

Algunas reflexiones sobre la “enfermedad mental” en la contemporaneidad

Celmira Bentura¹

Resumen: *El trabajo reflexiona sobre las clasificaciones medico psiquiátricas y sus efectos. Se plantea que estas clasificaciones tienen efectos en las personas clasificadas y su entorno, que obstaculizan las posibilidades de integración que se pretenden, fundamentalmente a partir de los movimientos desinstitucionalizadores ocurridos en las últimas décadas en el campo médico psiquiátrico. Esto ocurre en un momento socio histórico en que los procesos de individualización caracterizan la sociedad y van erosionando los vínculos grupales o colectivos de solidaridad que existían en la sociedad tradicional a partir de un protagonismo cada vez mayor de la existencia individual. Esto genera una mayor dificultad en los pretendidos procesos de integración de las personas que padecen o han padecido sufrimiento psíquico.*

Palabras-claves: *sufrimiento psíquico; clasificacione medico psiquiátrica; integración.*

Introducción

Desde hace algunas décadas se han ido transformando las conceptualizaciones respecto a la “enfermedad mental”, la manera de clasificarlas y también el tratamiento que el campo médico sanitario le da a estas clasificaciones en relación al abordaje que propone a los “pacientes” y su familia.

El modelo de atención a la enfermedad mental que caracterizó al siglo XIX y XX que privilegia el aislamiento, el encierro de las personas consideradas “fuera de juicio” o “locas” comienza a cuestionarse a partir de 1959 en Inglaterra, con el movimiento de la anti psiquiatría, propiciado fundamentalmente

¹ Master en Trabajo social, cursando estudios de Doctorado. Docente e investigadora de la Universidad de la República de Uruguay.

por Laing y Cooper y en Italia por Basaglia. Este movimiento cuestiona fuertemente el modelo manicomial y planteaban que “el poder médico estaba implicado en la verdad de lo que el afirmaba e inversamente del modo en que esta última podía ser fabricada y comprometida con su poder” (FOUCAULT, 1977, p. 144)

En nuestro país, este movimiento no tuvo mayores exponentes pero insidió relativamente y en forma tardía la tendencia desinstitucionalizadora. Esta se explicita con claridad a partir de la elaboración por parte del Ministerio de Salud Pública del Plan Nacional de Salud Mental (1986) y luego en la ratificación por parte de Uruguay de la Declaración de Caracas (1990).

Se comienza de esta manera a procesar modificaciones en el modelo asilar de atención al enfermo mental dando lugar a concepciones y estrategias que procuran la integración de las personas que padecen “trastornos mentales” a la vida social junto con los “normales”. Se va dejando de lado la concepción de que el enfermo mental es alguien por quien no hay nada para hacer “solo esperar que mueran” (GINÉS, 2003) a concepciones que refieren a la posibilidad de procesos de rehabilitación.

Recién en 1996 se comienzan a implementar modificaciones en relación a lo expresado en el Plan de Salud Mental del año 86. De esta manera el Hospital psiquiátrico², se transforma en un hospital que atiende situaciones en agudo, no asilar, pero permaneciendo como el único hospital psiquiátrico

² El Hospital Vilardebó fue fundado en el año 1880 y es el único hospital psiquiátrico del país, constituyéndose el Centro de Referencia Nacional en lo que refiere a Salud Mental, es también centro de formación de recursos humanos participando la Facultad de Medicina (Cátedra de Psiquiatría), Facultad de Psicología, Facultad de Enfermería y Facultad de Ciencias Sociales (Departamento de Trabajo Social). Si bien el hospital era, al igual que las Colonias de Alienados Bernardo Etchepare y Santín Carlos Rossi, asilos psiquiátricos, el Vilardebó se constituye, a partir de 1996 en un hospital de agudos no asilar.

del país³, se crean Equipos Comunitarios de Salud Mental y se crean unos pocos Centros Diurnos destinados a la "rehabilitación" de estas personas.

Se modifican también las formas de Clasificar los "trastornos" utilizándose manuales internacionales (DSM IV, CIE 10 y otros), que codifican de forma muy minuciosa y precisa mediante un listado de síntomas que si la persona tiene un número determinado de ellos entra dentro de la categoría propuesta.

Esta nueva forma de abordaje trae consigo formas diferentes de relacionamiento del campo médico psiquiátrico con el paciente y su familia que da lugar a nuevos formatos o nuevas categorías de "ser loco" o ser "paciente psiquiátrico" que creemos, han sido apropiadas y elaboradas por los "pacientes" y su entorno socio familiar también de manera diferente. Nos sorprende ver como las personas se presentan ante cualquier técnico utilizando como un elemento de su presentación su diagnóstico, "yo soy bipolar" o "yo soy esquizofrénico".

Frente a estos procesos creemos necesario problematizar dos asuntos complementarios, i) el tratamiento que da el campo médico sanitario a la enfermedad mental y los dispositivos que propone para su abordaje (clasificaciones y estrategias de reinserción socio comunitaria) y por otro lado, ii) el contexto socio histórico en que se dan estos procesos.

1. Efectos biográficos de los diagnósticos psiquiátricos

Es claro que las clasificaciones han sido necesarias para el avance del conocimiento⁴ y son extremadamente útiles a la

² Los planteos actuales respecto a la internación de personas con afecciones psíquicas sugieren la eliminación de los hospitales psiquiátricos. Se propone la creación de salas de psiquiatría en hospitales generales. En la actualidad se cuenta con algunas salas de internación en el hospital Maciel y en algunos del interior del país pero lejos se esta de estar en condiciones de cerrar las puertas del hospital psiquiátrico.

hora de diseñar estrategias de intervención⁵, pero también creemos que este ordenamiento responde a las “formas de ver el mundo” propias de un momento histórico que son producto de ciertas luchas por la imposición de la misma en determinados ámbitos donde estas son producidas imponiéndose, en forma arbitraria como “naturales”, como verdades absolutas que no admiten discusión. (BOURDIEU, 1985)

En el campo médico sanitario⁶, por la necesidad de discriminar entre lo “normal”, (que no requiere una intervención) y lo no “normal” o patológico (y que por tanto requiere intervención), la organización de sistemas de categorización parece imprescindible, es así que los elementos que organizan estas clasificaciones no son solo procesos relacionados al conocimiento sino también constituyen criterios que orientan la intervención en el espacio social.

