


Parresía digital en salud mental: el cuidado de sí que se desborda en los otros

Magdalena Correa Blázquez

Universidad de Almería, España ✉ 

<https://dx.doi.org/10.5209/poso.90705>

Envío 26 julio 2023 • Aceptación 16 septiembre 2024

Resumen: A lo largo de su deriva histórica la locura ha estado ligada a la pérdida de autonomía y a la condición de otredad y sinrazón. En la actualidad, desde la desinstitucionalización psiquiátrica y la llegada de los psicofármacos, nos encontramos ante las mismas nociones adaptadas al siglo xxi a través de la idealización del yo, constituyéndose como loco el yo defectuoso. Así, las personas consideradas enfermas mentales no se conciben a sí mismas como agentes racionales de cuidado, ni como actores legitimados en el entramado discursivo. Ante esto, Michel Foucault propone el cuidado de sí (*epiméleia heautoû*) como forma de recuperar la soberanía de sí sobre sí, ejerciendo un cuidado del yo sobre el yo que se desborda hacia los demás. En función a estas consideraciones, para profundizar en la relación que las personas consideradas enfermas mentales establecen con el cuidado de los otros, en concreto, planteamos una investigación de carácter cualitativo en la que aplicamos el análisis crítico del discurso a los testimonios de historia de vida y la actividad en redes sociales de nueve participantes, todos ellos con experiencia a la hora de tener que lidiar con la salud mental y sus profesionales. A partir del material producido extraemos que las personas consideradas enfermas mentales extienden su cuidado a los demás a través de la parresía —hablar veraz— en las redes sociales, que se instauran como su principal herramienta de comunicación en lo que al cuidado en salud mental se refiere al permitirles comunicarse sin ser presupuestos irracionales e incoherentes.

Palabras clave: cuidado de sí; parresia; redes sociales; salud mental; tecnocuidados.

EN Digital parrhesia in mental health: the care of the self that overflows into the other

Abstract: Throughout its history, madness has been intertwined with a loss of autonomy and a condition of otherness and unreason. Nowadays, since the psychiatric deinstitutionalization and the rise of psycho pharmaceutical drugs, we find ourselves in the midst of those same notions adapted to the xxist century through the idealization of the self, being the fractured self one understood as mad. This leads to those considered as mentally ill being unable to conceive themselves neither as agents of care, nor legitimate actors in their discursive framework. Michel Foucault offers, in this situation, the care of the self (*epiméleia heautoû*) as a way to recover one's own sovereignty over the self, exercising a care of the self over the self that, eventually, inevitable overflows towards others. Following these notions, this article seeks to delve in the relationship that those considered as mentally ill establish with the care of the others. We present a qualitative study in which we apply critical discourse analysis to the life story testimony and the activity in social media of nine participants, all of which with experience in dealing with mental health and its professionals. From the material produced we can draw that those considered as mentally ill extend their care to others through parrhesia —honest speaking— in social media, turning the latter into their main tool of communication in what care in mental health is involved since it allows them a means of communication without them necessarily being presupposed as irrational and incoherent.

Keywords: care of the self; mental health; parrhesia; social media; technocare.

Sumario: 1. Introducción. 2. Metodología. 3. Resultados. 4. Conclusión. 5. Bibliografía.

Como citar: Correa Blázquez, M. (2026). Parresía digital en salud mental: el cuidado de sí que se desborda en los otros. *Polít. Soc. (Madr.)* 63(1), <https://dx.doi.org/10.5209/poso.95020>

1. Introducción

Desde el giro histórico hacia el binomio razón-sinrazón propuesto por Michel Foucault (2015/1964, 2018/1964), de la mano de la institucionalización de la locura a mediados del siglo xvii con la incorporación del Hospital General como institución, las condiciones discursivas de existencia de la locura en occidente son particulares y se encuentran imbricadas con la deslegitimación y desposesión de aquellos considerados locos en lo que respecta a materias de su propia salud mental, enfatizándose que aunque “el sujeto loco no es un sujeto no-libre [...], el enfermo mental se constituye como sujeto loco en relación con y ante quien le declara loco” (Foucault, 1999/1984: 404). En concreto, en el caso de la locura y desde el *cogito* cartesiano, la situación del loco “es distinta en relación con la verdad y con quien la busca; sueños e ilusiones son superados en la estructura misma de la verdad; pero la locura queda excluida por el sujeto que duda” (Foucault, 2015/1964: 78). O, lo que es lo mismo, aquel que piensa y aquel que duda, en tanto que piensa y duda, no es concebido como un loco.

La institucionalización de la locura y la secularización de la vida pública y privada suponen una ruptura con la concepción mística de la alienación en el Renacimiento, para pasar esta a adquirir una dimensión social desde la que su tratamiento se plantea como una cuestión policial de higiene de la población. A partir de este giro, la locura se convierte “en *sinrazón* deleznable moralmente que hay que hostigar en pro del progreso humano hacia su supuesta perfección autotransparente” (Sáez, 2009: 221, énfasis del original). El loco es concebido como indeseable, vago y maleante, dentro de instituciones mentales que se constituyen como fundadoras de alienación (Foucault, 2015/1964; 2018/1999) y dispositivos a través de los que ejercer el control de la vida de los habitantes del territorio (anatomopolítica). A partir del siglo xviii, se extiende este control a la vida de la población a través de la biopolítica, al marcar y delimitar qué sectores de la población cumplen, o no, con los criterios de aquello que es deseable para poder seguir viviendo (Foucault, 2007; Esposito, 2006).

Como consecuencia de estas formas de control, a la locura no se le permite ser responsable de sí misma bajo la premisa de que está desposeída de razón y, por ende, no es funcional en sociedad. Es, en su lugar, responsabilidad de instituciones (ya sean estas penitenciarias o sanitarias) de cara a o bien retenerla, o bien devolverle una razón proverbial. A estos efectos, la psiquiatría nace entre las paredes de los sanatorios y hospitales como forma tanto de manejar a los internos, como de establecer una nosología de la enfermedad mental (Porter, 2008). Así quedan establecidos los cimientos del cuidado en salud mental, consolidándose con la medicalización de la vida a lo largo del siglo xx.

Esta medicalización de la vida hace referencia a la infiltración de la medicina en ámbitos biográficos que le son, *a priori*, ajenos. Como consecuencia, se llega a patologizar, así, eventos de la esfera de lo privado o la vida orgánica como pueden ser la vejez o la inquietud (Kishore, 2002). Esto lleva a una relación ambivalente de la población con la medicina, agudizada por el auge de las industrias química y farmacéutica y (Healy, 2002 y de la Mata, 2009) en la que la responsabilidad sobre el cuidado se cede, principalmente, al sistema sanitario en un proceso en el que “psicopatologizamos la vida cotidiana para después intentar desproblematizarla” (Moral, 2008: 87). De esta manera, malestares cotidianos con los que se podría lidiar sin, necesariamente, tener que recurrir a la medicina, se tornan en síntomas: la inquietud ante un evento importante se transforma en ansiedad, la tristeza sostenida en el tiempo tras una pérdida en duelo patológico o los vaivenes emocionales del día a día en trastorno del estado de ánimo. Esto hace la vivencia de la locura un fenómeno particular, en el que el control sobre el organismo y la población traspasa los límites de la vida como una entidad orgánica para infiltrarse en cuestiones del yo (Picket y Wilkinson, 2009; Rose, 2012).

La tarea, en este caso, del sistema sanitario ya no sería la de devolverle la salud a un cuerpo enfermo, sino la de devolver un yo fracturado a su estado ideal. A este proceso contribuye de manera paradigmática la categorización de enfermedades devenida de la publicación del primer manual diagnóstico (DSM) en el año 1952, junto con sus ediciones posteriores, al sentar los precedentes discursivos a partir de los que se define la locura en un contexto medicalizado:

Definir la categorización implica generar los campos de sentidos y prácticas que la acompañan: se trata obviamente de un proceso de hegemonía discursiva. Una de las características del DSMV es la forma en que amplía la gama de procesos mórbidos por medio de dos recursos centrales: la “patologización de procesos vitales” y la utilización del concepto de “riesgo” como elemento diagnóstico de intervención (Stolkiner, 2013: 219).

