

**FACULTAD DE FILOSOFÍA
UNIVERSIDAD DE SEVILLA**



Trabajo de Fin de Grado

***INJUSTICIAS EPISTÉMICAS EN EL CONTEXTO DE LA SALUD MENTAL EN CHINA
El caso de las mujeres de las zonas rurales***

GRADO DE ESTUDIOS DE ASIA ORIENTAL

**LUCÍA ZAMORA GARCÍA
TUTORA: CARLA CARMONA ESCALERA
Departamento de Metafísica y Corrientes Actuales
de la Filosofía, Ética y Filosofía Política**

RESUMEN

La forma en la que la sociedad está fundamentada ha dado lugar a la formación de una serie de injusticias de carácter epistémico que afectan a individuos o grupos considerados socialmente como de segunda clase. Este tipo de injusticia es muy frecuente con respecto a las enfermedades mentales. Aunque se da de forma global y general, es más grave en determinados contextos. Uno de esos contextos es China. De forma general, debido a los valores confucianos, se conciben las enfermedades mentales como un fallo moral y una vergüenza para la familia. Los recursos informativos e interpretativos de la comunidad china son escasos y esencialmente prejuiciosos. Asimismo, los recursos sanitarios también lo son. Esta situación empeora en las zonas rurales y, más aún, en la mujer. Tradicionalmente, la mujer ha sido considerada como un individuo inferior dentro de la sociedad china. Los valores tradicionales suponen un gran peso y un gran condicionante en la mujer china, sobre todo cuando padece alguna enfermedad o trastorno mental. China es considerado como el país con mayor porcentaje de esquizofrenia entre mujeres, siendo la mayor parte de estas procedentes de zonas rurales. Observaremos que las consecuencias de las injusticias epistémicas que sufren las mujeres que padecen enfermedades mentales son desoladoras.

Palabras clave: injusticia epistémica, mujer, China, zona rural, salud mental.

ABSTRACT

The way in which society is founded has led to the formation of a series of injustices of an epistemic nature that affect individuals or groups that are socially considered second-class because of their race, their genre, their social class, or their health condition. This type of injustice imposes a great burden on mental illness. Although these injustices occur globally and generally, they are particularly severe in certain contexts. One of such contexts is China. In general, due to Confucian values, mental illness is conceived as a moral failure and a shame for the family. The informational and interpretive resources of the Chinese community are scarce and essentially prejudicial. Likewise, health resources are too. This situation is worse in rural areas and, even more so, in women. Traditionally, women have been regarded as inferior individuals within Chinese society. Traditional values are a great weight and determining factor on Chinese women, especially when they suffer from some illness or mental disorder. China is considered the country with the highest percentage of schizophrenia among women, most of whom come from rural areas. We shall see that the consequences of the epistemic injustices suffered by mentally ill women are devastating.

Keywords: epistemic injustice, woman, China, rural areas, mental health.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	4
CAPÍTULO 1: LA INJUSTICIA EPISTÉMICA EN LA SALUD MENTAL.	9
1.1 La injusticia testimonial	11
1.2 Estereotipos	14
1.3 la injusticia hermenéutica	17
1.4 Efectos en la práctica epistémica	20
CAPÍTULO 2: LA SALUD MENTAL EN CHINA	23
2.1 Desarrollo histórico-filosófico	25
2.2 El sistema sanitario mental chino	28
2.3 Diferencias sociales	30
2.4 La mujer china y la salud mental	31
2.5 Problemas de salud mental extendidos	33
2.5.1 La esquizofrenia	33
2.5.2 La depresión	36
2.6 El suicidio	38
CAPÍTULO 3: INJUSTICIA HERMENÉUTICA EN EL CASO CHINO	40
CAPÍTULO 4: INJUSTICIA TESTIMONIAL EN EL CASO CHINO	45
CONCLUSIÓN	52
BIBLIOGRAFÍA	53

INTRODUCCIÓN

El presente Trabajo Fin de Grado se va a ocupar de exponer las injusticias de carácter epistémico que sufre la población china en el contexto de la salud mental, no solo por los prejuicios que existen hacia las enfermedades mentales a nivel mundial, sino también por el impacto de los valores tradicionales de la sociedad china, en particular los confucianos, que suponen un agravante. Asimismo, enfocaremos el caso de las mujeres de las zonas rurales, puesto que son sujetos epistémicos especialmente vulnerables.

Comenzaré citando la pregunta que Havi Carel (2007, 110) lanza a sus lectores en su ensayo “Can I be Ill and Happy?”: “¿qué le ocurre a la buena vida y a la felicidad cuando la salud está permanente ausente?”. Es necesario cobrar conciencia de que una vasta mayoría de personas mueren de algún tipo de enfermedad y se llevan una gran parte de su vida crónicamente enfermos o con impedimentos de algún tipo. No obstante, aquellas personas con enfermedades no solo se enfrentan a los efectos y consecuencias de la enfermedad o el trastorno en sí, sino también a una serie de problemas sociales que vamos a ver a continuación.

Aunque puede sonar obvio, en muchos casos se necesita poner en voz un problema para que sea considerado como tal. La sociedad en la que vivimos está llena de injusticias y discriminación. A veces las reconocemos como tales y otras veces no reparamos en ellas. Cuando las reconocemos, solo ocasionalmente las denunciemos, ya sea porque tenemos estas injusticias demasiado normalizadas en nuestras vidas, porque hemos adoptado una actitud pasiva cuando no nos afecta directamente, o porque hemos adoptado un individualismo egoísta que nos asegure la propia supervivencia.

La ley del más fuerte, la supervivencia del más apto de Darwin, está presente en todas las épocas históricas. Aquellos socialmente aventajados tienen las cualidades para apropiarse de la mayor parte de derechos, mientras que aquellos con menos respaldo social se quedan solo con lo que les es permitido. En todos los ámbitos de la sociedad hay grupos que son reconocidos colectivamente como de naturaleza fuerte, la imagen de la virtud, el modelo a seguir. Por otro lado, están los ciudadanos como de segunda categoría, categorizados como de

naturaleza débil, marginados y sometidos por no compartir las características de los grupos dominantes.

En un primer momento, podemos remontarnos a la época medieval y pensar en las relaciones entre señor feudal y vasallo, o rey y súbdito. Nuestra mente, en ocasiones, a la hora de pensar en el mal del mundo tiende a remontarse a épocas pasadas como intento de redención de nuestras vidas. La idea es, en términos generales, esta: antes era peor y, por ello, debemos alegrarnos de que estemos como estemos. Por lo general, apartamos la vista de las injusticias que se cometen en la actualidad para así no manchar la pulcritud de nuestras propias vidas. Sin embargo, es preciso caer en la cuenta de que esta capacidad de apartar la vista no es una capacidad de todos los seres humanos, sino un privilegio de unos cuantos.

La injusticia epistémica es un tema especialmente complejo donde entran en juego prejuicios relativos al género, la raza o la clase social. Todos estos prejuicios han creado unas imágenes intrínsecas en el imaginario colectivo en base a concepciones prejuiciosas sociales que a su vez han dado lugar a la discriminación. El concepto de injusticia epistémica se refiere al daño que sufre un sujeto en tanto sujeto de conocimiento. La injusticia epistémica es desgraciadamente un fenómeno variado y común que denigra la capacidad de participación en las prácticas epistémicas de determinados grupos sociales marginados, como, por ejemplo, a la hora de testificar acerca de sus propias experiencias o interpretar las experiencias de terceros (Fricker 2017). A pesar de ser un fenómeno que afecta a todas las minorías epistémicas dentro sus respectivas comunidades, se estima que aquellos que sufren enfermedades mentales son más vulnerables a sufrir injusticias epistémicas (Carel y Kidd 2014).

La injusticia epistémica que viven aquellos con enfermedades o trastornos mentales en China, concretamente en el caso de las mujeres de zonas rurales, es significativamente alta. La tradición y el pensamiento chino están asentados en una serie de valores morales con la intención de preservar la armonía de la sociedad china. Las enfermedades mentales son concebidas como graves fallos dentro de esa armonía, por lo que se intentan ocultar a toda costa.

La motivación para la realización de este trabajo es mi propia experiencia de estas injusticias epistémicas. Desde temprana edad he ido desarrollando patologías mentales debido en gran

parte a factores externos que se han ido agravando por culpa de la estigmatización y el rechazo de las enfermedades mentales que había en mi entorno y la falta de tratamiento. Estos trastornos mentales han condicionado todos los aspectos de mi vida desde la adolescencia y los prejuicios hacia los problemas de salud mental provocaron que yo no fuese capaz de hablarlo ni siquiera con mi familia. Tenía veinte años cuando acudí por primera vez a un psicólogo por la salud pública. En mi caso, me derivaron a un psiquiatra.

Acudí al psiquiatra con el mismo miedo y la misma vergüenza con la que oculté todos esos años mi condición y sin saber cómo comunicarlo, ya que era la primera vez que lo hacía. Tras soltar por fin con mucha dificultad y sufrimiento todo lo que había retenido durante años, el psiquiatra comenzó a argumentar los diferentes temas que había tratado en mi discurso. Su respuesta a mis períodos de depresión fue mi edad y mis cambios hormonales causados por la menstruación. Con respecto a mi fuerte ansiedad, puso de relieve mi falta de autoestima, a lo que sugirió como remedio ir a un bar y ligar con cualquiera que me gustase. Su respuesta a mi confesión de pensamientos suicidas y casi intentos de suicidio fue: ‘Dejemos ese tema, que es muy triste.’

El trato que recibí aquel día me hizo creer que todo lo que me había pasado era mi culpa, y que aquello que yo había considerado un problema más grande que yo misma no era en realidad nada. Me recetó como apoyo farmacológico tranquilizantes para cuando sufriera crisis de ansiedad que me dejaban en estado de embriaguez y empeoraron mi situación, por lo que dejé de tomarlos. Tras la tercera cita, el psiquiatra se jubiló, de modo que me transfirieron a otro psicólogo. Con miedo a tener que pasar de nuevo por lo mismo decidí no acudir. Tuve un nuevo periodo de fluctuaciones entre severos episodios de ansiedad y depresión. Seguí arrastrando mi condición hasta que en el verano de mis veintiuno tuve un ‘aparente’ episodio leve de manía seguido de mi peor episodio depresivo hasta la fecha. Mis ideas suicidas eran tan recurrentes que, asustada, acudí de nuevo al psicólogo, aunque esta vez a uno privado. La psicóloga con la que inicié una terapia semanal orientó las sesiones a ‘darme herramientas’ que me hiciesen recuperarme de la depresión. No tenía la intención de emitir un diagnóstico o sugerir una consulta al psiquiatra para que me pusiera en tratamiento farmacológico. Solo con mucha dificultad conseguí que me tomara en serio. Entonces direccionó la terapia a la posibilidad de trastorno mental y, tras unas semanas, me recomendó que acudiera a un psiquiatra para que barajara mi caso y decidiera si darme medicación. Debido al alto precio de la salud mental privada, tuve que volver a la pública y empezar de nuevo el ciclo de

exposición y justificación de mi situación. En la actualidad tengo un tratamiento farmacológico cambiante y de prevención, dado que todavía carezco de un diagnóstico definitivo.

Debido a mi propia experiencia de estas injusticias siento la responsabilidad de remarcar la generalización y el peligro de estas injusticias epistémicas en contra de la salud mental para así contribuir al abandono de estos estigmas y estereotipos erróneos que tanto dañan a numerosas personas, dificultando sus vidas en todos sus aspectos.

Mi interés en el caso chino se debe a mis estudios en el Grado de Estudios de Asia Oriental de la Universidad de Sevilla. De entre las dos menciones opcionales, chino o japonés, me decanté por la mención china. En el tercer año de carrera tuve la suerte de realizar un Erasmus en la Universidad BLCU de Pekín. Fue durante mi estancia allí que empecé a darme cuenta de las problemáticas que existen en la sociedad china en cuanto a la salud mental. Tuve la oportunidad de conocer a mujeres chinas procedentes de diferentes provincias que me hablaron de esta problemática, así cómo de los problemas en las zonas rurales, lo que avivó mi interés. Asimismo, es de vital importancia para mí el estudio y la defensa de la mujer, por tanto, en mis años de carrera la figura de la mujer china ha tenido una relevancia significativa. Por ello, la temática de este TFG combina dos de mis intereses fundamentales, la enfermedad mental y la situación de las mujeres.

La injusticia epistémica en la salud mental es un tema ya tratado en numerosos estudios. Sin embargo, ningún estudio trata estas injusticias en el contexto chino. Además, existe muy poca bibliografía en español acerca de la salud mental en China a nivel general, y mucho menos o casi nada acerca de la salud mental en mujeres rurales. Mi objetivo con este Trabajo Fin de Grado es realizar un estudio de la salud mental en China a nivel cultural y político y exponer la injusticia epistémica.

Este trabajo está dividido en cuatro capítulos. Primero, voy a exponer la terminología y los argumentos comunes acerca de la injusticia epistémica usando estas referencias: *La injusticia epistémica*, de Miranda Fricker (2017), y *The Routledge Handbook of Epistemic Injustice*, editado por Ian James Kidd, José Medina y Gaile Polhhaus Jr. Entrando en conversación con estos estudios, aplicaré los conceptos en una serie de ejemplos con el propósito de conseguir asimilarlos y comprender así el fenómeno de la injusticia epistémica con cierta profundidad.

En el segundo capítulo me centraré en el contexto concreto del caso chino, los elementos y factores que influyen y conforman la concepción y el desarrollo de la salud mental en China: el desarrollo histórico y el pensamiento chino, el sistema sanitario, las diferencias y disparidades sociales (dedicando un subapartado a la mujer china) y la exposición de las dos enfermedades mentales más comunes en China: la esquizofrenia y la depresión. En los capítulos siguientes nos centraremos primeramente en la exposición mediante ejemplos de la injusticia hermenéutica y, en segundo lugar, en la injusticia testimonial.

En cuanto a la metodología, la lectura de las dos obras mencionadas se complementa con una serie de obras y artículos científicos. Por ejemplo, para el segundo capítulo utilizaré en su mayoría artículos de revistas científicas, como *Psychiatry Research* (2017) o *Journal of Affective Disorder* (2021). También cabe destacar que complementaré la literatura de corte académico con materiales varios encontrados mediante búsquedas en internet y entrando en contacto con asociaciones y víctimas mediante las redes sociales. Esto ha sido fundamental, dado el aislamiento y abandono de los pacientes de salud mental en China. Al no encontrar apoyo estatal, son estos los únicos contextos en los que pueden intentar expresarse y buscar ayuda. Por ejemplo, he realizado un análisis de búsquedas y noticias acerca de enfermedades mentales en el navegador chino Baidu. También me he servido de encuestas a mujeres chinas de zonas rurales concretas recogidas en el *Journal of Affective Disorder* y en *Social Science Medicine Elsevier Journal*. Me gustaría terminar diciendo que todas las traducciones de los materiales no disponibles en español, ya sea del inglés o del chino, son de mi traducción.

CAPÍTULO 1: LA INJUSTICIA EPISTÉMICA EN LA SALUD MENTAL.

Miranda Fricker (2017)¹ explora en su obra la idea de que existen una serie de fenómenos que podrían inscribirse bajo el epígrafe general de un tipo de injusticia específicamente epistémica. Esta injusticia es entendida por Carel y Kidd (2017, 65-70) como un daño que se hace a una persona en su calidad de sujeto epistémico (que conoce, razona e interroga) al socavar su capacidad para participar en prácticas epistémicas como pasar conocimiento a otros (testificación) o dar sentido a las experiencias de uno (interpretación). En nuestro caso, nos centraremos en la injusticia que sufren los pacientes de enfermedades mentales.

Muchos de los individuos que sufren algún tipo de enfermedad o trastorno mental, sea del grado que sea, son vulnerables y frágiles física, social y emocionalmente como resultado de su condición, su tratamiento o el contexto en el que viven. Un contexto común en el que la vida de una persona con una enfermedad que vive en un mundo que a menudo no es compasivo ni cooperativo, y mucho menos comprensivo (Carel y Kidd 2017, 336). Estos factores dificultan el proceso de comunicar sus experiencias a especialistas que conocen las herramientas para ayudarlos, o, incluso, a personas con las que tengan una relación más cercana como, por ejemplo, familiares.

