición de los problemas de salud mental hay un sesgo de género que patologiza los rasgos asociados con la feminidad (emocional, pasivo, sosegado), mientras que la masculinidad (racional, fuerte) se considera lo normal. La masculinidad oculta los síntomas del sufrimiento; en otras palabras, se construye sobre la negación del sufrimiento. Finalmente, También el androcentrismo y el sesgo de género en la atención sanitaria tienen un gran impacto en la explicación de estas desigualdades.

Todos estos factores en conjunto nos llevan a considerar que hay un claro sobrediagnóstico de ansiedad y depresión en las mujeres*, a lo cual se suma un alto consumo de fármacos. El proceso de dependencia del sistema sanitario y de fármacos para cuestiones de la vida diaria se va haciendo mayor en las mujeres*.

1.2.2. SALUD MENTAL EN ADOLESCENTES Y JÓVENES

La salud mental en jóvenes y adolescentes es un asunto de gran preocupación por varias aristas. Vayamos a algunas de ellas.

En relación con las desigualdades de género, los casos de TDAH y los trastornos de conducta son siempre más habituales en niños. El caso de la depresión y ansiedad es distinto: antes de los doce años, no hay diferencias de género (y casi no existen estos problemas). Pero, a partir

23 El número de mujeres con depresión (trastorno depresivo y/o psicosis afectiva) ha pasado de 24.345 en 2011 a 74.342 en 2023. En el caso de los hombres, de 8.773 a 32.149. A su vez, las mujeres* con ansiedad han pasado de ser 133.972 en 2011 a 265.824 en 2023. Los hombres con ansiedad, de 61.084 a 138.499.

de los doce, se da un cambio claro de tendencia y aparece un diagnóstico claramente mayor a las chicas. Con o sin diagnóstico, hay un sufrimiento psíquico claramente concentrado en ellas.

Tenemos que pensar en cuestiones tales como: es el momento en que los patrones de género cobran mucha más fuerza; hay una mayor exposición a distintos tipos de violencia (primeras relaciones sexuales y afectivas de abuso o subordinación); hay también mayor exposición a distintos tipos de exigencia (propia y ajena, académica, estética…).

Otro aspecto que genera preguntas es el cambio en la forma de crianza. Si el cambio de patrón de formatos más autoritarios a otros más benévolos puede tener beneficios innegables, a la par puede implicar mayores dificultades a la hora de establecer límites saludables. Además, hay una extensión de una percepción de inseguridad que puede estar implicando un fuerte recorte de autonomía, sobre todo, para las chicas.

Un último elemento que queremos resaltar: Como ya hemos apuntado, parece que el consumo de psicofármacos está aumentando mucho en edades muy jóvenes. Además de la preocupación por el nivel de sufrimiento que esto puede estar señalando, surge otra alarma. ¿Hay riesgo de que el consumo de pastillas se convierta en una forma de socialización? ¿La socialización en temas de salud mental, unida a la normalización de la medicalización, puede implicar que este consumo se convierta en una forma de construir identidad de grupo?

1.3. El dolor actual es inmenso

Entre lo que indican, lo que puedan sobredimensionar y lo que ocultan los datos, existe una esencia fundamental común, que es precisamente el sufrimiento. Sin duda alguna, las tonalidades e intensidades de este sufrimiento son muy diversas, y también son múltiples las formas que puede tomar este dolor. Algunos de estos sufrimientos están incluso llevando a ciertas personas a situaciones extremas. Pero hay un componente común que subyace a todos estos casos: el dolor. Por lo tanto, esta es la sintomatología que muestra la realidad actual: el consumo de psicofármacos, los porcentajes de los diagnósticos de depresión y ansiedad, el incremento de la demanda de ayuda profesional o ese perpetuo malestar que tenemos naturalizado en nuestro día a día no son más que algunos de los indicadores de dicho sufrimiento.

La finalidad de este documento consiste en introducirnos de lleno en el significado del sufrimiento. Partimos de la constatación de que esta dinámica instalada de patologización e individualización del sufrimiento implica el encubrimiento y la dispersión de las carencias y defectos estructurales del sistema, así como de las responsabilidades individuales y colectivas. Queremos abordar este tema en profundidad, indagando las razones y causas de este inmenso dolor actual, aportando a la vez nuevos puntos de vista, asideros y recursos para combatir esta situación. En cualquier caso, es el momento de afrontar la realidad, y este análisis pretende ser una herramienta para avanzar en esa vía a partir del empoderamiento colectivo y personal.

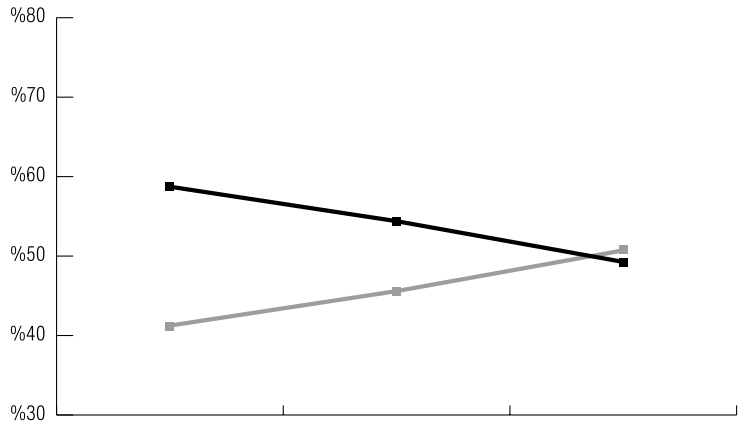
2. Salud mental, sistema sanitario y concepción occidental de la salud

2.1. La atención a la salud mental en el sistema sanitario hoy

La puerta de entrada a la atención sanitaria del malestar emocional es la atención primaria. La cantidad de situaciones que llega es inmanejable dada la altísima precariedad en que se encuentra este nivel asistencial, que está sufriendo lo que desde diversos sectores se denuncia directamente como un "desmantelamiento". Muchas de las personas que recurren a atención primaria se quedan en este nivel. Como argumentaremos más adelante, esto no sería un problema si se pudiera atender con calidad. El problema es quedarse ahí sólo con prescripción de fármacos y sin poder realizar un acompañamiento y seguimiento adecuados porque los recursos están desbordados.

A quienes se mal-quedan en primaria, hay que sumar quienes no llegan siquiera a entrar en contacto con el sistema sanitario. Esto puede suceder porque sus malestares no se sitúan entre los parámetros biomédicos con los que funciona la sanidad. O puede ser que no lleguen por la naturalización del malestar y/o por la naturalización de la respuesta individualizada y medicalizada a ese malestar. ¿Asumimos como no problemático estar mal, o tomar para dormir un lorazepam que nos recetan en consulta privada? Esta respuesta individualizada está sumamente mercantilizada, con una proliferación de terapias dentro o fuera de los parámetros biomédicos. La capacidad de respuesta fuera del sistema sanitario está por tanto profundamente marcada por la clase social. Y también por el género, como puede verse en el siguiente gráfico:

Salud mental, por género, HEH 2022



	Con medicamento	Con problemas de salud mental	En atención especializada
Mujeres	58,8%	54,4%	49,2%
Hombres	41,2%	45,6%	50,8%

Fuente: elaboración propia con datos de RAE-CMBD y BDCAP.