Esto acompaña a la desinstitucionalización psiquiátrica de mediados del siglo xx, trayendo consigo un proceso que deja las responsabilidades sanitarias en suspenso (BARHAM Y WAYWARD, 2016) en un proceso de ABOLICIÓN de las instituciones de encierro psiquiátrico que resulta ser en falso, dada la persistencia de las alas de salud mental y otras instituciones análogas al sanatorio o manicomio. Como consecuencia, la locura queda en una situación de incertidumbre y desamparo en lo que el cuidado de la salud mental se refiere en tanto que actividad dedicada al mantenimiento, perseverancia o reparación ya sea del cuerpo, el yo, o el contexto en el que se encuentran (Fisher y Tronto, 1990; Tronto, 1998). Al ser conceptualizada la locura, todavía, como demasiado irracional para saber lo que es mejor para sí misma y actuar acorde a ello —con el añadido de la idea de la enfermedad mental como un fallo del yo que hace al sujeto incapaz de vivir en sociedad de manera efectiva—, aquellas personas consideradas como enfermas mentales se encuentran despojadas de su capacidad de cuidarse y son preconcebidas como dependientes, tanto del sistema sanitario como, y más prevalentemente, de la medicación (Nadesan, 2008; Natella, 2010) para su cuidado (Picket y Wilkinson, 2009; Rose, 2012).

Aun así, en esta particular situación de vulnerabilidad, las personas consideradas enfermas mentales no desisten de su propio cuidado, aunque sus opciones se presentan como opacadas y marginales, como las estrategias comunitarias de apoyo mutuo —valga como ejemplo el Grup de Pensadors en Catalunya (Desviat, 2021; Serrano, 2014)—. Es más, dentro de la línea de investigación que funda el presente artículo, encontramos, en relación a opciones individuales, que una vía a partir de la que recuperan la responsabilidad sobre su salud es el cuidado de sí (*epiméleia heautoû*) tal y como viene conceptualizado en la obra de Foucault (Correa, Fernández-Ramírez y Aranda 2022). Esta forma de cuidado, centrada en el yo como elemento principal del mismo en la exploración de la relación entre el sujeto y la verdad a través del conocimiento de sí (*gnôthi seautón*) y la inquietud de sí (*epiméleia heautoû*), consiste en constitución activa del sujeto mediante prácticas de sí a través de una etopoética de la vida, una transformación del sujeto en pos del desarrollo de un saber hacer vital en una tarea constante en la que el yo se constituye como objeto de conocimiento de sí mismo (Foucault, 2005) a partir de “esquemas que encuentra en su cultura y que le son propuestos, sugeridos, impuestos por dicha cultura, su sociedad y su grupo social” (Foucault, 1999/1984:404). En este estudio previo encontramos que el cuidado de sí no implicaría, necesariamente, una ruptura total con el sistema sanitario, que tendría su propio papel en el proceso como parte del mundo en el que el sujeto existe y, por tanto, es subjetivado, sino que tendría, más bien, su propio papel en la tarea de crítica foucaultiana a partir de la que el sujeto se implica en el aparatage discursivo de la época para reconocer cómo funciona y qué papel tiene dentro de él (De la Higuera, 1999), sistema sanitario incluido, como ente vulnerable.

La noción de vulnerabilidad como existencias encarnadas en un mundo interconectado es de particular relevancia en lo que al cuidado se refiere, al ser esta una tarea que se funda en esta vulnerabilidad constituyente que nos torna ontológicamente interdependientes (Martín Palomo, 2021; Martín Palomo y Muñoz Terrón, 2022) en un mundo compartido. Así, el cuidado de sí como forma de responsabilizarse de la salud mental conlleva aprender a transitar el sistema sanitario y el universo discursivo de la época de formas conscientes de la propia vulnerabilidad e interdependencia, valiosas e interesantes para el yo, para establecer con los terapeutas una relación de responsabilidad y compañía en la que se desarrolla una práctica consciente del cuidado como agente activo en la propia salud (Mol, 2008).

Más aún, si bien el cuidado de sí se funda en el yo, este cuidado se desborda, necesariamente, en los otros. Tal y como declara el propio Foucault en una reflexión respecto a los orígenes griegos del concepto, “el cuidado de sí es ético en sí mismo; pero implica relaciones complejas con los otros, en la medida en que este *éthos* de la libertad es también una manera de ocuparse de los otros” (1999/1984: 399). En este sentido, el cuidado que se centraba en el yo pasa a los demás porque se ha consolidado como una ética: es una forma de comportarse con uno mismo y con (en) el mundo (Macías, 2013) en la que el yo, consciente de su propia vulnerabilidad y la de los otros, establece una relación de responsabilidad con el cuidado como respuesta a sus condiciones sociohistóricas (discursivas) de existencia (Muñoz Terrón, 2010 y 2012; Muñoz Terrón y Martín Palomo, 2021).

Es aquí donde entra en juego la noción de parresía, o comunicar aquello que se considera verdadero y valioso pese al riesgo indeterminado que implica para el hablante por su contenido crítico de una realidad que implica al sujeto y porque este tiene el compromiso moral (o responsabilidad) de hacerlo (Foucault, 2009 y 2010). En concreto, parresía (*parrhêsía*) es un término de origen griego que resulta de la transcripción de *παρρησία* —vocablo compuesto por *pan-* (παν-, “todo”) y *rhesis* (ρησις / ρημα, “decir, discurso, decir, locución”)—, que en la tradición escrita de la Antigüedad grecolatina puede rastrearse hasta la producción dramática de Eurípides durante el siglo V A.C., donde ostenta un papel narrativo en *Las mujeres fenicias*, *Hipólito*, *Las Bacantes*, *Electra*, *Ión*, y *Orestes* (Foucault, 2010). Si bien es un término de carácter político en sus orígenes, en su acepción más filosófica el concepto de parresía hace referencia a un hablar veraz que expone al que habla (parresiasta) al ridículo o al castigo porque se arriesga, a través de la crítica de aquello que se reconoce popularmente como lo correcto, lo presupuesto o lo superior, a represalia. Esta última acepción se relaciona con una concepción socrática del hablar verdadero:

En su concepción [la socrática], todo hombre sensible buscará y dirá la verdad, puesto que la verdad coincide con lo que es bueno, lo que (más o menos tautológicamente) representa “lo que quieres”. La *parrhêsía* socrática, por lo tanto, es equiparable a la libertad de decir la verdad, por muy poco bienvenida que esta pueda ser por parte de la audiencia (Van Raalte, 2004: 279, traducción propia).

Es decir, la práctica se aleja de la retórica en términos políticos para tornarse en una tarea ética: uno habla con parresía porque debe hacerlo, puesto que es lo bueno, comprometiéndose el parresiastés tanto a no adornar sus palabras para agradar a su público, como a decir la verdad desnuda en una tarea psicagógica en la que no se busca cambiar al otro, sino llamar a la reflexión (Foucault, 2009 y 2010). Esta acepción del concepto de parresía, que es de carácter tanto filosófico como etopoético, por la unión necesaria de *lógos* y *bíos* (palabras y vida, actos, del individuo), deja caracterizada la parresía como una tarea vital o un arte de vivir (Foucault, 1999; Macías, 2013). Esta es la línea conceptual que adopta y actualiza Foucault a lo largo de su propia reflexión filosófica, que se sitúa como solución de continuidad en lo que al cuidado de sí como arte de vivir se refiere, en la que la parresía viene definida, a grandes rasgos y en relación directa con su concepción socrática, como la cualidad moral de decir lo que se tiene que decir porque es cierto (Foucault, 2005). Esto no implica que lo que la caracteriza como tal sea el contenido de verdad en un sentido de verificación, sino que es una forma concreta de decir algo que se considera veraz y valioso, o lo que es lo mismo, una forma determinada de expresión que implica un riesgo, precisamente por la importancia que esta verdad tienen para el parresiastés y aquellos con quienes comparte tal verdad (Foucault, 2009).