[...] las clasificaciones prácticas están siempre subordinadas a funciones prácticas y orientadas hacia la producción de efectos sociales y, por otra parte, que las representaciones prácticas más expuestas a la crítica científica [...] pueden contribuir a producir lo que

⁴ En este sentido plantea Douglas (1996:147) “Nuestra mentes ya están inmersas en esa vieja rutina, ¿Cómo podemos pensar acerca de nosotros mismos en la sociedad si no es mediante las clasificaciones establecidas en nuestras instituciones?”

⁵ Para Durkheim, cumplen también una función de cohesión social, afirmaba que “La sociedad solo es posible si los individuos y las cosas que la componen están repartidas en grupos diferentes, es decir, clasificados, y si también estos grupos están clasificados unos respecto a otros. Así que la sociedad supone una organización autoconsciente, que no es otra cosa que una clasificación.” (Durkheim:1993:690)

⁶ Mitjavila (1998:16) define el campo médico sanitario como “el espacio social conformado por las esferas de conocimiento experto (medicina clínica, epidemiología, salud pública, medicina social, y otras disciplinas biomédicas y sociales) que organizan los discursos y las prácticas de agentes socialmente legítimos en los niveles científico, técnico, político y administrativo de la gestión de segmentos problemáticos de la vida social en términos de salud - enfermedad”.

aparentemente describen o designan [...] (BOURDIEU, 1985, p. 87).

Se plantea entonces que estas categorizaciones producen efectos en las personas y en la sociedad en general.

No debemos dejar de considerar que estas clasificaciones referidas a seres humanos, están cargadas de valores, lo normativo está siempre presente en las clasificaciones de personas por más que se pretenda llevarlas al terreno de las ciencias biológicas esgrimiendo con esto cierta objetividad, igualmente suponen valores implicados en las consideraciones de normalidad.

Canguilhem (1978) analiza las categorías de "normalidad" y lo "patológico"; describe la evolución desde una concepción ontológica y centrada en la enfermedad a una concepción dinámica y totalizante. Plantea que "el estado normal de un ser vivo sería una relación normativa de ajuste a medio ambientes" (CANGUILHEM, 1978, p. 111) por lo tanto lo normal se torna un concepto relativo "ya que se transforma en su relación con condiciones individuales"⁷ (CANGUILHEM, 1978, p. 138). Distingue la noción de "patológico" de la de "anomalía", esta última, plantea, no va a ser considerada por la ciencia sino hasta que ha sido percibida como obstáculo para el desarrollo de las funciones esperadas por tanto, tiene que hacerse visible "...para que se pueda hablar de anomalía en el lenguaje científico, es necesario que un ser haya aparecido ante sí mismo o ante otro como anormal en el lenguaje, informulado incluso, del ser vivo" (CANGUILHEM, 1978, p. 100). Es este sentimiento de obstáculo o molestia lo que es calificable de normativo.

⁷ Plantea que los límites entre lo normal y lo patológico son imprecisos cuando se pretende generalizar pero no lo es tanto en referencia a un individuo respecto a sí mismo. La noción de normalidad está supeditada a cada momento, lugar y oportunidad.

En definitiva para Canguilhem (1978, p. 108)

No existe un hecho normal o patológico en sí mismo, la anomalía o la mutación no son en sí patológicas. Expresan otras posibles normas de vida, si esas normas son inferiores, en cuanto a estabilidad, fecundidad, variabilidad de la vida con respecto a normas específicas anteriores de los denominará 'patológicas'. Si esas normas se revelan, eventualmente, en el mismo medio ambiente como equivalentes o en otro medio ambiente como superiores, se las denominará 'normales'. Su normalidad provendrá de su normatividad. Lo patológico no es la ausencia de norma biológica, sino una norma diferente pero que ha sido comparativamente rechazada por la vida.

En relación a la enfermedad mental se complejiza aún más, nos plantea Bastide en Sanchez (2009, p. 118) “[...] aun cuando pudiéramos establecer una definición consensuada sobre lo que sea “la enfermedad” sería imposible mantenerla acerca de la enfermedad de “lo mental”. Fundamentalmente porque no tiene una localización objetiva y su expresión se da mediante una experiencia expresada que nos remite siempre a un nivel dóxico8, “[...] la indefinición de lo que sea la razón, el logos, el sentido...nos devuelve una y otra vez a la “vox populi”, “senso comunis” [...]”.

En el caso de los diagnósticos psiquiátricos, también buscan discriminar lo “normal” de lo que se aleja de la “normalidad” identificando características, (rasgos de personalidad, padecimientos, etc.) que posibilitan agrupar y distinguir en diferentes categorías permitiendo construir “clases” o “tipos” de personas.

⁸ Lo dóxico refiere a nociones prereflexivas, ingenuas, creencias que se imponen a un grupo o sociedad en su conjunto y que permiten actuar conforme a la norma.

Sabemos que el nombre que damos a los grupos humanos tiene, a diferencia del nombre que damos a agrupaciones de cosas, efectos sobre los sujetos clasificados. Cuando clasificamos personas, cuando les atribuimos un diagnóstico, inevitablemente habrá consecuencias para esos sujetos [...] (CAPONI, 2009, p. 328).

En este sentido, creemos que, el asignar un diagnóstico al paciente inicia un proceso de identificación en el que asume también el estereotipo social estigmatizante⁹, y las conductas a él asociadas, generando como efecto secundario, segregación social. No olvidemos el significado social que tiene "la locura" y la clara asociación entre ser "paciente psiquiátrico" y ser "loco".