Volviendo al sistema sanitario: de la atención primaria se deriva a atención especializada a aquellos a los que se considera presentan cuadros de mayor gravedad o difícil evolución. El problema es que en ocasiones no se contempla el intenso sufrimiento o la merma de funcionalidad como criterios de gravedad y se tiende a derivar a quienes tienen una conducta más divergente con respecto a los parámetros normativos de conducta. Pueden o no ser las personas con un nivel de sufrimiento mayor. Pero, desde luego, son la parte socialmente incómoda.

Los servicios de salud especializados deben trabajar en coordinación con servicios sociales u otros servicios que resultan de vital importancia en la atención integral. Esto responde a la perspectiva psicosocial que, en principio, guía la atención a la salud mental y que es resultado de reivindicaciones y cambios históricos.

Hace ya años, en coherencia con un enfoque psicosocial de la salud y de medicina comunitaria, se cerraron los mal llamados manicomios, y la salud mental pasó a situarse dentro del sistema sanitario. Es aquí donde entraron también a jugar un papel fundamental los servicios sociales. En este contexto, se abrieron las unidades especializadas de urgencia y de ingreso en los hospitales generales y se constituyó una red de servicios, entre ellos, los centros de salud mental y las unidades intermedias como los hospitales de día. Se han ido tomando además medidas para disminuir plazas de unidades de larga estancia sustituyéndolas progresivamente por otras estructuras como miniresidencias y pisos. No obstante, siguen siendo medidas muy insuficientes en lo que se ha querido llamar el camino hacia la psiquiatría comunitaria. Camino que tiene todavía un largo recorrido que transitar y que hoy en día está sumamente precarizado.

Resulta también importante subrayar que en la práctica asistencial en los servicios de salud mental se impone muchas veces un tratamiento biologicista. Es decir, se tratan todos los casos como si las causas de las disfunciones fueran biológicas y, por tanto, tuvieran necesidad de atención sólo y exclusivamente en parámetros biomédicos y sin atender a cuestiones de la cotidianidad ni a cuestiones materiales u otros factores. Incluso concediendo que esa puede ser la situación en algunos casos (asunto en debate), son pocos los que tienen comprobada una causa biológica y, sin embargo, el tratamiento es igual en todos.

A todo ello debemos añadir enormes problemas de coordinación entre servicios de salud pública y servicios sociales u otros agentes, al pertenecer a sectores administrativos distintos (en el caso de la CAV, a Osakidetza, diputaciones, servicios municipales etc.), siendo muy complicada la atención multidisciplinar necesaria para poder ofrecer un acompañamiento adecuado. Por último, tanto los servicios sanitarios como los sociales adolecen de los altos niveles de precarización y privatización.

Todo ello conlleva que las y los profesionales estén trabajando en condiciones insostenibles. No hay tiempo, literalmente no hay tiempo, para volver a citar a una persona en un plazo humanamente razonable para ver cómo evoluciona. Pero el estrés se lee como un problema de agenda

laboral, y no como un problema sistémico. Esta situación afecta no solo al ámbito sanitario, sino a profesorado de los diversos niveles educativos, a trabajadoras de centros de mayores… Llega a quienes tienen responsabilidades en todos los espacios en los que desarrollan sus vidas las personas que sufren. Y, por supuesto, termina llegando a las familias (y, en ellas, a las mujeres), que a menudo deben ser el espacio final en que se resuelvan situaciones de mucha dificultad.

Antes denunciábamos el sobrediagnóstico de depresión a las mujeres. ¿Estamos hablando de mala praxis? En el contexto que estamos describiendo entendemos que muchas veces las y los profesionales no comenten exprofeso mala praxis: son trabajadoras desbordadas, atendiendo problemas ante los que no saben qué hacer (porque la forma occidental de entender la salud, como veremos, no da herramientas), en el marco de una presión social (y a menudo de las propias personas con malestar) hacia soluciones rápidas. En ese marco… se hace lo único que se sabe hacer: recetar. Otras veces, se sabe y querría hacer otra cosa y, simplemente, no se puede.

Los altísimos niveles de precarización y privatización, unidos al predominio de miradas biomédicas, implican que en la práctica de la psiquiatría y de servicios sociales sea muy habitual el ejercicio de violencia contra las personas con problemas de salud mental, como ha sido fuertemente denunciado por estas mismas personas. Hay violencia, también, en la desinformación generalizada sobre las implicaciones de la medicación, entre ellas, la generación de dependencias. La sobremedicación va de la mano del altísimo poder de las empresas farmacéuticas. Hay un muy alto nivel de corrupción farmacéutica, que permea y condiciona el sistema sanitario público. La salud mental se ha convertido en un gran negocio.

En definitiva, la forma actual de tratar la salud mental, bajo una perspectiva que de facto (no en teoría) es biomédica, en un marco de precarización y privatizaciones ligado a la corrupción farmacéutica, deriva en sobrediagnósticos y sobremedicaciones, en violencia cotidiana para muchas personas diagnosticadas y/o medicadas, en condiciones de trabajo (y de vida) insoportables para las y los profesionales, en el crecimiento exponencial de la población que no recibe apoyos o que solo los recibe si los puede comprar, y en el cierre del debate sobre las causas sociales del malestar.

2.2. Bases de nuestro sistema sanitario

Como se ha mencionado anteriormente, es necesario comprender las bases de nuestro sistema sanitario para entender lo que está ocurriendo. Los parámetros de nuestro sistema sanitario actual y en general nuestra conceptualización sobre la salud se basan en la biomedicina, que, a su vez, se basa en el paradigma o modelo occidental de entender el cuerpo y la salud.

2.2.1. BIOMEDICINA

La biomedicina nació a finales del siglo XVIII, precisamente dentro de los parámetros de la epistemología de la Ciencia. Ante las instituciones y el poder, el nacimiento de la biomedicina supuso

un salto cualitativo para las diferentes disciplinas sanitarias de aquella época: se pasó de una medicina basada en la experiencia a una medicina basada en el método científico.

En aquella época, quienes poseían otros tipos de conocimiento sobre el cuerpo (las mujeres) quedaron excluidas del proceso de creación de la biomedicina, pues se prohibió su participación en el proceso. Esta prohibición conllevó dos consecuencias principales: por un lado, la pérdida de genealogía del conocimiento de todas aquellas mujeres; por otro, la no consideración de las necesidades de las mujeres en la creación de la nueva ciencia de la medicina, con su consiguiente exclusión de la atención médica. Es decir, las mujeres quedamos excluidas de los parámetros de la medicina oficial.

No cabe duda de que la medicina basada en el método científico resulta eficiente a la hora tratar ciertos problemas de salud, sobre todo las enfermedades graves, las afecciones con un claro término, las enfermedades localizadas en órganos concretos o con una etiología muy definida, o bien los problemas de salud en los que la intervención de la tecnología sanitaria resulta decisiva. Pero ese modelo de medicina arraigado en la especialización y en la biología no posibilita una atención para la salud mental. En otras palabras, la salud mental no encaja en el patrón de la biomedicina. Para compensar esta carencia, la última especialidad que se crea a finales del siglo XIX es la psiquiatría. Y se crea dentro de los mismos parámetros y mimetizando el mismo patrón: centrándose en el origen biológico de las enfermedades.

Por lo tanto, el sistema sanitario actual, además de carecer de una perspectiva de género, se basa en la incapacidad de atender la salud mental. Para este modelo, la separación entre salud y salud mental es lógica, ya que es esta misma distinción la que permite mantener el propio modelo de biomedicina basado en la atención al cuerpo.