En lo que a la locura respecta, en nuestro anterior estudio, compartir lo que sabían sobre sí mismos y la salud mental (la verdad en un sentido parresíastico) con los demás a través de la web 2.0 era una parte fundamental del cuidado de sí dado que cumplía tres funciones: 1) permitía a los participantes hablar con libertad sin ser considerados irracionales *a priori* dadas las características de la red, 2) extendía su cuidado a los demás dado un sentimiento de responsabilidad para con los otros —en línea con propuestas dentro del marco de la ética del cuidado como las de Tronto (2013), Gilligan (2003/1982) o Feito (2005)—, y 3) daba testimonio de una tarea sobre el yo que se mantenía en el tiempo a través de la comunicación con los demás. En este caso, al desarrollarse en espacios en línea, referimos esta forma de expresión como parresía digital y supondría el nexo de unión entre cuidado de sí y de los otros y tecnología: tecnocuidado (Martín Palomo, Gómez y González, 2021).

Teniendo en cuenta lo expuesto, se plantea este estudio, dentro del marco de dos proyectos de investigación, como una extensión de nuestro primer estudio exploratorio en pos de profundizar en los resultados para estudiar la parresía digital como forma de cuidado de sí desbordado en los otros. En concreto, guiamos nuestra investigación a partir de la siguiente pregunta: ¿cuáles son las manifestaciones discursivas de cuidado en personas consideradas enfermas mentales a través de la parresía digital en la web 2.0?

2. Metodología

2.1. Recogida de información

En pos de recopilar información sobre las estrategias de cuidado de los otros en forma de parresía digital de los participantes, nuestra propuesta pasa por un estudio de carácter cualitativo en dos fases: una primera en la que llevamos a cabo entrevistas de historia de vida con cada uno de ellos, complementándose con una segunda en la que se analiza su presencia en redes sociales a través de una etnografía virtual.

La entrevista de historia de vida es un método de recogida de datos de carácter cualitativo basado en la obtención de información a través de preguntas que se extienden a lo largo de toda la biografía del entrevistado. Implica la elaboración y la transmisión de un relato sobre la propia vida del participante, elaborado en el diálogo conjunto (entrevistador-entrevistado), que permite al entrevistado una visión particular de su propia vida al poder componer una narración de su pasado desde su presente. Puede definirse como la historia, en clave narrativa, que una persona cuenta sobre aquello que ha vivido y puede cubrir desde el nacimiento hasta el presente o iniciarse en algún punto intermedio de la biografía del entrevistado. En ella se abordan los eventos más importantes de la vida del participante, buscando conocer su relato de los mismos tal y como los ha ficcionado (en clave de formado, o constituido) durante su trayectoria vital hasta el momento de la entrevista (Atkinson, 1998 y 2002).

En este estudio, con el fin de conseguir la mayor información posible, las entrevistas siguieron un orden cronológico y se plantearon sobre un modelo semiestructurado, por lo que consistieron en una serie fija de preguntas como guía a seguir desde su infancia, a objetivos futuros, pasando por la adolescencia, pero con flexibilidad para poder perseguir temáticas emergentes durante el proceso de entrevista sin perder el hilo cronológico. A lo largo de las entrevistas, llevadas a cabo tanto cara a cara cuando las circunstancias lo permitieron como a través del servicio de llamada de *Discord*, los participantes compartieron con nosotros sus vidas y experiencias como personas consideradas enfermas mentales. El principal criterio de calidad seguido en relación a la validez fue el estándar de consistencia interna, tal y como recomienda Atkinson (2002), queriendo con esto decir que ninguna parte concreta de la narrativa ofrecida por el participante debería contradecir lo dicho en cualquier otra de las partes. Siguiendo las instrucciones del autor, al tener que enfrentar la posibilidad de descartar un testimonio por un caso de contradicción, el criterio a seguir fue que “hay inconsistencias en la vida y personas que reaccionan a las cosas de una manera una vez y de otra manera otras veces, pero sus historias sobre lo que ha pasado y lo que han hecho deberían ser consistentes consigo mismas” (Atkinson, 2002: 134). Contamos, finalmente, con un total de nueve entrevistas con una media de 1h 10 de duración.

La etnografía virtual, por su parte, es un método de investigación cualitativa que gira en torno a la consideración del espacio virtual como análogo de un entorno físico de investigación, con las particularidades de existir en la red (Hine, 2000). A partir de esta consideración, recogemos información en redes sociales a través de un proceso de observación participante —habitamos su mismo medio digital y conversamos con los participantes a través del mismo (Hine, 2008)— que se extiende a lo largo de tres años (desde principios de 2018 hasta julio de 2021), con un diario de campo y archivando publicaciones. Los datos recogidos se destinarán a completar y contextualizar la información de las entrevistas en pos de analizar la parresía digital. En el diario de campo recabamos datos relacionados con temas recurrentes de conversación, tono, vocabulario, eventos vitales, estrategias de cuidado y frecuencia de publicación. También archivamos publicaciones sobre salud y enfermedad mental, tanto escritas por los propios participantes, como compartidas por ellos —aquellas que comparten, aunque no sean propias, también nos hablan sobre ellos, especialmente si añaden comentarios (Boyd, Golder y Lotan, 2010)—. En cuando al archivo del contenido publicado en redes, recogimos un total de ochenta y cinco publicaciones con contenido relevante en *Twitter* y *Reddit* (de esta última, solo tres del total) a lo largo del periodo de observación, siendo cuarenta y dos propias y cuarenta y tres compartidas, sobre cuidado, asistencia sanitaria, psicofármacos, sintomatología e impresiones sobre vivir con enfermedad mental. Se hizo un cribado en nuestro último contacto con ellos, en el que propusimos que evaluaran la selección de sus publicaciones, las escritas por ellos, e indicaran cuáles creían que debían ser consideradas en el trabajo (y si les gustaría incluir alguna más), y por qué. No se añadieron publicaciones

nuevas —las propuestas ya estaban consideradas—. El total final fue de sesenta y nueve publicaciones, veintiséis propias y cuarenta y tres compartidas.

2.2. Participantes

Los participantes son personas que o bien cuentan con un diagnóstico oficial de enfermedad mental o están en aras de ello. Esto supone un problema a la hora de encontrar a este tipo de población, dado que, por las condiciones de definición contemporáneas de la locura, son personas consideradas diferentes al común de la sociedad, con cierta carga de estigma asociada y que, a su vez, carecen de rasgos que las distinguan a simple vista: pertenecen a una población oculta (Lambert, 1990).

Al formar parte de una población oculta de difícil acceso, los participantes fueron seleccionados a través de la técnica no probabilística de muestreo impulsado o dirigido por los entrevistados, una variante del muestreo en “bola de nieve” (Goodman, 1961; Salganik y Heckathorn, 2004). Este tipo de muestreo suele utilizarse con poblaciones ocultas bajo la premisa de que aquellos que mejor acceso pueden tener a los miembros de la misma son quienes pertenecen a esa población. Así, el proceso de selección de la muestra se basa en la premisa de que pueden guiarnos los unos hasta los otros tanto a través del contacto personal como a través de un anuncio publicado en la red social Twitter que ellos mismos distribuyeron en la misma:

Estoy haciendo una investigación sobre CUIDADO DE SÍ Y SALUD MENTAL y necesito gente a la que entrevistar. Si eres una persona con enfermedad mental/neuroatipia/neurodiversidad entre los 20 y los 30 años y quieres participar, contacta conmigo por DM o a mcb674@es. Es anónimo. RT.

Se aplicaron tres criterios generales de selección a la hora de aceptar las solicitudes de participación:

1.- Habitar en territorio occidental, por las implicaciones de las derivas históricas y culturales compartidas en cuanto a la locura. Se incluye un único participante de origen estadounidense, que no se descarta puesto que en el análisis de los datos su caso no difiere de los resultados hallados en los demás.

2.- La edad, desde los 20 hasta los 30 años (habiendo experimentado, así, desde la niñez hasta la adultez temprana teniendo cierta madurez), dado que este rango de edad comprende a personas con gran presencia en las redes sociales que han nacido en la revolución digital y con el objetivo de poder conocer sus historias de vida hasta el comienzo de la introducción en los ambientes complejos de la educación superior o el mercado laboral, momentos en los que la adquisición de objetivos vitales y la capacidad de afrontar una vida independiente se vuelven clave y marcan un importante cambio de etapa vital.

3.- La experiencia en primera persona con la enfermedad mental, a fin de obtener testimonios basados en la vivencia de lo que la salud mental es para alguien que lidia con ser calificado y señalado como tal y sus consecuencias sobre la interacción con otros y con su propia identidad (Pickering, 2010).