Carel y Kidd (2017, 337) denuncian lo extendida que está la injusticia epistémica en el contexto de la medicina y el sistema sanitario. Las denuncias por parte de los pacientes son numerosas, sobre todo de aquellos con tratamientos prolongados. Por ejemplo, afirman que sus argumentos acerca de su experiencia son en gran parte rechazados a la hora de su diagnóstico o revisión, así como que tienen muchas dificultades para hacerse entender ante los médicos que les han sido asignados. Del mismo modo, los profesionales sanitarios alegan que a menudo los pacientes tienden a dar información irrelevante en términos médicos u observaciones extrañas que fallan a la hora de contribuir epistémicamente a la recopilación de datos médicos. Estas dos quejas dan lugar a una situación en la que ninguno de los dos individuos que la conforman (el paciente y el médico) puede participar en relaciones epistémicas afectivas. Esta situación puede dar lugar a que los pacientes se cierren a exponer su situación por miedo al rechazo continuo o por frustración. También es posible que les lleve a cuestionar su propia experiencia.

¹ El libro original escrito en inglés fue publicado en 2007. En este trabajo utilizamos la traducción al español de Ricardo García Pérez publicado por editorial Herder en 2017.

Encontramos en esta situación dos formas de injusticia epistémica: el paciente no sabe de qué forma explicar su experiencia para ser escuchado y comprendido y el médico no considera que haya mucha información útil en el discurso de este que pueda ayudarle a concluir un diagnóstico.

Los médicos, a pesar de que tengan buenas intenciones, a menudo no creen los testimonios de los pacientes de salud mental debido al común estereotipo prejuicioso de la no fiabilidad de un paciente, de modo que la información que se les presenta es sistemáticamente desacreditada. A menudo, se acepta solo un dato general y se obvia el resto de la información. Esto provoca una gran pérdida de conocimiento, un conocimiento que si se tomase en valor podría mejorar el tratamiento de los pacientes y la comprensión de la salud mental.

Entre el conocimiento que se pierde cabe destacar los recursos hermenéuticos que los pacientes desarrollan para hacer frente a lo que les sucede. Esto sería un ejemplo del tipo de injusticias hermenéuticas sufridas por los pacientes, que a menudo sufren los vacíos del imaginario social, así como la tergiversación de sus experiencias que encierran los recursos existentes, puesto que no siempre se ajustan a la realidad. Fricker (2017) ha introducido y definido en su obra estos dos tipos de injusticia epistémica: la injusticia testimonial y la injusticia hermenéutica.

1.1 La injusticia testimonial

La definición que nos ofrece Fricker es la siguiente: “la injusticia testimonial se produce cuando los prejuicios llevan a un oyente a otorgar a las palabras de un hablante un grado de credibilidad disminuido” (Fricker 2017, 10). Esta injusticia puede ser de dos tipos: o bien se otorga más credibilidad al hablante de la que se le otorgaría en otras condiciones (exceso de credibilidad) o bien se le otorga menos credibilidad de la que recibiría en otras condiciones (déficit de credibilidad) (Fricker, 2017, 28-29).

Fricker explora en su obra una serie de factores que conducen a esta injusticia. En el caso de la salud mental, la injusticia testimonial ocurre cuando las concepciones prejuiciosas que

rodean a aquellos con enfermedades mentales condicionan al oyente, en este caso al médico o profesional sanitario, en su trato y relación con el paciente (Fricker, 2017, 10).

Para comenzar a situarnos, recordemos que nuestras vidas se llevan a cabo en un contexto social, no solo uno determinado por el lugar, el tiempo o las circunstancias en las que nos encontremos, sino también un contexto social general heredado que contribuye a conformar el ámbito de nuestra imaginación colectiva. Nuestra ideología, nuestras creencias, no son *per se* completamente originales del periodo contemporáneo capitalista, sino que es el resultado de toda una evolución histórica y social desde tiempos antiguos.

En este contexto social, existe una serie de relaciones de poder entre los individuos que lo conforman que opera de forma holística. Se trata de actuaciones agenciales del poder ejercidas de forma activa o pasiva por uno o más agentes sociales (Fricker, 2017, 22-24). Fricker define el poder como: “una capacidad de los agentes sociales (individuos, grupos o instituciones) ejercida en relación con otros agentes sociales” (Fricker, 2017, 21). En esta relación agencial existe el ‘poder social’. Fricker ofrece esta definición: “una capacidad práctica socialmente situada para controlar las acciones de otros, que puede ser ejercida (de forma activa o pasiva) por agentes sociales concretos o, de manera alternativa, puede operar de forma netamente estructural” (Fricker, 2017, 25). Por otro lado, también diferencia otro tipo de poder: el poder identitario.

Como acabamos de ver, el poder social consiste en la coordinación social práctica. Existe otra forma de poder social que requiere no solo la coordinación social práctica, sino también una coordinación social de la imaginación. A esto lo denomina Fricker ‘poder identitario’: “el poder identitario no es más que una faceta de las categorías de la identidad social relativa a la clase o el género, ya que este tipo de categorías tendrá consecuencias materiales además de aspectos imaginativos” (Fricker, 2017, 25).

La identidad de cada persona trae consigo un conjunto de presuposiciones basadas en el poder social, algo enteramente discursivo o imaginativo que opera en el plano de las concepciones compartidas de la identidad social imaginada. Estas concepciones de la realidad están distorsionadas. Existe un tipo de coordinación social en el imaginario colectivo que se debe a la influencia del poder identitario. Por ‘poder identitario’ Fricker (2017) entiende que se trata de un poder que depende de las concepciones de la identidad social compartida en la

imaginación. Este poder genera prejuicios identitarios. El concepto de ‘prejuicio identitario’ puede parecer lejano y abstracto, sin embargo, en realidad se trata de un estereotipo relativo a la identidad social de un colectivo. Como resultado de su aplicación, tenemos una sociedad categorizada jerárquicamente.

Poniendo un primer ejemplo fácil de reconocer, pensemos en la concepción de lo que significa ser un hombre y una mujer. El hombre es concebido desde principios de la humanidad de forma general como símbolo de poder, el cabeza de familia, quien tiene las capacidades para traer el pan a casa y cambiar el mundo. Si nos paramos a pensar, la historia del mundo ha estado dirigida en su mayoría por hombres, ellos han sido quienes han conseguido las mayores victorias y quienes han cometido los mayores errores, de forma general, claro está. Podemos creer que esto se debe a que los estereotipos son correctos; sin embargo, ¿no es posible que la razón por la que no vemos los efectos de las mujeres sea porque están invisibilizadas y marginadas por el poder identitario? Se premia la acción del hombre debido al poder identitario que se le ha dado socialmente por la concepción social y se relega o incluso se rechaza la acción de la mujer simplemente por su puesto en el contexto de identidades sociales.

Situándonos en el terreno epistémico, bastantes veces escuchamos la expresión ‘intuición femenina’, un concepto que, aunque parezca superficial, da lugar a la creencia de que los argumentos de las mujeres están comprometidos emocionalmente o basados directamente por emociones en lugar de por hechos demostrables y, por tanto, son irracionales y no fiables. La identidad social de la mujer está distorsionada por estas cualidades que se le atribuyen, así como por muchas otras más. El poder que estos prejuicios tienen sobre las personas es tal que resulta verdaderamente difícil desintoxicarse, aún cuando se es consciente de la realidad de ello. Es por ello que Fricker (2017, 40) explica que el prejuicio funciona en un plano no-doxástico, es decir; podemos actuar bajo la influencia de un prejuicio incluso cuando no estamos de acuerdo con él. En sus palabras:

El prejuicio tiende a ir más desapercibido cuando opera a través de imágenes estereotipadas que se mantienen en el imaginario social colectivo, ya que las imágenes pueden operar bajo el radar de nuestro auto escrutinio doxástico ordinario, a veces incluso a pesar de las creencias en sentido contrario, [...] nuestro discurso moral

cotidiano carece de una comprensión bien establecida del mal que se le hace a alguien cuando son tratados de esta manera. (Fricker, 2017, 40)

El poder identitario, el poder de la identidad socialmente impuesta, coloca a las mujeres en una posición de desventaja en todos los ámbitos sociales y al hombre en uno de ventaja segura. Cuando ponemos en la misma frase ‘mujer’ y ‘salud mental’ el conflicto se agrava. Pues cuando los sujetos son perseguidos a la vez por diferentes rasgos identitarios, como pone de relieve el feminismo interseccional, las injusticias que sufren se multiplican.

El término ‘interseccional’ fue introducido en 1989 por Kimberlé Crenshaw para dar cuenta de un fenómeno por el cual cada individuo sufre opresión u ostenta privilegio en base a su pertenencia a varias categorías sociales (Valiña, 2020, 1). Este recoge las injusticias de raza, clase social, religión, sexualidad o género. Encontramos casos de interseccionalidad en los ejemplos de los que nos ocuparemos, los de las mujeres de la China rural con enfermedades mentales, pues dichas mujeres no solo sufrirán opresión por su género, sino también por su clase social y por padecer problemas de salud mental.

1.2 Estereotipos

Fricker (2017, 44) afirma que los estereotipos son asociaciones ampliamente aceptadas por un determinado grupo social y uno o más atributos. Los estereotipos que alberga el imaginario colectivo no tienen por qué ser en su mayoría negativos, en tanto el prejuicio desde que parten puede ser favorable; sin embargo, un estereotipo se torna negativo cuando es operado por un prejuicio identitario. Fricker nos explica el concepto de prejuicio identitario de la siguiente forma: “Los prejuicios identitarios negativos son prejuicios con una valencia negativa esgrimidos contra personas *qua* tipo social” (Fricker, 2017, 49). Por ejemplo, aquellos que sufren de enfermedades mentales son a menudo estereotipados como deteriorados cognitivamente, sobreactuados, incapaces de pensar racionalmente, existencialmente inestables, y así sucesivamente, todo esto debido a su condición o su respuesta psicológica a ella (Carel y Kidd, 2017, 338). Tales atribuciones son susceptibles de perjudicar la forma en que otros perciben y evalúan las habilidades epistémicas de los individuos, así como las suyas propias. Es decir, distorsionan la percepción que tiene el oyente del hablante y este de sí mismo.

Esto es importante: este estereotipo social vigente en el imaginario colectivo condiciona nuestro juicio y nuestras creencias, no solo del resto de personas y del mundo, sino también de nosotros mismos. Aquellas cualidades despectivas asociadas a ese estereotipo, por ejemplo, cualidades que se asocian a aquellos con trastornos mentales como exceso de emotividad, falta de lógica o interioridad de la inteligencia, caen encima de aquel que se siente estereotipado y lo priva de cualquier posibilidad de autoaceptación, lo cual agrava a su vez su propia recuperación. Esta situación generaría lo que Fricker (2017, 52) denomina interiorización residual, es decir, un miembro de un grupo subordinado sigue albergando una especie de semivida de eliminación de la ideología opresora, aun cuando sus creencias hayan cambiado. Si aquello que ocasiona dolor o dificultad es rechazado o incluso menospreciado por el colectivo social, ¿cómo pedir ayuda entonces? Y más aún, ¿cómo ser capaz de luchar por el bienestar de uno mismo?

Como he mencionado al principio del capítulo, Fricker explica que esta disfunción prejuiciosa de la práctica testimonial presenta dos tipos: un exceso de credibilidad, cuando el prejuicio otorga al hablante más credibilidad de la que debería tener, y déficit de credibilidad, cuando el prejuicio otorga al hablante menos credibilidad de la que se merece (Fricker, 2017, 29-30). Esta práctica de la credibilidad está unida al poder social y al poder identitario. Aquel que en el contexto tenga una posición alta de poder activo, una posición de privilegio epistémico, tendrá una mayor credibilidad que aquel agente que esté en desventaja epistémica por su poder identitario. Cuando esto acontece de manera que no se ajusta a la credibilidad merecida, estamos en un caso de injusticia testimonial. Fricker se centra en los casos de déficit de credibilidad, considerando que los de exceso de credibilidad solo si son acumulativos pueden ser considerados injusticias epistémicas. Esta postura será severamente criticada por Medina (2013).

En el contexto que nos preocupa, los profesionales sanitarios son considerados privilegiados epistémicos por sus estudios y su experiencia. Ellos deciden qué parte del testimonio del paciente es relevante para el diagnóstico y cuál no lo es. Así pues, una práctica o sistema de salud puede estar formado o moldeado por prejuicios epistémicos que limitan las posibilidades testimoniales disponibles para las personas enfermas. Hookway (2010) establece que existen dos presuposiciones sobre los agentes epistémicos en lo que respecta a

su participación en prácticas epistémicas compartidas. Primero, a los participantes se les ha de atribuir la capacidad de tener ideas relevantes. Segundo, se presupone que la información que pueden proveer puede contribuir de manera significativa a la tarea epistémica.

Hookway (2010) desarrolla su teoría de la perspectiva participativa para entender la variedad de formas en las que ciertas personas o grupos son excluidos de las actividades epistémicas compartidas. La perspectiva participativa revela que una persona o un grupo son juzgados prejuiciosamente y considerados no ser participantes adecuados para la actividad epistémica colectiva por su falta de sentido de relevancia. Este es el caso de individuos con enfermedades mentales (Hookway 2010, 156).

Carel y Kidd (2017) exponen que hay dos razones para los prejuicios participativos que sufren las personas con enfermedades mentales. El primero es que las personas con enfermedades, en nuestro caso mentales, no tienen el entrenamiento y la experiencia necesaria para tener el sentido de relevancia requerido para las prácticas epistémicas de medicina. La segunda razón que exponen es que las personas con enfermedades son comúnmente vistas como objetos en lugar de participantes en las prácticas epistémicas de medicina.

Por ello, a pesar de que el emisor es el real conocedor de la experiencia que relata, en tanto que es él quien la ha vivido, es el oyente quien decide si aquello que comunica es fiable o no. Este medio de transmisión de información lo calificamos como intercambio testimonial, es decir, un intercambio discursivo en el que se transmite el conocimiento de un hablante a un oyente. Como todo forma parte del todo en la sociedad, el poder identitario que antes hemos comentado también tiene su papel aquí. Este poder, en tanto que sea activo intrínsecamente en el oyente, da lugar a que este, ya sea consciente o inconscientemente, utilice estereotipos sociales, en su mayoría prejuiciosos, para la valoración espontánea de la credibilidad del interlocutor. Esta predilección por el prejuicio como foco de juicio da lugar a una disfunción tanto epistémica como ética. Por un lado, el oyente hace un juicio indebidamente devaluado de la credibilidad del hablante, dando lugar a un desperdicio de conocimiento, y, por otro lado, el hablante es injustamente desautorizado en su capacidad como sujeto de conocimiento. Denegar a alguien la credibilidad que se merece es una forma de injusticia epistémica, denegarle el rol de ser un agente epistémico contributivo es otra forma distintiva de exclusión epistémica (Hookway, 2010).

En el caso de la salud mental, los pacientes representan el grupo marginado. Si nos paramos a pensar, siempre se le pregunta al paciente una vez ha salido de consulta ‘¿Qué ha dicho el médico?’, pero nunca se formula la pregunta ‘¿Qué piensas sobre lo que ha dicho el médico?’. En otras palabras, nunca se trata a la persona enferma como un testigo y participante de la experiencia. Por lo general, es el doctor el que es considerado el agente de todo el poder epistémico en esa relación e intercambio testimonial. Este es otro ejemplo de que en el contexto de la salud mental hay una devaluación sistemática del paciente como sujeto de conocimiento. (Carel y Kidd, 2017, 13)

1.3 La injusticia hermenéutica

Fricker presenta en su obra una definición genérica que recoge la injusticia hermenéutica como “la injusticia de que alguna parcela significativa de la experiencia social propia quede oculta a la comprensión colectiva debido a un prejuicio identitario estructural en los recursos hermenéuticos colectivos” (Fricker, 2017, 180). A estas alturas, se han hecho numerosas revisiones al concepto de Fricker. Yo atenderé a las que se han hecho en el contexto de los debates acerca de injusticia hermenéutica y salud mental.

Carel y Kidd (2017) distinguen dos formas diferentes de injusticia hermenéutica. La primera, la injusticia hermenéutica de base semántica, según la cual

Un paciente descubre que los recursos necesarios para comunicar su experiencia no existen, exacerbando una dolorosa sensación de inefabilidad de la enfermedad, una sensación frustrante de no ser capaz de transmitir o poner en palabras la experiencia vivida de estar enfermo. (Carel y Kidd, 2017, 341)

La segunda, la injusticia hermenéutica basada en la agencia, que sucede cuando

A un paciente se le niega la agencia hermenéutica porque se le impide o desalienta su participación en prácticas de creación de significado, tal vez dentro de contextos de atención médica dominados por los recursos y prácticas epistémicas de la ciencia biomédica. (Carel y Kidd, 2017, 341)

Si bien el primer tipo llama la atención sobre vacíos en el imaginario colectivo que hacen que estos colectivos no puedan comprender lo que les ocurre o ponerlo en palabras, el segundo se refiere a recursos hermenéuticos existentes que son utilizados por los enfermos para la comprensión de sus vivencias sociales pero que no son aceptados como parte de los recursos hermenéuticos dominantes. El primer tipo está en clara sintonía con el concepto de Fricker, mientras que el segundo arroja luz sobre una parte del fenómeno que pasaba desapercibida en la propuesta de Fricker (2017).