De todos modos, el agotamiento de este marco de la medicina queda en evidencia ante enfermedades que se sitúan en otros parámetros. Es el caso de los problemas psicosomáticos sin un origen orgánico: la incapacidad que presenta la biomedicina ante estos problemas acarrea entre el personal sanitario una gran frustración y una tendencia a la medicalización.

Opinamos que la salud y la salud mental son inseparables: la salud es lo que permite vivir la vida con un equilibrio, una calidad y una ternura fundamentales. Es evidente que la salud mental es una pieza imprescindible en el equilibrio de la salud individual.

2.2.2. MIRADA OCCIDENTAL AL CUERPO Y LA SALUD

La esencia de la biomedicina pone de manifiesto que se basa en una forma propia de conceptualizar la salud y la sanidad y que, a su vez, su actividad ha alimentado y fomentado esa conceptualización. Por lo tanto, la visión y la percepción de la salud que tenemos en nuestro imaginario colectivo es claramente una construcción social. Lo cual significa que el sentido vital y práctico de la salud que tenemos interiorizado no es neutro, menos aún natural.

Con ello queremos decir que cada sociedad refleja las características del paradigma instalado en su fundamento. Cuando hablamos de paradigma, nos referimos a la cosmovisión que emplea cada sociedad para conocer, percibir y explicar el mundo, es decir, a la interpretación propia que hace de la realidad. Y el significado de la salud se sitúa indudablemente en esa cosmovisión.

Si bien el paradigma oficial que sustenta hoy en día nuestro sistema en Occidente se encuentra en situación de crisis y de desmantelamiento, sus rasgos continúan orientando nuestras vidas y costumbres, haciéndonos creer que nuestras convicciones sobre ellas son propias. Estos son los parámetros que afectan nuestro sistema sanitario oficial y nuestra visión sobre la salud:

La dicotomía establecida entre el cuerpo y la mente por el enfoque mecanicista y, dentro de dicha dicotomía, el valor primordial atribuido a la razón, concibiendo el cuerpo como una mera parte mecánica de la persona.

Esta máxima no solo afecta la manera de interpretar la salud, sino también el modo de vivir la vida. Esta relación jerárquica que se establece entre la mente y el cuerpo es lo que nos lleva por lo general a vivir en la mente y no en el cuerpo. Por consiguiente, nuestra desconexión con el cuerpo es total, y la visión instrumentalista que mantenemos en relación con él, completamente naturalizada. Es decir, tratamos nuestro cuerpo como si fuera una simple máquina: no lo escuchamos, no lo sentimos y no le hablamos.

La relación que solemos establecer los seres humanos con el cuerpo es muy distante. Una percepción muy paradójica, pues es precisamente el cuerpo el que hace posible nuestra esencia, nuestra existencia y nuestra presencia. La visión con la que lo tratamos es muy biologicista, por un lado, y muy materialista, utilitarista y mercantilista, por otro. El capitalismo ha reforzado particularmente esta última percepción. Y a todo ello se suma el mandato heteropatriarcal que impone al cuerpo de las mujeres una exigencia estética, condenándonos a vivir en una continua lucha con nuestros cuerpos.

Por consiguiente, la mirada sobre la propia salud se basa en ese déficit estructural: en el desconocimiento y a veces menosprecio de nuestro espacio físico o nuestra casa. Y, evidentemente, esa base no nos permite ser sujetos activos y responsables de nuestra salud. Al contrario, nuestra actitud hacia la salud es muy pasiva.

Junto con esta visión sobre la salud, uno de los fundamentos del sistema sanitario es la percepción mecanicista del cuerpo, por lo que en la medicina actual prevalece un enfoque biologicista que tiene diversas consecuencias. En primer lugar, se basa en un modelo especialista y no contempla la salud de manera integral. Por lo tanto, el nivel de exactitud que se obtiene de la disección de los sistemas y órganos del cuerpo es irrefutable, pero también acarrea la pérdida de la visión de la interdependencia entre las partes. Esa es la base en la que se cimienta la distinción entre la salud física y mental. Y esa percepción mecanicista dificulta la intervención en la salud mental, entre otras razones porque aparecen problemas psicosomáticos sin origen orgánico.

En segundo lugar, el hecho de gozar de buena salud se identifica con no estar enfermo. Por lo tanto, la atención se centra en la enfermedad y no tanto en la persona, y las intervenciones y tratamientos que se proponen tienen como objetivo superar la enfermedad. Junto a ello, el diagnóstico que se aplica responde a la lógica lineal causa-efecto, relegando la complejidad del cuerpo y la idiosincrasia de cada persona. La focalización en la enfermedad hace que la prevención no sea una prioridad, o que su ejercicio sea muy limitado.

La negación de los límites de nuestro cuerpo y de nuestra existencia. Esta máxima coincide con la refutación de nuestra vulnerabilidad y el tabú en torno a la muerte.

La percepción mecanicista y utilitarista nos lleva a no considerar los límites de nuestro cuerpo. En ese sentido, en lugar de aceptar la muerte de una manera natural y entenderla como otra fase más del ciclo de la vida, su negación sigue sosteniendo y alimentando el miedo. El propósito productivista del capitalismo también refuerza esta tendencia.

En nuestro inconsciente, vivimos en la creencia de la inmortalidad, y situamos la relación que mantenemos con nuestro cuerpo en términos de exigencia. En general, apenas cuidamos y mimamos nuestro cuerpo; lo que es más, el miedo a la muerte afecta y desfigura la relación natural que deberíamos mantener con él.

El predominio del cientificismo, como consecuencia de situar el modelo de la medicina actual en la epistemología de las Ciencias.

El predominio y monopolio erigido sobre la ciencia ha favorecido el cientificismo, que atribuye al método científico un principio de objetivación y un carácter universal y neutral. Este cientificismo implica un análisis de la realidad sumamente mecanicista y unidireccional, fundado en la ley de causa y efecto. Predomina esa visión tecnocientífica, menospreciándose los demás saberes por no poseer estatus científico. Todo ello ha afectado el ámbito de la medicina, que no reconoce el valor de la contribución del conocimiento tradicional de nuestro pueblo sobre prácticas sanitarias.

Una medicina basada en el patriarcado.

La visión mecanicista de la medicina toma el cuerpo del hombre como punto de partida, y la arquitectura del sistema sanitario se ha construido desde el punto de vista y las necesidades del hombre. Además, la conceptualización e intervención de la maternidad fomentada por la biomedicina equipara dicha condición con la enfermedad.

La mercantilización de la medicina por parte del capitalismo.

El capitalismo condiciona y orienta plenamente esa práctica biomédica, priorizando los intereses económicos, convirtiendo la salud en simple negocio y alentando el proceso de mercantilización y privatización.

2.2.3. NECESIDAD DE SUPERAR EL SISTEMA SANITARIO ACTUAL

Sin duda alguna, los beneficios, descubrimientos y avances aportados por el modelo del sistema sanitario actual al universo médico son más que evidentes, y no se puede negar la influencia positiva que dichos avances han tenido en la calidad de vida de la sociedad occidental. Las características anteriormente mencionadas (la implicación de la ciencia, el método científico, la especialización o la eficacia para superar las enfermedades) han sido elementos imprescindibles para el éxito del proceso de garantía de la salud. Pero las preocupaciones y necesidades que se han ido extendiendo en torno a la salud mental, además de evidenciar los límites de dicho modelo, reflejan asimismo sus carencias e insuficiencias estructurales, lo cual nos lleva a repensar el modelo y a reconstituir una mirada holística con relación a la salud.

