



**Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Psicología**

**El concepto de enfermedad mental: dispositivo de poder y control
social.**

**Presenta:
Rocío Ríos Calva**

**Directora de Tesis:
Dra. María Emily Reiko Ito Sugiyama**

**Revisora:
Lic. Blanca Estela Reguero Reza**

México, D.F., 2011.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Dedicada a mis padres:

María de los Ángeles Calva Durán y Tomas Ríos Quintero, por existir.

A mi familia:

Mari, Juana (Abue), Antonio, Maru, Marco Antonio, Julia, Oscar y Daniel, por ser lo que son.

A mis Amigos:

Lucero, Eva, Paulina, Beatriz, Sra. Guadalupe, Dianita, Mayumi, Claudia, Denisse, Tesiu, Chayo, Carolina, Miguel, Flor, Hayde, Gabina, Lorenia, Hugo, Alan, Imelda, Juan, Lilia, Sonia, Yesmec y a todos aquellos que han estado presentes en mi vida dando un gran significado a mis actos, compañeros de arte, academia, deporte, de locuras...

Y a:

María Emily Reiko Ito Sugiyama, por su interés, dedicación y paciencia. Blanca Reguero, Rafael Luna, Carlos Rojas y Juan Carlos Huidobro, por sus muy acertadas observaciones y apoyo.

Locuras

Hay locuras para la esperanza,
hay locuras también del dolor.

Y hay locuras de allá,
donde el cuerdo no alcanza,
locuras de otro color.

Hay locuras que son poesía,
hay locuras de un raro lugar.

Hay locuras sin nombre,
sin fecha, sin cura,
que no vale la pena curar.

Hay locuras que son
como brazos de mar:
te sorprenden, te arrastran,
te pierden y ya.

Hay locuras de ley,
pero no de buscar.

Hay locuras que son la locura:
personales locuras de dos.

Hay locuras que imprimen
dulces quemaduras,

locuras de Diosa y de Dios.

Hay locuras que hicieron el día,
hay locuras que están por venir.

Hay locuras tan vivas,
tan sanas, tan puras,
que una de ellas será mi morir.

Silvio Rodriguez

ÍNDICE

Resumen	1
Introducción	3
1.- Factores científicos y sociales que definen el concepto de salud/enfermedad	13
2.- Las tensiones de poder y las tecnologías disciplinarias.	19
3.- El discurso ortopédico (moral) de una sociedad “sana”	24
<i>3.1.- El concepto de salud/enfermedad al servicio de la modernidad, la civilización, productividad, mercadotecnia y el “desarrollo”</i>	25
Discusión y conclusiones	37
Bibliografía	47

Resumen

La presente reflexión se crea a partir del concepto de poder que define Michel Foucault, teórico de origen francés que hace una exploración minuciosa sobre las relaciones de poder y sus efectos, no hablando de éste como algo que pertenece sólo a algunas personas o grupos, sino de sus operaciones a partir de diversos dispositivos que se expresan en varias esferas sociales.

Se realizó una exploración de las tensiones, relaciones y juegos de poder en torno al uso y aplicación de la etiqueta “enfermo mental”. Se entiende que la construcción de dicho concepto forma parte de un dispositivo de poder, que mantiene premisas morales a partir de diversas justificaciones que toma varias formas históricas. Por lo tanto, se considera importante poner en cuestionamiento los criterios sobre los que se basan dichos planteamientos, dando pie a la posibilidad de que existan otras formas de asumir la vida. Lo anterior no pretende negar la construcción de definiciones como referentes para el análisis e intervención en las áreas de salud mental; no obstante, se considera conveniente cuestionar estos planteamientos ya que bajo ellos se interviene en la práctica.

Por ello, resulta sustancial el surgimiento y desarrollo de corrientes y prácticas que extraigan el concepto de enfermedad mental del contexto clínico y lo coloquen dentro de la vida social en general; o incluso ser capaces de comprender la existencia de otras estructuras de pensamiento más holísticas, para poder reflexionar acerca de sus alcances a nivel social, económico y político.

La discusión se da a partir de las categorías oficiales de salud/enfermedad mental, como parte de un dispositivo de poder, el cual en la actualidad recorre varias esferas sociales, con muchas finalidades incorporadas a formas del pensamiento normativo que dan prioridad a los valores morales de una sociedad occidental que se hace llamar moderna y civilizada desde sus procesos industriales, lo que ha llevado a defender conceptos y estilos de vida que se muestran como correctos, entre ellos la productividad, una estética de lo saludable y lo aséptico.

Las conclusiones no giran entorno a ver la salud/enfermedad mental como un proceso aislado e individual, sino como parte de un dispositivo socio-político que premia o castiga con base en una ortopedia moral sustentada en la industria de lo saludable, en una parte de la ciencia y en las bases históricas de una sociedad que con aspiraciones de incorporarse a la modernidad, concentra toda una gama de espectros ajenos a la realidad económica de muchas sociedades, generando a su vez mecanismos de poder que se impregnan en los tuétanos sociales.

Palabras clave: Salud/enfermedad mental, dispositivo de poder, industria de la salud, ortopedia moral, uso político de la enfermedad mental, Organización Mundial de la Salud.

Introducción

*“La frecuente romantización de la locura no tiene futuro.
La politización de la locura es indispensable si queremos crear un futuro”
David Cooper, 1979: 17.*

El presente trabajo se propone analizar el *concepto de “enfermedad mental”*¹ en la actualidad, considerado como parte de un dispositivo de poder, a partir de referentes históricos de dicho constructo. Así, una de las finalidades fue introducir elementos de comprensión que situaran dicho concepto en un contexto social más amplio, por ello creí necesario dar mayor peso a la comprensión de los ejercicios de poder, control y conflictos sociales en torno a la enfermedad mental, y no sólo limitarme a manifestaciones sintomáticas y ceñidas en lo “individual”. Por lo tanto, este tema se aborda con una postura crítica, para dar una propuesta donde se comprenda el uso político de la enfermedad mental y sea entendida como parte de una construcción social y un dispositivo de poder que perpetúa valores, normas y leyes.

Por lo anterior, se revisarán las fluctuaciones entre tres referentes: el concepto de enfermedad mental, la enfermedad mental considerada como un padecimiento, y el enfermo mental; elementos que nos muestran sólo una parte del amplio panorama de la salud/enfermedad. El primero, como base teórica, ha establecido muchas de las prácticas que atienden la enfermedad mental, aunque la mayoría de ocasiones, no han funcionado para cubrir necesidades o sólo favorecen la hegemonía del sistema sociopolítico en Occidente y una parte de su predominante ortopedia moral². El concepto de enfermedad mental refleja y constituye las formas de construir los escenarios histórico-culturales o individuales de etiquetar, clasificar y en consecuencia, marginar o estigmatizar rasgos que no pertenecen a la norma social. El segundo es el papel de la enfermedad mental, el énfasis en sus manifestaciones sintomáticas y las formas “terapéuticas” que se han diseñado para impedir su “propagación”,

¹ Se observa persistentemente, en gran parte del pensamiento científico, la dicotomía cuerpo/mente, donde la enfermedad se dividió para su estudio en: física y mental. En este trabajo, me enfocaré a hablar de enfermedad mental como aspecto elemental, pero está presente la noción integral de lo mental y físico como un “todo”, ya que considero, no son entes excluyentes.

² El concepto de ortopedia moral es desarrollado en el capítulo tres.

justificándose como parte del “bienestar” y dejando de lado muchos de los factores socio-políticos del enfermar: En consecuencia, parte del presente escrito, se basa en una reflexión social e histórica sobre la enfermedad mental y en conceptualarla como un acontecimiento individual y negativo. Por último se incorpora el análisis en torno al enfermo mental, ya que es preciso no dejar al margen algunos de sus efectos políticos y culturales. Por consiguiente, el presente texto se mantiene oscilando entre estos tres referentes que considero importantes para poder construir planteamientos que den paso a nuevos cuestionamientos. Estos tres aspectos a lo largo del contenido, se entrecruzan de diversas maneras, a partir de su contextualización en ámbitos económicos, políticos y científicos.

De igual manera, es sustancial resaltar que en el presente trabajo he considerado que la construcción de salud y enfermedad planteada para su estudio, forma parte de lo mismo y que de manera estratégica, obedece y delimita un parámetro establecido en el que se puede encontrar una persona, es decir, un rango limitado de posibilidades donde al individuo se le debe de etiquetar teniendo que encontrarse entre una estructura ya elaborada de lo patológico y sano. Así, Guinsberg citando a Jervis nos dice que:

Es lícito suponer que normalidad y trastorno no sean más que las dos caras de una misma medalla, dos aspectos insolubles y artificialmente separados de una misma realidad social que nos viene presentada como la única posible. Somos invitados a atenernos a esta normalidad si no queremos caer en el riesgo de los trastornos mentales: pero no se nos dice que es precisamente esta normalidad la que lleva consigo, indisolublemente, el trastorno; ni se nos dice tampoco que quizás existan otros modos de enfrentar a la realidad actual, que no son ni la locura, ni el modo de ser normal al que insistentemente se nos invita (1990: 22).

De aquí que pensar en otras posibilidades de plantearse esta problemática se encuentra fuera del esquema, marcando quizás márgenes restringidos de acción. Bajo esta lógica de pensamiento, me surge el

cuestionamiento de ¿si es posible estar totalmente sano o enfermo y con qué reglas se es medido? Ante ello, es preciso entender la doble naturaleza del humano como ser biológico y cultural, así, cabe decir que no puede ajustarse dentro de un discurso polarizado, sino como un ser de contradicciones; es decir, contiene paradojas en su actividad las cuales pueden exceder, recorrer o encajar en dichos parámetros.

Ante este tema, nos encontramos con otra problemática entre las dualidades: la segmentación de cuerpo y mente como sustancias independientes. Dicho planteamiento ha generado tal controversia que desde hace algunos años, surgió la necesidad en diversas disciplinas, de elaborar una concepción holística del ser humano. Sin embargo, sigue prevaleciendo el planteamiento cartesiano, de tal manera que para evitar reproducir este primer paradigma, a lo largo de todo este trabajo, hablaré de *salud/enfermedad* como dos entidades unificadas y al discutir sobre salud física y mental o enfermedad física y mental por separado, me estaré refiriendo a formas interrelacionadas. Entonces, al retomar el análisis de cualidades específicas (como enfermedad mental) que han llevado su estudio fraccionado a construcciones limitadas del conocimiento, pretendo poner sobre la mesa sus restricciones a nivel teórico-práctico.

Así mismo, es importante hacer presente que dentro de la salud/enfermedad mental también existen más clasificaciones, por ejemplo, en el ámbito de la enfermedad mental se desglosan diferentes tipos de trastornos, definidos a partir de una serie de investigaciones, teorías y estadística. Así una parte de la crítica aquí realizada es que cada uno de estos resultados ha ido cambiando al paso del tiempo, lo que hace de este conocimiento científico un constructo cultural y dinámico, y no una verdad inamovible, teniendo en la actualidad a teorías y los diagnósticos que dictaminan lo patológico y lo sano, como lo más auténtico, en tanto que sea rebasado por otros planteamientos.