Centrémonos en el segundo tipo. La mayoría de las personas enfermas son capaces de describir sus experiencias en términos no expertos, pero estas herramientas a menudo se consideran inapropiadas para la discusión pública y tienen un papel significativamente irrelevante en los procesos clínicos. Estas herramientas, a menudo, se consideran privadas, si no vergonzosas, por tanto, se rehúsa su transmisión en el contexto social público, lo que aviva el estigma. Así, comunicar la propia experiencia o condición médica puede tener un coste social y personal para las personas que sufren problemas de salud mental. Por ejemplo, pueden ser rechazadas o excluidas por quienes reciben su testimonio, incluso cuando se trata de grupos enteros, y ser catalogadas con una serie de concepciones prejuiciosas que se alejan de su realidad (Carel y Kidd, 2017, 341).

Como expone Fricker, esta marginación hermenéutica persistente y generalizada vuelve estructuralmente prejuicioso el recurso hermenéutico colectivo. También explica que las injusticias hermenéuticas pueden llegar a ser sistemáticas si la marginación persigue al sujeto por todo un abanico de diferentes actividades sociales, además de la hermenéutica: “Las injusticias hermenéuticas sistemáticas forman parte del amplio patrón de la susceptibilidad general de un grupo social a sufrir diferentes tipos de injusticia” (Fricker, 2017, 176-178). Tanto la injusticia hermenéutica sistemática como la injusticia testimonial sistemática derivan de desigualdades de poder estructurales que dan pie a la opresión. Sin embargo, como explica Fricker, la injusticia hermenéutica no señala a ningún culpable, a diferencia de lo que sucede en la injusticia testimonial: “Ningún agente perpetra una injusticia hermenéutica: es un concepto netamente estructural” (Fricker, 2017, 181).

En cualquier caso, el hecho de que la injusticia hermenéutica se manifieste más comúnmente cuando el hablante se desvive para hacerse inteligible en un intercambio testimonial plantea

la posibilidad de que la injusticia hermenéutica podría estar compuesta a menudo por injusticia testimonial. Fricker (2017, 182) expone que cuando un individuo de un grupo marginado trata de expresar a un interlocutor una experiencia apenas comprendida su testimonio presenta a primera vista un juicio de credibilidad bajo. Pero si el hablante también es objeto de un prejuicio identitario, entonces habrá una mayor desvalorización del juicio. En este caso, el hablante sufre una doble injusticia: injusticia hermenéutica por el prejuicio estructural de los recursos hermenéuticos compartidos e injusticia testimonial porque el oyente realiza un juicio de credibilidad identitario prejuicioso. Medina (2013) ha seguido esclareciendo la estrecha relación entre ambos tipos de injusticia.

En estos casos de discriminación epistémica algunos grupos o individuos sufren una desventaja asimétrica por una carencia colectiva generalizada y en consecuencia una serie de daños epistémicos (Fricker, 2017, 184). El daño principal de la injusticia hermenéutica consiste en que debido a la situación el individuo se vuelve incapaz de comunicar inteligiblemente su testimonio. Del mismo modo, el daño principal de la injusticia testimonial consiste en la exclusión del sistema común de aportación de conocimiento debido a un prejuicio identitario colectivo del que participa el oyente.

Carel y Kidd (2017, 342) también argumentan que la injusticia hermenéutica genera un daño doble. El primer daño es la falta de articulación, la dificultad de comunicar ciertos aspectos de la experiencia de la enfermedad. El segundo es la inefabilidad, el sentido de que “ciertos aspectos de esas experiencias no se pueden comunicar a otros a través de la articulación proposicional porque la comprensión se basa en la premisa de que una persona valora las experiencias corporales necesarias”.

El menosprecio que recibe una persona no solo por un individuo sino por toda la sociedad deja una marca profunda en la identidad del individuo que ve degradada a largo plazo su condición de ser humano. Ese individuo que ha sido o se siente rechazado puede no llegar a desarrollar de forma plena sus capacidades debido a las dificultades que se les impone. Debido a estos dos daños expuestos, a menudo podemos ver casos en los que el paciente se resigna al dolor que se le ha sido impuesto y pierde la confianza en su opinión y en su persona. No vuelve a pedir ayuda y menosprecia su propio conflicto por el miedo a ser rechazado de nuevo o por la errónea aceptación de que el problema realmente es él mismo. Como puse de relieve en la introducción, esto lo viví yo misma. Puede darse el caso de que

crea incluso que su conflicto no es verdaderamente real, interpretándolo como una invención o exageración, haciéndole ocultarse una vez más en la vergüenza callada. Como Fricker apunta:

Cuando te encuentras en una situación en la que pareces ser el único que siente la disonancia entre la comprensión recibida y tu propio sentido íntimo de una experiencia dada, tiende a derribar tu fe en tu propia capacidad para dar sentido al mundo, o al menos la región relevante del mundo. (Fricker, 2017, 163)

Este fenómeno puede tener consecuencias desastrosas, en tanto que cambiar la forma en la que una experiencia es interpretada puede a su vez cambiar la forma en la que es vivida. Si una experiencia deja de ser interpretada en un término significativo y positivo, puede que deje de serlo (Scrutton, 2015). Por otro lado, este cambio en la visión y en la acción dentro de la experiencia puede tener un efecto de transición en los pacientes de ser agentes activos a ser lo que Carel (2007) denominó ‘recipiente pasivo’. Así, los pacientes mentales en lugar de ser sujetos participantes, se convierten en objetos consumidores (Scrutton, 2015).

En definitiva, como expone Fricker (2017, 191-192), ambas injusticias, la testimonial y la hermenéutica, tienen en común en lo que respecta al daño principal que causan la pérdida del poder constructivo de propia identidad. Aquellos que sufren estas injusticias no pueden convertirse en las personas que son y quieren ser.

1.4 Efectos en la práctica epistémica

Imaginemos que una mujer, sin formación, ama de casa y de clase social baja acude a su médico de familia con síntomas de depresión (ansiedad, incapacidad para comer o dormir, pérdida de energía o sentimientos persistentes de vacío y de pesimismo), pero sin ser consciente de ello. Supongamos que tras explicar su situación y la desesperación que siente al no mejorar ni conocer el remedio para su situación, el médico afirma que es un mero desajuste hormonal agravado por el tipo de vida que la paciente tiene. Supongamos, también, que la paciente acepta el juicio del médico y se resigna.

En este tipo de situación nos encontramos con una disparidad de juicios de credibilidad: por un lado, la paciente se ha dirigido al médico, al que se le otorga al menos la credibilidad que este merece por su formación, e incluso puede que se le otorgue más credibilidad de la que merece simplemente por el hecho de ejercer la medicina; por otro lado, está la paciente, a quien, debido a su desconocimiento de la salud mental y su imposibilidad de entendimiento de lo que le está pasando le es difícil explicar su experiencia, por lo que es probable que su testimonio no reciba la credibilidad que merece. De hecho, debido a la depresión que padece, para la paciente exteriorizar su aflicción ha de resultar difícil y doloroso, así que puede que en algún momento empiece a llorar y a hablar sin cohesión, lo que tendrá un impacto negativo directo en la credibilidad que otros le otorguen.

Además de los prejuicios relativos a la salud mental, el médico puede estar bajo la influencia de otros prejuicios: i) por ejemplo, prejuicios relativos a su clase social, puesto que el médico puede esperar que personas de esa clase social carezcan de las habilidades para comprender algo tan complejo como la salud mental, y ii) por ejemplo, debido al hecho de que es mujer, puesto que a las mujeres se le asocia una inestabilidad natural, entre otras cosas por los desajustes de la menstruación, situación que se supone empeora con los embarazos. También es posible que lo que normalmente es un marcador de credibilidad adecuado, como es el caso de la educación, en este caso actúe en contra de la paciente, puesto que al carecer de estudios desacredita su testimonio (Anderson, 2012).

También podemos imaginar a una paciente más joven, a una adolescente. Es más probable que la paciente sea más consciente de la existencia de problemas de salud mental, aunque no sepa cómo confrontarlos. Es frecuente que, a pesar de que una paciente de esas características exponga su creencia de un posible trastorno, el médico concluya que los síntomas que presenta son propios de la edad y la menstruación y que la paciente no tiene realmente razones para tener un problema de ese tipo, por lo que quiera resolverlo mediante la recomendación de pastillas anticonceptivas que regulen tanto su estado de ánimo como su sueño. Esto no queda lejos de lo que me sucedió a mí, como expliqué en la introducción.

Con esto en mente, analicemos epistémicamente la injusticia de ambas situaciones. De primeras, hay disparidad de poder entre el médico y la paciente. En lugar de tener un papel de participante de la experiencia, o, poniéndolo de una forma más literaria para que resulte más comprensible, un papel de protagonista, las mujeres son tomadas como simples testigos y sus

declaraciones son sometidas a juicio. Ambas pacientes presentan unas características que se convierten en elementos distorsionadores debido al contexto social: el sexo, la educación, la clase social o la edad (en un caso por la juventud, en el otro por ser de más edad). Estas características ponen a las pacientes en situación de desventaja, siendo claramente marginadas, en sus intercambios testimoniales con el médico, quien se hace de ellas una imagen errónea. Encontramos, de esta forma, una serie de problemas de corte social que derivan en otros de corte epistémico.

Recordemos que ambas pacientes no entienden qué es lo que les está pasando o por qué, razón por la cual acuden a un especialista. No saben cómo exponer su experiencia y están condicionada por ésta. El intento de exteriorizarlo es en sí también una experiencia dolorosa y, en algunos casos, humillante. Esa humillación puede estar fundamentada en esa gama de estereotipos prejuiciosos que existen en su contexto social en cuanto a la salud mental, así como el rechazo que puede causar en aquellos que están alrededor de los pacientes.

Por su parte, el médico, debido a la dificultad que experimenta a la hora de comprender sus testimonios, que resultan poco inteligibles desde una perspectiva privilegiada, por ejemplo, por su excesiva emotividad, así como por su sexo, educación y edad, toma sus experiencias como 'no suficientemente relevantes' como para dedicarles una escucha activa. Ambas mujeres son un 'mal testigo', no confiables, demasiado emocionales y, por tanto, existencialmente demasiado inestables como para tener un testimonio con credibilidad.

A pesar de que ambas mujeres estén seguras de que su malestar no se debe a la menstruación o el estrés, su discurso no es considerado válido porque carecen de especialización médica. Vemos claramente que el médico posee privilegio epistémico, a pesar de que no sea lo suficientemente profesional como para ser imparcial a la hora de recibir el testimonio de las pacientes. De hecho, es el médico quien se equivoca y emite un juicio erróneo sobre las dolencias de las pacientes debido a la influencia de prejuicios identitarios negativos y del marcador de la educación que en este contexto juega contra la credibilidad de las pacientes de manera injusta.

Volvamos a las pacientes del ejemplo, que fueron víctimas de un diagnóstico erróneo y recibieron un trato apático por parte del profesional de la salud. Es probable que, a pesar de la veracidad de sus experiencias, duden de la veracidad de sus respectivos testimonios. Esto

puede desembocar en todo un oleaje de pensamientos negativos que empeore, incluso gravemente, la aflicción con la que conviven, atentando contra su valor como personas y agentes epistémicos. Es poco probable que estas pacientes, puesto que su confianza en sí mismas se ha visto mermada, sean capaces de actuar para asegurar su bienestar, sobre todo si, además, ahora eso supone ir contra el juicio médico.

Observemos a continuación un ejemplo real de un paciente psiquiátrico, Elyn Saks, en relación con un testimonio acerca de una hemorragia cerebral que sufrió en 2007:

Rápidamente, me pusieron en una camilla y me llevaron a la sala de emergencia. Ahí fue donde ocurrió el completamente predecible desastre: el médico descubrió que yo tenía un historial psiquiátrico y ese fue el final del diagnóstico. Mi pobre Mary estaba literalmente saltando, intentando explicarle a cualquiera que escuchase que ella me había visto antes teniendo un ataque psicótico y que esto era diferente, pero su testimonio no sirvió para nada. Yo era una enferma mental. El médico me mandó a casa. (Saks 2007, 232-3)

Pongo sobre la mesa este ejemplo algo extremo para demostrar cómo la injusticia epistémica en el caso de la enfermedad mental puede tener efectos devastadores y derivar en el rechazo de evidencias contundentes de sufrimiento o daño como estas. Esto en sí no solo afecta al paciente en tanto sujeto epistémico, sino que también se le aísla del derecho de sanidad y trato imparcial médico. Se vuelve a poner de relieve un círculo vicioso dañino entre desventajas prácticas y epistémicas.

La injusticia epistémica es, por tanto, merecedora de visibilización debido a los persistentes estereotipos negativos que afectan a las personas con trastornos o enfermedades mentales en particular y que llevan a un déficit de credibilidad. La consecuencia de esto es que los testimonios del paciente y las interpretaciones de este no son tomadas como creíbles, y los pacientes están degradados en su capacidad de ser agentes epistémicos y denegados de la posibilidad de participar en el proceso del diagnóstico y el tratamiento.

CAPÍTULO 2: LA SALUD MENTAL EN CHINA

Para poder entender realmente la concepción de la salud mental en un determinado contexto cultural es esencial tener un adecuado conocimiento de la sociedad de la que se trate, por lo que es importante tener una visión de conjunto de la cultura que la respalda, en particular de cómo se representa la salud mental en el imaginario colectivo. Antes de adentrarnos en ejemplos concretos de injusticias epistémicas hacia las personas con problemas de salud mental en China, en este capítulo abordaremos de manera introductoria cómo se aborda la salud mental en el contexto chino.

Primero me ocuparé de cómo se ha abordado históricamente, atendiendo a su desarrollo. En segundo lugar, analizaré las características del sistema sanitario chino en lo que respecta a la salud mental: sus leyes, sus instituciones y sus programas, atendiendo a sus pros y contras. Finalmente, expondremos algunas disparidades significativas dentro de la población china en relación con la salud mental: la disparidad hombre-mujer y la disparidad mujer urbana-mujer rural, y las dos enfermedades más comunes y determinantes en la población china: la esquizofrenia y la depresión.

Se estima que 173 millones de chinos tienen un trastorno psiquiátrico diagnosticable, de los cuales 158 millones nunca han recibido ningún tratamiento. China tiene aproximadamente 20.000 psiquiatras, 3 de los cuales solo unos 4.000 están completamente calificados, lo que explica en gran medida el número extremadamente alto de pacientes sin tratamiento. Además, dos tercios de los 1300 millones de ciudadanos del país viven en zonas rurales, pero la mayoría de los recursos de atención de salud mental se concentran en hospitales psiquiátricos de las ciudades. Hasta 2010, solo un profesional de la salud mental trabajaba en el Tíbet (Xiang, Yu, Sartorius, Ungvari y Chiu, 2012).

Debido a la naturaleza colectivista tradicional de la cultura china, los individuos con enfermedades mentales son más propensos a aceptar estigmas públicos exteriorizados (Corrigan et al., 2010; Rao et al., 2010). Las personas chinas con enfermedades mentales comúnmente sufren y anticipan estigmas en sus contactos interpersonales, ambientes de trabajo o en los servicios de salud mental (Xu, Huang, Kusters y Rusch, 2017, 457-464). Asimismo, casi la mitad de los individuos con enfermedades mentales en China interiorizan estereotipos negativos y sufren auto-estigma (Lien et al., 2015; Young y Ng, 2015). El

estigma está asociado con emociones negativas, calidad de vida baja, redes sociales limitadas y funcionamiento pobre entre los individuos chinos con enfermedades mentales. Un ejemplo significativo a tener en cuenta es el siguiente: sobre un 40% de los pacientes en Hong Kong evitan el contacto social y quieren acabar con sus vidas como resultado de la estigmatización (Lee et al., 2005).

Intentamos ver cómo se ha llegado a esta situación atendiendo al contexto histórico-filosófico.

2.1 Desarrollo histórico-filosófico

El proceso de modernización chino durante el siglo XX fue brusco y variado. Debido a las guerras exteriores e interiores, así como a cambios políticos, el desarrollo de la sociedad china sufrió importantes cambios que impidieron la posibilidad de un desarrollo más lineal y de una mejor adaptación al rápido y nuevo mundo contemporáneo.