3. Orígenes sociales del malestar

3.1. Somos el síntoma de un mundo dañado

En la casuística del origen de la salud mental predominan las causas sociales. En las investigaciones realizadas sobre este tema, el origen social del malestar es un criterio y un planteamiento muy compartido y asimilado. Pero al indagar en el significado del origen social aparecen distintas variables: son elementos interconectados en la realidad y que influyen en el fondo de nuestro tejido social.

Para abordar esta reflexión, hemos querido partir de una clara evidencia: somos el síntoma de un mundo dañado. Las personas que habitamos este mundo estamos enfermas, nos enfermamos, sufrimos, el dolor que sentimos es enorme. Esta situación se está expandiendo en el marco de un mundo en crisis. Si contemplamos el contexto y miramos más allá de nuestro ombligo, podemos apreciar otra perspectiva del panorama. El mundo no está en crisis por casualidad, lo hemos puesto en crisis las personas que lo habitamos. Somos responsables de su enfermedad, y lo que estamos sufriendo es, paradójicamente, el síntoma de la enfermedad del mundo.

El propósito de este análisis no es solamente ofrecer unas claves para comprender la situación. Además de elaborar el marco referencial de lo que está ocurriendo, pretendemos imaginar el punto de partida para el cambio. En ese sentido, el hecho de reconocer que somos el síntoma de un mundo que hemos enfermado nos sitúa, honesta y humildemente, en el lugar que nos merecemos, permitiéndonos a la vez construir el mundo desde otras maneras de habitarlo.

3.2. Precariedad material

Al indagar en el origen social del sufrimiento, resulta evidente que el hecho de vivir en escasas condiciones materiales, es decir, el no tener garantizada una subsistencia material, influye directamente en la salud individual. Esa falta de recursos enferma a cualquiera. Pero cuando hablamos de precariedad material no nos referimos solamente a situaciones extremas. El régimen que se está expandiendo y normalizando hoy en día de la mano de la precariedad material, es la precarización de la vida, y esta realidad no solo impone una inestabilidad permanente, además imposibilita todo proyecto de vida. Esto, ciertamente, nos crea una tensión interna que alimenta el miedo, la inquietud y el estrés. Por consiguiente, un modo de vida basado en la precarización difícilmente puede garantizar una vida saludable. La precariedad influye sin ninguna duda en nuestra salud, nuestro equilibrio y nuestro estado anímico. Y el malestar y el sufrimiento que se generan por causa de esta influencia condicionan por completo la salud mental.

En ese sentido, a menudo los apellidos emocionales que los diagnósticos de salud mental atribuyen a los problemas individuales son realmente problemas materiales y colectivos, consecuencia de las carencias estructurales y conductas injustas de esta sociedad. En otras palabras, estar en paro se denomina ansiedad, o la sobrecarga del cuidado se diagnostica como depresión.

Pero el sistema utiliza la máscara de la salud mental para lavarse la cara y atribuir a los individuos toda la responsabilidad: por un lado, la responsabilidad de salir de su precariedad; por otra, la de afrontar la enfermedad provocada por esa precariedad.

3.3. Otros problemas de nuestra sociedad: tensiones colectivas

Aparte de la precarización de la vida, el actual modelo de sociedad abarca otros problemas que tienen una influencia directa en nuestras vidas, en nuestro proceso de socialización, en la caracterización de nuestras relaciones y en nuestra percepción de la realidad. Y todo ello condiciona nuestro equilibrio emocional y nuestra capacidad para afrontar las adversidades de la vida.

3.3.1. EXPECTATIVAS, DISOCIACIÓN, FRUSTRACIÓN E INCAPACIDAD PARA GESTIONAR LAS EMOCIONES

Los elementos que caracterizan nuestro modo de vida son, entre otros, las expectativas fuera de lugar, la disociación, la frustración y la tendencia a no preocuparnos por nuestras emociones. La realidad que transmite el sistema es dicotómica: por un lado, un mundo sumido en un proceso destructor, un mundo lleno de peligros; por otro, un mundo mágico, perfecto, donde se puede conseguir todo: el éxito, la belleza, la felicidad y la eterna juventud. La digitalización de la vida ha dimensionado por completo la representación de esa dicotomía, triplicando las consecuencias de su efecto. En consecuencia, la referencia de nuestra vida se sitúa hoy en día entre esos dos

extremos de la realidad. Además, el sistema intenta ocultar sus injusticias y sus consecuencias sociales atribuyendo a cada individuo la responsabilidad sobre su bienestar y su éxito, lo cual fomenta y alimenta la personalización de la vivencia de esa realidad de dos extremos.

Esa situación hace que vivamos en una disociación permanente, a saber, en la disociación que se genera entre la verdadera realidad y la realidad de ficción. Por un lado, vivimos en la esclavitud impuesta por las expectativas que se nos venden, y, si no llegamos a cumplirlas, se nos hace creer que es por nuestra culpa e incapacidad. Por lo que se nos condena a vivir atendiendo a unas exigencias de competitividad, belleza, inteligencia, éxito y, por supuesto, felicidad. Exigencias que se multiplican para las mujeres, que además debemos ser excelentes cuidadoras. Sin embargo, cuando somos incapaces de alcanzar esos ideales, nos desmoronamos, y esto ocasiona una sensación de locura y otros tipos de sentimiento: culpa, frustración, fracaso y demás.

Se han agravado las consecuencias sobre nuestra salud y equilibrio emocional provocadas, por la confusión que genera en las personas esa colisión entre expectativas fuera de lugar versus realidad y, por la incapacidad para gestionar dicha confusión. Tenemos muy interiorizadas las creencias impuestas por el sistema, y, al intentar moldear los rasgos propios de nuestra identidad y gestionar todo ello emocionalmente, sentimos un gran abandono y una gran frustración. Y nos perdemos en el torbellino de la dialéctica entre el quiero llegar y el debo llegar.

Al sistema no le interesa tener en su seno personas empoderadas, así que, en general, caemos en su juego y vivimos sometidas a la proyección hacia afuera, eludiendo las responsabilidades. Y bien sabemos que lo que nos empodera es, precisamente, aprender a atender las propias emociones, a manejar el sufrimiento y a afrontar el dolor.

¿Cómo se plasma todo lo expuesto en el marco de la enfermedad mental? Esa gestión de la oposición entre las propias expectativas y la verdadera realidad genera un gran sufrimiento, un dolor existencial, con rasgos depresivos y ansiosos. Una situación que se tiende a ocultar, proyectando una imagen de falsa normalidad.

3.3.2. SOLEDAD, DESVINCULACIÓN Y DESHUMANIZACIÓN

El individualismo ha sido desde siempre una característica del sistema y del capitalismo. Pero la desvinculación y el aislamiento arraigados en nuestra sociedad tienen otro alcance. Cuando hablamos de soledad, no nos referimos a la soledad existencial, puesto que este tipo de soledad es una herramienta imprescindible para avanzar en el propio proceso de empoderamiento. Aquí nos referimos a otro tipo de soledad, a la que niega el sentido y el sentimiento de pertenencia a una comunidad que implica nuestra naturaleza social. Este tipo de soledad tiene otra tonalidad y otra dimensión. Y seguramente la digitalización de nuestras vidas influye de manera directa y profunda en esa desconexión con la esencia de la vida que se está estableciendo y extendiendo.