Ante las críticas realizadas a las formas de diagnosticar y crear las clasificaciones, han surgido cambios algo engañosos en los planteamientos “oficiales”. Así, a partir de hacer presente el aspecto cultural en las patologías, vemos cómo se ha pretendido encuadrar sobre un determinado trastorno y

contextualizar en el aspecto clínico, partiendo de costumbres culturales. No obstante, podemos encontrar que dicho planteamiento se encuentra aún insertado en los parámetros de “etiquetar”, como en el caso del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM) que especifica la existencia de “síntomas dependientes de la cultura, edad y sexo”, centrándose así en construir teoría que define determinados síntomas (y en consecuencia trastornos), con lo cual se diagnostica con estas normas en culturas con otros valores y parámetros normativo; donde, a pesar de considerar las diferencias culturales, se está midiendo con la regla dominante de una cultura aunada a los procesos económicos de la globalización. Así, la mayoría de planteamientos de diagnóstico se generan dentro de un espectro moral y normativo en donde el papel imaginario de la “ciencia-verdad” cuaja como parte de argumentos que desplazan otras posibilidades y formas de entender la vida. De aquí que podemos pensar ¿De qué sirve que quieran considerar aspectos culturales para el diagnóstico, si finalmente se está clasificando con las reglas y escuadras de otra cultura (en este caso la occidental de clase media alta)? ¿Qué ocurre con una persona de otra cultura distinta a la occidental que no denomina a la salud como un estado de bienestar y mucho menos la fragmenta en física y mental? ¿Cómo podríamos emplear la ética sobre el diagnóstico, ya que no sabemos cómo este mismo puede destruir a una persona?

Por consiguiente, para la elaboración del análisis crítico de salud/enfermedad física y mental, considero necesario comprender que se parte del cuestionamiento de formas duales de conceptualizar e incluso se plantea que la formulación de los mismos obedece sólo a formas de vida determinadas por algunos grupos y que estas concepciones, pueden verse limitadas a la hora de voltear la mirada a otras culturas con elaboraciones distintas que parten de su historia y creencias que utilizan como medio de reivindicación ante la exclusión que han vivido por años. Para ello, se considera importante reconocer cómo se originan diversas formas de relacionarse, sin ser mejores o peores que las occidentales, estableciendo un abanico de posibilidades que quizás fomenten mayor creatividad en los grupos humanos, mejor aproximación a sí mismos y a su entorno, mayor capacidad de exigir, cosa que

puede no convenir a la escala de valores de una sociedad que se encuentra inmersa dentro de un plan económico con marcadas diferencias.

Ante todo, a partir de lo anterior podemos ver a nivel de teorías y prácticas académicas, las formas de generar el diagnóstico de la enfermedad mental. Sin embargo, es importante entender otros factores inmersos en la cultura que generan también los signos para determinar qué es sano y qué es enfermo. Así, tenemos cómo lo patológico dentro de este parámetro, se encuentra inmerso entre una realidad que ya estructurada, es cooptado, por un lado, buscando la adaptación por medio de hábitos de consumo y por el otro, mediante la misma mercadotecnia³, hacer también de lo “patológico” formas “normales” de vida.

A partir de estas consideraciones, podemos ver cómo una parte de la ciencia en Occidente mantiene una industria de la salud-enfermedad mental, un ejemplo de ello es que “en culturas que aún no se encuentran sometidas a la industria de la salud mental, la locura es un proceso natural que tiene su principio y que encuentra su propio fin. La locura tiene su propia razón y necesidades «diferentes» y estas necesidades son comprendidas por toda la comunidad” (Basaglia, 1984: 38).

Así pues, podemos ver que en las sociedades industrializadas, se ha impuesto como necesario un consumo de lo saludable y una mercantilización de dichas creencias que se naturalizan transformándose en algo “verdadero”, se impregna en los “tuétanos” sociales y que es reproducido sin la necesidad de forzar demasiado, convirtiéndose en la práctica de una “verdad verdadera”.

De aquí que también podamos hablar de la existencia de desórdenes mentales funcionales, donde se privilegian, como veremos más adelante, la productividad y eficiencia. Éstas, dentro de determinadas formas de vida, son premiadas por representar la obediencia y la creación de plus valor, así como conductas que se encuentren dentro de la norma social, aunque sean costumbres que vayan en contra de lo que las personas desean.

Por otro lado, pero como parte de este mismo mecanismo, un punto muy importante en el pensamiento contemporáneo que tiene grandes repercusiones

³ Pensando a la mercadotecnia, como en base a las necesidades reales de los consumidores, crea deseos y nuevas necesidades.

en el terreno social de la salud/enfermedad es el papel de lo individual y como ha llegado a ser entendida en términos de patología individual, dando mayor importancia a la sanación personal y minimizando su impacto social. Con ello, no quiero decir que no exista la enfermedad mental⁴, ya que es un constructo definido y redefinido continuamente, que expresa las formas o estructuras sociales; sin embargo, considero que ha sido empleada con fines más allá de la “curación”; me refiero a “el uso político de la enfermedad mental” (Basaglia, *et al.* 2006: 28). Aquí conviene resaltar la paradoja que existe entre el mal que se veta y su producción social, es decir, las enfermedades no se presentan de manera individual, sino que “cada civilización hace sus propias enfermedades” (Illich, 1975: 69) y contradictoriamente, puede llegar a negar esa creación con métodos de exclusión y discriminación que se encuentran implícitos en estructuras legales, científicas o cotidianas. Sin embargo, este análisis no girará en torno a la polarización que opera entre el término enfermedad mental con rasgos altamente positivos o negativos, sino como un concepto constantemente utilizado en la actualidad, con un peso histórico, simbólico, social y cultural que origina diversas circunstancias concernidas en ejercicios de poder. Y por consiguiente, no podemos limitar la reflexión considerando que existen personas totalmente sanas o enfermas, ya que esto encuadra dentro de aquella clasificación de “bueno” o “malo” que sólo resalta valoraciones morales arbitrarias e inhibe un análisis más profundo con respecto a los factores socio-políticos de lo sano o enfermo.

De esta manera, podemos rastrear esta posición individual desde la perspectiva que venía gestándose acompañada de la exclusión en “la burguesía liberal del siglo XIX, para responsabilizar a la clase trabajadora, de «la falta de prevención», de sus desgracias, de su miseria y de sus enfermedades” (Huertas, 1998: 96). Todos esos antecedentes repercutieron en la formación de nuevas instituciones, algunas efímeras y otras de larga duración (Instituto de Seguridad y Servicio Social de los Trabajadores del Estado [ISSSTE], Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS]).

⁴ Thomas Szasz en 1961, médico psiquiatra y psicoanalista, que pertenece al llamado movimiento anti psiquiatra, afirmó que la enfermedad mental no existe.

No obstante, la idea de lo patológico o anómico no ha quedado estática y ha pasado por varias fases (en algunas ocasiones, contradictorias, como el lado positivo y negativo del etiquetado como “loco”) donde incluso es importante recuperar y tener presente que existe una representación de la locura, enfermedad mental y trastorno, en diversos tiempos y no únicamente con su construcción formal en las ciencias, es decir, con su peso histórico y su uso cotidiano. Actualmente, se han propuesto nuevos indicadores conceptuales de lo que se ha llamado “locura” o “enfermedad mental”, como sería el término trastorno⁵, categoría que en el pensamiento contemporáneo tiene importancia por su representación social; no obstante, no podemos negar que esto puede constituir un terreno efímero de dichos conceptos.

Para consultar en torno a la enfermedad mental (o en la actualidad redefinido como trastorno) y sus clasificaciones, existen manuales como el CIE 10 (Clasificación Internacional de Enfermedades) promovida por la OMS (Organización Mundial de la Salud), o el DSM IV⁶ (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) promovido por la APA (*American Psychiatric Association*), que comparten una serie de clasificaciones específicas y minuciosas que describen los trastornos y sus síntomas⁷. Así

⁵ Definir el significado de *trastorno* conlleva diversas dificultades, como en la enunciación de cualquier término, debido a que diversos autores lo han definido y redefinido, así por ejemplo, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM IV (en su introducción, página XXI), replicando que hay una gran diversidad de trastornos y que cada uno merece una especificidad, sin embargo, hace mención de que en ese manual “cada trastorno mental es conceptualizado como un síndrome o patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar (p. ej., dolor), a una discapacidad (p. ej., deterioro en una o más áreas de funcionamiento), o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad”. Y argumentando en contra de las críticas que se le han realizado a dichos manuales, dice que: “Ni el comportamiento desviado (p. ej., político, religioso o sexual) ni los conflictos entre el individuo y la sociedad son trastornos mentales, a no ser que la desviación o el conflicto sean síntomas de una disfunción”. Pero no podemos aislar esta opinión de su contexto histórico, por lo cual encontramos cómo durante un tiempo, la homosexualidad fue considerada como una enfermedad mental (Urias, 2005), o cómo durante los años 60ss del siglo pasado, diversos disidentes políticos fueron recluidos en instituciones psiquiátricas considerando negativo para la sociedad el pensamiento divergente (*La Jornada* - Domingo 5 de septiembre de 2004).

⁶ Durante el periodo de elaboración de la tesis (año 2010), salía a la luz la quinta versión del DSM, en el cual se exponen “nuevas” propuestas en torno a los trastornos y sus clasificaciones, pero debido a la temporalidad del presente trabajo, no se incluirán dichos planteamientos.

⁷ Inclusive hay una categoría, por ejemplo, en el CIE 10 que define un “trastorno mental sin especificación (F99)”, esto en caso de que alguien no cupiera en esa amplia camisa de trastornos (versus la camisa angosta para lo “sano”).

para comprender el concepto de enfermedad mental, considero necesario realizar una revisión y reflexión sobre lo que se entiende por salud⁸. En la actualidad existe un organismo reconocido, que es la OMS (1992), la cual es dependiente de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y máxima tutoría reconocida mundialmente en materia de salud.

En estas construcciones sobre la salud/enfermedad, podemos ver cómo la norma se ha llegado a equiparar con la salud mental, donde en nuestro siglo la categoría norma⁹ refiere a la evaluación de la gente por parte de las élites y grupos de poder (Galimberti, 2002: 14).

Del breve recorrido expuesto anteriormente, hemos de observar el efecto de las nuevas formas del poder que pasaron del castigo corporal a lo “incorpóreo”¹⁰, mediante técnicas y técnicos que han “venido a relevar al verdugo, anatomista inmediato del sufrimiento: los vigilantes, los médicos, los capellanes, los psiquiatras, los psicólogos, los educadores” ahora cumplen ese papel (Foucault, 1976: 19). De esta manera, encontramos cómo se da el paso del relegar o excluir a los que se consideraron “diferentes” en determinadas culturas, a posteriormente juzgar “a la vez pasiones, instintos, anomalías, achaques, inadaptaciones, efectos de medio o de herencia; se castigan las agresiones, pero a través de ellas las agresividades; las violaciones, pero a la vez, las perversiones; los asesinatos que son también pulsiones y deseos” (Foucault, 1976: 25), aislándolos de su contenido histórico y utilizándolo con fines de exclusión (y no como parte de las contradicciones de la cultura).

Así, se propone entender a la enfermedad mental como dispositivo de poder, retomando las categorías utilizadas por el psicólogo francés Michel Foucault¹¹ (1926-1984) mirando desde sus formas de analizar, ya que desde su perspectiva, explica el poder como inherente a toda relación y no como algo que se tiene; por lo tanto, no hay espacios ni relaciones sin poder, haciendo de

⁸ Concepto que será presentado en el capítulo 1.

⁹ “Normalidad no es entonces otra cosa que el respeto o cumplimiento de una norma o condición mayoritaria imperante en un determinado marco social o en una época también determinada, y que puede, o no, cambiar en otras circunstancias” (Galimberti, 2002: 15).