En esta etapa contemporánea emergió una nueva cultura en la China continental debido al proceso de reforma social y depuración del adoctrinamiento influenciado por la Revolución Cultural de los años sesenta. En estos años de la Revolución Cultural se llevaron a cabo una serie de complejos y violentos eventos, como levantamientos de jóvenes, que dieron lugar a una brecha generacional significativa en la sociedad china: la respuesta de la generación más mayor fue de resiliencia y resignación. Ellos habían aprendido a ser pacientes por las dolorosas vivencias que ya habían tenido; por tanto, habían aprendido a esperar por un tiempo mejor. La generación joven, sin embargo, no tuvo esta acomodación. La mayoría de ellos eran bastante jóvenes y habían sido impresionados por la Revolución Cultural, durante la cual habían tenido momentos cortos de poder y gloria, lo que avivó la formación de un espíritu más reivindicativo y revolucionario. De hecho, muchos jóvenes jugaron un importante papel en el establecimiento de un nuevo código moral en la sociedad china durante el siglo XX (Tseng y Wu, 1985, 22-24).

Mientras la generación anterior todavía tiene una visión más tradicional de la familia, la generación más joven ha sufrido un proceso de occidentalización; por lo tanto, las opiniones, las relaciones y las obligaciones familiares son tomadas de manera diferente. Como resultado

de esto encontramos una disparidad de elementos que chocan entre sí: por un lado, está la tradición antigua y, por otro, la modernidad y el cambio. Estas diferencias a menudo causan problemas en la familia (Tseng y Wu, 1985, 102-103).

Las religiones juegan un papel fundamental en cómo toda la población se relaciona con la salud mental. Aunque en la cultura china encontramos otras doctrinas o escuelas de pensamiento como el budismo o el taoísmo, los valores confucianos han jugado un papel predominante en la formación del carácter y comportamiento chino (Crespín et al., 2011, 3).

El confucianismo extendió una serie de valores morales y éticos que se organizaban alrededor de lo que Confucio calificó como las Cinco Virtudes. La virtud central de Confucio era el *ren* 人, generalmente traducido como la bondad, la benevolencia y la humanidad. Con este concepto moral, Confucio pretendía devolver la armonía al momento en el que vivía, ya que la dinastía Zhou, época en la que vivió Confucio, estuvo caracterizada por la decadencia en el orden moral y político (Crespín et. al, 2011, 6-8). En base a esta virtud aparece el concepto de la piedad filial: el culto a los antepasados y el respeto a los mayores. El sistema familiar chino está fundamentado en este concepto moral; este enfatiza la obligación mutua entre padres e hijos; la idea de que “un padre amable tiene un hijo filial y viceversa” (Tseng y Wu, 1985, 108).

Podemos pensar que por esta cualidad moral sería normal mostrarse empático hacia personas con enfermedad o discapacidad; sin embargo, no es verdaderamente el caso. Lo más fundamental para la cultura china es el valor de la familia como unidad fundamental de la sociedad, la cual impregna todos los aspectos sociopolíticos. En la teoría confuciana, el individuo nunca es concebido como una entidad aislada y separada, no existe *por y para* sí mismo, sino *por y para* la familia. No hay individuos, sino comunidad. Citando a Hu Shih (1919, 283), un filósofo chino contemporáneo: “En la filosofía confuciana centrada en el ser humano, el hombre no puede existir solo. Todas las acciones deben tener una forma de interacción entre hombre y hombre”.

Jing Hsu (1985) reconoce el sistema familiar chino como el punto focal de la psicoterapia y uno de los principales problemas en el ámbito de la salud mental. Algunos de los problemas psicológicos comunes en las familias chinas contemporáneas derivan de una comunicación inadecuada entre padres e hijos, la brecha generacional, lealtades divididas por la piedad filial

y rivalidades entre hermanos. Estos factores dan lugar al hecho de que los pacientes chinos tienden a mostrar una conformidad somática en lugar de expresar problemas en términos emocionales o psicológicos (Tseng y Wu, 1985, 7-8, 102). Según Pearson (1995, 1166), es conocimiento común que los chinos ‘somatizan’ sus problemas: “la ‘aflicción’ mental se expresa utilizando el cuerpo como metáfora o se experimenta genuinamente como un síntoma físico”. De hecho, aunque hay caracteres escritos que designan estados de depresión, estos tienen una implicación más metafórica que científica. Una expresión que se utiliza para denotar síntomas de depresión es ‘*xin ging bu hao*’ (que se traduce como ‘la condición de mi corazón no es buena’), una descripción somática. Estudios afirman que existen muchas expresiones emocionales en el idioma chino explican que no se logra hacer la distinción entre lo somático y lo mental, lo que puede tener un efecto negativo en el ámbito de la salud mental (Kwong y Wong, 1981).

Desde la infancia, los niños son educados a controlar emociones que son consideradas adversas o disruptivas para la armonía de la interacción social china. Este tipo de educación la podemos atribuir al pensamiento confuciano (Tseng y Wu, 1985, 10). Según el confucianismo, la familia era la institución social encargada de garantizar la estabilidad, la armonía y el sistema civil. La salud y la prosperidad de cada miembro era la salud y la prosperidad de la familia. La presencia de un miembro con enfermedad mental en la familia es interpretada como una consecuencia de un fallo moral por parte de los ancestros de la familia o por una insuficiencia en la piedad filial de aquellos que viven. (Tseng y Wu, 1985, 109) Esta situación puede ser considerada como una vergüenza para aquel individuo con enfermedad mental, así como para el resto de la familia, quienes a su vez pueden ser tomados como responsables de la enfermedad y ser aislados socialmente (Yang et al, 2014). Para evitar el prejuicio y la discriminación, algunas familias incluso imponen el aislamiento a la persona con enfermedad mental (Lam et al., 2010; Mak y Cheung, 2008).

En la familia, los padres prestan especial atención a la formación de los niños para que se adhieran a un comportamiento socialmente deseable y culturalmente aprobado. Una forma de medir el éxito de la intervención de los padres es la capacidad de los niños para desempeñarse bien en la escuela. A los niños que no cumplen con los estándares de desempeño de los adultos en la escuela a menudo se les considera como comportamientos anormales, desviados o antisociales. No es difícil entender por qué tanto los científicos sociales como los

psiquiatras de la sociedad china tratan a menudo los problemas de educación y aprendizaje como si fueran problemas de enfermedades mentales (Tsen y Wu, 1985, 11).

En cada unidad familiar, cada miembro comparte la responsabilidad de mantener y elevar la reputación de la familia. Padecer una enfermedad social puede ser un auténtico impedimento para llegar a los estándares chinos, académicos y sociales. De hecho, la presión social es tal que la propia dificultad para llegar a esos estándares considerablemente altos puede ser también un detonante de un trastorno mental, sobre todo trastornos del comportamiento. Podríamos decir que la enfermedad mental se concibe como una ‘debilidad’ inaceptable.

2.2 El sistema sanitario mental chino

Las primeras instituciones mentales en China fueron introducidas en el siglo XIX por misioneros occidentales. Fue en 1949 cuando el país empezó a desarrollar recursos propios como construcciones de hospitales psiquiátricos e instalaciones para la enseñanza de salud mental. Sin embargo, muchos programas fueron interrumpidos durante la Revolución Cultural de 1966. A principios de este siglo se intentaron accionar nuevos programas, como es el caso del programa 686, orientado a pacientes que padecen trastornos mentales severos como esquizofrenia o trastorno bipolar, con el propósito de abordar desafíos de gestión, terapia médica y rehabilitación (Ma, 2012, 172–174).

El 1 de Mayo de 2013 se promulgó una nueva ley de salud mental, cuyo objetivo era ampliar el acceso a los servicios de salud mental cambiando el enfoque de los servicios de los hospitales psiquiátricos en los centros urbanos a los hospitales generales y las clínicas de salud comunitarias en las comunidades urbanas y rurales (Phillips, 2013). Exponiendo de forma resumida sus artículos (Chen et al., 2012), esta ley establece que las instituciones que diagnostican y tratan a las personas deberán realizar los trámites de registro pertinentes de acuerdo con la normativa administrativa de las instalaciones médicas y cumplir unas condiciones mínimas, como mejorar los diagnósticos y los tratamientos. También estipula que ha de ser un psiquiatra cualificado el que debe tomar la resolución de diagnóstico de enfermedad mental y el tratamiento requerido para esta, que los pacientes pueden elegir si quieren recibir tratamiento y que solo aquellos que corren el riesgo de hacerse daño a sí

mismos o a otros tienen que recibir el tratamiento obligatorio de hospitalización. Además, se ha firmado un mecanismo de revisión frecuente de la admisión voluntaria. En un primer momento podemos pensar que esta regulación es innecesariamente exagerada, que no se suele ingresar a nadie contra su voluntad en hospitales psiquiátricos. Sin embargo, es más común de lo que se piensa (Liu, Ma y Yu, 2011).

A continuación, expongo el último capítulo del primer capítulo de la Ley de Salud Mental de 2013:

Artículo 12. Todos los niveles del Gobierno Popular y departamentos administrativos pertinentes del Gobierno Popular a nivel de condado y superior tomarán medidas para alentar y apoyar a las organizaciones y a las personas para proporcionar servicios voluntarios de salud mental, para donar al campo de la salud mental y para desarrollar instalaciones de bienestar de la salud. Las organizaciones y las personas que realicen contribuciones sobresalientes al trabajo de salud mental serán honradas y otorgadas de acuerdo con las disposiciones nacionales pertinentes.

Las premisas de este artículo son aparentemente esperanzadoras. Reflejan una motivación y una pretensión de cambio y mejora de la salud mental a nivel gubernamental. Además, también reflejan una intención de incitar la iniciativa en la población mediante aparentes recompensas no especificadas. No obstante, no ha tenido las medidas y resultados que se esperaba. Human Rights Watch (2013) publicó un artículo donde exponía varias denuncias de violación de derechos humanos en algunas instalaciones psiquiátricas chinas. Reclama que la nueva ley no elimina los vacíos jurídicos que permiten a las autoridades gubernamentales y a las familias encerrar y retener a las personas en hospitales psiquiátricos contra su voluntad. De hecho, se estima que el 70% de los pacientes de hospitales psiquiátricos no han sido ingresados por voluntad propia. Además, aunque fomenta la creación y el respeto de derechos para que los pacientes soliciten una segunda opinión de otro psiquiatra estatal e incluso de un psiquiatra independiente en caso de aparente necesidad de hospitalización, no hay derecho a una audiencia legal, como un tribunal de salud mental, ni tampoco garantía de representación legal. La seguridad y la autonomía dentro del tratamiento que tanto necesitan los pacientes no están aún aseguradas, y los efectos prometedores de esta ley son solo ilusiones en la mayoría de los casos.

No es de extrañar que podamos encontrar numerosos casos de violencia y medicaciones forzadas. Por ejemplo, Human Rights Watch (2013) expone el caso de una mujer de la tercera edad en la provincia de Shandong en 2008 que había sido hospitalizada a petición de su

familia y que fue asesinada a golpes en un hospital psiquiátrico. Miembros de la organización de la Defensa de los Derechos Humanos Chinos informaron el 25 de abril de 2013 que un hombre de nombre Xing Shiku había estado encerrado en un hospital psiquiátrico en la provincia de Heilongjiang durante más de seis años por presentar quejas al gobierno sobre corrupción y problemas relacionados con la privatización de la empresa estatal donde trabajaba. El hospital se negó a darlo de alta a petición de su esposa, quien acabó en la cárcel. Human Rights Watch denuncia además que la policía sigue estando a cargo de la gestión de algunas instituciones psiquiátricas conocidas como los ‘hospitales de *Ankang*’ (‘de paz y salud’), donde se han documentado abusos que incluyen palizas y descargas eléctricas. El personal de estos hospitales suelen ser agentes de tiempo completo de la Oficina de Seguridad Pública, y todos los reclusos son personas que han sido detenidas por delitos penales cometidos mientras se encontraban presuntamente bajo la influencia de discapacidades mentales severas. En 2011, había unos 20 institutos *Ankang* operando en China.

2.3 Diferencias sociales

La disparidad en China es enorme. Aunque las políticas nacionales son bastante amplias e instructivas, existe una gran disparidad entre provincias y ciudades en términos de niveles sociales, económicos y de desarrollo. El sistema de servicios de salud mental se está reformando rápidamente en provincias o ciudades enteras. Sin embargo, en algunas áreas occidentales subdesarrolladas, el proceso de reforma se ve ralentizado por una comprensión deficiente y la falta de recursos y habilidades (Liu et al., 2013).

La primera disparidad que vamos a analizar es la diferencia urbano-rural. China es el tercer país en el mundo más extenso en superficie terrestre y más habitado, con un 18% de la población mundial estadísticamente. La diversidad y, sobre todo, la extensión del país vuelve bastante complicada la tarea de una repartición de bienes equitativa; no solo la densidad de población, también las características geográficas, son un punto importante que dificulta la equidad entre lugares. Es por esto que, desde el siglo XIX, destaca en China el masivo éxodo rural.

El campo ha sido un gran contribuidor en el proceso de desarrollo económico de China durante el siglo XIX, sin embargo, mientras que la zona este-sur este de China se desarrollaba con las grandes metrópolis, la industrialización y el comercio, una gran parte del país

quedaba en minoría y con dificultades para desarrollarse. Estas diferencias entre los niveles de desarrollo urbano y rural y los niveles insuficientes de desarrollo rural se han convertido en las deficiencias del desarrollo equilibrado y de alta calidad de China. Esta problemática agrava en gran medida la concepción y el trato de enfermedades mentales en las zonas rurales.

La edad también es un factor importante a tener en cuenta dentro de la disparidad. A medida que aumenta la esperanza de vida mundial, hay un número creciente de ancianos de mediana edad con trastornos crónicos, tanto físicos como mentales. Hay un porcentaje más alto de enfermedad o trastorno mental en los ancianos mayores de 60 años entre los chinos rurales (20,5%, que a su vez representan el 40,4% de todos los chinos) que entre los ancianos de zonas urbanas (16,1%). La calidad de vida juega un papel muy importante no solo en el desarrollo de una enfermedad sino también en su aparición (Ma et al., 2020).

A pesar de la mejora que se ha llevado a cabo en la sanidad psiquiátrica desde el gobierno, la atención de calidad es menos accesible en las zonas rurales de China en comparación con sus áreas urbanas, como la mayoría de los médicos de atención primaria rurales todavía carecen de un título universitario completo. No solo existe un número bastante limitado y bajo de sanitarios, sino que es aún más bajo el porcentaje de sanitarios con especialización de salud mental, o incluso con conocimientos de salud mental en general. Del mismo modo que hay estigma en el ámbito social, también lo hay en el académico. La causa de escasez de sanitarios no solo de salud mental, sino de cualquier otro ámbito, es la falta de hospitales en las zonas rurales.

2.4 La mujer china y la salud mental

Hoy en día, más y más mujeres chinas juegan una parte vital en el área ocupacional, con una fuerza de participación del casi 70% (Zhou et al., 2018). Las mujeres normalmente tienen varios roles familiares, como hija, esposa, madre, hermana o suegra, y al mismo tiempo el rol de subordinada, compañera o líder del espacio de trabajo. Ha sido señalado que las mujeres tienen que afrontar un nivel más alto de estrés por trabajo y conflicto que los hombres. Además, también tienen la responsabilidad tradicional de hacer el trabajo del hogar y cuidar de los niños tras la jornada laboral, lo que a su vez genera más estrés (Lin et al., 2020). Estudios han mostrado que la combinación de ambas fuentes de estrés puede ser detonante de trastornos o enfermedades.

La devaluación de la mujer china se remonta a los antiguos valores culturales confucianos y de la estructura familiar patrilineal que requiere que la mujer se mude al domicilio familiar del marido cuando se case. Aunque el estado socioeconómico de la mujer empezó a incrementarse desde los años cincuenta, el proceso de la liberación de la mujer está indudablemente lejos de ser completado. La desigualdad de género se puede observar en todos los aspectos de la sociedad, de modo que no es de extrañar que también permee el sistema sanitario (Pearson, 1995). Como Paltiel expone:

La literatura generalizada presta poca atención a los efectos de la discriminación en la salud mental, no como un evento discreto de la vida, sino como una condición generalizada en la vida de las mujeres tanto en los países desarrollados como en desarrollo. (Paltiel, 1987, 40)

A pesar de que esta declaración de Paltiel sea del año 1987, aún podemos aplicarla a la actualidad. Comúnmente se considera claros síntomas de trastornos de comportamiento como algo natural en la mujer, en tanto que se concibe a la mujer como un individuo con tendencia emocional e irracional. Como hemos aprendido anteriormente, esta injusticia epistémica agrava el problema del paciente. Bernandez (1984) ofrece una lista de factores sociales que afectan directamente a la salud mental de la mujer:

- La forma en la que las mujeres son socializadas en su concepción de comportamiento normal femenino. Estos comportamientos pueden ser vistos como naturales cuando, en realidad, no lo son, y aquellos no acordes a estos comportamientos son interpretados como enfermedad o trastorno.
- La concepción de la mujer como ciudadano de segunda clase con un estatus social menor que el hombre. Esto es bastante probable que tenga un efecto perjudicial en la psique de la mujer.
- Discriminación en la educación, en el empleo o en otros sectores formales, lo que puede llevar a graves autoexigencias, frustraciones o dificultades para realizar sus proyectos vitales.
- Los profesionales sanitarios a los que acuden pueden estar influenciados por estereotipos culturales y, en consecuencia, reforzar los comportamientos o establecer estándares que son profundamente inútiles para las mujeres en particular.