Aunque la mayoría de la gente viva rodeada de personas, la sensación de desvinculación social está muy arraigada en nuestra sociedad. El vivir ante una pantalla ha sustituido la colaboración, calidez, complicidad, ternura, naturalidad… que aportan las relaciones cara a cara, así como la posibilidad de transcender lo individual para crear una colectividad, o sea, la sensación de pertenencia a un grupo. Así, la digitalización de las relaciones ha ocasionado el consumo de relaciones superficiales, sin compromiso y sumidas en el torbellino del corto plazo.

Por otro lado, convertir la vida en pantalla conlleva una permanente proyección personal, un estar mirando hacia afuera y sumergirse en la dinámica de la acción. Este narcisismo y este vivir en acción imponen otro tipo de desvinculación que alimenta la sensación de aislamiento y a la vez niega la imprescindible soledad existencial que mencionábamos anteriormente.

Más allá de las redes sociales, el gen competitivo que llevamos instalado en nuestro modelo de vida y el espíritu de acumulación, también fomentan el individualismo. En definitiva, se sitúa al resto de la gente en la categoría de contrincante, lo cual no permite el desarrollo de una conciencia de comunidad e interdependencia entre personas.

En cualquier caso, es evidente que el significado de la soledad está muy relacionado con el vacío existencial que se está expandiendo y que influye directamente en nuestra salud y nuestro equilibrio.

3.3.3. EXTENSIÓN DE LA VIOLENCIA (ABUSOS SEXUALES)

Una mirada feminista a la salud mental requiere detenernos en la relación entre el sufrimiento de las mujeres* y la violencia machista. Podemos afirmar que el ser objeto de violencia machista supone parte intrínseca de la socialización de género para las mujeres*; es decir, la construcción identitaria de las mujeres* se hace, en parte, en base a la gestión o subjetivación de los discursos y de las experiencias de violencia machista vividas.

Los discursos y relatos sobre violencia machista y violencia sexual, que integramos las mujeres*, tienen por objeto limitar nuestras libertades y domesticar nuestra conducta, inoculando un miedo colectivo en las mujeres* que nos lleva a generar mecanismos autolimitantes, de hipervigilancia o de otra índole: no transitar libremente por lugares con ciertas características, temer cualquier sombra nocturna, cerrar las puertas con llave por miedo a que alguien venga a agredirnos, tener miedo a que entren por la ventana de nuestra habitación y nos agredan, pesadillas recurrentes sobre agresiones sexuales…

Podríamos afirmar que las mujeres*, hayamos experimentado con mayor o menor intensidad alguna experiencia de violencia machista en nuestras vidas, compartimos un trauma colectivo inducido por los discursos de disciplinamiento patriarcales. Además, en relación con la violencia machista y sexual también incorporamos, a través de los relatos patriarcales, la responsabilidad

de haber sido agredidas a través de los mecanismos de la culpa, la vergüenza y el silencio. Por ello, en el caso de ser agredidas sexualmente el sufrimiento mental se agravará considerablemente a través de estos mecanismos.

Por otro lado, a los relatos y los discursos, debemos sumarle que la violencia vivida y experimentada por las mujeres* es altísima, según la Macroencuesta de Violencia contra la Mujer de 2019, realizada por el Ministerio de Igualdad de España, una de cada cinco mujeres mayores de 16 años ha sufrido algún tipo de violencia sexual (el 20,4%).

Por último, requiere una mención especial la violencia sexual contra la infancia (una de cada cinco criaturas sufre violencia sexual en Europa), que ha sido históricamente invisibilizada y silenciada, junto con todo el sufrimiento que conlleva[24]. La violencia sexual contra la infancia es un tipo de violencia machista que se da mayormente en el ámbito familiar y que afecta sobre todo a las niñas (el 70% de las agredidas son niñas). Este tipo de violencia tiene un gran impacto en la construcción de la identidad de las niñas agredidas, ya que se da a edades muy tempranas (desde los 6 a los 12 años), puede prolongarse en el tiempo durante años y la suelen ejercer hombres que son figuras de apego básicas para las niñas (la mayoría de los agresores son los padres o abuelos). La violencia sexual contra la infancia, genera un gran sufrimiento y sintomatología muy compleja (amnesia, disociación y otro tipo de trastornos o dolores) que a menudo se patologiza y se aborda sin marcos feministas, por lo que se tapa su origen, lo que imposibilita comprender todo ese sufrimiento en el marco de las violencias machistas y, por tanto, como parte de los mecanismos patriarcales de dominación y disciplinamiento de las mujeres*.

Toda esta realidad nos llevaría a preguntarnos ¿Cuánta violencia machista invisibilizada y silenciada hay detrás de la locura de las mujeres*? Otros estudios ponen de manifiesto que mujeres* con lo que se denomina trastornos mentales graves tienen mayores índices de violencia machista (hasta el 70%). Nos volvemos a preguntar qué fue antes: ¿el trastorno, con su consiguiente violencia patologizadora, o la violencia machista sufrida?

3.3.4. INCERTIDUMBRE: FALTA DE HORIZONTES Y AUSENCIA DE PRESENTE

La incertidumbre es una de las características básicas que describen la realidad actual occidental. Y esta puede ser una clave fundamental para entender el malestar y el dolor que sufrimos hoy en día. La incertidumbre, sobre todo entre la juventud, genera una sensación de falta de horizontes que tiene diversas dimensiones. Por un lado, la dimensión vinculada a la cotidianidad, es decir, la incapacidad de articular un proyecto de vida real. Por otro, junto a esa incapacidad de construir un proyecto de vida en el futuro, la falta de herramientas y posibilidades para imaginar y dibujar horizontes, una situación sin salida. Para terminar, en el plano existencial, una visión apocalíptica

24 Datos del Consejo de Europa, Human Rights Channel, https://tinyurl.com/2bfgq422.

del mundo, la percepción de que se está acabando todo, es decir, una sensación cada vez más profunda de inseguridad y de falta de apoyo.

La incertidumbre está dimensionada seguramente por la sensación de control arraigada hasta ahora en Occidente, cuya más clara representación es el sueño de conseguir un trabajo fijo. Sin embargo, debido a la desaparición de la figura del trabajo estable, vivimos en una crisis de paradigma, y los parámetros en que pensábamos y estructurábamos nuestra vida se están desmoronando, por lo que la incertidumbre supera la misma dimensión material.

La desorientación existencial y la percepción de carecer de soportes afecta no solo la visión del futuro, sino también la manera de vivir el presente. Las dos caras de la incertidumbre son el pánico a la falta de futuro y el miedo al presente, y no se debe subestimar la influencia que esto puede tener en nuestra salud y nuestro equilibrio. Este estado anímico que provocan dichas sensaciones en las personas favorece la enfermedad.

3.4. La juventud, espejo de nuestra sociedad

La realidad actual ha encendido una alerta roja y una gran preocupación en torno a la salud mental, sobre todo en adolescentes y jóvenes, y no es casualidad. Partíamos de la reflexión de que somos el síntoma de un mundo que hemos dañado, pues queríamos hacer hincapié en nuestra responsabilidad. Igualmente, afirmamos que la juventud actual representa la sintomatología de nuestra sociedad. La juventud es un claro reflejo de la proyección de la sociedad, y, por tanto, las enfermedades que padece este sector señalan las carencias de nuestra sociedad.