Tras el proceso de selección, contamos con un total de nueve participantes. De estos nueve, cinco contactaron con nosotros manifestando su deseo de participar a través del servicio de mensajería privada de *Twitter* (originalmente siete, dos de los candidatos fueron descartados por no ajustarse a los criterios de selección); los cuatro restantes fueron informados del tema de la investigación por amigos que habían visto el mensaje en *Twitter* y hablaron con nosotros mostrando interés en participar en el proyecto. Con todos los participantes, independientemente de cómo llegaron a formar parte del grupo de entrevistados, iniciamos una toma de contacto presentando al equipo y la investigación. Ofrecimos información suficiente para que, en caso de desearlo, pudieran rechazar la entrevista por cualquier motivo que considerasen oportuno. Una vez aceptada, se concretó fecha, hora y lugar —o medio telemático, de ser imposible la entrevista cara a cara—, y se remitió el documento de consentimiento informado. Las entrevistas se iniciaron una vez recibimos este documento firmado por cada uno de los participantes.

Finalmente, contamos con un total de nueve personas, todos ellos diagnosticadas, o en aras de diagnóstico oficial, como enfermos mentales (los participantes utilizan terminología diversa: neuroatípicos, locos, tarados...). De los nueve, ocho eran de nacionalidad española, mientras que uno de ellos era de nacionalidad estadounidense. Todos eran blancos y formaban parte de la cultura occidental. El rango de edad osciló entre los 20 y los 28 años, con la media situada en los 24 años. Fueron cinco hombres, tres mujeres y una persona no-binaria. De cara a proteger su anonimato, nos referiremos a ellos con pseudónimos.

Tabla 1. Información de participantes

Participante	Edad	Género	Estatus laboral
Abel	27	Hombre	Profesor de música
Belle	20	Mujer	Estudiante de arte
Dan	28	Hombre	Psicólogo clínico
Fred	25	Hombre	Estudiante de medicina
Kaz	20	Hombre	Camarero
Ken	23	Hombre	Estudiante de medicina
Kim	24	No-binario	Graduado en literatura
Vince	26	Hombre	Estudiante de atención sociosanitaria
Vivian	26	Mujer	Pedagoga trabajando en salud mental

Fuente: elaboración propia.

2.3. Análisis de la información

Una vez completadas las tareas dedicadas a producir información, contamos con dos fuentes principales de información pendientes de análisis: las entrevistas de historia de vida y las publicaciones recogidas a lo largo del proceso de etnografía virtual. A la hora de afrontar el análisis, decidimos someter a sendas fuentes a análisis crítico del discurso. Sin embargo, en el caso de la entrevista, debido al volumen de la información concluimos adoptar un enfoque complejo del tratamiento de los datos (Moriña, 2017), con lo que las entrevistas pasaron por dos tipos de análisis: paradigmático y discursivo. Las publicaciones recogidas en redes sociales se someten a este último, el análisis discursivo, como único tipo. La información recogida en el diario de campo se usa para completar y contrastar esos datos, de ser necesario.

El proceso de análisis crítico del discurso giró en torno a la identificación de cristalizaciones en el lenguaje —en tanto que discurso repetido en el cotejo entre las entrevistas y las publicaciones en línea, tanto dentro de la misma tipología como enfrentadas (entrevistas frente a publicaciones en línea)— y sintagmas cristalizados en torno a los que, a su vez, concretar categorías emergentes. Estas categorías se conforman a partir de la proximidad semántica de las expresiones repetidas identificadas y son cotejadas, comparadas y relacionadas con corrientes de la matriz discursiva contemporánea en relación a la salud mental. Si bien en un principio se plantea la posibilidad de un análisis apriorístico de los datos, partiendo de los elementos de la parresía en pos de su identificación, este método resulta en extremo rígido y limita las posibilidades tanto de síntesis de información a partir de los materiales, como de acceso a y comprensión de su contexto (Van Dijk, 2016).

A este respecto es importante señalar el particular uso del lenguaje terapéutico de los participantes, que lo recontextualizan y resignifican en su discurso, lo que lleva a la necesidad de replantear nuestra relación con las entrevistas en tanto que lo que están diciendo no es lo que planteamos como “esquizofrenia” o “psicosis” (como ejemplos) sino que es *otra cosa*. En la identificación de lo que esa otra cosa implica a partir de su uso del lenguaje y sus relaciones, resignificaciones y desplazamientos del discurso médico de la locura radicó gran parte del peso de la identificación última de las categorías que se exponen en el siguiente apartado y la selección de fragmentos a exponer.

3. Resultados

A continuación se presentan los testimonios sobre salud mental de los participantes, acompañados de su contextualización y análisis discursivo pertinente. A raíz del análisis de los datos recogidos, encontramos que las manifestaciones discursivas de parresía digital como cuidado del otro en el uso de la web 2.0 pueden dividirse, en concreto, en tres categorías diferenciadas, con cierta superposición, en relación a la función discursiva del contenido que se comparte.

3.1. Publicar información valiosa sobre salud mental

Parte importante de su presencia en redes se basa en propagar y compartir información sobre la salud mental, en particular aquella que consideran que no forma parte de los discursos más accesibles sobre la salud mental y la locura, de cara a hacer público lo que para ellos resultó difícil encontrar. Esta labor informativa responde, en parte, a una demanda de conocimiento que aporte sentido a su día a día con el cuidado de la salud mental, ya sea de forma completa o para completar un trabajo reflexivo que ya se ha iniciado. Como escriben Vivian (26) y Abel (27), expresando de forma paradigmática un sentimiento compartido por los entrevistados:

Yo necesito, a nivel cognitivo, comprenderme, saber lo que pasa, y poder atajarlo y racionalizarlo — Vivian (26).

Soy muy consciente de lo que me pasa, lo único que no tengo son estrategias para arreglarlo o no sé la manera de salir del hoyo. Pero el hoyo lo tengo bien estudiado y lo entiendo bien —Abel (27).

Esta inquietud, constituyente y necesaria en el cuidado de sí (*gnôthi seautón*) del que se desprende la parresía, es entendida como compartida (de ahí la necesidad de informar asociada a sus publicaciones) y se enfrenta, sin embargo, a la proliferación de discursos sobre la salud mental que generan un impacto en el desarrollo de sus vidas al desprenderse de su universo discursivo de referencia, en concreto en lo que a su relación con los demás se refiere.

Lo que sí que me preocupaba, y a día de hoy me sigue preocupando, es todo lo que rodea a esa etiqueta, todo el estigma social. Un poco lo que es el estereotipo del psicópata, por así decirlo, que se asocia tanto a este tipo de enfermedades [trastorno antisocial y psicosis]. Porque, además, también en cuanto la gente sepa que tengo esto, voy a tener en seguida que explicar todo detenidamente para que no se monten películas [...]. Suelo ser discreto con esta movida, no es algo que suela explicar *a priori* —Vince (26).

Yo sé que hay estigma. No se lo suelo contar a la gente, mi enfermedad, solamente a mis amigos y familia por los estigmas. Sé que existen ahí porque he hablado con muchas personas de forma indirecta sobre, bueno, qué piensas sobre las enfermedades mentales y una de ellas me comentó “bueno, son gente que no controla su ira, son gente descontrolada que puede volverse violenta” cuando no es así — Fred (25).

Es decir, la información errónea, de acuerdo con su experiencia del fenómeno, que existe sobre determinados diagnósticos o la enfermedad mental como entidad les afecta de forma negativa hasta el punto de tener que considerar cómo interactuar con los demás en un primer contacto y durante su relación. De ahí se desprende que, para los entrevistados, la labor informativa como forma de cuidado que se extiende hacia los otros resulta importante: les afecta y, potencialmente, puede afectar a otros, por lo que es una tarea valiosa contrarrestar aquello que tiene un impacto que han experimentado como negativo para ayudar a los demás. Este deseo se explicita en el testimonio de Ken (23), que nos dice:

[Quiero] ayudar a la gente, que al final es lo que más me gusta hacer –Ken (23).

Su preocupación y ánimo de ayudar se manifiesta, en relación a la información, en espacios de la web 2.0 como el contradecir o contraargumentar de manera directa argumentos de discursos populares sobre la locura que les afectan. Un ejemplo ilustrativo de esta forma de comunicación aparece en esta publicación en *Twitter* de Vivian (26) como respuesta a una anterior que decía “Y un consejito para los que hoy hayan tenido un ataquito de ansiedad en el examen: si no sois capaces de hacer frente a este mínimo de exigencia dedicaos a otra cosa”.