Devreux en Sanchez (2009, p. 120) plantea que existen procesos previos a la designación del diagnóstico psiquiátrico que ocurren en el entorno socio familiar pero que estas serían designaciones como "loco" o "demente" pero que no tienen el mismo tenor que los producidos por las clasificaciones provenientes de la psiquiatría.

El término "loco" (o "demente") únicamente denotará el status reconocido de aquellos cuyo comportamiento corresponde a una "singularidad", aquí por tanto, posee un sentido rigurosamente etnosociológico. Por el contrario, empleo "neurótico" o cualquier otro término de connotación estrictamente psiquiátricos objetivos permiten deducir la presencia de fenómenos psicopatológicos auténticos" (DEVREUX en SANCHEZ, 2009, p. 120).

⁹ Tomamos el concepto de estigma como "atributo profundamente desacreditador dentro de una interacción social particular" (Goffman, 1970) a partir de alguna característica que produce en quien la posee desvalorización por la asociación de ese rasgo con un estereotipo negativo, este concepto está profundamente relacionado con los procesos de categorización social.

Por su parte Hacking en Iglesias (2004) analiza como la categorización científica de seres humanos, genera efectos, al clasificar los atributos de las personas se modifica la manera en que la persona se piensa a sí misma. Según este autor también se modifican las formas en que las personas piensan respecto a esa clase de personas y como es percibida por los demás.

Propone entonces que la enfermedad surge junto con el diagnóstico, esto significa que, la clasificación y la enfermedad se dan de forma simultánea.

En *Rewriting the soul* (1995) realiza un análisis de la personalidad múltiple – a veces denominada esquizofrenia- e intenta mostrar como adviene una nueva clase de persona, en este caso un esquizofrénico. Básicamente busca conocer cómo los seres humanos interaccionamos con el conocimiento que tenemos de nosotros mismos. Estudia la simultaneidad que engloba a la enfermedad mental, el diagnóstico y el tratamiento. Manifiesta que su inquietud en este campo parte del hecho de que en más de dos siglos ha habido diferentes formas de clasificar, distintas maneras de diagnosticar y, a la vez, diferentes tipos de conductas en la enfermedad mental (IGLESIAS, 2004, p. 22).

De alguna manera las clasificaciones que se realizan sobre las personas generan nuevas posibilidades de acción, de elección, de quien es y qué es lo que puede hacer; a este proceso Hacking se refiere como “Façonner les gens es de hecho un intento por expresar en francés no “hacer gente” (Making People) sino “inventar /construir gente” (Making up People) (ALVAREZ en IGLESIAS; 2004, p. 22)

Plantea que se produce con las clasificaciones un efecto bucle.

Afirmo que hay cambios en los individuos de esa clase, lo que significa que la clase misma se torna distinta (posiblemente confirmada por su estereotipo, pero, como

enfataré, muy bien puede ocurrir lo contrario). Entonces, por el cambio de clase, un nuevo conocimiento puede obtenerse de la misma. Pero el nuevo conocimiento luego pasa a ser parte de lo conocido sobre los miembros de la clase, quienes nuevamente cambian. Esto es lo que denomino, efecto bucle de las clases humanas (HACKING en ALPHEN, 2010, p. 115).

Podemos ver en diferentes autores (BOURDIEU; 1985,1993, DOUGLAS, 1986; HACKING, 2005) la preocupación por desentrañar las dimensiones simbólicas que suponen las clasificaciones, como estas permean la sociedad y en estudiar cómo las mismas se construyen y adquieren relevancia. Estos autores coinciden en colocar el origen de estas clasificaciones, que tienen efecto sobre el resto de la sociedad, en las instituciones, siendo las únicas habilitadas para producirlas.

Douglas (1996) plantea que son las instituciones quienes ejercen el dominio de los procesos de clasificación al igual que Hacking (2005) que sostiene que para que se produzcan clasificaciones que puedan tener efecto sobre los sujetos ("inventar gente") deben ser producidas por expertos capaces de generar esas clasificaciones y deben generarlas a partir de un conocimiento reconocido como válido pero que los mismos deben pertenecer a una institución.

En el mismo sentido Bourdieu (1985, p. 46) afirma: "La eficacia mágica de esos actos de institución es inseparable de la existencia de una institución que defina las condiciones (en materia de agente, de lugar o de momento, etc.) que deben reunirse para que la magia de las palabras pueda actuar".

Creemos que en el caso del campo médico psiquiátrico y especialmente en el ámbito hospitalario se cumplen con creces las condiciones necesarias para que el discurso que allí se produce tenga un efecto "performativo" en el sentido que es capaz de producir determinada subjetividad, refiere a un "acto de institucionalización" que reúne la nominación "depresiva",

“esquizofrénica”, en fin, “paciente psiquiátrico”¹⁰ y la acción que deviene de la autoridad de quien los enuncia (BOURDIEU, 1985).

El enunciado performativo encierra “una pretensión exhibida en poseer tal o cual poder”, pretensión más o menos reconocida, y, por tanto, más o menos sancionada socialmente. Esta pretensión de actuar sobre el mundo social a través de las palabras, es decir, mágicamente, resulta más o menos insensato o razonable según esté más o menos fundada en la objetividad de ese mundo social (BOURDIEU, 1985, p. 48).