Algunos de los problemas mencionados en este análisis han tenido una notable influencia en la juventud, pues son claves fundamentales para su proceso de integración social. La soledad, el aislamiento, el vacío existencial, la obsesión por las expectativas, la frustración, la violencia y la agresión sexual, la competitividad, la falta de horizontes… Evidentemente, la vivencia y la intensidad del proceso de interiorización de estos fenómenos pueden haber sido diferentes, pero en el fondo son comunes. Por ejemplo, es muy significativa la obsesión entre adolescentes y jóvenes por la nota media: además de la presión que ejerce el sistema, las expectativas y la competitividad también influyen considerablemente en esa obsesión. No es casualidad, insistimos, que en el contexto social que hemos creado aparezcan problemas de salud mental en este sector de la sociedad.

Consideramos que existen otras variables no contempladas en este análisis que también influyen en la juventud: entre otras, la sobreprotección de la familia, la tentación entre adolescentes de articular identidades propias en torno a la enfermedad mental, la falta de autonomía de la adolescencia ante algunos aspectos…

En cualquier caso, la juventud es el producto de nuestra sociedad, y ser conscientes de ello nos lleva a fijar un punto de partida y a poner en marcha nuevos recursos para cambiar la situación.

4. Horizontes

Decíamos que tenemos un temazo: el sufrimiento es inmenso. Pero también hemos visto la pendiente por la que podemos deslizarnos si nombramos este problema de manera patologizadora y medicalizada. El primer paso imprescindible es nombrar las causas colectivas del malestar, situarlo en el marco de un fracaso sistémico. Pero el segundo paso es construir respuestas colectivas. Y debemos darlo de manera urgente. Hacernos conscientes de que nuestro dolor forma parte de un proyecto civilizatorio fallido, sin nada a lo que agarrarnos, puede lanzarnos si cabe más rápido por la pendiente.

Necesitamos urgentemente asideros; modos de afrontar el malestar que puedan combinar el uso de las herramientas institucionales que existen con la construcción de horizontes comunes de ilusión y espacios colectivos de sanación. Necesitamos imaginar más allá de lo que tenemos hoy, usando lo mejor de lo que tenemos hoy.

4.1. Reivindicaciones al sistema sanitario

El sistema sanitario es un actor central en la atención a la salud mental; apostamos por reforzarlo al mismo tiempo que se da un profundo cambio de enfoque hacia una visión psicosocial, multidimensional y comunitaria. Son dos transformaciones que van de la mano: no es deseable lograr más recursos si eso significa más violencia, medicalización y silenciamiento de problemas estructurales. Pero tampoco puede cambiar el enfoque si no hay más recursos: una profesional no puede ir más allá de la receta si no puede siquiera citar cuando lo considera adecuado.

La atención sanitaria no trata enfermedades, sino a personas. Cuando alguien está sufriendo y pide ayuda, esa ayuda hay que darla, pero en la medida en que sea necesaria, de forma tal que se adecúe a su situación y con acompañamiento. Una atención a la salud mental que se fundamente en ese cambio de visión debe tener la atención primaria como columna vertebral y sostén principal. Es ahí donde debería darse una contención adecuada; lo cual requeriría que desde este nivel hubiera una buena coordinación con trabajadoras sociales y psicólogas. Podrían también ofrecerse terapias que rompen con el modelo biomédico y que hoy son solo accesibles fuera del sistema sanitario, mediante el mercado. Los servicios especializados (psiquiatría) deberían entrar en acción en un segundo momento, solo cuando verdaderamente fuera preciso. Ahí sí es importante su refuerzo, funcionando en clave no burocratizada, con una buena coordinación y con una práctica médica basada en ese cambio de enfoque.

Para lograr todo ello, es urgente revertir el proceso de precarización y privatización en que se encuentra inmerso todo el sistema sanitario. Particularmente, la atención primaria debe reforzarse muchísimo. Aumentar recursos implica, sobre todo, aumentar personal (reducir las ratios de pacientes por cada profesional). La salud en general, y la salud mental en particular, es, en muy gran medida, relación humana. Y el derecho a la salud ha de ser universal en la práctica, más allá de la teoría. Y ha de darse en condiciones de gratuidad y calidad, además de garantizar el derecho al euskera.

Mención especial merece la lucha contra la corrupción farmacéutica, que hoy atraviesa la sanidad tanto privada como pública. Y esta lucha puede y debe acompañarse de la creación de una farmacéutica pública.

Además, la atención al sufrimiento mediante el uso (basado en ese cambio de enfoque) de las herramientas institucionales existentes no debe limitarse al sistema sanitario. Es precisa una respuesta integral y transversal. Como hay un botiquín con esparadrapo en todas las fábricas e institutos, como hay desfibriladores en lugares públicos, así han de crearse estructuras para atender a la salud mental en una pluralidad de espacios: sistema educativo, ámbitos laborales, servicios de cuidados... De nuevo, esto significa, sobre todo, personal y cambio de mirada. También es crucial generar espacios comunitarios, que impliquen que convertimos el malestar emocional en un asunto de todas y todos. Este punto lo profundizamos más adelante.

Aunque el cambio de enfoque y la responsabilización en la respuesta han de atravesar todo espacio, cierto es que hay una potencia especial en incidir en quienes trabajan en el sistema sanitario, porque cambiar su mirada puede tener un impacto grande más allá del ámbito médico. Además, es relativamente fácil poner en marcha iniciativas que caminen en esa línea. Por todo ello, es crucial poner en marcha y/o reforzar formaciones dirigidas al personal sanitario que permitan avanzar hacia una visión psicosocial, multidimensional y comunitaria de la salud, y que lo hagan desde una perspectiva feminista.

En el contexto de la CAV, hay otro factor que acrecienta la pertinencia de aprovechar el momento para hacer estas propuestas, porque el debate sobre el modelo sanitario está candente (con un nuevo acuerdo entre diversos partidos en ciernes) y porque está llegando a amplios sectores sociales más allá de los directamente implicados.

4.2. Llamados al feminismo

El malestar emocional probablemente tenga que permear al feminismo de manera trasversal. Pero queremos enfatizar tres cuestiones: los cuidados, las violencias y el cuerdismo. Los dos primeros temas están muy trabajados, pero quizá no está suficientemente desarrollado o expresado el nexo con la salud mental. El último, es para muchas un campo muy nuevo.

4.2.1. TRABAJAR LOS VÍNCULOS ENTRE SALUD MENTAL Y CUIDADOS

Si queremos politizar el malestar, necesitamos reforzar los puentes entre cuidados y salud (en general, y salud mental en concreto). En estos dos ámbitos, el feminismo está haciendo reflexiones y propuestas muy ricas, pero que no siempre se cruzan.

Toca prestar más atención al papel que juegan hoy las familias en tapar los huecos que deja el sistema sanitario en la atención al sufrimiento emocional. Decir familias es decir cuidados invisibilizados de las mujeres*. La terapia cotidiana es una parte fundamental de los cuidados hoy. Desde aquí, podemos ver procesos de reconstrucción de las desigualdades de género. Atender la salud mental de los hombres es parte de los cuidados invisibles que hacen las mujeres*. Es muy común en ellos que sea una figura femenina (a menudo la pareja, pero también hermanas, amigas...) la que les impulsa a recurrir a atención sanitaria o a terapia. Pero eso sucede tras ese primer nivel de atención al sufrimiento que lo hacen las mujeres* del entorno afectivo.