¹⁰ “El recurso a la psicofarmacología y a diversos “desconectantes” fisiológicos, incluso si ha de ser provisional, se encuentra dentro de la lógica de esta penalidad (“incorporal”)” (Foucault, 1976: 19).

¹¹ Sólo tomaré de referencia su libro de *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión* (1976). México: Siglo XXI.

éste algo imperceptible (Ibañez, 2004: 337).

De esta manera, considero preciso esta exploración de la enfermedad mental, que se da a raíz de los análisis realizados en torno del quehacer político y social del profesional de la salud mental, en este caso, el psicólogo, cuestionando el uso de categorías “oficiales” al servicio de la adaptación a reglas sociales y sexuales de la cultura predominante¹². Así pues, dicho concepto está siendo entendido a partir de un contexto socio-político, que incluso ha permitido justificar la exclusión y tortura física o psicológica de quienes se han alejado de las normas¹³.

Por ende, se considera sustancial explorar cómo opera la versión “oficial” de la enfermedad mental, su uso en el pensamiento contemporáneo, sus contradicciones y si este concepto oficial en la actualidad puede ser considerado como dispositivo de poder.

Y ya que muchas reflexiones se han realizado con la concepción clásica del poder de unos cuantos sobre otros, en las categorías predominantes que definen la salud/enfermedad mental, creo necesario basar el análisis en definir el poder como parte de una relación de fuerzas, dimensionando este ejercicio en cuanto a las categorías “oficiales” de salud-enfermedad mental que imperan en el siglo XXI y la manera en que éstas atraviesan diversas estructuras de pensamiento y acción, por lo que aquí se presenta un análisis psicosocial de la categoría *enfermedad mental* como dispositivo de poder, parte de su uso y construcción social. Así, una de las preguntas base de este escrito es: ¿Constituye la enfermedad mental en la actualidad un dispositivo de poder y, si así es, cómo se compone?

¹² “El carril de la normalidad está definido por los valores de la ideología dominante y orientados a validar la estructura socioeconómica” (Gomezjara, 1989: 9).

¹³ “La Fiscalía Especializada para Movimientos Sociales y Políticos del Pasado (FEMOSPP) descubrió en hospitales psiquiátricos más de un centenar de expedientes con nombres iguales a los de desaparecidos durante la guerra sucia de los años setenta y ochenta. A raíz de ello, inició seis actas circunstanciadas de igual número de casos concretos ante la posibilidad de que presos políticos hayan sido enviados a esos nosocomios, como ocurrió con Carlos Castañeda de la Fuente, quien en 1970 intentó asesinar al entonces presidente Gustavo Díaz Ordaz. Fuentes oficiales revelaron a La Jornada que la FEMOSPP desarrolló durante los últimos meses una investigación sobre la posibilidad de que opositores a los regímenes de Luis Echeverría Álvarez y José López Portillo hubieran sido enviados a hospitales psiquiátricos”. (*La Jornada* - Domingo 5 de septiembre de 2004).

Por lo tanto, esta tesis consiste más en generar preguntas que respuestas, en plantear una serie de cuestionamientos en torno a los efectos de las maneras oficiales y predominantes de definir la salud/enfermedad mental. En consecuencia, este análisis no genera respuestas absolutas, y en cambio pretende generar un cuestionamiento del papel político como psicólogos y nuestra mirada hacia la sociedad.

Para desarrollar las ideas hasta aquí planteadas, en el capítulo uno se presentan algunos hitos principales sobre *la salud/enfermedad mental en la actualidad y la* confluencia de los factores científicos y sociales en su determinación, para contextualizar el cuerpo del trabajo. Se aborda la versión dada por la OMS acerca de salud y salud mental, se revisa de manera general la trayectoria entre locura, enfermedad mental y trastorno, y cómo es entendido en la actualidad a partir de sus referentes europeos.

En el segundo capítulo se expone el concepto de poder y la teoría de Michel Foucault con respecto a éste. Exponiendo primero la mirada tradicional del poder, que es entendido la mayoría de veces como privilegio de unos cuantos para pasar posteriormente a verlo como una relación y tensión de fuerzas, donde no hay espacios ni relaciones sin poder, haciendo del poder algo imperceptible.

El siguiente capítulo es resultado de una reflexión crítica a partir de los planteamientos presentados en los dos capítulos anteriores, donde se explora cómo el concepto de salud/enfermedad se encuentra al servicio de la modernidad, la civilización, productividad, mercadotecnia y el “desarrollo”, y no únicamente como un estudio objetivo y científico que se encuadra dentro de estructuras “exactas” y confiables.

Finalmente, se presentan las discusiones y conclusiones que buscan el análisis y reflexión entorno al terreno de la salud/enfermedad mental y sus efectos en una sociedad global. De igual manera, se discute el papel del psicólogo y de algunos técnicos en este proceso.

1. Factores científicos y sociales que definen el concepto de salud/enfermedad

“La enfermedad aparece como la encarnación desdichada de una protesta justa ante una injusta opresión”
Guinsberg, 1990: 89.

La salud es un concepto teórico que define un estado en los seres vivos, sus significados y estudios han ido cambiando a lo largo de la historia, debido a múltiples situaciones culturales; por lo que dicho constructo se ha definido y redefinido en el transcurso del tiempo incluso con concepciones opuestas e interpuestas. Así, el referente que predomina en la actualidad es el que dictamina la Organización Mundial de la Salud que en 1992, definió a ésta como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo como la ausencia de enfermedad”. Por lo que hoy, la salud en general se considera como un estado de completo *bienestar*, que representa una condición de *eficiencia* a nivel físico, mental (lógico, emocional) y social (relaciones en un contexto interpersonal y social) (Galimberti, 2002: 985). Ante ello, hay que tener presente que esta definición contiene una división conceptual entre lo mental-físico-social, para su estudio y exposición, argumentándose la necesidad de un equilibrio y armonía entre estos tres aspectos. Sin embargo, se encuentra implícita la existencia de una desmembración que se ejerce a nivel abstracto entre cuerpo/mente, la cual es producto de una segmentación histórica cartesiana¹⁴, que da lugar a hablar en algunas ciencias¹⁵, sobre el estudio específico de lo físico y mental. De aquí que la salud mental tenga su propia construcción, por lo que actualmente existe una versión oficial también dictaminada por la OMS en 1992, que refiere a ésta como “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma

¹⁴ Descartes (1596-1650) plantea esta concepción teórica en su libro *Discurso del método* (1637) Buenos Aires.

¹⁵ El iluminismo ha creado un tipo de individuo y ciencia que se dividió de acuerdo con una especificidad y así nacieron las ciencias del hombre [ciencias como la antropología, psicología, frenología..., dividiendo el estudio del hombre según sus necesidades] (Basaglia, 2006: 21).

productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (OMS, 2007).

De esta manera, observamos que la definición de salud se ha comprendido en torno a un estado de bienestar y eficiencia física, mental y social; así, se hace manifiesto que dichas características son altamente valoradas en una sociedad que da prioridad, por ejemplo, a la productividad laboral, por lo que es importante comprender que existen diversos efectos de esta normatividad sobre sociedades cuyo sentido de bienestar y eficiencia encuentran otras dimensiones y significados no occidentales¹⁶ (como religión, usos y costumbres), e incluso donde la salud/enfermedad, como nosotros la conocemos, se encuentra dentro de otras representaciones sin cargas altamente negativas o positivas y que incluso, no sea definida como tal. Así, tampoco podemos olvidar cómo grupos que se encuentran dentro de los códigos normativos que imperan a nivel mundial pueden aceptar, resistir o modificar dichos estándares, lo cual involucra procesos dinámicos en la cultura.

De esta manera, sería conveniente comprender los diversos planos en la vida de grupos sociales con respecto al ámbito laboral (“productividad y eficiencia”) que quedan afectados por el desempleo, desnutrición, inseguridad social y trabajos sin contrato. En ese momento, el campo de la salud/enfermedad se torna más complejo, ya que por un lado se encuentra la pregunta ¿Qué ocurre con la salud mental en países con una alta tasa de desempleo? y ¿Qué sucede con los trabajadores sin contrato y sin seguridad social? ¿Dejan de ser sanos? Entonces ¿Deviene la salud de una condición de clase? Las soluciones que se han buscado, se localizan en marcos de referencia planteados lejos de los verdaderos conflictos u obedeciendo a un proceso de estandarización que se encuentra ajeno a los requerimientos diferenciales, como los aspectos económicos de los países llamados en vías de desarrollo, por ejemplo.

¹⁶ Es importante dejar claro que no me refiero a lo occidental como un término negativo, cosa que en la actualidad se ha realizado en varias reflexiones, estigmatizándolo, descalificándolo, y en su lugar defendiendo una posición oriental o indígena; lo cual sólo lleva a segmentar el conocimiento en categorías de “bueno y malo”. Así que al referirme a lo occidental es más bien para delimitar las diferencias no consideradas en un pensamiento que pretende monopolizar otras realidades.

Por otro lado, es importante explorar que así como funciona la segmentación cuerpo/mente, en congruencia con la trayectoria de los saberes científicos occidentales, la separación entre salud y enfermedad ha tenido sus repercusiones a nivel teórico y práctico; así, pasaremos a ver el resultado y trayectoria del campo de la enfermedad mental, que suele presentar su propio terreno conflictivo, entre la diversidad de posturas teóricas y aún más, bajo la construcción histórica que la representa en cada época, ya que este concepto se encuentra impregnado de las manifestaciones socio-culturales de cada período. Así por ejemplo, en un momento dado, las personas que divergían de los hábitos convencionales de una sociedad, eran llamados “poseídos” (Edad Media), posteriormente se adopta el término de locura (siglo XVIII), posteriormente, se acuñó el concepto de enfermedad mental (Modernidad) y en la actualidad, se ha creado toda una construcción conceptual sobre lo patológico en donde se habla de diversos trastornos (Galimberti, 2002: 928). Sin embargo, se considera hoy por hoy, que existe toda una confluencia entre estas características construidas a lo largo de la historia, lo cual podría llevar a una ambigüedad conceptual, así “locura, enfermedad mental y trastorno” se encuentran definiendo posturas teóricas y son un parte aguas de transiciones sociales, donde cada una representa una época. Así por ejemplo, aún se utiliza el término locura en el lenguaje popular como merecedora de un estigma y también como ícono de idolatría o sublimación. Por lo tanto locura, enfermedad mental y trastorno, pueden constituir una imprecisión en gran parte del pensamiento actual, ya que bien pueden aludir a una anomalía definida por diversas posturas desde diversas teorías.

La enfermedad mental.- “En la antigüedad y la Edad Media, la Enfermedad Mental se consideraba de origen sobrenatural, divino o demoniaco. En el siglo XVIII, V. Chiarugi en Italia y P. Pinel en Francia dictaron las primeras normas para un tratamiento médico racional de la mente, hasta entonces reclusos en condiciones inhumanas. En Francia en 1838, J.E.D. Esquirol publica un tratado en el que aparece una primera distinción nosográfica entre «locos», que de la normalidad llegan a la locura, y «deficientes mentales», que presentan rasgos de insuficiencia desde el

nacimiento. En los años posteriores, se consolidan los estudios psiquiátricos adoptando la observación clínica y el método anatómico-patológico, a partir del supuesto de que las enfermedades mentales están determinadas por alteraciones o lesiones del cerebro (postura organicista)” (Galimberti, 2002: 928).