Cabe destacar que estos factores no son concretos del contexto chino, que son aplicables a cualquier sociedad. Estos factores que sufren de manera general las mujeres se agravan en el contexto chino y más aún en el ámbito de la salud mental. La posición general de la mujer en la sociedad china, tanto pasada como presente, está condicionada por estos factores impregnados por la doctrina confuciana, así como las creencias de cada familia.

La liberación de la mujer y el desarrollo económico parecen estar en conflicto. Mientras que las autoridades chinas reconocen que la discriminación existe, tienden a verlo como ‘restos del pensamiento feudal’ más que una consecuencia de las políticas económicas y sociales actuales. Podemos poner como ejemplo el artículo 48 de la Constitución China:

Las mujeres en la República Popular China gozan de los mismos derechos que los hombres en todas las esferas de la vida, política, económica, cultural y social, incluida la vida familiar. El Estado protege los derechos e intereses de las mujeres, aplica el principio de igual remuneración por trabajo igual para hombres y mujeres por igual y capacita y selecciona cuadros de entre las mujeres.

A pesar de las buenas intenciones que presenta este artículo, como declara Pearson (1995), no es más que una declaración de intenciones, en lugar de una garantía de derechos. Estas premisas tienen también como obstáculo el pensamiento tradicional chino. Tradicionalmente, las mujeres estaban para obedecer a su padre cuando solteras, a sus maridos cuando casadas y a sus hijos cuando viudas. Teóricamente, uno de los principales pilares de la revolución comunista fue que la mujer debía ser liberada del peso de las ‘cuatro montañas’: el feudalismo, el capitalismo, el colonialismo y la supremacía masculina. Mao Zedong acuñó el eslogan ‘las mujeres sostienen la mitad del cielo’ para enfatizar el compromiso de la revolución. Hoy en día, ese optimismo parece haberse perdido (Pearson, 1995).

Después de conocer las diferentes disparidades en China, centrémonos a continuación en dos trastornos mentales bastante significativos en el contexto chino: la esquizofrenia y la depresión.

2. 5 Problemas de salud mental extendidos

2.5.1 La esquizofrenia

La esquizofrenia es un trastorno mental severo que es considerado uno dentro del top diez de enfermedades que llevan a discapacidad o que afectan la supervivencia (Vos et al., 2016) y es la principal causa de discapacidad mental (Wang et al., 2016). Esta enfermedad requiere un tratamiento continuo a largo plazo, tanto farmacológico como terapéutico. Hay una gran evidencia de que la farmacoterapia es bastante efectiva y realmente necesaria para estabilizar la enfermedad y al paciente (Hashimoto y Tensho, 2016). A diferencia de muchas enfermedades físicas, ciertas enfermedades mentales no se curan, sino que solo puede alcanzarse una estabilización. El paciente aprende a vivir con ella y sin ella, con terapia y medicación a la larga se aprende a lidiar con los síntomas. Con respecto a los estereotipos relacionados con la esquizofrenia, aquellos que sufren de esta enfermedad son creídos como personas impredecibles y violentas. Aunque pueda darse un comportamiento violento por las personas que padecen esta enfermedad, es más raro de lo que se piensa. De hecho, según estudios estadísticos, el porcentaje de actos violentos cometidos por aquellos con esquizofrenia es de un 3-4%, lo que significa que un 96-97 % esos actos violentos son cometidos por personas que no sufren esa enfermedad.

China tiene 1.4 mil millones de personas y la mayor población con esquizofrenia del mundo, de la cual la mayoría es mujer y, además, procedente de áreas rurales (Chan et al., 2015; Phillips et al., 2009). A pesar de la cantidad de pacientes en China, el porcentaje de tratamiento en pacientes con esquizofrenia se mantiene relativamente bajo. Un estudio (Phillips et al., 2009) encontró que un 27,6% de pacientes chinos con esquizofrenia o trastornos relacionados nunca han buscado ayuda de profesionales de la salud mental, mientras que un 12% ha recibido tratamiento en servicios no psiquiátricos, como médicos generales o practicantes de medicina tradicional china. Varios factores demográficos y clínicos están asociados con el uso de medicación en pacientes con esquizofrenia, como el nivel de educación, el nivel de economía o la calidad del sistema de seguridad social. Cuando la renta es muy baja y las condiciones materiales pésimas es más difícil tener un seguimiento con tratamiento farmacológico. Esta falta de medicación tiene consecuencias nefastas, como un mayor porcentaje de recaídas y de rehospitalización, mayor riesgo de suicidio y el consecuente aumento de los costes del cuidado médico.

En China, la mayoría de los pacientes con esquizofrenia y otras enfermedades mentales severas normalmente viven en la sociedad, apoyados parcialmente por la mejora en el sistema psiquiátrico grupal. Sin embargo, debido a la falta de recursos, los pacientes con esquizofrenia en áreas subdesarrolladas económicamente tienen poco o incluso ningún acceso a servicios mentales. Debido a un sistema sanitario mental subdesarrollado y la falta de recursos para la rehabilitación en China, los servicios de salud mental están concretados en hospitales. En muchos casos, los pacientes con esquizofrenia consiguen terapia psiquiátrica de centros de salud en lugar de recibirla de hospitales primarios con un mínimo de especialización. Terapias antipsicóticas e intervenciones psicológicas son principalmente ofrecidas para meramente aliviar los síntomas en algunos centros mentales. Cuando la condición del paciente es estable, puede volver a casa y vivir con su familia. La familia, entonces, es la que se ocupa del cuidado y del tratamiento, dando lugar a problemas varios, como el abandono de pacientes o la falta de recursos. Veremos casos concretos en los capítulos siguientes. En las zonas urbanas, por el contrario, debido a la mejor condición de vida, muchos pacientes pueden permitirse un seguimiento personal psiquiátrico o psicológico.

Los pacientes esquizofrénicos en zonas rurales tienen un porcentaje más alto de estado no medicado. Los recursos de salud mental en estas zonas son inadecuados comparados con las zonas urbanas. Apenas hay instituciones o profesionales. Además, estas personas tienen menos acceso a educación en salud mental, lo que hace que sean menos conscientes que personas de la ciudad de la importancia del tratamiento con medicación de trastornos psiquiátricos. A su vez, pacientes rurales a menudo se enfrentan a todo tipo de discriminación. Como resultado, es más difícil que pidan ayuda a profesionales psiquiátricos. Todos estos factores pueden contribuir al bajo porcentaje de medicación en zonas rurales.

Estos estereotipos estigmatizados apremian actitudes de sospecha y desconfianza hacia personas con esquizofrenia, lo que puede contribuir a su aislamiento social. Recordemos que muchas de nuestras prácticas epistémicas son intrínsecamente sociales, como la de testificar, es decir, dar información a otros, e interpretar, es decir, dar sentido a las experiencias de otros. Es algo integral en nuestra agencia epistémica y social que otras personas nos perciban como una persona, un agente, capaz de testificar, interpretar y otras actividades epistémicas de forma sustancial y razonable. Esta percepción no se les concede a aquellos con esquizofrenia, ya que son directamente deshumanizados y calificados de violentos y ‘fuera de

sus cabales'. A esto se suma la imagen que se ofrece de estas personas en la literatura o el cine, donde las personas con problemas de salud mental raras veces son percibidas como personas. En demasiadas ocasiones, las enfermedades mentales se presentan como elementos deshumanizadores. Se culpa de ello constantemente a la enfermedad mental, sin embargo, cabe preguntarse si es la enfermedad mental la que deshumaniza o si es la sociedad la que decide deshumanizarla.

Un dato desconcertante es que a pesar de que el número de enfermedades mentales es más alta en mujeres chinas que en hombres, varios estudios han demostrado que el porcentaje de hombres hospitalizados en hospitales psiquiátricos es más alto que el de mujeres (Pearson, 1995). El 75% de las camillas en hospitales psiquiátricos en China están ocupadas por personas diagnosticadas con esquizofrenia, sobre todo por hombres. ¿A qué se debe esto? Parece ser un caso claro de discriminación hacia las mujeres. En los estudios existentes al respecto encontramos, por un lado, el argumento de que la esquizofrenia tiende a ser más temprana y con peor pronóstico en hombres. Sin embargo, una de las explicaciones hasta ahora más probables del exceso de hombres en hospitales psiquiátricos es la diferencia de expectativas sociales. El rol asociado a las mujeres como madre y ama de casa se entiende como perteneciente al ámbito privado de la familia, por lo que la enfermedad en ese contexto es supuestamente más fácil de controlar que en los roles profesionales ocupados por los hombres. Así, se piensa que las posibilidades de supervivencia de la mujer fuera del hospital son mayores que las del hombre. Por esto, en cuanto al tratamiento, a la mujer solo difícilmente se le propone la hospitalización, o se le da el alta tras una corta duración.

A su vez, las mujeres tienen un mayor sentido de la responsabilidad hacia sus padres, maridos e hijos por los valores morales opresivos de género y por consecuencia son más reacias a ser admitidas y tienden a quedarse por periodos de tiempo más cortos. La causa de esto es el pensamiento intrínseco en las sociedades patriarcales, sobre todo en Asia Oriental, de que las familias no pueden funcionar de manera muy efectiva sin la madre o la esposa en casa. Por tanto, la presión que recae sobre la mujer para que vuelva a casa tan pronto como sea posible es mayor. Los hombres, por otro lado, en concreto aquellos que trabajan en empresas y tienen seguro sanitario, no tienen esa presión y tienden a alargar la duración de su estancia y tratamiento (Pearson, 1995).

2.5.2 La depresión

La depresión es una causa importante de discapacidad a largo plazo y un gran peso económico a nivel mundial (Chen et al., 2015a; Vos et al., 2012). Según la OMS, en China los trastornos neuropsiquiátricos están posicionados los más altos en términos de DALY ('Disability-adjusted life year'), siendo los trastornos depresivos los más frecuentes (Murray y Lopez, 2000). El porcentaje de mayor trastorno depresivo en China es mayor en mujeres que en hombres (el 2.60% frente al 1,55%) y el porcentaje de depresión en zonas rurales es mayor que en zonas urbanas (Phillips et al. 2009). Una razón de este aumento puede estar relacionado con los cambios de roles que las mujeres se han encontrado con la migración. Como las cuidadoras de la familia, las mujeres rurales a menudo son dejadas atrás, mientras que los maridos o los hijos mayores buscan trabajo en zonas urbanas o industriales (Qiu et al., 2018).

Un motor crítico de la disparidad rural-urbana es la alta prevalencia de la depresión en las zonas rurales. Dado que la capacidad de los servicios de salud mental es débil en China, particularmente en el nivel de atención primaria, es probable que la depresión esté infradiagnosticada en China de forma general y en particular entre la población rural. Un estudio ha informado que una proporción sustancial de mujeres rurales chinas atribuyen los trastornos depresivos a causas sociales y no era probable que visitaran a un médico si tenían trastornos depresivos (Feng et al., 2015). No solo existe una gran desinformación acerca de las enfermedades mentales en las zonas rurales, sino que además los valores tradicionales chinos sobre los que se fundamenta la sociedad, tanto urbana como rural, estigmatiza y deteriora la concepción de estas enfermedades.

La fiabilidad de políticas mejoradas de salud mental y de intervenciones que detengan la tendencia denigrante de trastornos mentales aún no está clara en China. Junto al rápido cambio social en el proceso de desarrollo socioeconómico chino, la población china se está enfrentando con el aumento de la prevalencia de trastornos del comportamiento como esquizofrenia o depresión (Que, Lu, Shi, 2019). Encontramos una serie de diferencias significativas entre la zona rural y la zona urbana. Primero, el número de casos de enfermedades mentales es aparentemente más alto en las zonas rurales que en las zonas urbanas. La baja calidad de vida puede ser un detonante de este hecho, así como la falta de

recursos sanitarios. Estas enfermedades son más frecuentes en mujeres (Qiu et al., 2018, 38-47).

Encontramos frecuentemente dos razones para ello. La primera es el nivel de estrés al que están sometidas las mujeres en el mundo contemporáneo actual en general y en la China de hoy en particular. A la tarea de cuidadora de la familia se le suma la presión del trabajo en el mundo actual capitalista. En segundo lugar, las mujeres son más propensas a contar sus problemas a terceros que los hombres, ya que estos están bajo la presión también confuciana y patriarcal de hombre como la cabeza fuerte y el pilar central de la familia, por lo que cualquier enfermedad o incapacidad tendría una repercusión mayormente negativa en la familia. Dado que el género es un factor determinante de la actitud hacia la búsqueda de ayuda psicológica, es más probable que las mujeres busquen la utilización de servicios y ayuda profesional, por lo tanto, la alta proporción de género entre mujeres y hombres de pacientes hospitalizados con trastornos mentales podría encontrarse en muchos estudios existentes (Harris et al., 2016).

Por su parte, los hombres tienden a adherirse a su rol de género tradicional, como no revelar sus emociones, ser más capaces y tener autocontrol, todo esto podría influir negativamente en su actitud hacia la búsqueda de ayuda psicológica. Además, los hombres experimentan niveles más altos de auto-estigma y estigma público asociados con la búsqueda de ayuda psicológica que las mujeres (Topyaka, 2014).

2.6 El suicidio

El suicidio es uno de los comportamientos de riesgo más comunes que se mantiene como un importante contribuyente a la discapacidad y a la muerte a nivel global. En total, aproximadamente 800,000 individuos mueren por suicidio cada año y casi el 80% de estos individuos proceden de países de ingresos bajos o medio bajos (OMS, 2019; Arensman et al., 2020). No solo las características socio-demográficas son factores influyentes, sino también el género, la edad, una baja educación o economía o incluso el desempleo son factores potenciales de riesgo (Borges et al., 2010). Aunque estudios muestran que personas sin

trabajo son más propensas al suicidio por sus condiciones económicas, los que sí tienen empleo también muestran peligro de suicidio, en particular por cuestiones relacionadas con el estrés (Lin et al., 2020).

El suicidio es la causa principal de la muerte prematura de pacientes con esquizofrenia (Sinyor et al., 2015). Comparado con la población general, las personas con esquizofrenia tienen una ratio de suicidio significativamente más alta, aproximadamente entre el 5 y el 13% de pacientes mueren por suicidio y entre el 40 y el 60% llevan a cabo intentos. Los pacientes y sus familias tienden a ocultarlos (Bakst et al., 2010; Chapman et al., 2015; Fleischhacker et al., 2014; Mauri et al., 2013).

Las personas con síntomas prominentes de esquizofrenia pueden no experimentar el deseo de pertenencia social y cercanía, por lo tanto, sufren de un funcionamiento social más deficiente, como apoyo social inestable, aislamiento social y alejamiento de los demás, lo que podría aumentar significativamente su ideación suicida (Jahn et al., 2016). Un número significativo dentro de esos porcentajes son personas de la tercera edad que sufren esquizofrenia. Una de las explicaciones de esta desproporción es que es bastante común que los médicos califiquen a estas personas como simplemente consumidos por la edad y sin necesidad de diagnóstico, por lo que carecen del tratamiento que necesitan para poder vivir su vida.

Pero no solo es la edad un factor determinante. También lo es el género. El género ha sido asociado con el comportamiento suicida, así como con determinadas maneras de darse. En la mayoría de los países desarrollados, la ratio de suicidio hombre-mujer está entre dos a uno y cuatro a uno y los números parecen estar creciendo paulatinamente cada año (Zhang et al., 2005). China es uno de los pocos países donde el ratio de suicidio es mayor en mujeres que en hombres, siendo un 66% mayor entre mujeres jóvenes que entre hombres jóvenes en las zonas rurales. En contraste, la ratio es algo más alta en hombres de mediana edad que en mujeres en zonas urbanas, aunque en general es más alta en mujeres que en hombres también. En todos los casos, el porcentaje de enfermedad mental es más alta en las mujeres que en los hombres. Trastornos del comportamiento es el diagnóstico más común para ambos sexos (Wei et al., 2013).