Ahora bien, el efecto que estos enunciados tengan sobre el resto del mundo, dependen del “grado de oficialidad de la situación”, “de la distancia social (en la estructura de la distribución del capital lingüístico y de las demás especies de capital)” entre las partes implicadas y “de la sensibilidad del locutor a esta tensión y a la censura que implica, y de la aptitud, estrechamente vinculada a ese locutor, para responder a un alto grado de tensión con una expresión fuertemente controlada, y, por tanto, fuertemente eufemística” (BOURDIEU, 1985, p. 53)

Ni siquiera es necesario que el interlocutor entienda el mensaje y su significado, solo es necesario que quien se lo trasmite sea considerado un interlocutor legítimo, “un portavoz autorizado” por la concentración del capital simbólico acumulado por su clase y que ha sido investido de ese poder por la

¹⁰ Si bien las investigaciones muestran cierta variabilidad respecto a la valoración que se realiza en términos de estigma, en relación a las diferentes patologías psiquiátricas, creemos que la denominación de “paciente psiquiátrico” tiene por sí mismo un peso fuertemente estigmatizante. Según la recopilación de investigaciones realizadas por López, (2008:51) “encontramos, en las diversas medidas utilizadas, un cierto gradiente, que iría desde los problemas citados de salud mental que pueden afectarnos a todos y podemos entender hasta problemas más cercanos a la imagen más tradicional e la “locura” (esquizofrenia y similares).” Aunque se reconoce una base común de rechazo a las patologías psiquiátricas en términos generales.

institución, enunciado en el lugar, la forma y la situación legítimos (BOURDIEU; 1985)¹¹

Estaríamos entonces hablando de que la asignación de un diagnóstico psiquiátrico produce un efecto en el esquema identitario de los sujetos por lo cual deberíamos precisar el término identidad.

La idea de identidad social se nos presenta como un término impreciso y de gran ambigüedad haciendo difícil su traducción empírica, se procurará por tanto concebirla como "un espacio analítico acerca de las formas (estructuras y procesos) a través de las cuales se objetivan socialmente las predicaciones y tipificaciones (auto y heteroreferidas) de los individuos" (MITJAVILA, 1994, p. 69).

En este sentido se entiende como un producto social y será comprendida desde un enfoque relacional,

[...] como un elemento de una teoría de la cultura distintivamente internalizada como habitus (BOURDIEU; 1979, p.3-6) o como "representaciones sociales" (ABRIC, 1994, p. 16) por los actores sociales, sean estos individuales o colectivos. De este modo, la identidad no sería más que el lado subjetivo de la cultura considerada bajo el ángulo de su función distintiva (GIMENEZ, 1997, p. 11).

¹¹ Creemos que quienes son internados en un hospital psiquiátrico están claramente ante una situación "oficial", la situación de internación en este tipo de hospitales priva a la persona incluso de sus derechos civiles, (el director del hospital se convierte en su curador, por lo cual el "paciente" no puede ejercer sus derechos civiles, como por ejemplo firmar documentos, etc.). Esto supone, independientemente de la distancia social producida por la clase social de la cual proviene (notoriamente inferior) y de la distancia producida por el saber médico, una distancia aún mayor producto de su condición de "no capacitado" en forma transitoria mientras permanezca allí. Creemos que estas características que posee el hospital hacen que las categorizaciones que allí se producen tengan ciertamente el efecto performativo mencionado.

Desde este punto de vista la identidad requiere que las personas se perciban como diferentes en relación a algún aspecto pero también tienen que ser percibidas por los demás como tales.

La identidad supone según Gimenez (1997) elementos de “distinguibilidad” ósea, características que definen esa especificidad y que refieren a tres series de elementos:

i) una red de pertenencias sociales (identidad de pertenencia, identidad categorial o identidad de rol). Las personas pertenecen a diferentes redes (familia, profesional, amigos, etc.), que ofrecen diferentes espacios de pertenencia que permiten al individuo definir y construir su identidad. “...cuanto más amplios son los círculos sociales de los que se es miembro, tanto más se refuerza y refina la identidad personal” (GIMENEZ, 1997, p. 13). A partir de la pertenencia social las personas van incorporando las representaciones sociales propias de esos grupos. El status de pertenencia supone una dimensión “simbólico-cultural” que organiza las interacciones y hay diferentes grados de pertenencia que implican también diferente involucramiento con los elementos simbólicos que caracterizan a ese colectivo.

“Por lo que toca a la pertenencia categorial –v.g., ser mujer, maestro, clase mediero, yuppie-, sabemos que desempeña un papel fundamental en la definición de algunas identidades sociales (por ejemplo, la identidad de género), debido a las representaciones y estereotipos que se le asocian” (GIMENEZ, 1997, p. 14).

ii) una serie de atributos (identidad caracteriológica) “Se trata de un conjunto de características tales como disposiciones, hábitos, tendencias, actitudes o capacidades, a lo que se añade lo relativo a la imagen del propio cuerpo” (LIPIANSSKY en GIMENEZ, 1997, p. 15). Estos rasgos pueden referir a elementos del individuo por lo cual van a caracterizar su persona (inteligente o tonto por ejemplo) y otros refieren a las relaciones con los demás pues se refieren a características de sociabilidad. (Amable, tolerante...) y muchos de ellos, por derivar de pertenencias categoriales están ligados a estereotipos o prejuicios asociados a esas categorías, cuando ese estereotipo es negativo, o

sea, desagradable, discriminatorio, es cuando hablamos de estigma.

iii) y una narrativa personal (identidad biográfica). “La distinguibilidad de las personas remite a la revelación de una biografía incanjeable, relatada en forma de “historia de vida” (GIMENEZ; 1997, p. 17) en la relación entre la narrativa personal y como esta es reconocida o reelaborada por los interlocutores juegan un papel fundamental los filtros de las representaciones sociales.

Las personas que poseen un diagnóstico psiquiátrico no solo deben enfrentar las dificultades propias del padecimiento psíquico (que de ninguna manera pretendemos negar, ni minimizar) sino que además deben transitar con el peso que la sociedad ha colocado al diagnóstico que se le asigna, lo cual creemos afecta sus reales posibilidades de inclusión social.

El estigma, entendido como el resultado de proceso de interacción social en el cual un atributo se constituye como profundamente desacreditador produciendo efectos negativos (deterioro) en la identidad social de sus portadores, (GOFFMAN, 1970) “[...] en realidad, hace referencia a un fenómeno o proceso social probablemente universal, enraizado en los mecanismos de cognición social y especialmente resistente al cambio” (LAVIANA, 2009).