Siguiendo esta tendencia, tenemos como en México, por ejemplo, a principios del siglo XX, la locura fue estructurada en un discurso “científico” (la psiquiatría), retomando los modelos europeos (en un inicio los franceses) para clasificar varios tipos de enajenación a partir de un complejo sistema de síntomas (Ríos, 2004). Así podemos ver como durante el período posrevolucionario (1920-1940), se gestaron proyectos como la eugenesia e higiene mental¹⁷ en la estructuración de una nueva sociedad (regenerada física y moralmente), donde se buscaba erradicar lo que se consideraba como las principales manifestaciones de degeneración social: la locura y la criminalidad, aunadas al alcoholismo, la drogadicción, enfermedades de transmisión sexual y tendencias a la criminalidad. Los médicos¹⁸ intervinieron en la “restauración” proponiendo una restricción a genitores proclives a la “degeneración”, mediante la prevención, justificándose bajo la premisa de que la herencia era el factor de “contagio” de la “alienación” y por lo tanto aunque ésta no era curable, sí era prevenible (Urias, 2005: 347-349). Esta propuesta dio como resultado un tipo de “prevención conductista y clínica curativa” que en la actualidad permanece vigente.

Así mismo, a finales del siglo XIX y principios del XX, se encuentran los hitos más importantes en el campo de las ciencias psicológicas en México (Urias, 2005: 347-375). La marginación de diversos grupos se sostuvo a partir de las premisas científicas de orientación europea y el discurso de la

¹⁷ La eugenesia refiere al pensamiento médico higiénico con un proyecto de transformación de las sociedades humanas. Mientras que la higiene mental es una de las ramas de la medicina social, la cual fue un elemento clave para erradicar la enfermedad mental y la criminalidad. Uno de sus objetivos principales era la formación de una nueva sociedad integrada por individuos exentos de vicios y enfermedades. Durante el periodo pos-revolucionario toman auge los métodos de evaluación como pruebas de inteligencia, las restricciones matrimoniales, el control de la inmigración y la esterilización (Urias, 2005: 347-375).

¹⁸ La importancia del papel del médico en el campo de la salud se ve reflejado desde la segunda mitad del siglo XIX, ya que fuese el psiquiatra, higienista o legista funcionaban como el consejero más cercano de los agentes del poder (Urias, 2005: 351)

marginalidad social operó como la legitimación de una forma de Estado y de sociedades modernas, que pretendían higienizar física y moralmente a la población, con técnicas de prevención e higiene para perpetuar estilos de vida burgueses y entrar en el estatuto de pueblo civilizado. Según un análisis foucaultiano de Roger Bartra en Urias se cita:

...al fijar los límites entre lo normal y lo anormal, lo sano y lo patológico, durante el siglo XIX el discurso jurídico, médico y antropológico hizo un marcaje de los sujetos sociales que quedarían excluidos del orden establecido (locos, desclasados, indígenas, enfermos, prostitutas, prisioneros, vagabundos y terroristas) y desdeñó con ello los contornos de una alteridad necesaria para la construcción de la conciencia burguesa (Urias, 2005: 373).

Así, podemos ver que a lo largo de los tiempos han existido diversas concepciones y teorías con respecto a la enfermedad mental, muchas de las cuales permanecen vigentes en nuestro país; las ciencias que han acuñado estos estudios reflejan en sus resultados las dinámicas culturales de su época, en donde podemos ver expresados los efectos del quehacer político de la ciencia que puede obedecer a perpetuar y conservar estructuras de poder. Las ciencias que abordan a la enfermedad mental están impregnadas de las creencias culturales sobre “lo científico” como algo “real”. No obstante, desde nuestra postura, “la ciencia es política y la política es científica” (Basaglia, 1984: 176) y por ello, gran parte de la construcción científica positivista, la mayoría de veces, ha girado en torno a constituirse en un instrumento de poder socio-político de las élites gobernantes, que a su vez, atraviesa las relaciones sociales cotidianas.

De esta manera, podemos ver cómo las premisas de salud/enfermedad mental están basadas en modelos europeos, e incluso, la abundancia de teorías que se apegan a categorías de países con economías de “primer mundo”. Un ejemplo de ello en el concepto de enfermedad mental es el uso del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) promovido

por la APA (*American Psychiatric Association*) basado en el modelo estadounidense o como la construcción de la Clasificación Internacional de Enfermedades publicada en 1992 y actualmente con la revisión 10 (CIE 10, promovida por la Organización Mundial de la Salud) que se basa en la nosología de Pinel y Esquirol, teóricos europeos. Aquí, es necesario precisar que el dictamen de los códigos normativos no sólo es dado por determinadas instituciones, sino también de una serie de circuitos sociales (económicos, políticos y morales.) que enraman estas formas de relacionarse.

De ahí la importancia de resaltar que parte de la construcción de estas definiciones se origina en las primeras potencias, en donde es perceptible la influencia de Europa y Estados Unidos, en la constitución del modelo psicológico en México. Es posible entonces comprender cómo es que el Manual DSM rige parte del diagnóstico clínico en psicología así como de manera menos fuerte, el CIE. La enfermedad mental en psicología¹⁹, actualmente refiere a la patología o anormalidad psíquica, como una serie de rasgos de comportamiento constantes fuera de la norma (Galimberti, 2002: 395). Sin embargo, la misma disciplina en su área clínica, se ha basado en definir las anomalías según los estándares dictaminados por el DSM IV, que designa a la enfermedad mental como “trastorno mental” e indica que “no existe una definición que especifique adecuadamente los límites del concepto *trastorno mental*” ya que “carece de una definición operacional consistente que aglomere todas las posibilidades” (DSM IV, 1995, introducción: XXI).

Para los propósitos de este trabajo, resulta indispensable enmarcar esta definición, que ha sido valuada como oficial y por ello es el eje de movimiento en las prácticas de salud, dentro de su contexto con efectos a nivel mundial. Esto es, no podemos aproximarnos al concepto de salud/enfermedad como un proceso aislado sin antes reflexionarlo como un asunto sujeto al acontecer histórico y social; por ello, actualmente hablar de dichos conceptos implica un análisis de las categorías y los efectos sobre la aplicación de políticas en una sociedad donde imperan situaciones de injusticia y desigualdad.

¹⁹ La psicología clínica ha incorporado en su conocimiento el estudio de la enfermedad mental y los trastornos. (DSM IV. *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, 1995: XV).

2. Las tensiones de poder y las tecnologías disciplinarias

“Lo propio del saber no es ni ver ni demostrar, sino interpretar”.

Michel Foucault.

El poder es un concepto que se traduce de diversas maneras, la más convencional refiere a la dominación de unos sobre otros, donde se asume como una posesión de algunos cuantos, encarnándose en algo físico y medible; así, dichas premisas han gobernado gran parte del pensamiento y reflexión en torno a éste, determinándolo como una sustancia. Su significado en latín es *'potestâs,potestâtis'*, que se traduce como potestad, potencia, poderío. Sin embargo, es importante tomar en consideración su homólogo, de *facultas* que significa posibilidad, capacidad, virtud, talento; en cuanto a este término entorno a *“ser capaz de”, “tener fuerzas para algo”*, es decir, ser potente para lograr el dominio, posesión de un objeto concreto o para el desarrollo de tipo moral, política o científica, proviene del latín *'possum,potes,posse,potui'*. El término *possum* recoge la idea de *ser potente o capaz*, pero también se refiere a tener influencia, imponerse, ser eficaz, entre otras definiciones (Ávila-Fuenmayor, 2007).

De esta manera, podemos observar cómo el significado de poder abarca varias posibilidades, que se han tomado la mayoría de veces de manera fragmentada e incluso cada disciplina en las ciencias sociales ha encausado más de un significado. Por ejemplo, en la psicología que es el campo desde donde se explorará el poder ha sido entendido como un constructo que refiere a la *“posesión, por parte de un sujeto o de un grupo, de los medios necesarios para alcanzar los fines que se propone, superando la resistencia activa y pasiva de otros sujetos o grupos”* (Galimberti, 2002: 825). Sin embargo, esta definición, así como el concepto clásico del poder pueden verse limitados con la introducción de otros elementos psicosociales; por lo que es importante recurrir a pensadores que han abordado el estudio del poder para darnos un amplio panorama; así, tenemos a los más contemporáneos como Karl Popper,

Hannah Arendt, Ernesto Mayz-Vallenilla o Michel Foucault (sólo por mencionar algunos).

Por lo que en el presente trabajo, como ya se había mencionado anteriormente, el análisis y reflexión del poder²⁰, será desde la teoría del francés Michel Foucault, ya que introduce una perspectiva muy vinculada con la mirada psicosocial que incluye sus mecanismos, implicaciones, relaciones y los diversos dispositivos que se utilizan en las diferentes dimensiones de la sociedad. Foucault explica a éste como una relación de fuerzas, que no sólo reprime sino que produce saber o efectos de verdad y tensiones, donde éste ya no se explica como poder de uno o unos cuantos con respecto a otros, sino un todo que atraviesa las relaciones sociales, a la letra, Foucault dice:

Hay que admitir en suma que este poder se ejerce más que se posee, que no es el "privilegio" adquirido o conservado de la clase dominante, sino el efecto de conjunto de sus posiciones estratégicas, efecto que manifiesta y a veces acompaña la posición de aquellos que son dominados. Este poder, por otra parte, no se aplica pura y simplemente como una obligación o una prohibición, a quienes "no lo tienen"; los invade, pasa por ellos y a través de ellos; se apoya sobre ellos, del mismo modo que ellos mismos, en su lucha contra él, se apoyan a su vez en las presas que ejerce sobre ellos (1976: 34).

Así, el poder atraviesa todas las relaciones, entrando hasta los túetanos sociales, ya sean instituciones, grupos, comunidades, organizaciones o situaciones cotidianas. Entonces, el poder no está situado directamente en una organismo o poder estatal, "Se trata en cierto modo de una *microfísica del poder*²¹ que los aparatos y las instituciones ponen en juego, pero cuyo campo de validez se sitúa en cierto modo entre esos grandes funcionamientos y los propios cuerpos con su materialidad y sus fuerzas" (Foucault, 1976: 34). De esta manera, podemos encontrar las formas y relaciones de poder inmersas

²⁰ En torno al concepto de salud/enfermedad mental

²¹ Término acuñado por Michel Foucault en un artículo titulado "Nietzsche, la genealogía, la historia" (1971).

dentro de diversas instituciones que contienen a su vez grupos de personas, y de ello, su relación con otros contextos sociales.

En consecuencia, el poder no se encuentra imbuido en una posición piramidal donde únicamente pequeñas células lo detentan hacia otros grupos que se encuentran debajo, en esa escala, más bien éste se podría encontrar como un adjetivo que según su historicidad se expresa en formas distintas; por ejemplo, los castigos corporales ejercidos por la Santa Inquisición durante la Edad Media, y siglos después ya inscribiéndose el poder y castigo en el cuerpo con otros mecanismos, por medio de una justicia aún moral, pero apuntado a una legalidad ya establecida con bases incluso en lo científico y político.

Si bien los ejercicios de poder se han expresado en decir quien debe morir y vivir, hoy en día también definen cómo se nace, se vive, se enferma y se muere, con estrategias introyectadas en el cuerpo, vida cotidiana, reglas y normas que pesan, que controlan, dominan las multiplicidades humanas. De esta manera, no necesitamos leer o repetir a diario las normas y reglas, ya que las hemos asimilado, de tal manera que se expresan en estilos de vida bien definidos, los cuales a su vez pueden fungir como dispositivos de poder y control, en aras de favorecer económicamente a reducidos sectores.