Hemos podido ver en este capítulo la presión que la concepción de familia en la tradición china tiene en el individuo chino de acuerdo con el rol que éste desempeña en la sociedad.

Esta presión choca con el creciente mundo capitalista, que no solo genera más presión en sí, sino que agrega otra razón. El fundamento capitalista que establece el valor de una persona en la cantidad y la calidad de lo que produce genera en sí más presión cuando no se puede cumplir la expectativa o si se tiene dificultades para hacerlo. La presencia de una enfermedad mental complica la funcionalidad vista desde la concepción social capitalista de valor como producción. Esta concepción de funcionalidad, así como la misma concepción prejuiciosa de la enfermedad mental como incapacidad o exageración, provoca en sí una mayor complicación por sentirse fuera de la expectativa social, ya no solo debido a la enfermedad (por no ser capaz de pedir ayuda, por ejemplo), sino también por la concepción que tiene el enfermo en sí mismo.

En el caso de China, el estigma que rodea las enfermedades mentales de manera casi deshumanizante por los valores tradicionales confucianos chinos dificulta el desarrollo y la mejora de toda política o acción en el sistema sanitario. Los proyectos llevados a cabo resultan insuficientes debido a la enorme disparidad existente en el país. No hay suficientes sanitarios especializados en salud mental, en parte debido, de nuevo, al estigma y el rechazo a la salud mental, lo que genera un círculo vicioso. No hay, tampoco, suficientes hospitales psiquiátricos o centros de salud en las zonas rurales a los que puedan acudir con facilidad aquellos con problemas, ni tampoco se ofrecen apenas ayudas que puedan subsidiar los gastos de los tratamientos farmacológicos. En los centros existentes, como ya hemos visto en los ejemplos mencionados, aún quedan muchos aspectos por solucionar, como la hospitalización involuntaria o el maltrato de pacientes.

CAPÍTULO 3: INJUSTICIA HERMENÉUTICA EN EL CASO CHINO

Como ejemplo práctico, procedamos a analizar una encuesta realizada en Guangyuan, una ciudad de Sichuan, por Qiu et al. (2018). Esta ciudad tiene tres distritos y cuatro pueblos, con una población de 2.48 millones, 820 mil urbanos (33.1%) y 1.66 millones rurales (66.9%). La renta per cápita en 2012 para los residentes en zonas rurales fue de 5.649 yuanes, aproximadamente, 911 euros, y la media de gastos diarios fue de 4406 yuanes, aproximadamente, 711 euros.

En primer lugar, los participantes tuvieron que responder a unas preguntas generales sobre su edad, educación, ocupación, trasfondo étnico o religión, para así estimar una medida de síntomas depresivos en cada tipo de individuo. A continuación, se les enfrentaba a una viñeta que describe a una mujer rural china con depresión, realizada por clínicos e investigadores chinos. A pesar de que la viñeta mostraba de forma clara y directa severos síntomas consistentes con un diagnóstico de depresión, que fueron a su vez expuestos oralmente, no usaron en ningún momento la palabra depresión. Cada participante respondió a estas preguntas:

- ¿Presenta alguna enfermedad?
- En caso de que sí, ¿cuál?
- ¿Cuáles son las causas de sus problemas?
- ¿Qué acción debería tomar?

Recojo a continuación una síntesis de los resultados. El total de participantes fue de 416 mujeres de edades entre 16 hasta más de 60, tanto de zonas rurales como de zonas urbanas, con educación académica y sin ella. En cuanto a la primera pregunta, el reconocimiento, 41 participantes testificaron que no sabían la causa, 8 participantes comunicaron un nombre específico psiquiátrico, 150 participantes dieron un nombre psiquiátrico no específico o describieron algún síntoma concreto, y 78 participantes lo calificaron como una enfermedad física específica. Solo un pequeño porcentaje aseguró que estaba enferma; de entre todos estos solo 5 utilizaron la palabra depresión, el resto de las mujeres comentaron que sería cansancio, fatiga o incluso aflicción por problemas exteriores o problemas consigo misma.

Con respecto a los factores causativos, de las 277 participantes que identificaron a la mujer con una enfermedad, 40 aseguraron que desconocían la causa. En cuanto al resto, 115 mujeres creyeron que las causas eran internas, 20 que se debía a factores interpersonales y 102 mujeres aludió a factores externos. Por último, en cuanto al comportamiento resolutivo que debería llevar a cabo la mujer de la viñeta, encontramos respuestas muy impactantes: 101 participantes sugirieron que la mujer acudiese a un médico, 42 participantes creyeron que debía buscar ayuda externa, 70 participantes propusieron que la propia mujer tenía que ajustarse a la situación, 32 afirmaron que no había nada que la mujer pudiera hacer y 2 participantes sugirieron que la mujer debería suicidarse.

Con esta encuesta podemos ver una serie de factores propios de la injusticia hermenéutica. En primer lugar, no tienen acceso a información acerca de enfermedades mentales. La escasez de centros mentales y la grave estigmatización de las enfermedades mentales contribuyen a un rechazo a la educación de salud mental. No tienen recursos interpretativos suficientes para poder entender una situación de enfermedad o trastorno mental, mucho menos comunicarla. Las participantes de la encuesta denotan una ignorancia que no se debe en gran medida a una falta de interés o de educación, sino a la grave estigmatización que hace que se rechace de manera inconsciente aquello relacionado con las enfermedades mentales. Estas mujeres, en el hipotético caso de que fuesen ellas mismas quienes sufren síntomas de depresión, se encontrarían en una situación desafortunada, ya que muchas de ellas alegaron que es la paciente quien tiene que tratarse a sí misma.

Medina (2013) critica la concepción que Fricker (2017) tiene del imaginario social, poniendo de relieve que los sujetos marginados no están solos y el importante papel que las comunidades epistémicas subalternas juega en la creación de sets de recursos hermenéuticos alternativos. No obstante, las personas con problemas de salud mental en la China rural parecen vivir una realidad diferente, puesto que están aisladas, de tal manera que no pueden encontrar refugio en las comunidades epistémicas que podrían respaldarlas. Estas comunidades apenas existen y cuando lo hacen están todavía en formatos muy incipientes. Los sujetos marginados están bastante solos. A pesar de ello, las personas que se encuentran en una situación similar, tendrán más facilidades para entender a alguien con problemas de salud mental, tanto a la hora de dar credibilidad a su testimonio como a la hora de comprender su manera, todavía poco inteligible, de dar cuenta de sus experiencias. Es decir, si bien pueden encontrar muchas dificultades para hacerse entender por los sujetos

privilegiados, las personas que se encuentren en su misma situación tendrán más facilidades para comprenderlos.

Esta encuesta, así como otras existentes en otras revistas de psicología, nos brindan una serie de datos imparciales que podemos analizar para darles sentido dentro del contexto de la injusticia epistémica. Sin embargo, podemos encontrar datos sin filtros y sin tapujos en el navegador exclusivamente chino Baidu. En este navegador, todo texto está escrito en chino, por lo cual hemos intentado traducir todos los enlaces de la forma más cercana posible. Tras una búsqueda de artículos acerca de enfermedades mentales en este navegador, hemos descubierto que Baidu no funciona del mismo modo en que lo hacen los buscadores a los que estamos acostumbrados, como por ejemplo Google.

El gran desarrollo tecnológico chino ha conseguido que la vida china esté recogida en un dispositivo móvil. Con la aplicación WeChat (lo que representaría el WhatsApp occidental) se puede acceder a cualquier tipo de servicio, desde alquiler de bicis a compra de billetes de avión. En esta aplicación, incluso hay una aplicación de salud, sin embargo, los servicios no están relacionados con el ámbito de salud mental. Es en estas salas de consultas o Baidu Health donde encontramos información acerca de enfermedades mentales.

Al buscar ‘Enfermedades mentales en zonas rurales’, en lugar de páginas web nos encontramos con foros. En estos foros los usuarios exponen casos como, por ejemplo, un padre que exponía que su hija parecía tener depresión y no sabía cómo tratar con ella. Estas consultas en estos foros son respondidas por médicos certificados de hospitales de todo el país, quienes realizan diagnósticos y recomendaciones, así como consultas online. Nos encontramos con salas de consulta psiquiátrica online gratuitas y de pago. En estos foros (39健康网, Red de Salud; 快速问医生, Pregunta rápida al doctor; 百度健康, Baidu Health) no solo se exponen casos concretos de particulares, sino que también se hacen preguntas de carácter general acerca de la salud mental, todo de forma anónima. Entre las preguntas más buscadas encontramos las siguientes:

- ¿Los pacientes mentales necesitan comer?
- ¿Cuántos años puede vivir un paciente mental?
- ¿A qué le tienen miedo los enfermos mentales?

Estas preguntas denotan la dificultad que sufren las personas con enfermedades mentales por la clase de información y concepción que circula en el imaginario social. Los pacientes no solo se encuentran con dificultades para acceder a información acerca de su condición, sino que también se encuentran con la problemática de que la información accesible tiene connotaciones tan desalentadoras. Así, es probable que sientan que los recursos que necesitan no existen, lo que empeora el sentimiento de ‘no ser capaz’ de comunicar su situación.

De entre los resultados encontrados, me parece relevante llamar la atención sobre el hecho de que encontramos en la página web de una tienda llamada ‘FeihuShop’ un foro llamado ‘Centro Comunicativo de Depresión’, foro en el que cualquiera puede publicar un mensaje acerca de su situación mental y otros responder. Cabe destacar el mensaje de una joven:

He sufrido de depresión, esquizofrenia y ansiedad por tres años, no sé cómo he sobrevivido estos años pasados. No quiero ver a la gente, no quiero hablar y soy cada vez más pasiva. Me siento enferma todos los días: insomnio, dolor de pecho, problemas para respirar, miedo. Estoy deprimida e infeliz todo el día. He estado tomando medicación occidental durante años y aun así estoy desesperada porque cómo como un fantasma.
(Anónimo 1, s.f.)

Este testimonio muestra la ineficacia del sistema sanitario de la salud mental. A pesar de la toma de medicación ‘occidental’, es decir, farmacológica, no parece haber mejora y su única forma de comunicarlo es a través de un foro de depresión encubierto en la página web de una tienda. A pesar de que en este caso sea conocedora de su diagnóstico, se muestra desesperada por no comprender su situación. Esta joven se encuentra con una serie de injusticias epistémicas. Primero, parece tener dificultades para entender su situación. Reconoce sus síntomas, pero de forma desordenada y confusa. Parece haber estado tomando medicación, pero no especifica si ha estado en tratamiento con un psicólogo o simplemente ha tenido un tratamiento farmacológico, lo cual sería en sí mismo peligroso. Por otro lado, parece sentir que no tiene los recursos necesarios para poder estar bien, ni tampoco los recursos interpretativos necesarios para poder entender su situación. El hecho de que acuda a un foro de una página web nos puede hacer pensar que ha sufrido injusticia testimonial a la hora de comunicar su experiencia en otros contextos. Esta paciente es capaz de exponer sus experiencias, sin embargo, no es aceptada como sujeto epistémico relevante.

Este mensaje tiene la respuesta de otra joven que parece haber pasado por una situación similar:

Yo también tuve depresión durante dos años. Sé que la depresión es realmente dolorosa y que soy infeliz todos los días. He intentado toda clase de métodos pero ninguno funcionó y sólo me puso peor. También he estado hospitalizada. Realmente no entiendo por qué el hospital siempre me da medicina occidental. No sé qué decir, aún así. Me he gastado todo el dinero que he podido y mi depresión no ha sido reducida para nada. Mis compañeros del instituto me presentaron a un profesor que se especializa en solucionar la depresión. El profesor fue muy amable y paciente. Analizó las causas de mi depresión por mi y al mismo tiempo también aprendí que la depresión puede ser curada. Me curé tres meses después. (Anónimo 2, s.f.)

Este mensaje arroja luz sobre las dificultades sufridas por aquellas personas que pasan por el sistema institucional sanitario y las faltas que este posee. La falta de recursos y de injusticias que esta joven ha vivido la ha llevado a buscar ayuda en un ‘profesor’ por vía telefónica. Este profesor parece haber podido ofrecerle los recursos interpretativos que necesitaba y las herramientas para su recuperación, algo que deberían ofrecer los médicos. Por tanto, podríamos concluir que las injusticias hermenéuticas que sufren las mujeres chinas no se deben a causas personales, sino que están causadas por el sistema.

CAPÍTULO 4: INJUSTICIA TESTIMONIAL EN EL CASO CHINO

Veronica Pearson (1995) expone en la sección “The experience of distress” de su obra *Women and Mental Health* tres casos de mujeres que visitaron un hospital psiquiátrico de la provincia de Hubei durante su estancia en esta provincia. En estas sesiones, Pearson ha estado presente junto al médico psiquiatra asignado para recopilar los hechos ocurridos y los casos de estas mujeres. He escogido uno de estos casos para su exposición y análisis. A continuación, nalicemos el fragmento traducido:

La Sra. Ning es una mujer pequeña, gentil y tranquila de 49 años que ha pasado toda su vida cuidando a los demás. Ella ha estado casada durante treinta años con un hombre que es un conductor de autobús de larga distancia. Tienen cuatro hijos, el mayor tiene 25 años y está casado, y el más joven tiene 15 años. Cuando todavía era una niña, sus padres la dieron en adopción a una pareja sin hijos. Al no tener un hijo, los padres adoptivos de la Sra. Ning sintieron que necesitaban un yerno para asegurar su vejez, por tanto, el que hoy es su marido vino a vivir con ella. Tales matrimonios uxori-locales no son muy valorados, generalmente se consideran degradantes para el esposo y se piensa que están en contra del orden natural de las cosas. El señor Ning encontró este arreglo aceptable ya que no debía de quedarse con el apellido de su esposa y que, debido a su trabajo (que está bien pagado), rara vez se quedaba en casa con su esposa. (Pearson, 1995, 1167)

En este párrafo hay unos puntos culturales que merecen ser explicados. Hasta el siglo XX era especialmente común el abandono de niñas debido a la preferencia de los hijos por los valores tradicionales. Culturalmente, tener un hijo es símbolo de prosperidad en la familia, en tanto que este, en su capacidad de hombre, puede rendir culto a sus padres cuando mueran. La falta de hijo supondría no tener a nadie que los venerara una vez muertos. Los matrimonios concertados no se dan solo para traer más prosperidad a la familia, sino también para poder tener un hombre en la familia. No es común, sin embargo, que el marido se vaya a vivir a la casa de la familia de la mujer; la cultura china es patrilocal. En este caso, la familia procede de una aldea de las zonas rurales de China. En estas zonas la calidad de vida y las oportunidades laborales son bastante bajas; por tanto, la migración de los hombres de la familia es bastante común, lo que deja a la mujer sola en la aldea, como es el caso de la señora Ning (cf. la Ley del Matrimonio de la República Popular China de 1980).

La Sra. Ning siempre ha vivido en el mismo pueblo, cuidando a sus padres adoptivos y trabajando en su granja. La Sra. Ning solo tuvo tres años de educación primaria y es

analfabeto funcional. Cuando le pregunté a la pareja cuál era el problema que los había decidido a venir a la clínica (la pregunta de apertura estándar en esta serie de entrevistas) respondió el señor Ning. Nos dijo que había decidido hace catorce años que su esposa era una enferma psiquiátrica cuando se peleó violentamente con su madre adoptiva. En ese momento, su esposa tenía insomnio, ideas suicidas y pensamientos de que los parientes muertos iban a venir a llevársela con ellos. Ella le pidió a su esposo que llevara ofrendas de comida a sus tumbas para pedir benevolencia. Él estaba reacio a esto, viéndolo como un comportamiento rural, supersticioso y analfabeto de su esposa, pero lo hizo para mantenerla callada. Eventualmente ella consiguió mejor sin ser ingresada en el hospital. (Pearson, 1995, 1167)

La injusticia comienza cuando la mujer tiene un poder social mucho más bajo que su marido. La vida de esta se resuelve en torno a las decisiones que toma su marido y a lo que este le permita, a pesar de que este tenga una residencia alejada de la de su mujer. Mientras él vive en la ciudad, ella vive en la aldea. La señora Ning tiene una educación baja y una vida solitaria. No tiene mucho trato con el resto de la aldea, ya que la discriminan. Desde hace años, ha ido desarrollando un aparente trastorno severo de ansiedad y depresión, de ahí sus alegaciones de que quería suicidarse y de que se la salvara. Aquella declaración de que sus antepasados venían para tomarla podría ser un indicio de psicosis o esquizofrenia, aunque también podría resultar provenir de la ansiedad. En cualquier caso, un dato importante a tener en cuenta es su analfabetismo. Ella no ha recibido una educación mínima, no podía siquiera leer. Ha sido concebida como ‘esposa’, delegando su funcionalidad a esta categoría. Su falta de intercambios sociales y de educación han dado lugar a que la señora Ning se resguardase en la superstición. Debido a que el lugar donde residía era una aldea, lugar donde las creencias supersticiosas son más comunes, así como la medicina tradicional, es más fácil extrapolar los problemas médicos a meras creencias. El único aparente conocedor de enfermedades era el marido, quien residía en la ciudad. De hecho, según su testimonio, él mismo supo durante 14 años que su mujer tenía algún tipo de enfermedad mental; sin embargo, no decidió llevarla al hospital hasta ese momento.