¿Qué es cuidar? ¿Qué es salud? Necesitamos hacer estas preguntas de manera simultánea. Entendiendo los cuidados como la reconstrucción del bienestar multidimensional, y entendiendo la salud como un equilibrio multidimensional, cuidar es, de alguna forma, reconstruir y acoger la salud en su integridad. Esto puede contraponerse a otras formas de comprender los cuidados que han sido cuestionadas. Entre ellas, la crítica que hace el movimiento de vida independiente a los cuidados entendidos como control y contención. Estas reflexiones no flotan en el vacío, sino que nos ayudan a reenfocar formas de cuidado que, con su mejor intención, pueden ser problemáticas. Por ejemplo, desde el grupo de investigación OPIK, se han preguntado cómo se transmite el aprendizaje de la gestión de la salud mental (en qué medida se vinculan el consumo de psicofármacos de progenitores y el de hijxs). Han encontrado que de padres a hijas no hay una transmisión significativa. De padres a hijos y de madres a hijos es poco significativa. Pero se ve una transmisión fuerte de madres a hijas; en esta relación el consumo de psicofármacos se vincula a una narrativa de cuidados.

Cuidar es reconstruir salud, pero no salud al modo en que la comprendemos hoy en occidente, como una especie de condición 100% cuyo opuesto es la enfermedad. Queremos transitar hacia una comprensión cíclica de la salud, que parta del reconocimiento de la finitud y los límites. Y, en ello, podemos retroalimentarnos de las reflexiones feministas en torno a los cuidados como la actitud vital que se hace cargo de la vulnerabilidad y la muerte. Desde la idea de vulnerabilidad, surge una apuesta política fuerte por reconocer la interdependencia y aprender a manejarla en términos de reciprocidad y cuidado mutuo. Similarmente, la salud ha de ser al mismo tiempo responsabilidad de cada persona y responsabilidad compartida, como insistiremos más adelante.

4.2.2. TRABAJAR MÁS EL VÍNCULO ENTRE SALUD MENTAL Y VIOLENCIA

Uno de los mecanismos históricos para invisibilizar y silenciar la violencia machista y sexual que se ejerce contra las mujeres* ha sido tildarnos de locas cuando expresamos nuestro sufrimiento

y descontento. Basta con revisar el concepto de histeria a través del tiempo, desde sus orígenes de la antigua Grecia, en la que el movimiento del útero en el cuerpo de las mujeres generaba toda una serie de síntomas en ellas; hasta el psicoanálisis del siglo XIX, en el que el origen de la histeria se vinculaba con la represión de las fantasías sexuales de las mujeres que, a través del complejo de Edipo, se vinculaba con fantasías y sentimientos ambivalentes de las niñas hacia el padre.

Por tanto, nos urge politizar la locura de las mujeres*, ¿quiénes somos las locas? O, dicho de otro modo, ¿qué violencias están denunciando las mujeres* a través de su locura? Es necesario construir estrategias colectivas que abracen y sostengan esas subjetividades de lúcida locura antipatriarcal, que podamos nombrar las violencias que nos han enfermado, que enferman el mundo y del que somos un síntoma de denuncia feminista.

Esta estrategia cobra más relevancia en el caso de la violencia sexual contra la infancia y contra las niñas en particular, es urgente comenzar a visibilizar el elevadísimo número de mujeres* que han sufrido violencia sexual en la infancia, los daños que este tipo de violencia acarrea y la función social que cumple en el orden patriarcal. La violencia sexual contra la infancia es un mecanismo socializador y de disciplinamiento patriarcal sobre las niñas, una forma colectiva de apropiarse de los cuerpos y la sexualidad de las mujeres*. Además, este enfoque implica volver a poner en el centro de la mirada y la crítica feminista la institución patriarcal por excelencia: la familia. Ampliar y profundizar en la politización de la violencia machista que enfrentan las niñas y las mujeres* en el ámbito familiar y redimensionar el impacto que esa violencia tiene en las estructuras sociales contemporáneas, para, finalmente, poder responder a la pregunta de qué violencias está denunciando la locura de las mujeres*, generar procesos colectivos de reconocimiento y reparación feminista para acabar con la impunidad de los agresores.

4.2.3. FEMINISMO LOCO Y CUERDISMO

El lugar que está ocupando en el debate público la salud mental, enfocada en las situaciones de lo que se denomina a nivel sanitario sufrimiento mental leve, puede estar generando una nueva forma de invisibilización del llamado sufrimiento mental grave. A la histórica estigmatización de la locura y a las distintas formas de violencia que la han acompañado, se uniría ahora esta nueva forma de violencia epistémica. Nos preocupa mucho que este texto pueda colaborar en esa invisibilización. Por eso, como mínimo, queremos señalar como una tarea pendiente urgente, el acercamiento del feminismo, en general, al movimiento loco. Dicho de otra manera, la necesidad de que todo el feminismo aprenda de una de sus aristas: el feminismo loco[25].

25 En el blog la Lokapedia, hay una gran riqueza de recursos que pueden servir como acercamiento. Recomendamos también el libro Reimaginar el apoyo en crisis. Matriz, hoja de ruta y políticas, de Tina Minkowitz (2023, Lilith's Warrior Press) y las grabaciones del curso "Escuchar el malestar. Apuntes sobre salud mental", a cargo de Laura Martín López-Andrade (2022, CCCB).

El movimiento loco también se conoce como movimiento de Salud Mental en Primera Persona. Está conformado por “expertas con experiencia”, “sobrevivientes de la psiquiatría”, en sus palabras. Desde este movimiento se presta particular atención a sacar a la luz la situación de las personas psiquiatrizadas, usuarias y ex-usuarias de los servicios de salud mental, a quienes se nombra como colectivo oprimido. Se denuncian las múltiples formas de violencia que suceden en los llamados espacios psi (psicológicos, psicoterapéuticos, psiquiátricos). Se nombra el cuerdismo como un sistema de dominación y se plantea la construcción de un sujeto político loco (loca/locx). Desde ahí, se apuesta por la autogestión fuera de los dispositivos de salud mental y por hacer frente colectivamente a las violencias vividas dentro de dicho sistema.

Se ponen en marcha estrategias de cuidados en red (por ejemplo, las voluntades anticipadas de acompañamiento en crisis), practicadas y teorizadas desde la vivencia cotidiana de la interdependencia. Además de una propuesta para afrontar el malestar psíquico intenso, el feminismo loco hace un llamamiento a que el feminismo en su conjunto se abra a revisar el cuerdismo sobre el que mucho de él está construido. No podemos dejar de entrar en este diálogo y esta revisión, en la que hay mucho que aprender.

4.3. Soberanía y responsabilidad sobre la salud

Además de ofrecer o de intentar ofrecer medidas, claves y herramientas a corto y medio plazo, considerábamos primordial articular una respuesta de la misma dimensión ante el alcance estratégico de ese sufrimiento, es decir, proponer una solución estructural a un problema estructural. Tracemos los parámetros básicos de un horizonte de transformación.

El punto de partida estratégico es tejer, articular y estructurar un sentido y una práctica colectiva para hacer frente al dolor y al sufrimiento. Debemos construir desde sus raíces la arquitectura del sentido colectivo de la salud. Aunque el dolor y el sufrimiento se padecen de forma individual, su esencia es colectiva, pues su origen es social y, de alguna manera, compartida.

Partiendo de ese sentido comunitario, ante la fábula del bienestar material y de la acumulación que nos vende el sistema para alcanzar la felicidad en nuestra vida, creemos en el camino que nos permita empoderarnos individual y colectivamente. En ese sentido, queremos adueñarnos de nuestra salud, tanto en su dimensión colectiva como en el plano personal. Pretendemos superar el papel pasivo mantenido hasta ahora ante esta cuestión para que cada cual se convierta en sujeto activo, superando la conceptualización neutra y natural de la salud y asumiendo el deber y la responsabilidad sobre nuestra salud.