Como pedagoga y profesional en salud mental, no hagáis caso a esto. Es normal tener ansiedad, es normal que a veces nos desborde. Tengo trastorno de ansiedad generalizada y hago mi trabajo fetén. Vosotros también podréis – Vivian (26).

En su tuit, abre con una presentación (“pedagoga y profesional en salud mental”) que acredita a Vivian como autora, alejándola de la consideración de su discurso como irracional y aportándole legitimidad a la información que va a compartir: tener ansiedad es normal, algo que sabe porque tiene formación y, reservándose esta confesión para el final, porque la padece. La misión de la publicación, en este caso, es hacer ver al lector que la ansiedad no tiene por qué ser, necesariamente, un problema a través de la información de Vivian: alguien que la padece pero que ha tenido un futuro profesional pese a que la ansiedad suponga un evento normalizado en su vida.

De manera similar, Ken (23) responde, en esta serie de publicaciones en *Twitter*, a un mensaje anterior que, acompañado de imágenes, afirmaba “Químicos felices y cómo activarlos: serotonina, dopamina, endorfina, oxitocina”:

Los neurotransmisores por sí mismos no hacen nada (o mejor dicho, pueden hacer infinidad de cosas), y las conductas que lo liberan varían muchísimo entre individuos. Además, si tienes un problema médico no vas a poder regularlo de forma fisiológica en la mayoría de casos. Vamos, ya me jodería pensar que la solución a la depresión es tomarse un caldito y ver una peli cuando ni los medicamentos modernos funcionan en la mayoría de los casos :P :P – Ken (23).

Ken (23), por su parte, no se presenta. Su respuesta es directa, crítica y jocosa, pero está enfocada a contrarrestar la información que considera errónea con un argumento propio: frente a la idea de que hay una serie de conductas estandarizadas que, a su vez, liberan los presuntos químicos de la felicidad correspondientes, Ken argumenta que los individuos y los problemas son complejos, lo que implica que no hay una solución ni estandarizada, ni única, que funcione para todo el mundo. Como consecuencia de esta publicación, se expuso a una serie de respuestas en contra, algo que se conforma como riesgo característico de la parresía, en este caso, digital. Ken no eliminó su propia publicación e ignoró los comentarios recibidos.

En la actividad en línea de los participantes podemos encontrar, también, publicaciones espontáneas además de aquellas que se comparten en respuesta directa a otras. En este caso, la información se compartiría sin mayor provocación que el impulso personal de ofrecerla en un momento dado o, potencialmente, como respuesta indirecta o como extensión de las preocupaciones del momento de la persona que las escribe:

Friendly reminder de que tomar medicación en salud mental no es nada malo. A veces se necesita y no pasa absolutamente nada. Es normal que cause rechazo, pero tened en cuenta que el camino de cada uno es diferente y que a veces la medicación es necesaria durante el tratamiento. Y es natural que queramos “evitar” tomarla, es un tema sobre el que se ha estigmatizado mucho y sobre el que no se ha educado nada. Además, tampoco es que el sistema actual facilite esa educación –Vivian (26).

O, como escribe Vivian (26), porque la educación con respecto a determinados temas relacionados con la salud mental no es accesible, lo que genera confusión y rechazo respecto a cuestiones como la medicación, desmarcándose como especialmente controvertida y fértil en las entrevistas y su comunicación en redes. En este sentido, el cuidado se manifiesta a través de una expresión de responsabilidad para con el otro, adquirida por la necesidad de llenar un vacío de cuidado.

Ahora bien, ¿por qué se manifiesta esta preocupación por la información y la educación en espacios de la web 2.0? ¿Por qué es el entorno digital en concreto importante? Dan (28) nos ayuda, con su testimonio, a responder a estas cuestiones:

[Cuando otros conocen el diagnóstico] vas notando que ya te responden de una forma casi condescendiente, como pensando “este tío me está hablando, me está hablando de esto, pero es porque tiene Asperger, por lo tanto voy a responderle de esta manera para salir de la situación y que ya se calle y cada uno por su lado” –Dan (28).

Es decir, cuando su diagnóstico, o cualquier problema de salud mental que les aqueje, se hace evidente al otro, se ven desacreditados. Su palabra pierde legitimidad y, por lo tanto, en línea con lo que expresaban Vince (26) y Fred (25), sus intentos de comunicación se ven coartados al prevalecer las nociones populares (estigma) respecto a la locura sobre lo que tengan que decir. En Internet, por el contrario, aquellas señales de su diagnóstico (o cualquier rareza susceptible de ser interpretada como tal) que podrían ser evidentes en un entorno fuera de la red se tornan invisibles, integrando su discurso con el del resto de internautas y facilitando que puedan compartir sus experiencias.

3.2. Ofrecer y encontrar compañía a través del relato de experiencias

El universo digital de la web 2.0 ofrece un espacio único a la hora de compartir sus vivencias con la salud mental, en el que pueden hablar sobre ello fuera de la esfera terapéutica tradicional tanto con personas que han vivido lo mismo, como con aquellas que no, indistintamente. Para los entrevistados, conocer las experiencias con la salud mental de otras personas es de particular importancia porque les da acceso a un universo discursivo más amplio en el que no son anomalías incomprensibles y aisladas:

Antes parecía que tener depresión le pasaba a un loco de cada diez millones, y ahora, por suerte, pues ves gente que comenta sus experiencias y dices, bueno, si le ha pasado a Menganito, que conozco, o a Fulanito, que está en mi clase, pues no tiene por qué ser tan malo —Ken (23).

Es decir, como escribe Ken (23), sirve como forma de aportar un nuevo contexto a sus problemas que pasan de ser una cuestión profundamente privada e inaccesible por su excepcionalidad, a ser compartidos y a tener una menor magnitud de gravedad porque conocen a personas de distinta índole que han vivido lo mismo. Tal y como expresa, de manera similar, Abel (27) en la entrevista respecto a su uso de las redes y sus publicaciones sobre salud mental en ellas:

A mí la verdad es que me ayuda mucho leer experiencias de otras personas que han pasado por cosas parecidas. Sentirme identificado con gente, aunque sea alguien que no conozca personalmente, sí me da la sensación de que no es una cosa de mi cabeza, a lo mejor le pasa a más gente y se puede salir de una manera o de otra —Abel (27).

En definitiva, el leer o conocer las experiencias de los demás les aporta tranquilidad en su propia identidad, dado que rompe con la idea de que son casos únicos, con problemas excepcionales inherentes a su cuerpo o a su persona, y les ayuda a aprender cosas sobre sí mismos y los otros. Por esto, son conscientes del efecto que compartir sus propias experiencias puede tener en los demás: les han ayudado cuando lo necesitaban y ellos, a su vez, ofrecen lo mismo. Esto se concreta en publicaciones en las que hablan sobre sí mismos, sus vivencias y sus impresiones, de forma que otros puedan leer u oír lo que presentan y puedan, potencialmente, encontrar lo que a ellos les ayudó en su día. El propio Abel (27) comparte, por ejemplo, en el foro Reddit como respuesta a una publicación titulada “¿Alguien con TDAH de tipo inatento ha encontrado una buena rutina de ejercicios que le funcione?”:

Empecé a usar una comba para el cardio y estoy muy contento. Es buen cardio y además requiere mucha atención si no te quieres tropezar, así que me ayuda a meterme en la zona y la concentración me dura lo suficiente para hacer ejercicio después — Abel (27).

De esta manera, algo que podría haber sido anecdótico (saltar a la comba es útil a la hora de concentrarse antes de hacer ejercicio) ha adquirido cierto valor como conocimiento adquirido gracias a su vivencia del mundo como persona, en el caso de Abel (27), con un diagnóstico de TDAH que se enfrenta al día a día de manera particular. Lo que él sabe puede, potencialmente, ayudar a otro y, al menos, dar testimonio de que es algo que puede pasarle a más personas. A nivel discursivo, su testimonio contrarresta, de manera implícita, dos nociones dentro del aparataje discursivo popular sobre la locura: la primera es que son incapaces de su propio cuidado, la segunda es que no pueden expresarse de modo coherente, comprensible y racional. En lo que al cuidado respecta, el compartir sus experiencias cumple una doble función. Por una parte, puede potencialmente ayudar de múltiples maneras a alguien que se tope con su testimonio y pasar a formar parte de su cuidado, por otra parte, en lo que al cuidado de sí se refiere, sirve para expugnar aquello que les preocupa, o preocupaba, o expresar sus logros pese a o con sus vivencias con la salud mental:

Decidí morirme a final de año y estoy avanzando a pasos grandes en mi recuperación psicológica, me estoy aceptando cada vez más tal y como soy y estoy calmando un poco la fiera que es mi ansiedad. No sé si me mataré al final, pero oye, grandes cambios — Belle (20).