En el caso de las personas que han sido diagnosticadas por la psiquiatría se constituye en un factor socio cultural que genera dificultades importantes. De acuerdo a algunas investigaciones consultadas (SÁNCHEZ, 2011; MUÑOZ, 2006) se evidencia como la enfermedad mental constituye un estigma que genera consecuencias en sus portadores “como la pérdida del disfrute de derechos fundamentales, económicos, sociales y culturales” (SANCHEZ, 2011). Según Muñoz (2006) “Las personas con enfermedad mental crónica viven con gran intensidad el rechazo social que, según ellos, les lleva a incrementar el aislamiento y la desesperanza”

En el proceso de estigmatización se pueden observar varios componentes y momentos que se inician

fundamentalmente a partir del etiquetamiento, o sea, la identificación de una determinada característica o marca que afecta a un grupo de personas, la asociación con elementos desagradables debido a creencias culturales; de esta manera los individuos que lo transportan, pasan a constituirse como un grupo diferente. Esto tiene repercusiones en quienes estigmatizan ya que ese “otro” produce sentimientos como miedo, ansiedad, compasión, etc. Y también en quienes resultan estigmatizados, reforzando el proceso y por ende teniendo impacto sobre sus percepciones y sus acciones. Se producen de esta manera efectos habitualmente desfavorables para los sujetos implicados (LÓPEZ, 2008).

Las maneras en que la persona portadora de un padecimiento psíquico se relaciona con el problema está influido por múltiples factores, el propio padecimiento, el lugar que ocupan en el espacio social, el grado de instrucción, etc., sin embargo “las representaciones y simbolizaciones de la institución psiquiátrica, actúan de manera decisiva en el proceso de respuesta a la enfermedad como hecho fundamental de la biografía del sujeto” (RODRÍGUEZ, 2004, p. 229).

Pensamos que a partir de estos procesos, en el caso de las personas a las que se les ha asignado un diagnóstico de enfermedad mental grave, los roles relacionados con la enfermedad adquieren un dominio central en su identidad pudiéndose pensar en que se presenta a modo de master status. “Es lo que sociólogos como Hugues y Becker denominan en la adscripción de un master status o status principal a un sector determinado al que se quiere estigmatizar – como homosexuales, drogadictos, negros - al cual se añade una serie de rasgos secundarios que se consideran inherentes a ese status principal” (OSBORNE, 1993, p. 99). El master status, refiere al atributo social más destacado durante una interacción, este status es producto de un proceso de etiquetamiento.

En el caso que nos convoca, el efecto que la clasificación pretende es la adhesión al tratamiento y las imposiciones del sistema asistencial, que, en el discurso, les exige integración a la

vida socio comunitaria, pero creemos que de hecho se los confina a circuitos habilitados para personas portadoras de "trastornos mentales"¹² donde lo que allí ocurre no resulta ser relevante para la sociedad en general, confirmando, a la persona, en los hechos, su inutilidad para el mundo y dejando para el un como único elemento de identificación su categorización como "paciente psiquiátrico". Creemos que esto limita las posibilidades de una integración real y significa de alguna manera, una forma diferentes de "encierro".

2. Contexto socio histórico. Que ocurre fuera de los manicomios

Si bien el proceso de "desinstitucionalización" de las personas con trastornos psiquiátricos fue tardío en Uruguay, esa tardanza no fue aprovechada para procurar la implementación de recursos comunitarios que permitieran "sostener" la población que era "liberada" de los manicomios. Este proceso ocurre en un momento socio histórico que presenta características peculiares, las que creemos, hacen más difícil aún la integración de personas que como vimos, además de su malestar psíquico portan el estigma asociado al diagnóstico que les fue asignado.

Como plantea Sennett (2003, p. 165):

La desinstitucionalización de la asistencia social forma parte de un cambio más amplio en la sociedad moderna: el ataque a las instituciones rígidas en el trabajo y en la

¹² Nos referimos básicamente a Centros Diurnos, talleres protegidos, donde solo participan "pacientes psiquiátricos" proponiéndoseles actividades que nos son socialmente valoradas, asociadas en general a espacios lúdicos o recreativos (por ejemplo, manualidades), no son en general actividades de tipo productivo. A esto debe sumarse que la atención médico psiquiátrica se realiza en Equipos Comunitarios de Salud Mental que funcionan en forma separada del Centro de Salud en muchos casos incluso en edificios separados geográficamente.

política. Lo mismo que en la asistencia social, lo que domina este esfuerzo más amplio, es la creencia de que las comunidades tienen más capacidad que las burocracias para satisfacer las necesidades sociales de la gente. Y lo mismo que en la asistencia social, se pone a prueba a las comunidades, que a menudo no están en condiciones de satisfacer dichas necesidades.

Los espacios comunitarios y la familia han sufrido importantes transformaciones en relación a la época en que se comienzan a idear estos procesos.

Hobsbawm (1995, p. 328) lo sintetiza de la siguiente manera: “a revolução cultural de fins do século XX pode assim ser mais ben entendida com o triunfo do indivíduo sobre a sociedade, ou melhor, o rompimento dos fios que antes ligavam os seres humanos em texturas sociais”.

Estas transformaciones a las que hace referencia refieren al tejido social en general involucrando:

a) cambios en el mundo del trabajo, donde se produce un proceso de flexibilización, el surgimiento de formas de empleo atípicas, precarización e importantes procesos de desafiliación producto fundamentalmente del desempleo¹³

b) cambios en el modelo de estado y su relacionamiento con la sociedad civil, donde observamos un retiro del estado redefiniendo las Políticas Sociales. Harvey (1994) identifica en la crisis de los años sesenta la modificación de un padrón de

¹³ El proceso de precarización del empleo se basa, según Castel (1997) en tres fenómenos: i) la desestabilización de los estables, lo que supone que la clase obrera que se encontraba integrada corre riesgo de no estarlo más; ii) Instalación de una periferia precaria constituida por empleados en forma discontinua y iii) la precarización del empleo y el aumento del desempleo, dando lugar a los supernumerarios. Esto complejiza la clase trabajadora volviéndola heterogénea y fragmentada y los excluidos, los que quedan fuera del mundo del trabajo, también quedan fuera de los sistemas de protección social. Si bien las determinaciones de clase continúan operando se complejizan mostrándolas como nuevas lo cual impacta en las identidades colectivas.

acumulación capitalista monopolista (fordista-keinesiano), y el régimen de regulación sociopolítico¹⁴ asociado al mismo, considerado como "rígido" a un régimen de acumulación que denomina "flexible".¹⁵

Estas políticas que constituyen el pasaje a un régimen de acumulación flexible se presentan habitualmente como un proceso modernizador y democrático, en la medida que valorizan la sociedad civil, liberándola de las limitaciones paternalistas impuestas por un Estado Protector. En definitiva, la transferencia a la sociedad civil – y también a las familias – de responsabilidades antes colocada en acciones estatales, vía fomento de iniciativas autónomas constituye una tendencia socialmente instalada que colabora con la minimización y despolitización de las demandas y luchas democráticas (DE MARTINO, 2003, p. 59).