Las formas de poder van proyectando en diversos dispositivos que no son una sustancia concreta que se detenta en una institución únicamente, ya que va tomando formas y reflejando en sí una serie de tensiones, donde lo positivo o negativo no fungen como factores primordiales. Es necesario hablar de dispositivos como sustantivos más que del poder mismo como un ente que pertenece a un lado u otro; así éste figuraría como una actitud para un fin, es decir, un mecanismo para obtener un resultado. Por lo tanto, las sociedades se transforman, son dinámicas ante estas formas de poder, sin embargo, tiene la fuerza también de perpetuar pensamientos colectivos.

Por otro lado, un punto importante que se maneja en la teoría del autor de *Vigilar y castigar*, son las relaciones sociales panópticas donde encuentra una definición sobre este tipo de dominación, el cual se traduce como una estructura física elaborada para establecer la vigilancia, el encierro (calabozo) y

la invisibilidad²², operando así actualmente sólo la vigilancia, quedando omitido el ocultamiento y la privación de luz, la visibilidad se vuelve una trampa (Foucault, 1976: 204). Por lo cual es necesario mantener registros²³, archivos, clasificaciones muy bien precisadas en detectar las anomalías, lo que da un conocimiento, un saber. De esta manera, podemos pensar en el desarrollo de este tipo de sociedad, donde si bien no existe una estructura física como tal, sí existe una organización de relaciones sociales panópticas. Y de esta manera nos encontramos frente a dos formas de cómo funciona lo panóptico, una es mediante la introyección de las normas y otra en el desarrollo de instrumentos tecnológicos²⁴, ambas envueltas por esta estructura. La visibilidad como trampa, está construida por escenarios como instituciones legales; pero también a nivel abstracto, se localizan sistemas, formas, roles, costumbres panópticas.

Así, finalmente podemos ver que el poder deja de tener una connotación negativa o positiva y pasa a ser una producción de saber, es decir, pasa de ser visto como perteneciente a unos cuantos, unidimensional y vacío a un poder que tiene fuerza de crear y que está a disposición de los que se creía no tenerlo:

Quizás haya que renunciar también a toda una tradición que deja imaginar que no puede existir un saber sino allí donde se hallan suspendidas las relaciones de poder, y que el saber no puede

²² “El *Panóptico* de Bentham es la figura arquitectónica de esta composición. Conocido es su principio: en la periferia, una construcción en forma de anillo; en el centro, una torre, ésta, con anchas ventanas que se abren en la cara interior del anillo. La construcción periférica está dividida en celdas, cada una de las cuales atraviesa toda la anchura de la construcción. Tienen dos ventanas, una que da al interior, correspondiente a las ventanas de la torre, y la otra, que da al exterior, permite que la luz atraviese la celda de una parte a otra. Basta entonces situar un vigilante en la torre central y encerrar en cada celda a un loco, un enfermo, un condenado, un obrero o un escolar. Por el efecto de la contraluz, se pueden percibir desde la torre, recortándose perfectamente sobre la luz, las pequeñas siluetas cautivas en las celdas de la periferia. Tantos pequeños teatros como celdas, en los que cada actor está solo, perfectamente individualizado y constantemente visible” (Foucault, 1976: 204)

²³ Se mantiene un control de huellas, nombre, ADN, sangre, del enfermo mental, su historia clínica, como en caso del delincuente, el estudiante y el ciudadano.

²⁴ Existe un desarrollo tecnológico alrededor de la construcción de todo tipo de cámaras y toda una legislación normativa para su uso, de igual manera la creación de espacios virtuales como las redes sociales o los celulares con cámara fotografía y grabadora. La permisibilidad de estos actos es expuesta por varios medios de difusión masiva, promoviendo y justificando sus beneficios, como parte de un “bien” social.

desarrollarse sino al margen de sus conminaciones, de sus exigencias y de sus intereses. Quizás haya que renunciar a creer que el poder vuelve loco, y que, en cambio, la renunciación al poder es una de las condiciones con las cuales se puede llegar a sabio. Hay que admitir más bien que el poder legitima saber, que poder y saber se implican directamente el uno al otro; que no existe relación de poder sin constitución correlativa de un campo de saber, ni de saber que no suponga y no constituya al mismo tiempo unas relaciones de poder (Foucault, 1976: 34).

Así, como parte de estas tensiones de poder, su ejercicio puede ser parte de una resistencia con el saber que se oponga a eso que se ha dicho que es el dominador, una manera de reaccionar, y es lícito decir que el poder se deja de tener en manos de unos cuantos y aquellos que se hacían nulos de poder por medio del pensamiento tradicional de éste, encuentran en sí, a partir del saber e incluso la memoria de una historia no oficial, el papel y acción que les debe merecer su presente.

3. El discurso ortopédico (moral) de una sociedad “sana”

*“Siempre trata el hombre de curar sus males
siempre tanto vales, tanto curarás
vivo sigue el mal mientras el bicho exista”*

Alejandro Filio, 1998. Un precio.

Los planteamientos expuestos a lo largo del presente trabajo pretenden suscitar reflexiones sobre la crisis del paradigma correspondiente al concepto de salud/enfermedad²⁵ mental imperante; debido a que en ocasiones, las políticas en la materia emanadas de él, no responden a situaciones y necesidades sociales, en especial a la de diversos grupos marginados. Así, podemos ver cómo el concepto de enfermo mental (a partir del siglo XVIII) ha funcionado como dispositivo de poder para perpetuar estructuras que favorecen un proyecto cultural y económico de “desarrollo”, en donde las “desviaciones” producen efectos de desagrado y en este caso, entorpecen ámbitos sobrevalorados en esta cultura: el laboral²⁶ y productivo. De ahí que, a lo largo del presente escrito, hayan surgido preguntas medulares como: ¿Se realiza la construcción de conceptos con códigos normativos y morales de ciertos grupos? Ante lo dicho podrían suscitarse respuestas que defiendan el papel de la ciencia²⁷, su objetividad y las maneras legales que también justifican argumentos oficiales. Sin embargo, no pretendo negar la formación de conceptos y categorías, pero hay que recordar que la ciencia es un producto humano y como tal, refleja los valores de quienes participan en ella, a pesar de que algunas élites intelectuales aún no lo han querido aceptar. Este componente axiológico se encuentra activo en diversas definiciones, planteamientos de investigación e intervenciones, a partir del cual se llega a

²⁵ Muy similar a lo ocurrido a finales de los 60’s; cuando se encuentra una crisis de la salud pública desarrollista, “que postulaba que uno de los efectos del crecimiento económico sería el mejoramiento en las condiciones de salud; sin embargo, contrario a este planteamiento para estas fechas se observa un deterioro creciente de la salud colectiva a pesar de los “milagros económicos” latinoamericanos” (Almada, 1990: 119).

²⁶ Cuando empleo el término de lo *laboral* lo marco en torno a los trabajos que obedecen a la explotación del hombre para la sobreproducción de capital y no al trabajo como fomento de su capacidad creadora.

²⁷ Aquí me refiero a la ciencia, porque detrás de la construcción de diversos conceptos, se encuentran especialistas que validan argumentos por medios legales y científicos, cargados de valoraciones morales.

legitimar posturas ideológicas y políticas que benefician a algunos grupos, perpetúan dogmas.

Así, la conceptualización de salud/enfermedad está construida a partir de una serie de dispositivos normativos de una sociedad²⁸, donde genera significados de “verdad”, a partir de un respaldo oficial dictaminado por instituciones y por un modelo de ciencia occidental positivista. Por ende, hablar de salud/enfermedad implica una multitud de aproximaciones y variables. Un agente fundamental para cuestionar este planteamiento, se encuentra en reflexionar en torno a la confluencia de factores internos-externos y sus consecuencias en relación con el poder. Por otro lado, es importante reflexionar sobre los efectos de una realidad que se construye continuamente, la noción salud/enfermedad no se mantiene estática, se encuentra en constante cambio, y de esta manera, nos encontramos frente a un problema ético, el cuál se muestra a continuación.

3.1 *El concepto de salud/enfermedad al servicio de la modernidad, la civilización, productividad, mercadotecnia y el “desarrollo”*

*“Seguimos subidos todos en un globo
buscando acomodo sin poder bajar
y nunca ha faltado quien le ponga el precio
al silencio, al tiempo, a la luz, a la paz.*

*Al derecho ajeno y al respeto mismo
a la piel, al vicio o a la libertad
a la sinceridad, a la complacencia”*

Alejandro Filio, 1998. Un precio.

La OMS es una instancia que ha determinado los estándares de salud mental, reflejo de un proceso donde la información, la economía y los estilos de vida, se mundializan y toman un poder interrelacional a diversos niveles. Así, el significado de salud mental propuesto por esta institución, ha sido asumido por

²⁸ Por lo que este concepto pasa de lo científico a dimensionarse como un saber cotidiano que ha sido apropiado y asimilado de diversas maneras.

países con diversas economías, teniendo el caso, por ejemplo, de México o incluso toda América Latina que se encuentran influidos por diversos estándares establecidos en países de “primer mundo”; lo cual puede reflejar cómo, a partir de los procesos de globalización, se intenta encaminar una economía y cultura, lo cual puede conllevar injusticias y exclusión en diversos sectores, argumentando que estos obstaculizan el “desarrollo”²⁹. Por lo cual es necesario que se formulen otros criterios de salud que respeten las necesidades de diversas comunidades y culturas, ya que muchos de los criterios occidentales pueden llegar a ser inalcanzables, debido a que hablar de salud es una mera abstracción, por lo tanto “la definición de salud mental sólo puede referirse a tal marco social y tal periodo histórico” (Guinsberg, 1990: 83).

Antes de explorar a fondo el concepto de salud mental dictaminado por la OMS, es necesario ubicar que esta definición es resultado de una construcción conceptual contenida dentro de una visión cultural occidental-capitalista, por ende excluyente y que se ha formado como producto de diversas necesidades para comprender y aplicar políticas a nivel mundial. Sin embargo, no se debe de entender como una definición única, debido a que desde otras perspectivas y culturas, la salud/enfermedad en general, contiene otras especificaciones e incluso, puede no ser precisada como tal; por lo tanto, es importante reflexionar sobre cómo estas conceptualizaciones pueden obedecer a una forma de conocimiento monopólica, donde se le da un valor estadístico al hombre, enmarcándolo dentro de un concepto universal, que excluye la cosmovisión de sectores marginados, por la idea del desarrollo y civilización.

La OMS ha hecho manifiesto que la salud física y la mental no pueden separarse ya que ambas conciernen al individuo; sin embargo, como ya se expuso en el capítulo uno, plantea una definición específica de la salud mental. Al desplegar dicha definición, podemos observar que se hace presente “un estado de bienestar”, y se valora la necesidad de una persona “consciente de sus propias capacidades”, tratando de hacer sobrevalorar a un individuo racional (normativo, con autocontrol) que se conoce a sí mismo (categorías que

²⁹ El genocidio y la cooptación de diversos grupos que no obedecen al proyecto económico del imperio, (sus planes económicos y culturales de desarrollo) pueden respaldarse detrás de la sobrevaloración de códigos que determinan lo sano y enfermo a nivel mundial.

devienen desde un pensamiento griego del “conócete a ti mismo” pero con el actual toque posmoderno); así, se habla de afrontar “las tensiones normales de la vida”; aquí, habría que debatir sobre las reacciones anormales a las tensiones normales o cuales serían las tensiones “normales de la vida” y cuando se habla de “vida” ¿Se refiere a la vida según una cultura, situación económica, zona geográfica?; ¿Bajo qué códigos se argumentaría que ciertos comportamientos son anómicos? Por otro lado, hablar de “trabajar de forma productiva” referiría a un país que logra abastecer la demanda laboral de una gran parte de su población activa, pero ¿qué ocurre en un país en donde impera el desempleo? Ante ello ¿A qué niveles se cuestionaría qué tan enfermo se está y bajo qué cánones?