Las palabras de Belle (20) en una publicación de *Twitter* giran en torno a una cuestión que el discurso popular sobre salud mental considera tabú: el suicidio. Su texto es llamativo precisamente porque sitúa la cuestión de que decidió morirse a final de año como algo central al mismo. Pero es precisamente gracias a esto que ofrece al lector un recodo en el que encontrar un testimonio carente de juicio al respecto, en el que su relato expone que es posible plantear la mejoría dentro de una situación seria. Más aún, como la propia Belle (20) escribe, si bien no sabe qué pasará al final, el cambio es posible. Su planteamiento carece de una presión de ajuste (tienes que dejar de tener pensamientos suicidas para estar bien), presentando en su lugar que la mejoría es posible con ellos, en convivencia o pese a, pero sin necesitar su eliminación. De manera similar, Kaz (20) expresa sus propias ansiedades sin ofrecer una solución:

Vivo en un ciclo de picos maníacos moderados y cada vez más bajos bajísimos antisociales. En los primeros suelo encontrar la voluntad de ser un poco más alegre, de contactar con otros, de intentar cuidar y abrirme a personas con las que veo que tengo algo en común en su forma de ser o situación. Al final, parece que ellos solo se abren a mí en sus momentos más bajos, y cuando encuentran su propia voluntad siempre se mueven para buscar la felicidad en otro lugar en el que no se me incluye de ninguna manera – Kaz (20).

Si bien el testimonio de Kaz (20) puede resultar desalentador, el encontrarlo puede suponer para un usuario lo que ya planteaban Ken (23) y Abel (27) y darle la oportunidad de sentirse menos solo sin incluir, necesariamente, la presión de tener que solucionar el problema de forma inmediata. Además, ofrece una noción de importancia respecto a la percepción de cuándo se está presuntamente bien (“picos maníacos moderados”) y cuándo se está presuntamente mal (“bajos bajísimos antisociales”) y cómo afecta eso a la vida social de Kaz (20). Esta es una idea importante en lo que la retórica de la lucha, como algunos participantes la llaman, se refiere. En concreto, en la utilidad, el valor y las consecuencias que en sus vidas tiene, o no, el percibir su experiencia con la salud mental como una pelea constante por mantener la cordura, o estar bien, o no tener determinados pensamientos, o ser normales. Esto está expresado de forma particularmente clara en esta serie de publicaciones en un hilo de *Twitter* donde Vivian (26) expresa su compleja relación con la retórica de la lucha:

Yo no lucho contra la depresión y contra el trastorno de ansiedad generalizada. Porque si luchara, si esa fuera la palabra, significaría que cada vez que tengo pensamientos suicidas estaría siendo una cobarde, o débil. No. No lucho porque cada vez que digo esa palabra, siento que estoy intentando arrancar de mis entrañas una parte de mí. Siento como si tuviera que pelear con mi propio ser. Como si yo no estuviera bien. Como si tuviera que rasgar mi piel hasta que la depresión o el TAG saliera. Y mi depresión y mi tag son eso, míos. Mis circunstancias, mis genes, mi conjunto de segundos vividos... Todo eso hace que ahora formen parte de mí. Que sean parte, quizá (sobre esto aún no sé muy bien qué pensar) de mi identidad. Y esa sensación de lucha me aleja de mí. Me niega. Y me cansa. Hace que me vea desde fuera y que no sea yo. Y, sobre todo, esa palabra, esa “lucha” hace que mi energía vaya en la dirección equivocada. Más hacia el conflicto de mi propia identidad que hacia mi mejora – Vivian (26).

Dentro de este testimonio, cabe destacar una separación clave en lo que al relato de la experiencia de la salud mental se refiere. Vivian (26) menciona “la depresión y el TAG” y “mi depresión mi tag” como elementos separados y diferenciados. Los primeros, son el producto de una nosología de la enfermedad mental que clasifica determinadas conductas y pensamientos en síntomas con lo que esa depresión y ese TAG son independientes al sujeto y son susceptibles de ser expulsados, exorcizados o solucionados. Los segundos forman parte de una cuestión identitaria mayor y más compleja, que Vivian (26) confiesa no estar resuelta, y se asimilan a su “conjunto de segundos vividos”, o lo que es lo mismo, su experiencia con la salud mental.

Finalmente, lo que Vivian (26) expresa en su testimonio no anula, necesariamente, la retórica de la lucha, pero permite a quien la use detenerse unos instantes y considerar sus implicaciones en función a la experiencia de alguien con ella. Si esto es lo que significa para esta persona en concreto o para el sistema sanitario, ¿qué significa para mí? Esta llamada a la reflexión, consciente o no, es clave a la función crítica de la parresía.

3.3. La labor crítica de la verdad y su riesgo asociado

La labor crítica de señalar aquello que consideran incorrecto, sin sentido, o dañino se desliga –pese a las coincidencias y tangencias que en ocasiones se puedan encontrar– de la tarea informativa y de la publicación de testimonio vivencial de la experiencia en el punto clave de que no sirve, necesariamente, ninguna función más allá de señalar que algo o bien está mal o les causa un mal, sin aportar opciones o alternativas, más allá de la llamada a la reflexión característica de la parresía (ya sea esta intencional o no).

En el caso de adultos diagnosticados tarde, muchos de nosotros sabíamos o sospechábamos que teníamos tdah antes de ser diagnosticados, y activamente buscábamos ese diagnóstico para tener acceso a otras herramientas. Rara vez se nos diagnostica “por sorpresa”. Aun así, el proceso de conseguir uno [diagnóstico] es tortuoso y está lleno de profesionales mediocres – Abel (27).

Si hay un sitio en el que lo mejor es dejar a los pacientes esperando una hora, es en el psiquiatra. Se conoce que allí nadie tiene nada mejor que hacer y va muy relajado – Kim (24).

En estas publicaciones en *Reddit* de Abel (27) y en *Twitter* de Kim (24) hay un componente experiencial, pero la carga de las mismas recae sobre la práctica psiquiátrica. En el caso de la primera, Abel (27) discute la dificultad de conseguir un diagnóstico dentro de un hilo sobre la controversia del autodiagnóstico, argumentando por qué este fenómeno puede suceder y señalando la mediocridad de algunos profesionales como posible causa. Kim (24), por otra parte, arremete contra los tiempos de espera y la frustración que generan. Ninguno de los dos nos explica cómo esto puede solucionarse, pero sus publicaciones sí pueden, potencialmente, llevar a conversaciones sobre por qué los problemas expuestos son importantes, cómo afectan a las personas que acuden al psiquiatra, por qué suceden, o cómo se pueden solucionar (si fuese posible). Es decir, llaman a la reflexión a partir de la crítica sin, necesariamente, imponer sobre el lector y es, a su vez, en la reflexión donde se situaría el cuidado como elemento clave del cuidado de sí.

En esta línea, los participantes comparten un número importante de publicaciones de corte crítico en sus perfiles en redes sociales. Este tipo de publicaciones son, de hecho, las que más comparten, seguidas por aquellas de corte informativo.

Ir a terapia está guay hasta que empiezas a percibir que en realidad el único objetivo de la misma es que vuelvas cuanto antes a ser un miembro funcional de la sociedad y del sistema productivo, sea como productor o consumidor, y sin cambiar tus condiciones materiales – Usuario de la red *Twitter* en una publicación compartida por varios de los participantes.

Este usuario critica, en concreto, la terapia en función a sus objetivos, estando implícito el que no pasan por el cuidado del sujeto, sino por su encaje en un modelo social productivo en el que el yo idealizado es necesario para funcionar, ya sea como productor o como consumidor. Esta es una línea crítica particularmente fértil entre los participantes, incluso aquellos que manifiestan participar y beneficiarse de la terapia, y a menudo está acompañado por una discusión sobre el tratamiento medicamentoso.