En estas últimas semanas, se ha puesto peor. Se niega a volver a la casa de la aldea, se monta en el autobús de su marido y se niega a bajarse. Cuando insiste en que ella se vaya y se vaya a casa ella pierde los estribos y rompe cosas, llora y dice que quiere suicidarse y le pide que la salve. [...] Su esposa quería saber a dónde va todo el dinero, porque ella ve muy poco. Dice que es difícil de explicar, pero que la mayor parte va para sus dos

hijos que están en la Universidad. [...] Desde que se enfermó, también se ha vuelto muy sospechosa. Otra cosa de la que sospecha es que su marido esté conociendo a pasajeras. A veces, él dice, cuando termina de trabajar, está tan cansado que no tiene deseo sexual para que no hayan tenido relaciones sexuales durante algunos meses. Suele quedarse en la ciudad y ver a su esposa una vez al mes cuando se toma unos días libres. [...] Antes de que la paciente se enfermara, estaba satisfecha con este arreglo, pero desde su enfermedad no lo encuentra aceptable y ha estado viviendo con él. [...] Cuando le pregunté por qué pensaba que su esposa tenía una enfermedad psiquiátrica su respuesta fue rápida y sencilla; porque ella ya no le obedece. Antes de las últimas tres semanas ella lo había “obedecido bien”. Su carácter habitual era ser amable, pero esto ahora había cambiado. (Pearson, 1995, 1167-1168)

En este párrafo podemos ver los valores machistas intrínsecos en la ideología china. La tradición designa a la mujer al ámbito familiar. Su obligación y función como mujer no solo es la de tener hijos y cuidarlos, sino también cuidar y obedecer a su marido. El marido tiene un exceso de poder identitario, se considera la base de la familia y el sustento de esta. Como hemos visto anteriormente, un fallo en los estándares sociales se considera a menudo enfermedad mental. En este caso, la señora Ning no actúa en base a las expectativas y obligaciones de la mujer china. Esta autonomía se percibe como producto de una enfermedad mental.

En este punto dimos el paso bastante inusual de pedirle al marido que espere afuera mientras hablábamos con la Sra. Ning a solas. (Por lo general, entrevistas en los departamentos psiquiátricos chinos se llevan a cabo con miembros de la familia presentes). Lo primero que nos dijo fue que ella no estaba enferma. Ella estaba infeliz con su vida familiar. y sintió que el carácter de su madre adoptiva era malo. Ciertamente ella era mucho más feliz cuando vivía lejos de sus padres adoptivos. Algunos de los otros aldeanos la habían intimidado porque no podía leer o escribir. Ella era más feliz cuando vivía con su esposo. Aunque la trató muy bien, ella recientemente se ha vuelto muy insegura acerca de su fidelidad. [...] Ella sabe que él está muy cansado después del trabajo pero le parece que su trabajo no ha cambiado, por lo que no hay ninguna razón por la que deba estar más cansado ahora que antes. Por lo tanto, no estaba convencida de que esta fuera la verdadera razón y sospechaba que tenía novia. Además, su incapacidad para contarle a dónde va todo su dinero la confirmó sentimientos de que lo estaba gastando en una novia. Su solución fue viajar en el autobús para que ella pudiera supervisar su comportamiento y desalentar a las novias potenciales. (Pearson, 1995, 1168)

Fricke (2007) comentaba que la injusticia hermenéutica en muchas ocasiones va de la mano de la injusticia testimonial. Yo creo que el caso de Ning pone esta interrelación de manifiesto de manera paradigmática. En primer lugar, es un claro caso de injusticia hermenéutica; la mujer no tenía las herramientas mínimas necesarias para comunicar su experiencia, y mucho menos la ayuda como para poder transmitirla. Era el marido quien se ocupaba de lidiar con la experiencia de la mujer, quien decidió ocultarla hasta que el problema de su mujer le afectó directamente, siendo él quien se la contó al especialista. Esto sería un ejemplo de lo que Steers McCrum (2020) ha denominado la injusticia del ‘autoproclamado representante’, un tipo de injusticia epistémica testimonial que acontece cuando alguien habla en lugar de otra persona, silenciándola, como si ella no fuera una persona capaz de comunicar lo que le sucede. El poder social de la mujer en ese contexto ha impedido que pueda ser partícipe y dueña de su propia experiencia, siendo el marido, por la posición que su poder identitario en el contexto chino le brinda, el que puede contarla. Este hecho dificulta el análisis del diagnóstico, ya que el marido solo conoce su interpretación subjetiva del problema.

En un momento de la entrevista la mujer es dejada en confianza a contar su experiencia, sin la presencia de su marido. La interpretación de su experiencia está condicionada por los factores sociales que la rodean, explorados por Bernandez (1994), tal y como se expuso anteriormente. En su contexto, la señora Ning es una mujer analfabeta y supersticiosa que reside sola en una aldea, mientras su marido y sus hijos viven en la ciudad. En la aldea es rechazada por considerarla inferior al resto de aldeanos, se la concibe en el imaginario colectivo como una mujer inestable e irracional, debido a su analfabetismo. Su marido decide no proporcionarle ninguna ayuda, alejándose más de ella para no tener que lidiar con sus problemas. Solo cuando le afecta de primera mano decide acudir a un médico, pero como representante de la mujer, no como acompañante.

Cuando el Sr. Ning regresó a la consultoría habitación, el Dr. Tao les dijo que la depresión de la Sra. Ning y la ansiedad se debieron a la menopausia. Ella le dijo al Sr. Ning que era más serio de lo que pensaba y que debe tratar bien a su esposa y cuidarla. El Señor Ning respondió, como demostración de su cariño, que ya le había comprado algunas vitaminas a su esposa. El Dr. Tao le recetó imipramina. Después de que se fueron, el Dr. Tao me dijo que su diagnóstico era en realidad depresión severa involutiva,

y comentó que era costumbre china que la mujer tolerase el comportamiento del marido sin ninguna queja o comentario. (Pearson, 1995, 1168)

El problema no solo reside en el hecho de que la mujer carece de herramientas o apoyo en su contexto social que la ayude a entender su condición, o que esta esté condicionada por la falta de información que tiene, sino que también su propio testimonio no es valorizado. El psiquiatra, tras despedir a la pareja con un diagnóstico de depresión por menopausia, reconoce ante Pearson (1995) que el verdadero diagnóstico habría sido el de una depresión severa sin relación alguna con la menopausia. Lo que explica el primer diagnóstico, como confiesa el propio médico sin aparente arrepentimiento, es el hecho de que en la cultura china la mujer tiene que tolerar al marido. El diagnóstico de depresión por menopausia, en vista del médico, alentaría al marido a tener una actitud más positiva en cuanto al estado de su mujer, ya que su condición no se debería a un trastorno mental, sino a un problema hormonal. Esta actitud positiva relajaría a la mujer y la devolvería a su estado anterior de pasividad. Por tanto, vemos que el diagnóstico también está moldeado de acuerdo con el imaginario social.

A pesar de la receta de imipramina, un fármaco antidepresivo que se receta en casos clínicos de depresión mayor y crisis de pánico, la paciente no tiene conocimiento de su verdadero estado. Los tratamientos psiquiátricos de trastornos mentales no solo constan de tratamientos farmacológicos. Para una mejor adaptación y una rápida recuperación es necesario terapia psicológica. La falta de esta obstaculiza el proceso de recuperación del paciente, en tanto que no adquiere las herramientas necesarias para lidiar con su enfermedad, ni puede normalizarla. Por tanto, la recuperación de la señora Ning queda bastante lejana.

En resumen, la señora Ning es renegada de su papel de testigo de su experiencia por su identidad en el contexto chino. El médico está condicionado por las concepciones sociales que existen en el imaginario colectivo chino y por los prejuicios creados por la tradición y este, en su calidad de privilegiado epistémico, elige la tradición antes del bienestar del paciente. A pesar de que este sea un caso de 1995, no se aleja mucho de la realidad de las mujeres chinas que residen en zonas rurales en la actualidad. Si realizamos una búsqueda por el navegador Baidu, encontramos casos con un parecido significativo.

En un foro de medicina, el cual se muestra sin nombre propio y con un enlace de web numérica (algo normal en las webs chinas), encontramos un artículo escrito por el doctor

Zhao Ming (2016) llamado: “¿A qué enfermedades mentales son vulnerables las mujeres?”. Este comienza con una frase bastante crítica de carácter nacionalista:

Afectados por las ideas feministas occidentales, las personas del ámbito doméstico (las mujeres) tienen una comprensión más profunda del feminismo, y hombres y mujeres desempeñan papeles iguales en la sociedad y la familia. (Ming, 2016)

A pesar del carácter prejuicioso de esta exposición, encontramos la argumentación de que la doble presión que tienen las mujeres por tener que mantener a sus familias y sus carreras ha llevado a una tendencia de enfermedades mentales en mujeres, causa que anteriormente hemos explicado, por tanto, no se aleja de los textos que hemos comentado. Según Ming, este estrés y presión social causa enfermedades como neurastenia, ansiedad y trastorno obsesivo compulsivo. Desde su punto de vista, a pesar de la aparente igualdad entre hombres y mujeres, es innegable que las mujeres pueden ser relativamente más débiles en energía física debido a sus factores fisiológicos, lo cual se aplica también a energía mental. La concepción de la mujer expuesta en este artículo coincide con los factores que anteriormente hemos expuesto de Bernandez, así como los factores que hemos apuntado en el capítulo uno sobre las causas de la injusticia epistémica.

En una página llamada ‘好大夫在线’ (‘Buen Doctor Online’), encontramos perfiles de médicos de clínicas de psicología que muestran los casos de sus pacientes como si fuese un catálogo. Bajo el título de “Una mujer rural de 43 años con enfermedad mental tiene graves trastornos mentales”, una médica jefe de la clínica de psicología médica de un hospital de Tai’an expone:

En 2001, debido a disputas vecinas, estaba irritable y tenía bajo nivel educativo y padecía esquizofrenia. No podía trabajar y vivir normalmente, porque es autista. Visita al hospital Jining Shengkang Hospital. Hospitalizada por más de diez días. Básicamente restaura la salud. El efecto del tratamiento es medio, pero no tiene cura. Capaz de trabajar con normalidad, pero con pocas habilidades interpersonales. Pensamiento confuso. (Qian, 2011)

Este caso ofrece una visión deshumanizada de la paciente. En primer lugar, recalca que el nivel educativo de la paciente es bajo, a lo que le sigue el comentario de que tenía

esquizofrenia. Esta forma de discurso da a entender que un bajo nivel educativo y la esquizofrenia están relacionados. Sin embargo, también se la califica de forma algo acusatoria de autista, algo que parece fuera de lugar. A pesar de la gravedad con la que presenta a la paciente, en tanto que tiene esquizofrenia y autismo, clama que tras solo diez días se ha ‘restaurado’ su salud. Esta exposición del caso de la paciente muestra una aparente desinformación clínica del médico y una focalización algo prejuiciosa. En el segundo capítulo expusimos la baja calidad del sistema sanitario chino en lo que respecta a la salud mental debido a los fuertes prejuicios existentes en el imaginario colectivo chino, pues estos hacen que se conciba a la psicología y a la psiquiatría como profesiones estigmatizadas. De hecho, podemos encontrar en foros chinos artículos que incitan a no estudiar psicología, usando como causa el argumento de que es un ‘trabajo deshonesto’.

La psicología y la psiquiatría en China están muy condicionadas no solo por los prejuicios y estereotipos acerca de las enfermedades mentales que existen en el imaginario colectivo a nivel general, sino que también la propia tradición de valores chinos aumenta estos prejuicios y agrega nuevas problemáticas, como las familias que esconden a sus hijos con enfermedades mentales para no ser una vergüenza en la sociedad, las jóvenes que tienen que acudir a foros para poder comunicar su enfermedad y hablar con profesores por WeChat para poder tratar su enfermedad o las mujeres de aldeas que son abandonadas por sus maridos tras haber sido sus testimonios sobre su propia salud mental desacreditados una y otra vez para que no abandonasen sus deberes de esposa. Como hemos visto, estas injusticias epistémicas se agravan en el caso de la mujer y, sobre todo, en la mujer rural.

CONCLUSIÓN

El ámbito de la salud mental está lleno de problemáticas que conducen a la injusticia epistémica. La invisibilidad y estigmatización de las enfermedades mentales ha generado la formación de estereotipos prejuiciosos de aquellos individuos o grupos que las padecen. Estos estereotipos encasillan a estas personas y las limitan a una identidad creada y compartida socialmente; es decir, existe una concepción general de las personas que tienen enfermedades o trastornos mentales. Entre las características más comunes encontramos inestables o irracionales, e incluso, a veces, violentos. Esta deshumanización y desinformación de la salud mental tiene como consecuencia que se use las enfermedades mentales como causas en crímenes cometidos por individuos que realmente no las padecen, lo que refuerza estas concepciones.

El rechazo intrínseco a las enfermedades mentales crea un contexto difícil para aquellos individuos que padecen enfermedades o trastornos: i) por no poder encontrar fácilmente apoyo y ayuda, ii) por no tener recursos libre de prejuicios que les ayude a comprender su situación. Las personas con enfermedades mentales a menudo sufren un doble estigma. Primeramente, pueden percibir el prejuicio y la discriminación que es ratificado por el público general. La percepción del estigma público está normalmente unida a la experiencia y a la anticipación del rechazo público, lo que lleva a estrategias de resiliencia dañinas, como el aislamiento. Por otro lado, el prejuicio percibido puede ser interiorizado, lo que lleva a la autodiscriminación. Los individuos estigmatizados pueden sufrir muchas dificultades para perseguir y conseguir objetivos incluso básicos, como buscar trabajo, relacionarse con otras personas o incluso realizar cuidados básicos y mínimos.

No solo las personas con enfermedades mentales sufren un doble estigma, sino que también sufren una doble injusticia epistémica. Por un lado, debido al estigma y a los estereotipos prejuiciosos, se les otorga una credibilidad inferior a priori en el intercambio epistémico, lo que tiene como consecuencia la desvalorización y el menosprecio del conocimiento que es transmitido, en este caso, acerca de la experiencia de otra persona. A su vez, también les priva de conseguir el apoyo y la ayuda que necesitan. Por otro lado, debido de nuevo al estigma y a los estereotipos generalizados, aquellos con enfermedades mentales se ven en una situación en la que es difícil conseguir los recursos informativos e interpretativos necesarios

para poder comprender y transmitir sus experiencias. Si bien esto genera complicaciones a la hora de comunicar su situación a otras personas, también genera aflicción y frustración al dificultar a la propia persona que padece el conocer y comprender aquello que está sufriendo. Hemos aprendido en este trabajo que estas dos injusticias epistémicas son llamadas ‘injusticia testimonial’ e ‘injusticia epistémica’.

La injusticia epistémica también está presente en el contexto de la medicina. El sistema sanitario está fundamentado en una estructura compleja de asimetrías epistémicas y relaciones de poder que empeoran las injusticias ya existentes, como, por ejemplo, las que existen hacia las mujeres.

En China, las injusticias epistémicas de las enfermedades mentales no solo están condicionadas por el sistema sanitario, sino también por los valores tradicionales chinos. Los valores morales confucianos han instaurado en la sociedad china una serie de estándares y obligaciones que aseguran el mantenimiento de la armonía social, siendo la familia el punto central de estos valores. Los valores tradicionales chinos dificultan la individualidad y fuerzan la comunidad familiar. El individuo no existe por y para sí mismo, sino por y para su familia. Tiene que hacer y ser aquello que se espera de él. Esta obligación de presentar ‘una buena cara’ a la sociedad hace que los niños sean educados desde edad temprana a reprimir y condensar sus emociones para que estas no interfieran en la armonía del grupo. Esta represión da lugar a una grave somatización del malestar mental y al estigma de toda emoción o sentimiento que no está visibilizado y premiado a nivel social. Aquello que impide el mantenimiento de esas expectativas estereotipadas y de obligaciones morales se considera un fallo moral y una vergüenza. Las enfermedades mentales son uno de estos defectos.