Por lo tanto, entendamos la soberanía sobre la salud en su integridad: una filosofía que articulará el proceso de empoderamiento, promoverá las responsabilidades en un sentido constructivo y repudiará los sentimientos de culpa y de frustración. Una filosofía que nos ayudará a vivir nuestra vida de otra manera.

4.3.1. UNA NUEVA MIRADA PARA COMPRENDER EL CUERPO Y LA SALUD QUE PONGA EN EL CENTRO DEL SISTEMA SANITARIO A LAS PERSONAS Y NO LAS ENFERMEDADES

A fin de promover ese sentido comunitario para hacer frente al sufrimiento y a la vez favorecer el empoderamiento personal y colectivo ante el tema de la salud, es imprescindible entender la visión del cuerpo y de la salud que tenemos interiorizada para poder deconstruir esa perspectiva y construir una nueva conceptualización y una nueva práctica.

En ese sentido, debemos enfocar y sentir la salud desde un punto de vista integral y multidimensional. Para ello, debemos primeramente superar la dicotomía naturalizada entre el cuerpo y la mente, así como la relación jerárquica establecida entre ambos. Es el cuerpo el que garantiza a nuestra esencia su presencia; vivimos tanto en el cuerpo como en la mente. El cuerpo no es nuestra herramienta, sino nuestra casa. La neurología ya ha demostrado la conexión entre el cuerpo y la mente, así como la simetría de dicha conexión. Por tanto, el cuerpo, la mente y el corazón constituyen las tres expresiones de nuestra presencia, y nuestra existencia se basa en la dialéctica entre estas tres expresiones.

Ese punto de partida nos lleva a entender la salud como equilibrio. La salud es más que no estar mal o no padecer enfermedades. La salud también es tener energía y vitalidad, pero en el fondo el eje de la salud es el equilibrio. Y las enfermedades aparecen cuando perdemos ese equilibrio. Pero no hay que olvidar que la salud no significa estar siempre al 100%. En ese sentido, debemos desmontar nuestros mitos y las expectativas que el proyecto modernizador ha elaborado sobre nuestros cuerpos, reconociendo nuestros límites, considerando nuestras vulnerabilidades y respetando nuestros ciclos. Y queriéndonos como somos.

Para gozar de buena salud también es necesario enfermar. La enfermedad es un componente que forma parte del proceso de salud. Tener fiebre o un catarro de vez en cuando es imprescindible para nuestra salud. En ocasiones, también es normal sentirse triste. No podemos huir de las emociones. Para recuperar el equilibrio, es fundamental pasar por ellas. A veces recurrimos a la psicoterapia porque estamos tristes. Puede que esta actitud responda a las expectativas construidas en torno a la salud, pues creemos que somos meras máquinas y por lo tanto negamos nuestras emociones.

La conformación de esta nueva mirada implica un cambio en los parámetros de partida del sistema sanitario. Las enfermedades deben ser afrontadas desde la perspectiva psicosocial y desde el cuerpo. Es decir, por un lado, teniendo en cuenta todos los factores que influyen en nuestra salud y nuestra enfermedad (biofísicos, contextuales, sociales, emocionales, relacionales…) para comprender el origen de la enfermedad y sobre todo para determinar la intervención necesaria. Por otro lado, escuchando al cuerpo, pues es ahí donde se sitúan los dolores emocionales. Por ello, cada proceso de sanación debe construirse desde una mirada multidimensional, y el cuidado debe asumir una perspectiva integral. Necesitamos un sistema sanitario que ponga en el centro a las personas, y no las enfermedades.

4.3.2. RESPONSABILIDADES COMPARTIDAS

Queríamos politizar el sufrimiento para visibilizar su carácter social, sistémico y colectivo. Pero también queríamos hablar de la parte que nos concierne en este tema. En la medida en que formamos parte del sistema, tenemos una gran capacidad de acción. Por tanto, ser conscientes de las responsabilidades individuales y colectivas es un ejercicio imprescindible en ese proceso de transformación. Planteamos ir más allá de ese discurso antisistema, y convertirnos en la clave de la transformación, lo que supone que cada cual asuma la responsabilidad que le concierne.

Asumir nuestra responsabilidad significa sentir y escuchar nuestro cuerpo, tratarlo con ternura y no como si fuera una máquina; aceptar, pasar y liberar nuestras emociones; trabajar nuestras carencias y tendencias; tratar de cuidar nuestro equilibrio… Responsabilizarnos de nuestra mente y nuestro cuerpo es un punto de partida esencial. Es importantísimo que cada cual sea consciente de su impacto en el grupo, el colectivo y la comunidad, y también actuar con responsabilidad ante ese impacto. Cuando hablamos de la interdependencia, también debemos integrar esa dimensión. En nuestras relaciones aparecen nuestras proyecciones, emociones no trabajadas, incapacidades y frustraciones. Y no lo planteamos para culparnos o para alimentar el sentimiento de culpa, para nada. Si queremos disponer de espacios saludables, es fundamental que cada cual asuma la responsabilidad de su equilibrio, lo cual es a la vez un ejercicio sumamente liberador.

¿Podemos entender la salud como un compromiso político? Quizá sí, quizá tengamos que considerarla como una responsabilidad política para que también pueda repercutir socialmente. Los latidos de la comunidad son el resultado de la sinergia de los latidos de cada individuo. La creación de un colectivo sano empieza por cada persona. Planteamos todo esto con vistas a nuestro proceso de empoderamiento, porque queremos ser realmente protagonistas de nuestras vidas.

4.3.3. LA CREACIÓN DE HERRAMIENTAS QUE FOMENTEN NUESTRO BIENESTAR

Comentábamos que para afrontar el sufrimiento debíamos tejer y articular una práctica y un sentido colectivo y comunitario. Al sentido colectivo le hemos proporcionado un cuerpo teórico: por un lado, planteando unos parámetros para construir una nueva mirada sobre la salud y el cuerpo, subrayando la importancia de la responsabilidad personal y colectiva para adueñarnos de nuestra mente y nuestro cuerpo. Pero esa filosofía colectiva que afronte el dolor necesita sus propias representaciones. Así, necesitamos unas herramientas, estructuras, iniciativas y espacios que elaboren dicha filosofía colectiva y que nos ayuden a protegernos y fortalecernos ante el dolor y el sufrimiento.

Hablar y compartir el sufrimiento en grupo puede resultar muy beneficioso; desde ese sentido común, reforzando la colectividad, la empatía, la generosidad y el amor, evitando los prejuicios y sin juzgar a nadie, es posible construir otra forma de afrontar el dolor, e incluso de revivir la ilusión y la esperanza de la vida y del presente, que es algo que todo el mundo necesita en mayor o menor grado.

Por lo tanto, debemos construir nuestras propias estructuras emocionales para hablar de la salud, el cuerpo, las emociones y aquello que silenciamos por pudor. Creemos que la creación y estructuración de esa colectividad es una vacuna imprescindible contra ese sufrimiento.

Puede resultar muy interesante mantener una actitud abierta ante otras miradas, reflexiones y dimensiones, tomando como base la filosofía de la esencia del sentido colectivo. Es el momento de explorar nuevas posibilidades que podamos integrar en nuestro proyecto comunitario: recuperación de saberes antiguos, conocimientos basados en el alma y el espiritualismo, etc. Lo importante es aumentar la eficiencia de la palanca colectiva que haga frente al sufrimiento.