Es lo que Danani (2009, p. 39) denomina familiarización-comunitarización de las políticas sociales, proceso basado en una concepción de bienestar que "...define y asigna la responsabilidad del mismo al par familia/comunidad, inspiradas en el mimos principio: el de la naturalización y la "primarización" de la vida concebida como prepolítica".

c) y como consecuencia de los anteriores se producen transformaciones en los espacios de socialización, especialmente la familia que, además, vuelve a ser la responsable de los servicios sociales de los que se hacía cargo el "estado de bienestar".

¹⁴ Las modificaciones en los modos de acumulación se asocian a regímenes de regulación sociopolítica que aseguren su reproducción. (Harvey, 1992; Netto, 1995)

¹⁵ "Esa flexibilización del capitalismo significa una hipertrofia del sector financiero, cada vez más autónomo de los estados nacionales y cada vez más autónomo de los estados nacionales y cada vez más independiente de las coordenadas temporo-espaciales en virtud de los avances en las tecnologías de comunicación." (De Martino, 2003, p.19).

[...] la crisis del estado de bienestar aparentemente requiere una solución familiar – al menos parcial- en términos de: 1) reducir su dependencia de los servicios colectivos; y 2) aumentar o redescubrir la autonomía e iniciativa personal/familiar para enfrentar problemas asociados a estas transformaciones” (DE MARTINO, 2001, p. 49).

Esta tendencia desconoce las transformaciones que las familias han tenido volviéndose altamente heterogénea en sus formas pudiendo observar una pluralidad de complejos arreglos familiares donde se observa, en un porcentaje muy importante, un peso significativo de las responsabilidades atribuidas a las familias sobre las mujeres.¹⁶

Creemos relevante en este caso profundizar en las transformaciones que se han dado en el tejido social y especialmente en la familia, lo cual puede ser explicado por los procesos de individuación analizados por los teóricos de la modernización reflexiva (BECK, GIDDENS, LASH, BAUMAN). Estos autores coinciden en que la sociedad contemporánea está caracterizada por un proceso de individualización, en el sentido que “los derechos civiles, políticos y sociales básicos, pero también el empleo remunerado y la formación y movilidad que ello conlleva- están orientados al individuo y no al grupo” (BECK, 2003, p. 30).

Se refieren a individualización como categoría social diferenciándola del individualismo de la ideología liberal, que supone un individuo que puede decidir y dominar todos los aspectos de su vida. La individualización refiere a un individualismo institucionalizado, por el cual el individuo se

¹⁶ Según una encuesta realizada por el grupo de familiares de personas con diagnóstico psiquiátrico llamado La Esperanza el 65% están constituidos por mujeres, 80% por mayores de 50 años, que llevan más de 15 años cuidando al enfermo. Esto se lleva a cabo con escasos programas de rehabilitación. Únicamente el 12% de los usuarios asisten a Centros de Rehabilitación, el resto está en sus hogares.

convierte en "la unidad básica de la reproducción social" (BECK, 2003, p. 30) condición que no es de libre elección de los individuos.

La individualización es una compulsión, aunque paradójica, a crear y modelar no solo la propia biografía, sino también los lazos y redes que la rodean y a hacerlo entre preferencias cambiante y en las sucesivas fases de la vida mientras nos vamos adaptando de manera interminable a las condiciones del mercado laboral, al sistema educativo, al Estado de bienestar, etcétera (BECK, 2003, p. 42).

Es la reflexividad lo que, para estos autores, caracteriza esta fase de la modernidad por lo cual llaman a este período de "modernización reflexiva".

La reflexividad a nivel del conocimiento constituye la institucionalización de la incertidumbre, ya que conocer en la modernidad difiere del conocimiento en la antigüedad, en la que conocer equivale a estar seguro.

Giddens (1999, p. 38) plantea:

El intercambio y transferencia de riesgos no es un rasgo accidental en una economía capitalista. El capitalismo es impensable e inviable sin ellos. Por estas razones, la idea de riesgo siempre ha estado relacionada con la modernidad, pero quiero defender que en el periodo actual este concepto asume una nueva y peculiar importancia.

En esta línea de pensamiento los teóricos de la modernización reflexiva como Giddens y Beck, plantean la sustitución de la centralidad capital – trabajo adoptando como central la categoría del riesgo a tal punto que postulan el fin de la sociedad de clases.

En la modernidad avanzada, la producción social de riqueza va acompañada sistemáticamente por la producción social de riesgos. Por tanto los problemas y conflictos de reparto de la sociedad de la carencia son substituidos por los problemas y conflictos que surgen de la producción, definición y reparto de los riesgos producidos de manera científico – técnica” (BECK, 1998, p. 25).

Continúa afirmando:

Con el reparto y el incremento de los riesgos surgen situaciones sociales de peligro. Ciertamente, en algunas dimensiones éstas siguen a la desigualdad de las situaciones de clase y de las capas, pero hacen valer una lógica de reparto esencialmente diferente: los riesgos de la modernización afectan más tarde o más temprano también a quienes los producen o se benefician e ellos (BECK, 1998, p. 29).