Los psicofármacos son un tema de discusión complicado e importante precisamente porque en el discurso popular y médico sobre la salud mental la cuestión se encuentra profundamente polarizada. Por un lado, manifiestan en las entrevistas encontrarse con sectores que consideran los psicofármacos como la única solución a sus problemas, algo con lo que no están de acuerdo, mientras que, por otro lado, no se encuentran cómodos con lo que refieren como una estigmatización del acceso a los psicofármacos, que son considerados peligrosos y el producto de una industria que les manipula (fortaleciendo, inadvertidamente, la noción de que son incapaces de razón y de cuidarse). Por lo general, su posición con respecto a esta cuestión es crítica en ambas direcciones, con un nivel más alto de matización:

Bueno, también son drogas entonces los ibuprofenos y os los coméis como caramelos. El mayor problema que hay con la sobremedicación es que cualquier médico de cabecera receta un psicofármaco. Pero recetan un montón de medicamentos [psicofármacos] sin derivar a un especialista por una sanidad saturada [...]. Ponerles un peso negativo a medicamentos que necesitan muchísimas personas para pasar su día a día me parece, y me va a parecer, un tremendo error –Usuaría de la red social *Twitter*.

Como indica esta usuaria de *Twitter* en una publicación que varios de los participantes comparten en sus perfiles, para ellos la cuestión de los psicofármacos pasa por reconocer varios factores: una sanidad pública saturada, la peligrosidad general de los medicamentos, la idea de que hay una concepción negativa sobre los mismos y la sobremedicación como concepto. Esta riqueza en la discusión sirve para ilustrar, de forma fértil y paradigmática, que en lo que a sus preocupaciones concierne la reflexión con respecto al mundo en el que viven es clave.

De forma llamativa, en particular en lo que a la retórica del sufrimiento devenida del discurso popular de la locura se deriva, gran parte de sus publicaciones de corte crítico están escritas o elaboradas en clave de humor como medio a través del que transmitir su mensaje.

El próximo que use “perfeccionista” como un atributo positivo me paga los siguientes 1000 pavos de terapia – Ken (23).

No mandar a nadie al hospital de un ladrillazo en la cabeza esta noche es mi aportación a la lucha de la sanidad pública contra la crisis actual – Vince (26).

Aunque breves, estas publicaciones de Ken (23) y Vince (26) son contundentes. Por una parte, Ken (23) refiere la frustración con la valoración positiva de algo que nos contaba en la entrevista que le había resultado dañino –el perfeccionismo hace que se exija tanto que sufre, llegando a establecer como rutina de cuidado el hacer cosas que no se le dan muy bien para aprender a disfrutar tareas aunque no sea el mejor haciéndolas—. Por su parte, Vince (26) critica la crisis de la sanidad pública utilizando un ejemplo violento y contundente que refleja, también, su insatisfacción con la situación. Ninguno de los dos ofrece comentario más allá de la expresión de su descontento que, una vez más, puede dar pie (o no) a reflexiones subsecuentes en el lector, o a conversaciones sobre la materia en cuestión.

4. Conclusión

A través del análisis de la presencia de los participantes en redes encontramos que sus publicaciones pueden clasificarse en tres manifestaciones discursivas de cuidado concretas: información, experiencias y crítica.

Por la naturaleza del contenido, cabe detenerse, en primer lugar, en las condiciones discursivas de existencia de la locura a nivel histórico. Si, tal y como planteara Foucault, la situación del mismo está abocada a una definición identitaria anclada en la idea de que es incapaz de razón y expresión coherente, además de sin valor moral (Sáez, 2004), los testimonios y publicaciones ofrecidos desafían estas nociones incluso cuando no intentan ser particularmente articuladas. Esto no implica que deban o quieran ser racionales y razonables, más bien plantea una oposición que es necesario considerar a la idea de que el loco ni piensa ni duda. Como podemos ver a lo largo de los resultados, los participantes piensan, dudan y reflexionan sobre cuestiones tales como su existencia como sujetos en condiciones concretas, esas particulares condiciones de definición de la locura o la medicalización.

Al compartir estas impresiones no solo demandan responsabilidad sobre sí mismos –independientemente de sus relaciones terapéuticas que, como dejamos establecido, son similares a las del equipo de

cuidado que describe Mol (2008)—, sino que extienden esa responsabilidad sobre aquellos que se encuentren en una situación similar a la suya como compromiso ético a través de la parresía (Gilligan (2003/1982; Foucault, 2009 y 2010). En este sentido, en lo que a la parresía digital como expresión del cuidado de sí que se desborda en los otros se refiere, sus testimonios dan pie a una noción de reciprocidad. Aquello que les ha ayudado tiene el potencial de ayudar a los demás, en relaciones que si bien no son directas se encuentran dedicadas al cuidado de los demás (Martín Palomo, 2021; Martín Palomo y Muñoz Terrón, 2022). Este *a priori* desde el que se establece la tarea expresiva en Internet va acompañado de que “se reconocen como personas con una historia que les separa de eso [la sociedad normalizada] y valoran el conocimiento que esto les aporta” (Correa, Arranda y Fernández-Ramírez, 2022), considerando que puede ser valioso para otros que están iniciando el viaje en el que ellos ya se embarcaron y durante el que les ha, o habría, sido útil. En este sentido, su propia vulnerabilidad es la que funda la noción de cuidado que les compromete y les interpela a la hora de cuidar a los demás, que consideran en una situación de vulnerabilidad similar (Muñoz Terrón, 2010 y 2012; Muñoz Terrón y Martín Palomo, 2021).

Que este compromiso ético se manifieste como información, experiencias y crítica es relevante puesto que da pie a poder entender qué es lo que consideran más valioso en lo que a establecer una relación con la verdad que lleve al cuidado se refiere. O, lo que es lo mismo, ¿qué consideran importante mantener, preservar o reparar en sí mismos o su contexto? (Fisher y Tronto, 1990; Tronto, 1998). Según sus testimonios y publicaciones, lo que buscan corregir, principalmente, son los equívocos que el estigma derivado del discurso popular y médico de la locura trae consigo, con las consecuencias negativas que eso conlleva en su día a día. Usan la información y la crítica principalmente, y además plantean cómo subsanar las situaciones de aislamiento y soledad que el existir en condiciones particulares conlleva, en este caso usando sus propias experiencias como algo que otros pueden tomar como referencia.

Es necesario señalar que su marco discursivo de referencia es el de un entorno medicalizado en el que se asume que son yos defectuosos, incapaces de sobrevivir sin la ayuda de los psicofármacos y el sistema sanitario con redes de apoyo propias (Kishore, 2002; Healy, 2002; Pickett y Wilkinson, 2009; Rose, 2012), en el que las incomodidades diarias se tornan en enfermedades y la patología es cada vez más difícil de separar de la existencia diaria (Moral, 2008). Este es, al menos, su punto de partida en la tarea sostenida del cuidado de sí. En este universo discursivo, a través de la parresía digital ofrecen derivas a otros como ellos dentro del aparataje de verdad que pueden ser más o menos médicas, populares o alternativas, pero que, en última instancia, son las que consideran verdaderas, valiosas y certeras en lo que al cuidado respecta en función de su relación sostenida como sujetos con la verdad.

Más aún, como sus testimonios desvelan, si eligen las redes es porque fuera de ellas el marco sociohistórico de definición de la locura se aplica de forma más estricta: su palabra no vale en tanto en cuanto son identificados, de forma declarativa o no, como locos. Las tecnologías se revelan, así, como un engranaje central en el aparataje de cuidado al ofrecer una alternativa expresiva en la que su discurso no queda anulado de base en función a su condición de locura. Su presencia en la red revela un espacio en el que la expresión no es segura —por la propia naturaleza de los mensajes, el debate es tan inevitable como esperable— pero sí posible y que, ante todo, ofrece una oportunidad para conectar con otros que están compartiendo mensajes con sus propias condiciones de verdad. La condición heterogénea de las publicaciones en redes sociales nos habla no de una comunidad, sino de un tecnocuidado que se expresa de forma relacional en la comunicación precisamente porque ese espacio en línea, la tecnología, hace posible esa modalidad de cuidado, que no podría darse de otra manera.