En China, el estigma de las enfermedades mentales no sólo está limitado a los individuos con enfermedades mentales, sino que afecta a la familia entera. Las familias chinas a menudo sienten vergüenza y usan el aislamiento como estrategias para lidiar con el estigma de la enfermedad mental.

Estos estándares morales tan estrictos pueden ser a su vez una causa determinante en el desarrollo de enfermedades mentales. Estudios explican que altos niveles de estrés generan daños en el sistema nervioso parasimpático y, a su vez, en el propio cerebro, lo que puede generar a largo plazo trastornos mentales. Existen otros factores que pueden detonar

enfermedades mentales como, por ejemplo, la calidad de vida. Como hemos visto en el trabajo, factores económicos y sociales son determinantes en la formación de las enfermedades mentales en las zonas rurales. Recordemos que China tiene el mayor porcentaje de mujeres con esquizofrenia, siendo el mayor número de estas mujeres de zonas rurales. Las causas de esto se debe a las injusticias epistémicas que son agravadas por los valores tradicionales y la disparidad china.

El gran estigma que existe en la sociedad china tiene grandes consecuencias. Por un lado, aquella persona (o incluso familia) que presente algún tipo de trastorno o disfuncionalidad mental es privada de credibilidad y, además, excluida socialmente, en muchas ocasiones, duramente. Por otro lado, las concepciones sociales y la discriminación que rodea a las enfermedades mentales genera una deshumanización y una escasez de información fiable que aumenta la incapacidad de comunicación y entendimiento de estas enfermedades. Como hemos podido ver en los apartados prácticos. Los recursos existentes se limitan a foros de consultas online y páginas web médicas en el navegador web nacional. Estas páginas web son un arma de doble filo. Por un lado, resultan un recurso más accesible para aquellos que estén en un contexto en el que las enfermedades mentales estén invisibilizadas o rechazadas. No sólo pueden informarse con especialistas sino también pueden tener consultas online. Sin embargo, podemos pensar que esto realmente no ayuda a la normalización de las enfermedades mentales. Estos foros y consultas se acceden de forma anónima, lo que señala que el acercamiento y uso de estas páginas es para encubrir estas enfermedades. Por otro lado, muchos de estos foros y páginas web están impregnados de toda clase de prejuicios y concepciones dañinas que deshumanizan aún más las enfermedades y los trastornos mentales.

Tras la lectura de este trabajo podemos entender el efecto que los valores tradicionales confucianos y las estructuras sociales, económicas y políticas de China tienen en la concepción de las enfermedades mentales y en la generación de injusticias epistémicas. A pesar de que estas injusticias ocurren a nivel general, el poder identitario de la sociedad china provoca que sean más frecuentes hacia las mujeres. La figura de la mujer desde épocas antiguas ha limitado con toda clase de imposiciones y obligaciones sociales que han ido aumentando con el cambio al mundo moderno capitalista, lo que ha generado un aumento en los trastornos mentales e, incluso, en las tendencias suicidas. Asimismo, la disparidad de las zonas urbanas y las zonas rurales y la discriminación que existe no solo a nivel social sino

también a nivel institucional tiene como consecuencia altos porcentajes de enfermedades mentales (en su mayoría sin tratamiento) en mujeres procedentes de zonas rurales.

La injusticia epistémica en la salud mental China es un tema bastante extenso y complejo. La continuación de su estudio no solo es importante para la visibilización de los efectos y la existencia de las injusticias epistémicas en la salud mental, sino también para poder incitar a la mejora del sistema y a la propuesta de políticas más efectivas que consigan la disminución de la deshumanización de las enfermedades mentales en China.

BIBLIOGRAFÍA

Anderson, Elizabeth. (2012). Epistemic Justice as a Virtue of Social Institutions. *Social Epistemology*, 26(2): 163-173.

Arensman, E., Scott, V., De Leo, D., Pirkis, J. (2020). Suicide and suicide prevention from a global perspective. *Crisis*, 41(Suppl 1): S3-S7.

Bakst, S., Rabinowitz J., Bromet, E.J., (2010). Is poor premorbid functioning a risk factor for suicide attempts in first-admission psychosis. *Schizophr. Res.*, 116(2-3): 210-216.

Bernandez T. (1984). Prevalent disorders of women: Attempts toward a different understanding and treatment. En *Women and Mental Health: New Directions for Change*. (Editado por Mowbray C. T., Lanir S. y Hulce M.) The Haworth Press. Nueva York

Borges G., Nock M.K., Haro Abad J.M., Hwang I., Sampson N.A., Alonso J., et al. (2010). Twelve-month prevalence of and risk factors for suicide attempts in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *J Clin Psychiatry* 71: 1617–1628.

Carel, H. H., Kidd, I. J. (2014). Epistemic injustice in healthcare: a philosophical analysis. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 17(4): 529-540.

Carel, H. (2007). Can I Be Ill and Happy? *Philosophia*, 35: 95-110.

Chang, Q., Wu, D., Rong, H., Wu, Z., Tao, W., Liu, H., Zhou, P., Luo, G., Xie, G., Huang, S., Qian, C., Yuan, Y., Yip, P., Liu, T. (2019). Suicide ideation, suicide attempts, their sociodemographic and clinical associates among the elderly Chinese patients with schizophrenia spectrum disorders. *Journal of affective Disorders*, 256: 611-617.

Chapman C., Mullin K., Ryan C., Kuffel A., Nielszen O., y Larg M. (2015). Meta-analysis of the association between suicidal ideation and later suicide among patients with either a schizophrenia spectrum psychosis or a mood disorder. *Acta Psychiatr. Scand.* 131: 162-173.

Chen, H., Philips, M., Cheng, H., Chen, Q., CHen, X., Fralick, D., et al. (2012). Mental health law of the People's republic of China (English translation with annotations): Translated and annotated version of China's new mental health law. *Shanghai archives of Psychiatry*, 24(6): 305-321.

Chen, J., Chen, S., & Landry, P. (2015). Urbanization and Mental Health in China: Linking the 2010 Population Census with a Cross-Sectional Survey. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12(8): 9012–9024.

Corrigan, P. W., Larson, J. E., & Rüsch, N. (2009). Self-stigma and the "why try" effect: impact on life goals and evidence-based practices. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 8(2): 75–81.

Crenshaw, K. (1989). *Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics*. University of Chicago Legal Forum, 1989: 139-167.

Crespín, M., Doménech, A., Prats, R., Prevosti, A. (2011). Pensamiento y religión en Asia Oriental. Editorial UOC. Barcelona.

Feng D., Ji L., Xu L. (2015). Effect of subjective economic status on psychological distress among farmers and non-farmers of rural China. *Aust. J. Rural Health*, 23(4): 215-220.

Fricker, M. (2017). *Injusticia epistémica*. Herder Editorial. Barcelona.

Fleischhacker, W., Kane, J., Geier J., Karayal O., Kolluri S., Eng S., Reynolds, R., Strom, B. (2014). Completed and attempted suicides among 18,154 subjects with schizophrenia included in a large simple trial. *J. Clin. Psychiatry*, 75(3): 184-190.

Hashimoto, Y., & Tensho, M. (2016). The need for educating patients with schizophrenia about the adverse effects of medications. *Australasian Psychiatry: Bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*, 24(4): 352–355.

Human Rights Watch. (2013). China: End Arbitrary Detention in Mental Health Institutions, 3 May 2013. Accedido el 12 de Junio de 2021, <https://www.ecoi.net/en/document/1220370.html>.

Hsu, J., Tseng, W. (1974). Family Relations in Classic Chinese Opera. *International Journal of Social Psychiatry*, 20(3-4): 159-172.

Kidd, I., Medina, J., Pohlhaus, G. (2017). *The Routledge Handbook of Epistemic Injustice*. Editorial Routledge. Londres.

Kwong, B., and Wong, S. W. (1981). Physical presentations of psychological problems among Hong Kong Chinese: Cultural implications. *Journal of the Hong Kong Psychiatric Association*, 1: 33-39.

Lam C S, Tsang H W., Corrigan P W., Lee Y T., Angell B., Shi K., Jin S., Larson J E., (2010). Chinese lay theory and mental illness stigma: implications for research and practices. *J. Rehabil.*, 76: 35-40.

Lee, S., Lee, M., Chiu, M., Kleinman, A. (2005). Experience of social stigma by people with schizophrenia in Hong Kong. *Br. J. Psychiatry*, 186: 153-157.

Lien, Y., Kao, Y., Liu, Y., Chang, H., Tzeng, N., Lu, C., Loh, C. (2015). Internalized stigma and stigma resistance among patients with mental illness in the Han Chinese population. *Psychiatr Q.*, 86(2): 181-197.

Lin, W., Wang, H., Gong, L., Lai, G., Zhao, X., Ding, H., Wang, Y. (2020). Work stress, family stress, and suicide ideation: A cross-sectional survey among working women in Shenzhen, China. *Journal of Affective Disorders*, 277: 747-754.

Liu, J., Ma, H., He, Y., Xie, B., Xu, Y., Tang, H., et al. (2011). Mental health system in China: history, recent 210 service reform and future challenges. *World Psychiatry*, 10(3), 210-216.

Ma H. (2012). Integration of hospital and community services—the ‘686 Project’—is a crucial component in the reform of China’s mental health services. *Shanghai Archives of Psychiatry*, 24(3), 172-174.

Ma X, He Y, Xu J. (2020). Urban-rural disparity in prevalence of multimorbidity in China: a cross-sectional nationally representative study. *BMJ Open*, 10: e038404. Accedido el 8 de junio de 2021, <https://bmjopen.bmj.com/content/10/11/e038404>

Mak W W., CHEUNG R Y. (2018). Affiliate stigma among caregivers of people with intellectual disability or mental illness. *J. Appl. Res. Intellect. Disabil.*, 21: 532-545.

Murray, C., Lopez, A. (2000). *The Global Burden Of Disease: A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Disease*. Harvard University Press, Cambridge, MA.

Medina, J. (2013). *The Epistemology of Resistance: Gender and Racial Oppression, Epistemic Injustice, and the Social Imagination*. Oxford University Press. Oxford.

Que, J., Lu, L., Shi, L. (2019). Development and challenges of mental health in China. *General Psychiatry*, 32: 32:e100053.

Qiu, P., Caine E., Hou F., Cerulli, C., Wittink M. (2018). Depression as seen through the eyes of rural Chinese women: Implications and help-seeking and the future of mental health care in China. *Journal of Affective Disorders*, 227: 38-47.

Paltiel F. (1987). Women and mental health: A post-Nairobi perspective. *World Health Statistic. Quarterly*, 40(3): 233-266.

Pearson, V. (1995). Goods on which one loses: women and mental health in China. *Social Science and Medicine*, 41(8): 1159-1173.

Phillips, M., Zhang, J., Shi, Q., Song, Z., Ding, Z., Pang, S., Li, X., Zhang, Y., y Wang, Z. (2009). Prevalence, treatment, and associated disability of mental disorders in four provinces in China during 2001-05: an epidemiological survey. *The Lancet*, 373(9680): 2041–2053.

Phillips, M., Xiong, W., Zhao, Z. (1990). Issues involved in the use of scales for the Assessment of Negative and Positive Symptoms in Psychiatric Patients. *Hubei Science and Technology Publishing House*, Wuhan, PRC.

Rao, D., Horton, R., Tsang, H., Shi, K., Corrigan, P. (2010). Does individualism help explain differences in employers' stigmatizing attitudes toward disability across Chinese and American cities. *Rehabil. Psychol.*, 55: 351-359.

Saks, E. (2007). *The center cannot hold: my journey through madness*. Editorial Hyperion. Nueva York.

Sinyor, M., Schaffer, A., Remington, G. (2015). Suicide in schizophrenia: an observational study of coroner records in Toronto. *J. Clin. Psychiatry*, 76(1): 98-103.

Steers-McCrum, A. (2020). Don't put words in my mouth: Self-appointed Speaking for is testimonial injustice without prejudice. *Social Epistemology*, 34(3): 241-252.

Tseng W., Hsu, J. (1970). Chinese culture, personality formation and mental illness. *The International Journal of Social Psychiatry*, 16(1): 5-14.

Tseng W. (1975). The nature of somatic complaints among psychiatric patients: The Chinese case. *Comprehensive Psychiatry*, 16(3): 237-245.

Tseng W., Wu, D. (1985). Chinese Culture and Mental Health. *Transcultural Psychiatric Research Review*, 23(3): 258–260.

Topkaya, N. (2014). Gender, self-stigma and public stigma in predicting attitudes toward psychological help-seeking. *Educ. Sci.*, 14: 480-487.

Valiñas, C. (2020). Periféricas, Interseccionalidad: Definición y Orígenes. Accedido el 12 de Junio de 2021, de <https://perifericas.es/blogs/blog/interseccionalidad-definicion-y-origenes>

Vos, T., Allen, C., Arora, M., Barber, R. M., Bhutta, Z., Brown, A., et al. (2016). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*, 388 (10053): 1545–1602.

Vos, T., Flaxman, A., Naghavi, M., Lozano, R., Michaud, C., Ezzati, M., Shibuya, et al. (2012). Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 380 (9859): 2163-2196.

Vu Z., Huang, F., Kösters M., Rüsche N. (2017). Challenging mental health related stigma in China: Systematic review and meta-analysis. II. Interventions among people with mental illness. *Psychiatry Research*, 255: 457-464.

Wang Z., Li, N., Goo, C., Zhang, L, Chen, G., y Zheng, X. (2016). Inequities and psychiatry disability in transition among the elderly population from 1987 to 2006 in China: Data based on national surveys. *Medicine*, 95 (36): 1-7

Xu, Z., Rüsche, N., Huang, F., Kösters, M. (2017). Challenging mental health related stigma in China: Systematic review and meta-analysis. I. Interventions among the general public. *Psychiatry Research*, 255: 449-456.

Young, D., & Ng, P. (2016). The prevalence and predictors of self-stigma of individuals with mental health illness in two Chinese cities. *International Journal of Social Psychiatry*, 62(2): 176-185.

Xiang, Y., Yu, X., Sartorius, N., Ungvari, G., Chiu, H. (2012). Mental health in China: challenges and progress. *The Lancet*, 380(9855): 1715–6.

Yang LH., Lai G Y., Tu M., Luo M., Wonpat-Borja A., Jackson V W., Lewis Fernandez R., Dixon L. (2014). A brief anti-stigma intervention for Chinese immigrant caregivers of individuals with psychosis: adaptation and initial findings. *Transcult. Psychiatry.*, 51: 139-157.

Zhou, S., Da, S., Guo, H., Zhang, X. (2018). Work-family conflict and mental health among female employees: a sequential mediation model via negative affect and perceived stress. *Frontiers in Psychology*, 9(544): 1-4

REFERENCIAS LEGISLATIVAS

China's revised law on the protection of women's rights and interests. (2005), de 28 de Agosto. Congreso Nacional del Pueblo, pp. 1-13. [Law of the People's Republic of China on the Protection of Rights and Interests of Women -- china.org.cn](http://china.org.cn)

Marriage Law of the People's Republic of China. (1980), de 10 de septiembre. Asamblea Popular Nacional, modificada el 28 de abril de 2001. [Marriage Law of the People's Republic of China \(Chinese and English Text\) | Congressional-Executive Commission on China \(cecc.gov\)](http://cecc.gov)

REFERENCIAS DE TESTIMONIOS RECOGIDOS EN SITIOS WEB.

Anónimo. (s.f). 抑郁症交流中心, “Centro de comunicación de depresión”. Recuperado el 31 de mayo de 2021, de co.feihushop.com/

Ming Z. (2016). 健康一线. *Health First Line*. ¿A qué enfermedades mentales son propensas las mujeres? Recuperado el 12 de junio de 2021, de m.vodjk.com/mip/a/220195.shtml

Qian Z. (2011). 好大夫在线 (*'Buen Doctor Online'*), Una mujer rural de 43 años con enfermedad mental tiene graves trastornos mentales. Recuperado el 12 de junio de 2021, de m.haodf.com/kanbing/6413509411.html

Wu, W. (2020). *Baidu Health*. 百度健康, ¿A qué le tienen miedo los enfermos mentales? Recuperado el 12 de junio de 2021, de https://m.baidu.com/bh/m/detail/sv_15173198135227068201

Xiaodi S. (2007). 快速问医生, *Pregunta rápida a doctor*. ¿Los pacientes mentales necesitan comer? Recuperado el 12 de junio de 2021, de https://m.baidu.com/bh/m/detail/qr_11178211027306751688?ivk_sa=1023194k