Aquí el autor reconoce que si bien hay riesgos que son universales existen otros que derivan de situaciones concretas de clase; la posibilidad de conocer y enfrentar los riesgos aparece relacionada con la posición ocupada en la estructura de clases.

En este sentido Lash plantea que existen “ganadores y perdedores de la reflexividad” los cuales se definen en función de lo que denomina “condiciones estructurales de la reflexividad” (LASH, 1997, p. 255) lo que nos permitiría afirmar que no todos estamos en la mismas condiciones de enfrentar los riesgos.

Frente a estos planteos habría que preguntarse si es posible entender estos fenómenos si no es en relación al proceso histórico que le dio forma, ya que se desarrollan en un determinado estadio del desarrollo del capitalismo de acumulación en el cual las características en que se genera la producción de riquezas, así como el desarrollo científico tecnológico al servicio de las demandas del capital son los generadores de este escenario de producción de riesgos. Sería

entonces el modo de producción vigente el que permitiría explicarlo.

Zizek (2001, p. 374) plantea que los teóricos de la sociedad de riesgo, "al concebir el riesgo y la incertidumbre manufacturada como rasgos universales de la vida contemporánea, esta teoría oculta las raíces socioeconómicas concretas de esos problemas" (2001, p. 362). Plantea además que en su análisis "se abstienen de cuestionar los principios básicos de la lógica anónima de las relaciones de mercado y el capitalismo global, que actualmente se imponen cada vez más como lo Real neutral aceptado por todas partes y, como tal, cada vez más despolitizado."

Este autor plantea que el único modo de que las decisiones que generan riesgos a largo plazo y que nos involucran a todos surjan de un debate público que involucre a todos los interesados sería a partir de un "re politización radical de la economía" que permita centrarse en lo que "realmente importa" y que permita constituir alguna "limitación radical de la libertad del capital, la subordinación del proceso de producción al control social" (2001, p. 376).

En el marco de este análisis los autores de la modernización reflexiva sostienen que este proceso genera un debilitamiento de las tradiciones ya que al ser puestas en cuestión pierden la eficacia simbólica necesaria para conformarse como mecanismo que moldea la vida social. La individuación es según Beck (1997, p. 29):

la desintegración de las certezas de la sociedad industrial y de la compulsión de encontrar y buscar nuevas certezas para uno mismo y para quienes carecen de ellas. Pero también significa nuevas dependencias, incluso dependencias globales. La individualización y la globalización son, de hecho, dos caras del mismo proceso de modernización reflexiva.

De esta manera la familia también es puesta en cuestión al menos con los formatos tradicionales que la caracterizaban, dice, Beck (2003, p. 70):

El ser humano elegidor, decididor y configurador, que aspira a ser el autor de su propia vida y el creador de una identidad individual, se ha convertido en el protagonista de nuestro tiempo. Es la causa fundamental de los cambios producidos en la familia y de la revolución global del género en relación con el trabajo y la política.

Los procesos de individualización van erosionando los vínculos grupales o colectivos de solidaridad que existían en la sociedad tradicional a partir de un protagonismo cada vez mayor de la existencia individual. De esta manera decisiones que antes eran pautadas por la familia o la tradición como cuestiones matrimoniales, la elección de una profesión u oficio, el cuidado de las personas dependientes (niños, ancianos, enfermos) ahora se definen de manera individual.¹⁷

En síntesis podemos observar que los modelos de protección social actuales, definen un retorno a la familia y la comunidad de cuidados que durante los modelos del Estado de bienestar estaban en la órbita de instituciones como es el caso de las personas a las que se les ha asignado un diagnóstico psiquiátrico, en un momento en el cual cada uno está preocupado por su proyecto personal, por un “vivir una vida propia” que se impone, fragmentando al individuo en la integración a múltiples mundos funcionales. “La forma social de nuestra propia vida es inicialmente un espacio vacío, que una sociedad cada vez más diferenciada va abriendo” (BECK, 2003, p. 70)

¹⁷ También se han modificado las pautas matrimoniales lo cual se evidencia en la pluralidad de arreglos familiares que podemos observar hoy así como el retraso en la edad de conformación de las parejas y en las definiciones tardías y medidas respecto a la descendencia, ya la maternidad o paternidad no constituye un mandato social.

De esta manera las familias ya no pueden responder a los cuidados de integrantes que no logran hacerlo por sí mismos o que les resulta más difícil y la comunidad ya no funciona como espacio de protección social cercana.

Como plantea Hobsbawn (1995, p. 330):

A cierta altura de la década de 1970, reformadores sociales [...] impactados por los efectos de la institucionalización de los enfermos o perturbados mentales, hicieron con éxito campaña para sacar del confinamiento a tantos de ellos como fuera posible, *‘con el fin de recibir cuidados de la comunidad’*. Pero en las ciudades de Occidente no había más comunidad para cuidar de ellos. No había parentesco. Nadie los conocía.

Tenemos entonces, por un lado un proceso de clasificación de las personas en el campo médico psiquiátrico que no ha roto con los procesos de estigmatización a los cuales se ve sometida una persona que ha tenido o tiene algún sufrimiento psíquico, lo cual hace muy difícil la integración que se predica. Pero, a su vez, en el mundo al cual pretendemos que se integre, los individuos, como vimos, están abocados a la concreción de su proyecto personal lo cual no da lugar al cuidado de otros y tampoco ofrece oportunidades a quienes no esperamos que tengan posibilidad de responder a los requerimientos de una vida "normal".

De alguna manera esto nos explica el hecho que muchos de los "pacientes" que antes estaban en los manicomios hoy estén en las calles sin posibilidades de espacios de protección y cuidado, sin oportunidades de actividades socialmente valoradas y por ende, sin ninguna posibilidad de reinserción socio comunitaria real.

Referências

ALPHEN, V. A. Efectos bucle en las categorías psicológicas: una exploración. **Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica**, v. 2, n. 2, ISSN 1851-9644, p. 114-121- Disponible en: www.psiencia.org, 2010.