Así, cuando la OMS plantea la necesidad de un equilibrio y armonía entre factores físicos-mentales-sociales, esta precisión deviene en parte, de categorías inaplicables debido a la naturaleza abstracta del concepto “salud” y la situación de países subdesarrollados, caracterizados por marcados índices de desigualdad social, desempleo, desnutrición y dependencia económica con países considerados grandes potencias (por ejemplo, Estados Unidos de Norteamérica); de igual manera, obedece a las relaciones sociales con injusticias muy marcadas (pobreza-riqueza). Con la reflexión anterior, no pretendí posibilitar la inexistencia de indicadores que definan lo sano o lo enfermo, más bien plantear la necesidad de establecer una relación entre ellos, la exposición de estructuras de las causas sociales de enfermar y la formación de conceptos donde quepan las necesidades particulares de diversas comunidades.

Por lo tanto, podemos percibir que el concepto de salud mental refiere a un estado de bienestar social, productividad y eficiencia, que obedece a lo “deseable”, y que está determinado por factores sociales, políticos, económicos e históricos³⁰ y no es meramente un hecho biológico³¹ o clínico que sólo

³⁰ “El estado de salud de cualquier comunidad se ve afectado por factores tales como la alimentación, la educación, el ingreso familiar y en general por las características socioeconómicas de la misma” (Soberón, 1987: 40).

³¹ “La teorización médica, que plantea la cuestión de la salud-enfermedad como un fenómeno biológico del individuo, no contiene los elementos suficientes para explicar la producción social del proceso salud-enfermedad colectiva. Es decir, hay una diferencia esencial entre plantear el

represente la ausencia de enfermedad; aunque en la práctica cotidiana y la percepción inmediata, se han experimentado como entidades opuestas.

Así, la creación de conceptos globales puede ocasionar una anulación de la presencia colectiva de grupos que divergen entre sí; de igual manera, origina una estandarización que deja fuera varias situaciones y posibilidades de acción en diversos niveles. Pero algo aún más importante es cómo circulan diversos dispositivos de poder por la cultura que, a su vez, conlleva la imposición de una economía que fomenta la desigualdad. De ahí que, al presentar las soluciones económicas de un país de primer mundo frente a los llamados “en vías de desarrollo”, se encuentren propuestas que no dan solución a la problemática, sino que la incrementan. Definir salud/enfermedad desde categorías occidentales a nivel mundial, no implica un significado “malévolo”, pero sí se ubica dentro de formas naturalizadas de determinar políticas de salud que no son universalmente adecuadas y que resultan excluyentes³².

Por lo tanto, al plasmar estas aseveraciones, se podría crear un amplio debate que contra argumente y reivindique el papel esforzado y mundial de ciertos organismos internacionales (como en este caso, la OMS); pero antes de que ello ocurra, es necesario revisar el imaginario que se mantiene a manera de “ciertas verdades” y se expresa fluidamente como una realidad totalizante y muy bien digerida. A partir de las afirmaciones aquí plasmadas, se requiere la elaboración de planteamientos que produzcan interrogantes y que develen la estructura que circula alrededor de diversas instituciones sociales (su creación, contexto, militantes, premisas). Por lo tanto, es preciso reconocer cómo muchos discursos oficiales pueden ser vistos como objetivos debido a que contienen toda una estructura, donde datos y estadísticas juegan un rol con evidencia de verdad, pero que pueden ser utilizados para perpetuar órdenes de conocimiento. Aquí sería enriquecedor reconocer la eficaz manipulación de los números por medio de planteamientos y políticas que los sustentan.

proceso biológico humano como un fenómeno natural y postular que, aún siendo un proceso biológico, asume formas históricas específicas. A partir de este reconocimiento se desarrolló una serie de planteamientos nuevos, que permiten abordar la salud-enfermedad en su articulación con procesos económicos, sociales y políticos”. (Almada, 1990: 120-121)

³² Sin embargo, la problemática de la salud es más amplia.

Por otro lado, existen ejemplos históricos sobre estas tendencias en la aplicación de conceptos (cargados de diversos intereses), donde hay un gran imperativo en imponer estilos de vida, de códigos europeos o estadounidenses (con realidades y necesidades distintas) sobre América Latina y Oriente, por ejemplo (con necesidades y experiencias diferentes). Con la anterior reflexión, tampoco pretendo fomentar o proponer la defensa de una particularización excesiva encuadrada en cada continente o en determinadas culturas, pero es preciso montar el escenario donde confluyan categorías con varias realidades interpuestas.

Así, se ha potenciado en varios países llamados “en vías de desarrollo”, la necesidad de incorporarse en diversos niveles al proceso de sociedades civilizadas, desde los aspectos económico, político y de salud, entre otros. Este concepto en la actualidad, se crea bajo un discurso de desarrollo como una especie de purificación, sin encontrar sus determinantes estructurales³³; por lo tanto, la enfermedad se constituye como un resultado de atraso. Entonces, combatir las causas de enfermar se transforma en ocultar³⁴ (por ejemplo, la reclusión en instituciones psiquiátricas) o “rehabilitar” (llevando a un nivel de objeto al humano); por lo que podemos comparar con los tiempos de la lepra, cuando se apartaba de las ciudades a los infectados, posteriormente, se aparta a los “locos” en instituciones psiquiátricas localizadas su mayoría a las orillas de las ciudades, pero con términos referidos a la moral de una sociedad que se llama civilizada (Foucault, 1976). De esta manera, el argumento hoy es incorporar, disolver la imagen del enfermo mental dentro de la normalidad, sin derecho a revelarse contra su familia o trabajo y mucho menos, hacia otras instituciones o grupos.

En la actualidad, se incorpora a diversos sectores de la población designados como enfermos mentales, al campo laboral y a la vida dentro de las instituciones, mediante la medicalización y la intervención brindada por todo un

³³ No se conciben las causas sociales de enfermar que se encuentran mediadas por situaciones de injusticia y de privación del derecho a la salud, encontrando sólo formulas ajenas a varias realidades.

³⁴ Se crea un espectro de la enfermedad con cánones de exclusión argumentando que ello no permite el desarrollo. Por ejemplo, la vagancia-adicciones-pensamientos divergentes se entienden como obstáculos.

mercado de la salud, cordura y normalidad, donde se presentan como recursos la prevención, responsabilidad, el cuidado individual y la estética de lo sano³⁵ como estatus social.

De esta manera, no podemos perder de vista cómo se manejan algunas de las cartas en cuanto a las campañas de prevención³⁶, por ejemplo, su relación con *la mercantilización de la salud/enfermedad*³⁷. Ésta se ha formulado con premisas que responden al incremento de una industria que es mantenida por el consumo descomunal y la mercadotecnia, de tal manera diversos grupos (del sector privado: laboratorios, farmacéuticas, psicólogos clínicos a su servicio y algunos médicos) pueden incrementar sus ingresos y a la vez, solventar la experimentación necesaria para “mejorar” sus productos³⁸, y ofrecer otros nuevos los cuales serán muy bien pagados por los gobiernos y los sectores privilegiados de la población (Illich, 1975).

En el caso de la enfermedad mental, basta con ver el amplio mercado de fármacos que son utilizados para “controlar” diversas “patologías” y de las cuotas que algunos psicólogos clínicos o terapeutas cobran por sus servicios profesionales, aplicación de pruebas, diagnósticos, entre otros. Así, es importante tener presente las consecuencias de los altos precios determinados por los colegas (independientemente de las formas terapéuticas que decidan abordar), y la continua creación de necesidades (por la mercadotecnia y la moralidad de la clase media alta) para encaminar hacia una estética de lo saludable y hacia una aversión densa por la “anormalidad” o enfermedad, las cuales se oponen al imaginario de “belleza” que está siendo alimentado por el consumo.

³⁵ Me baso en la teoría de Iván Illich para hablar de “la estética de lo sano”, donde esta representación, al servicio de la mercadotecnia, establece las formas deseables de belleza y bienestar que caracterizan y constituyen los grupos con poder económico, hacia todo el engranaje social. Ideales que si bien no definen la realidad concreta, si entran en un imaginario que precisa sus propios códigos estéticos dominantes, los cuales pueden o no tomar “vida” mediante el consumo de productos encaminados a este fin.

³⁶ “Tras la asistencia a los enfermos, la asistencia a la salud se ha convertido en una mercancía, en algo que se obtiene en lugar de algo que se hace” (Illich, 1975: 58).

³⁷ Para comprender mejor este concepto, sería importante revisar el libro de Iván Illich, *Nemesis médica. La exploración de la salud*. Barcelona: Barral (1975).

³⁸ “En ese proceso se robustece la creencia de la gente de que son máquinas cuya duración depende de visitas al taller de mantenimiento y están obligadas a pagar las investigaciones de mercado y las actividades de venta de la institución médica” (Illich, 1975: 60).

Así, remitiéndonos a Foucault, es interesante ver como el ejercicio de poder se impregna en los cuerpos, clasificándolos, encerrándolos, domándolos; se vuelve necesario introducir la norma de manera sutil, cómo los virus que entran en un cuerpo por medio de algún alimento, se depositan en todas las acciones, en nuestros juicios de valor, en nuestras decisiones y en nuestras culpas, o incluso en la necesidad de reconocerse anómico. Para aquel que asimila en sí un trastorno, le es más aceptable configurar en sí mismo, lo normativo de consumir antipsicóticos, antidepresivos, cualquier tipo de medicina que suprima la anomalía, pero también que reduce la posibilidad de placer (fármacos que tienen la misma estructura interna que las drogas, pero un significado normativo y científico diferente). Sin embargo, con esto no pretendo la satanización de los medicamentos asociados a las “disfunciones” emocionales, pero sí el cuestionamiento de su uso como parte de los dispositivos de control y poder, que encuentran en el individuo un ser tipo maquinaria, el cual puede ser rehabilitado para su óptimo funcionamiento y eficaz productividad laboral, con la promesa de un próximo desgaste.

Al realizar una crítica a la farmacología “de la mente” no pretendo de primer momento asignarle juicios de valor positivos o negativos sin hacer antes una reflexión de la normatividad y de las valoraciones sociales que proponen distinguir entre drogas y fármacos, aunque profundizar sobre este punto sobrepasa los objetivos del presente trabajo.

Así, para comprender la exploración de la salud/enfermedad, también es necesario reflexionar sobre sus carencias conceptuales y prácticas, en donde podemos ver las contradicciones que emanan dentro de este tópico. Un ejemplo de ello es el papel que juega la prevención, por un lado como un punto frágil, donde no hace mucho se ha comprendido parte de su importancia (durante un largo periodo, los sistemas de salud pública han desgastado sus fuerzas en combatir la enfermedad, dentro de una concepción que en algún momento predominó: salud vs enfermedad³⁹); pero por otra parte, la prevención

³⁹ Una gran cantidad de programas asistenciales se han basado en las teorías que refieren a la salud como oposición a la enfermedad, siendo que la “Salud y enfermedad no son opuestos, sino diferentes grados de adaptación del organismo frente al medio” (formación básica de personas adultas, decreto 79/1998 boc. N° 72 de 12 de junio de 1998, página / 8)

se encuentra mediada por factores de naturaleza económica y productiva (Como modos de vida⁴⁰, crecimiento industrial, formas de consumo, zonas geográfica), puede ocultar parte de las consecuencia e impedir la intervención social o volcarse a soluciones individuales por medio del consumo de un mercado de lo “saludable”. Por ello, hay que tener en cuenta que existen argumentos críticos aparentemente razonables que en el fondo, pueden responder a objetivos muy peligrosos, como la promoción de la salud o la salud comunitaria, donde se responsabiliza al individuo dejando de lado el papel del Estado en inversión a la salud pública e ignorando y encubriendo las causas sociales del enfermar; esto, sin negar la importancia de las medidas de higiene individual (Huertas 1998: 95-99).