Dado lo aquí presentado, sería interesante expandir este estudio en varias direcciones en investigaciones futuras. En primer lugar, cabe plantear cómo el género influye en su presencia en redes. Por otra parte, sería valioso inquirir sobre su experiencia en redes como consumidores de contenido además de creadores.

5. Bibliografía

- Atkinson, R. (1998): *The life story interview (Qualitative research methods 44)*, Londres, Sage University Paper.
- Atkinson, R. (2002): “The life story interview”, en J. F. Gubrium y J. A. Holstein, eds., *Handbook of interview research. Context & Method*, Londres, Sage, pp. 121-140.
- Barham, P. y Hayward, R. (2016): *From the mental patient to the person*, Abingdon, Routledge.
- Boyd, D., S. Golder y G. Lotan (2010): “Tweet, tweet, retweet: Conversational aspects of retweeting on twitter”, *Proceedings 43rd annual hawaii international conference of systems science (HICSS-43)*, Kolua, IEE, pp. 1-10.
- Correa, M., B. Fernández-Ramírez y C. Aranda (2022): “Care of the self as a practice of resistance in mental health”, *Revista de Filosofía UIS*, 21(1), pp. 129-151. <https://doi.org/10.18273/revfil.v21n1-2022007>.
- Desviat, M. (2021): *Cohabitar la diferencia: de la reforma psiquiátrica a la salud mental colectiva*, Madrid, Síntesis.
- Esposito, R. (2006): *Bios, biopolítica y filosofía*, Madrid, Amorrortu.
- Feito, L. (2005): “Los cuidados en la ética del siglo XXI”, *Enfermería Clínica*, 15(3), pp. 164-174. [https://doi.org/10.1016/S1130-8621\(05\)71104-9](https://doi.org/10.1016/S1130-8621(05)71104-9).
- Fisher, B. y J. Tronto (1990): “Towards a feminist theory of care”, en E. Abel y M. Nelson, eds., *Circles of Care*, Albany, N.Y, State University of New York Press, pp. 36-54.
- Foucault, M. (1999/1984): *Estética, ética y hermenéutica. Obras esenciales: Volumen III*, Barcelona, Paidós.
- Foucault, M. (2005): *La hermenéutica del sujeto*, Madrid, Akal.
- Foucault, M. (2007): *Nacimiento de la biopolítica*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.

- Foucault, M. (2009): *El gobierno de sí y de los otros*, Buenos Aires, Fondo de Cultura económica.
- Foucault, M. (2010): *El coraje de la verdad*, Buenos Aires, Fondo de Cultura económica.
- Foucault, M. (2015/1964): *Historia de la locura en la época clásica I*, México D. F., Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2018/1964): *Historia de la locura en la época clásica II*, México D. F., Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2018/1999): *Los anormales*, Madrid, Akal.
- Gilligan, C. (2003/1982): *In a different voice. Psychological theory and women's development*, Cambridge, Harvard University Press.
- Goodman, L. (1961): "Snowball Sampling", *Annals of Mathematical Statistics*, 32(1), pp. 148-170. <https://doi.org/10.1214/aoms/1177705148>.
- Healy, D. (2002): *The creation of psychopharmacology*, Cambridge, Harvard University Press.
- De la Higuera, J. (1999): *Michel Foucault: la filosofía como crítica*, Granada, Comares.
- Hine, C. (2000): *Virtual ethnography*, California, Sage.
- Hine, C. (2008): "Virtual ethnography: Modes, varieties, affordances", en N. G. Fielding, R. M. Lee y G. Blank, eds., *The SAGE Handbook of Online Research Methods*, London, Sage, pp. 257-270.
- Lambert, E. (1990): *The collection and interpretation of data from hidden populations*, Rockville, National Institute of Drug Abuse Research.
- Macías, J. M. (2013): "¿Qué es una formación socrática? Paideia, parresía y buen uso de la razón", *Filosofía UIS*, 12(1), pp. 85-97. <https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistafilosofiauis/article/view/3514>.
- Martín Palomo, M. T. (2021): "Cuidados, vulnerabilidades e interdependencias. Retos para una nueva época", en M. A. Duran, coord., *¿Quién cuida? Aportaciones en torno a la organización social de los cuidados*, Vitoria, Emakunde, pp. 115-137.
- Martín Palomo, M. T., C. Gómez y I. González (2021): "Tecnocuidados: Retos y desafíos en la era postcovid", *Migraciones. Publicación del Instituto Universitario de Estudios sobre Migraciones*, (53), pp. 257-285. <https://doi.org/10.14422/mig.i53y2021.010>.
- Martín Palomo, M. T. y J. M. Muñoz Terrón (2022): "Soy porque somos. Cuidados e interdependencia en un mundo vulnerable", en T. Da Silva, G. de Oliveira y A.C. Mathias, coords., *Cuidado e solidariedade. Prática social e institucional*, Brasil, Foco, pp. 403-416.
- de la Mata, I. (2009): "Modelos de tratamiento farmacológico de los trastornos mentales comunes y sus limitaciones", en A. Retolaza, coord., *Trastornos mentales comunes: manual de orientación*, Madrid, Latorre, pp. 253-278.
- Moriña, A. (2017): *Investigar con historias de vida: metodología biográfico-narrativa*, Madrid, Narcea.
- Muñoz Terrón, J. M. (2010): "Responsividad y cuidado del mundo. Fenomenología y ética del care", *Daimon. Revista Internacional de Filosofía*, (49), pp. 35-48. <https://revistas.um.es/daimon/article/view/141851>.
- Muñoz Terrón, J. M. (2012): "Cuidar del mundo. Labor, trabajo y acción 'en una compleja red de sostenimiento de la vida'", *Isegoría. Revista de Filosofía Moral y Política*, (47), pp. 461-480. DOI:10.3989/isegoria.2012.04704.
- Muñoz Terrón, J. M. y M. T. Martín Palomo (2021): "Cuidar (desde) la vulnerabilidad. Prácticas, agencias y soportes", en J. A. Santiago, ed., *Caras y soportes de la vulnerabilidad*, Madrid, Catarata, pp. 185-208.
- Nadesan, M. (2008): *Governmentality, Biopower, and Everyday Life*, Londres, Routledge.
- Natella, G. (2010): "La creciente medicalización contemporánea: prácticas que la sostienen, prácticas que la resisten en el campo de la salud mental", en A. Cannellotto, E. Luchtenberg, eds., *Medicalización y sociedad. Lecturas críticas sobre un fenómeno en expansión*, Buenos Aires, UNAM, pp. 17-52.
- Pickering, M. (2010): "Experience and the social word", en M. Pickering, ed., *Research methods from cultural studies*, Edimburgo, Edinburgh University Press, pp. 17-31.
- Picket, K. y R. Wilkinson (2009): *Desigualdad. Un análisis de la (in)felicidad colectiva*, Madrid, Turner.
- Porter, R. (2008): *Breve historia de la locura*, Madrid, Turner.
- Rose, N. (2012): *Políticas de la vida: biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI*, Buenos Aires, UNICEP.
- Serrano, M. (2014): "'Grup de Pensadors': narrativas y subjetividades en torno a la salud mental", *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 34(123), pp. 507-519. <https://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352014000300005>.
- Salganik, M. J. y D. D. Heckathorn (2004): "Sampling and estimation in hidden populations using respondent-driven sampling", *Sociological Methodology*, 34(1), pp. 193-240. <https://doi.org/10.1111/j.0081-1750.2004.00152.x>.
- Tronto, J. (1998): "An ethic of care", *Generations: Journal of the American Society of Aging*, 22 (3), pp. 15-20. <https://www.jstor.org/stable/44875693>
- Tronto, J. (2013): *Caring Democracy: Markets, equality, and justice*, Nueva York, New York University Press.
- Van Dijk, T. A. (2016): "Análisis crítico del discurso", *Revista Austral de Ciencias Sociales*, 30, pp. 203-222. <https://doi.org/10.4206/rev.austral.cienc.soc.2016.n30-10>
- Van Raalte, M. (2004): "Socratic Parrhêsia and its Afterlife in Plato's Law", en I. Sluiter y R. Rosen, eds., *Free Speech in Classical Antiquity*, Leiden, Brill, pp. 279-312.