BECK; Ulrich; GUIDENS, Antoni y LASH, Scott. **Modernización reflexiva: política, traición y estética en el orden social moderno**. Madrid, España: Alianza, 1997.

BECK, Ulrich; BECK, Elizabeth. **La individualización**. Barcelona: Paidós, 2003.

BOURDIEU, Pierre. **¿Qué significa hablar?** Economía de los intercambios lingüísticos. Madrid: AKAL, 1985.

BOURDIEU, Pierre; EAGLETON, T. Doxa y vida ordinaria. In: **New Left Review** N^o ed. Axal, Madrid, 2000, p. 219-231.

CAPONI, Sandra. Un análisis epistemológico del diagnóstico de depresión. In: **Comunicação, saúde, educação**, v. 13, n 29., p. 327-338, Interfase, 2009.

CASTEL, R. De la peligrosidad al riesgo. In: **Materiales de sociología crítica**. Madrid: Ediciones de La Piqueta, p.219-243,1986.

_____. **Las metamorfosis de la cuestión social.: una crónica del salariado**. Buenos Aires: Paidós, 1997.

DANANI, Claudia. La gestión de la política social: un intento de aportar a su problematización. In: **Gestión de la política social: conceptos y herramientas**. Buenos Aires: Prometeo, 2009.

DE MARTINO. **Perspectivas Teórico-Metodológicas para el análisis de la intervención técnica en procesos familiares.** Documentos de Trabajo N° 20, DTS UDELAR. 2001

DOUGLAS, Mary. **Como piensan las instituciones.** Madrid: Alianza Universidad, 1996.

DUBAR, C. **A socialização: construção das identidades sociais e profissionais.** São Paulo: Martins Fontes, 2005. 343 p.

DURKHEIM. E. **Las formas elementales de la vida religiosa.** Madrid: Alianza editorial, 1993.

FOUCAULT, Michel. **La casa de la locura.** En Los crímenes de la Paz. Franco Basaglia. Ed. Siglo XXI, 1977.

GUIDDENS, A. **Un mundo desbocado: Los efectos de la globalización en nuestras vidas.** Madrid; 1999.

GIMENEZ. G. **Materiales para una teoría de las identidades sociales.** Fronteranorte 9, N° 18, jul-dic, 1997 p. 2 – 27. Disponivel en: aplicaciones.colef.mx8080/fronteranorte/articulos/FN18/1-f18. Recuperado el 23/11/2010.

GINÉS, A. La honda de Murguía. **Revista de Psiquiatría del Uruguay**, v. 67, p. 172-180, n 2, Diciembre 2003.

GOFMAN, E. **Estigma: la identidad social deteriorada.** Buenos Aires: Amorrortu, 1970.

HACKING, I. Philosophie et Histoire des concepts scientifiques. In: **Façoner les gens.** Paris: College de France, p.593-613, 2005.

HARVEY, D. **Condição pós-moderna.** São Paulo: Loyola, 1994.

HOBSBAWM, E. **A era dos extremos: o breve século (1914-1989)**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.

IGLESIAS, M; La filosofía de Hacking: el giro hacia la práctica de la filosofía de la ciencia. **Utopía y Praxis Latinoamericana**, julio-setiembre, año/vol. 9, n. 026, Univ. de Zulia, Maracaibo Venezuela. P.. 9-28, ISSN 1316-5216, 2004.

LASH, C., GUIDENS, A., BECK. U. **Modernización reflexiva: política, tradición y estética en el orden social moderno**. Madrid: Alianza, 1997.

LAVIANA, M, LOPEZ, M. **Estigma social, violencia y personas con trastornos mentales graves**. Disponible en: www.faisen.es/contenido/.../articulos.pdf 2009.

LENTINI, E. **Discapacidad mental: un análisis del discurso psiquiátrico**. Buenos Aires: Lugar, 2007.

LOPEZ, M; LAVIANA, M; FERNANDEZ, L; LOPEZ, A; RODRIGUEZ, A y APARICIO, A. La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental: una estrategia compleja basada en la información disponible. **Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría**. v. XXVIII, n. 101. p. 43-83, ISSN 0211-5735. 2008.

MITJAVILA, M. **El saber médico y la medicalización del espacio social**. Documento de Trabajo N° 33. Montevideo: UDELAR. FCS. Departamento de Sociología. 1988

_____. **Identidad social y comunidad: notas acerca de las conexiones entre ambos conceptos**. Cuadernos del CLAEH n. 69. Montevideo. Segunda serie, año 19. p. 67-77, 1994.

OSBORNE, R. **La construcción sexual de la realidad**. Madrid: Cátedra, 1993.

RODRIGUEZ, F. La representación social de la enfermedad y la institución psiquiátrica en el paciente mental. **Espacio Abierto**, abril-junio, año/vol. 13, n. 002. Asociación Venezolana de Sociología. Maracaibo Venezuela p. 229-247. 2004. Disponible en: www.redalyc.com.

SANCHEZ, de las Matas, M, El confuso status epistemológico actual del objeto: sobre deixis y diagnóstico de "lo mental". **Inter Sedes**, v. X (19-2009) p. 117-129, (ISSN: 1409-4746), 2009.

SENNETT, Richard. **El respeto**: sobre la dignidad del hombre en un mundo de desigualdad. Barcelona: Anagrama, 2003.

ZIZEK, Slavoj. **El espinoso sujeto**: el centro ausente de la ontología política. Buenos Aires: Paidós, 2001.

Recebido em 28/04/2011

aceito em 16/05/2011

Title: *Some thoughts on "mental illness" in present days*

Abstract: *This paper reflects on medical psychiatric classifications and their effects. It proposes that classifications have effects on classified people and their environment, which hinders intended integration possibilities, especially after the movements in the medical psychiatric field which occurred in the last decades. This takes place in a socio-historical moment in which individualization processes characterize society and progressively erode group or collective bonds that used to exist in traditional society because of an increased role of individual existence. This generates a major difficulty in the intended integration processes of people who suffer or have suffered psychical distress.*

Keywords: *mental illness; medical psychiatric classifications; integration.*