Con el planteamiento de la salud versus enfermedad, se enmarcaron las políticas de acción en los sectores salud y se dio énfasis en la “curación”, generando ante ello diversas problemáticas (por ejemplo, epidemiológicas). En la actualidad, se ha pretendido cambiar el paradigma y la importancia se ha desplazado hacia la “prevención”; dicho planteamiento puede encontrarse dentro de un discurso coherente, pero sin embargo, podemos encontrar cómo este ha sido cooptado por la industria de lo sano, sacado al mercado diversos productos que prometen falazmente prevenir, así como curar o mantenerse estables ante las enfermedades; todo ello con sus orígenes en los años 70’, gran parte de la burguesía propuso este planteamiento de la prevención para la erradicación y exclusión de grupos a los que consideraban topes para el desarrollo de la economía del país, pero también, estilos de vida que no encajaban con sus construcciones morales-políticas-religiosas (Urias, 2005: 347-375). Así, hablar de prevención conlleva un análisis en diversas dimensiones, ya que ante el papel que puede jugar como parte de una ideología normativa, limitada y encaminada a la eficaz productividad laboral, no podemos negar la necesidad de concientizar y actuar de manera activa en nuestro entorno. Ante ello, han surgido diversas intervenciones terapéuticas

⁴⁰ Se utiliza el término modos de vida como la “categoría sociológica que refleja de forma sistemática las condiciones económicas, socio-políticas y culturales de las formas características, repetidas y estables de la vida cotidiana de las personas y de las colectividades porque “si se hablara de estilos de vida se caería en un problema ya que “no hay ningún estilo de vida que pueda considerarse el más saludable”” (Huertas, 1998: 117-118).

(por ejemplo, las humanistas o las enmarcadas dentro de la crítica marxista, como lo fue una parte del psicoanálisis en Argentina o la antipsiquiatría) que no manejan teorías estigmatizantes y que intervienen para ampliar las posibilidades de acción individual y social, transportando como premisa la idea de responsabilidad pero con un contenido de liberación y concientización que lleva a los individuos a la necesidad de adquirir estructuras de pensamiento críticas que promuevan el exigir sus derechos y un trato digno. Esto es diferente de las formas preventivas y de cuidado que impiden el desarrollo de la capacidad de exigir y que involucran una espera de soluciones digeridas, permeadas por un imaginario de “prevención” pasiva enmarcado dentro de otras carencias, a nivel educación, acceso a recursos de salud y medios económicos.

Por otro lado, se ha observado que la OMS pretende dar una definición completa de la salud, pero es menester en el presente trabajo resaltar un análisis de la situación económica y política real de muchos países “tercermundistas”. El problema no reside en buscar un ser integral (sobrevalorando dicha categoría) únicamente (responsable de su cuidado) ya que es necesario contextualizar la situación de salud/enfermedad en cuanto a la injusticia, desigualdad social e industrialización (el marco del proceso de globalización) y cómo de ello deriva el cuestionamiento de quién es sano: ¿El que tiene conciencia de sí mismo y de su situación humana o aquél que tiene los medios económicos para llevar una “vida saludable”?

Así, la sobrevaloración del cuidado y responsabilidad individual respecto a la salud física y emocional, ésta deviene una acción con carga moral que pretende “culpabilizar” a determinados sectores de la población de sus “malos hábitos”, los cuales no corresponden a los estándares normativos de esa comunidad. Así, el “cuidado individual” puede llegar a ser un concepto tanto contradictorio como falaz, ya que referiría a subestimar a diversos grupos sociales y sus prácticas con estos conceptos individualistas, así como eximir al Estado de sus obligaciones. Con lo anterior no quiero decir que se tengan que suprimir o dejar de considerar importantes los efectos del cuidado propio; sin embargo, declararlo como único determinante y solución, representa aislar

otros factores que intervienen y conlleva a simplificar una problemática que en la actualidad, recorre y atraviesa diversas dimensiones.

Vemos entonces, que la creación de una estética de lo “saludable” conlleva la creación de necesidades y de ciertas imágenes, que si bien vienen gestándose y modificándose a lo largo del tiempo, hoy han tomado una gran importancia, ya que aportan grandes ganancias a las industrias farmacéuticas y a la nueva ola de alimentos “saludables”. En ello, se encuentra inmersa toda una filosofía posmoderna del cuidado y responsabilidad individual que ha servido de argumento para deslindar de compromisos a un Estado que mal administra los impuestos de la población y que permite que salgan al mercado productos con bajos contenidos alimenticios y que dañan en diversos sentidos al ser humano y su entorno⁴¹, pero con altos beneficios económicos para empresas trasnacionales.

A partir de lo anterior, podemos ver cómo determinados argumentos han sido contruidos en la actualidad, para responsabilizar al individuo de sus estados de salud física y emocional, lo que conlleva una estrategia, un arma de doble filo, por un lado al considerar que se enferma por malos hábitos, vicios, degeneraciones físicas y morales sólo atrae una intervención de “prevención conductista y clínica curativa”. Por ejemplo, esta posición fue asumida, como ya se mencionó, por la burguesía liberal del siglo XIX, para responsabilizar a la clase trabajadora por “la falta de prevención” del proletariado, de sus desgracias, de su miseria y de sus enfermedades” (Huertas, 1998: 96). Y por otro, esta presente la inserción masiva (en especial en el siglo XXI) al mercado de producto para el “cuidado de la salud” que premian la pulcritud, el consumo y la responsabilidad individual. Por lo tanto, este concepto individualista de la salud nos aísla del conocimiento de las causas sociales del enfermar y obedece a unas “coordenadas ético-estéticas muy conservadoras y clasistas, por cuanto el cuidado de la salud y el culto al cuerpo” (Huertas, 1998: 116).

De esta manera, el concepto de salud y enfermedad mental está rodeado de estos íconos de la actualidad y de imágenes que circulan en torno a

⁴¹ Para consultar sobre los daños a la salud y medio ambiente debido al tipo de alimentación capitalista, consultar el libro de Jorge Veraza, *et al.* (2007). *Los peligros de comer en el capitalismo*. ITACA: México.

favorecer estilos de vida, aspectos físicos, poder adquisitivo, ideologías, que encajan dentro de lo rentable. Ante ello, tenemos la imagen mercantil de una persona sana y el desprecio por una persona enferma. Todas estas formas son asimiladas y reproducidas por la colectividad que repudia las anomalías, y que de igual manera, la práctica, vive y desarrolla, aún sin conciencia. Sin embargo, no podemos perder de vista que el mismo concepto de enfermedad mental ha tenido su propia estética y se ha hecho rentable, ya que ha servido de argumento para una idolatría ingenua, que sólo estanca el análisis y reflexión crítica de estas situaciones.

Comprendiendo cómo “la enfermedad se ha industrializado” (Illich, 1975: 71), podemos explorar las formas y relaciones de poder que se establecen en dichas dinámicas. Ante lo dicho, la salud a su vez se ha enmarcado dentro de una estética que favorece determinados rasgos, fisonomías, tez, etc. También se encuadra dentro de una posición social, por lo cual existe una fuerte adherencia a clasificaciones valorativas creadas entre lo sano y enfermo, estableciendo un espectro de la salud como símbolo de estatus⁴²(Illich, 1975: 71); por ende, lo “saludable” deriva en un privilegio y diversas personas se vuelven *pacientes clínicos* sanos y consumidores potenciales de productos para prevenir diversas enfermedades, contribuyendo a incrementar el miedo a las anomalías físicas y mentales, que son parte de la vida social, la existencia humana y de sus contradicciones.

Ante esto, encontramos implícito durante mucho tiempo, una patología de la pobreza y de la riqueza, en una sociedad desigual, que en la actualidad es una forma de normalizar la injusticia ante las características de diferencia⁴³. Así que la etiqueta enfermo mental, si bien se aplica en torno a esquemas estructurados por un pensamiento científico, también se encuentra sujeta a aplicaciones perpetuadas, que obedecen a cosificar formas normativas.

⁴² “El consumo de atención a la salud es el nuevo símbolo de prestigio de la clase media [...] Las personas se han vuelto pacientes sin estar enfermos” (Illich, 1975: 58)

⁴³ “Las personas que tienen aspectos extraños o se comportan de manera rara amenazan a toda sociedad hasta que sus rasgos poco comunes han sido denominados formalmente y su comportamiento excepcional ha sido catalogado dentro de un papel predeterminado... Al asignarles un nombre y un papel, esos misteriosos y perturbadores seres extravagantes, se convierten en categorías bien definidas y establecidas. En las sociedades industrializadas el anormal tiene un derecho a un consumo especial” (Illich, 1975: 69)

Finalmente, puede observarse a partir de la información revisada anteriormente, que la salud/enfermedad (sea abordada desde lo físico o mental) es un encuentro entre factores de desigualdad social que involucran elementos de marginación⁴⁴ debido a intereses particulares, fallas de los gobiernos y del campo social. Por lo tanto, la construcción de soluciones debe estar dirigida a la problemática que gira torno a lo político y económico, y no con discursos referidos a conflictos aislados, individuales o en la idea de responsabilidad y cuidado propio que se acuña en el neoliberalismo⁴⁵.

⁴⁴ Los sectores marginados carecen de los beneficios de bienestar social y pueden no pertenecer al estándar del individuo eficaz y productivo.

⁴⁵ El neoliberalismo reduce el desarrollo de los países que se sitúan en la periferia del sistema, como por ejemplo los latinoamericanos, agudizando más su atraso y dependencia. A lo largo de la tesis se exhibió como la injusticia social y los aspectos políticos han trastocado el ámbito de la salud/enfermedad en diversos niveles, de esta manera es claro ver que el proyecto neoliberal ha generado la restricción del gasto social, dejándolo en manos de la iniciativa privada y argumentando, que las personas se deben hacer responsables de su salud, eximiendo la obligación del Estado. Por otro lado, sería importante que la OMS y diversas instancias dedicadas a la atención de la salud/enfermedad física o mental tomaran en cuenta las dimensiones de dicho proyecto económico, ya que afirmar que una parte de la salud mental es trabajar de manera productiva y fructífera, y el neoliberalismo ha generado el desempleo, y la flexibilidad laboral, que obliga a los trabajadores a cambio de la estabilidad del empleo, a aceptar ciertas modificaciones, “que afectaban desde su puesto en el trabajo, hasta el salario y la jornada laboral, en su duración e intensidad”. Por lo tanto, los efectos de las políticas neoliberales eliminaron el sentido social del Estado, orientándose al beneficio personal y a la complacencia de las empresas y del capital monopólico (Marini, M. 1996: 57).

Discusión y conclusiones

*“Nos lo robaron todo, las palabras, el sexo
los nombres entrañables del amor y los cuerpos
la gloria de estar vivos, la crítica, la historia
pero no consiguieron robarnos la memoria”*

Joaquín Sabina, 1978. Palabras como cuerpos”.

En el presente escrito no pretendí hacer un análisis del individuo “patológico” -con “esquizofrenia... tipo paranoide, catatónica, residual”- o aquél aquejado por un “trastorno somatomorfo indiferenciado”⁴⁶, entre otros; ni de todas sus muy deleitables (para algunos estudiosos de la salud mental) derivaciones y especificidades. En contraste, se propone como importante observar la manera en que muchas reflexiones que logran alejarse de este análisis circular del individuo patológico que deriva en el individuo mismo y no en lo social, dejan fuera la exploración profunda de algo que en el presente trabajo pretendo figurar: las tensiones, relaciones y juegos de poder en torno al uso y aplicación de la etiqueta “enfermo mental”. Considero que han hecho falta actualmente más reflexiones sobre la enfermedad mental (y de a quién se le asigna la etiqueta) desde una mirada psicosocial y sobre esas tensiones de poder producidas dentro de este dispositivo. Y si bien han surgido miradas críticas a las formas de producción capitalista y con base en ello, cuestionamientos que debaten sobre la salud/enfermedad mental o “locura” (por ejemplo, la antipsiquiatría en los años 60 y una parte del psicoanálisis marxista en Argentina), no se ha discutido el efecto del poder en cuanto a redes que atraviesan todas las situaciones sociales. Entonces, entender cómo actúa el dispositivo de poder en torno al uso de la enfermedad mental puede poner al descubierto factores psicosociales y cuestionar las posturas de una ciencia positivista, que baña, en este caso, el concepto de salud/enfermedad de estructuras propias de grupos con una moralidad y estilos de vida muy particulares.

⁴⁶ *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. DSM-IV (1995). Barcelona: MASSON. 292, 294, 296, 462.

La enfermedad mental tiene una o varias historias, cada época le ha dado un nombre a las desviaciones normativas, cada sociedad atribuye diferentes características a lo que no fluye adecuadamente; incluso, cada grupo social se apropia de una realidad, la construye, la deconstruye, la asimila, la niega o la transforma. De ahí que en el presente trabajo hayan quedado abiertas las siguientes preguntas: ¿Qué hace la diferencia entre asignar la etiqueta de “enfermo mental”, “delincuente”, “loco” o “brillante”? ¿Es necesario a la mano del proceso global en el siglo XXI, homogeneizar las categorías científicas sobre la salud-enfermedad mental? ¿Acaso en todas las sociedades el humano reacciona de la misma manera ante ciertos eventos, para así tener clasificaciones a nivel mundial sobre determinadas conductas “anómalas”?

Para atender estos cuestionamientos, es fundamental situarnos en los procesos socioculturales del siglo XXI, donde las comunicaciones se han expandido, la producción trasciende las fronteras, el dinero se codifica virtualmente, ¿Será acaso esto una justificación para establecer un estándar en términos psicológicos a nivel mundial? ¿Toman en cuenta estas categorías la desigualdad social? Por un lado, podemos encontrar cómo varias disciplinas encargadas del estudio de la salud-enfermedad mental han tenido presente en sus estudios, las diferencias culturales, políticas, regionales e incluso religiosas. Sin embargo, en muchas ocasiones esto ha quedado al margen a la hora de realizar la clasificación científica de las enfermedades mentales con la aplicación de exámenes o pruebas psicológicas, el desarrollo de todo un conocimiento que deja visible la anomalía; una anomalía que se encuentra encapsulada en algo aún efímero y contradictorio, como lo es el cambio de etiquetas o su asignación según las mismas transiciones políticas y económicas de un país. Encontramos entonces, que estos manuales que aglomeran lo normativo se basan en estudios científicos que avalan datos, términos y conjuntos con base en la moral de una cultura: el planteamiento de códigos normativos globales, como en este caso el concepto de salud/enfermedad física y mental, podría llevar a la naturalización de situaciones injustas, por lo que promover nuevas formas de definir a la salud/enfermedad se convierte en una necesidad y un reto social que interviene

en varios niveles. Con respecto de ello, es preciso ubicar que se han construido definiciones que por una gran necesidad de dar certezas y por lo tanto, la utilización única de la “razón”, han dado lugar a la mitificación del discursos que devienen por un lado, en impartir un conocimiento orientado a sobre valorar estilos de vida “hegemónicos”, y por otro lado a originado políticas elitistas poco aplicables y que cierran la posibilidad de reflexionar y actuar sobre situaciones de desigualdad.

Por lo tanto, naturalizar acontecimientos, teorías, situaciones, políticas, puede generar una pérdida de la autonomía y creatividad, desvaneciéndose la necesidad de pensar e individuarse (sin caer en el individualismo), llegando a la automática reproducción de roles y perpetuar formas culturales que promueven inequidad. De esta manera, podemos ver aquí el papel del psicólogo clínico, el cual se puede encontrar enmarañado en la “claridad” de un discurso impuesto como natural, verdadero y digerido; por ello, cuando se enseña en las universidades que parte de su labor se dirige a detectar enfermedades mentales o trastornos y reivindicar a los que llaman “sujetos”, el papel se reproduce infinitamente; el rol de ortopedista moral, capellán o guía se perpetua en las nociones de una ciencia de “lo mental” y lo normal.

Y si le es preciso todavía a la justicia manipular y llegar al cuerpo de los justiciables, será de lejos, limpiamente, según unas reglas austeras, y tendiendo a un objetivo mucho más "elevado". Como efecto de esta nueva circunspección, un ejército entero de técnicos ha venido a relevar al verdugo, anatomista inmediato del sufrimiento: los vigilantes, los médicos, los capellanes, los psiquiatras, los psicólogos, los educadores (Foucault, 1976: 18-19).

A partir de lo anterior, podemos notar cómo diversos técnicos han suplido el papel del verdugo, aquellos que pertenecen a esa estructura de justicia moral que ha tomado varias formas durante el paso del tiempo y la construcción de sociedades. Y de esta manera el castigo disciplinario, la nominación del manicomio y la validación de la clínica, le han dado al

profesional de la salud, poder sobre el “enfermo”, quien a su vez, ejerce una fuerza sobre sí mismo y sobre la capa normativa.

Por lo que es importante cuestionar el papel del psicólogo clínico (entre otros especialistas de la salud/enfermedad mental) y la manera en que como sujeto-individuo encuentra, a partir de varias herramientas, la objetivación de un sujeto (sujeto-objetivado) a partir de asignarle una etiqueta, es decir, de una persona convertida en sujeto-sometido, así surgen preguntas como: ¿una licenciatura especializada en el área de salud mental, da el poder legal de imponer todo el peso de la teoría de lo patológico a una persona ajena a esos referentes?, ¿acaso, el psicólogo clínico se encuentra por encima de los anómicos?, ¿al ser terapeuta, aún con toda su preparación y trabajo en terapia personal, esta eximido de padecer en su persona o medios cercanos, de las contradicciones de un sistema social patológico?

Varias corrientes (existencialistas por ejemplo) han cambiado el paradigma de la objetivación, sin embargo, la práctica terapéutica aún está invadida por la etiquetación como medio para aplicar los instrumentos de incorporación y adaptación, pero ¿estar adaptado es respuesta de ser sano? Cabe señalar que no, ante un panorama de injusticias y desigualdades humanas, el adaptado fungiría como conformista y quizás una persona que pasa por encima de la esencia humana para adquirir poder económico y dominación, lo que es llamado actualmente éxito laboral y aspiraciones, que es premiado en varias empresas y que como resultado encontramos desde conflictos en las relaciones sociales hasta la devastación ecológica y el exterminio de comunidades que son consideradas estorbo para el progreso y la civilización; lo anómico ahora trasciende al enfermo mental y se le unen diversos sectores sociales.

Por otro lado, el psicólogo puede fungir como evitador o contenedor de crisis en los “pacientes”, pero ¿Si una crisis representa una proliferación de posibilidades o la gestación de un cambio necesario en formas de vida, requiere ser “guiado”? De esta manera, relegamos sentimientos como lo pueden ser la angustia, el dolor, tristeza, desesperanza y todo aquello que se ha considerado negativo y que bajo los métodos de clasificación se han

precisado como patológicos si su intensidad excede la norma, por lo cual hay una guía de cómo se debe sentir y hasta donde esta mal, pero de ello es importante decir que esos sentimientos no todas las veces son un eterno conflicto y que tampoco son ajenos a nuestra propia constitución biológica y social. Hay un sinfín de ejemplos de la importancia de muchas emociones (consideradas negativas), entre ellos podemos ver el papel del artista o del “genio” en donde frecuentemente se han hecho manifiestas una serie de expresiones que rebasan la sensibilidad y percepción del hombre llamado “normal”.

Para entender como las relaciones de poder atraviesan en forma de dispositivo el campo de la salud/enfermedad mental es necesario entonces, entender el tema de la salud en la actualidad y cómo se ha convertido en una panacea para instituciones privadas y gubernamentales, la publicidad y mercadotecnia, la ciencia e incluso, dentro del pensamiento popular y cotidiano. Es común ver que en cualquier medio de difusión se habla de salud/enfermedad, la población ya tiene los conocimientos clínicos con los que siglos atrás sólo los médicos contaban; imperan programas televisivos referentes a estos temas, la publicidad encuentra sus ingresos más jugosos en medicamentos y productos que garanticen el no enfermar, sanar o simplemente alimentar el ideal de un imaginario. Gran parte de la humanidad que se ha afiliado al pensamiento occidental, se encuentra preocupado por su estado de salud física y mental, y en consecuencia invierten mucho tiempo y dinero en ello. Parecería lógico a los ojos de una sociedad avanzada, civilizada e incorporada a una economía mundial. Pero aquí es importante hacer notar que esto no sólo obedece a patrones económicos, sino que está aunado a referentes morales y estéticos de esta cultura y como consecuencia, despreciamos las anomalías físicas/mentales sin siquiera considerar su importancia para entendernos como sociedad⁴⁷, lo cual podría ser como vivir

⁴⁷ Es decir, entender como las contradicciones de un sistema generan determinadas “anomalías” y malestar social, y como de ello a su vez, se ha buscado solucionar por medio de métodos como el ocultamiento o la readaptación, dependiendo de varios intereses en turno. De esta manera podemos ver también como las anomalías son parte de las contradicciones de un sistema, pero sería interesante situarnos dentro de otra posición, y ¿porqué no? pensar en que el sistema como tal es anómico y de ello derivan insatisfacciones que se manifiestan como

sobre una sola dimensión, cuando el campo social cuenta con una gran cantidad de espacios. De esta manera podemos notar que hay una creciente tensión por intentar mantener a la sociedad “sana mentalmente”, dirigida por los estándares dictaminados a nivel mundial, y paradójicamente nos encontramos con todos los hoyos que han dejado estos planteamientos en la práctica.

Cuando llegan a tomarse en cuenta las anomalías para entender nuestra sociedad, se desarrolla la reflexión a partir de la estigmatización, como aquellos estudios científicos que explican que el psicópata, sociópata, esquizofrénico, ente otros, provienen de clases pobres; argumento “social” que podría considerarse válido pero que enmascara otras situaciones, ya que no se necesita ser “pobre” para cometer actos que son considerados consecuencia de esas patologías. Por ejemplo, cómo diversos gobernantes o agentes con poder económico son asesinos intelectuales de grupos de población que difieren a sus intereses políticos, o que imperios y empresas trasnacionales se encuentran devastando gran parte de los recursos naturales inhabilitando a las personas que se interponen en sus proyectos. A estos agentes con poder económico quizás se les juzgue de otra manera o se desvíe la responsabilidad a otros sectores⁴⁸. Una de las cosas que quiero mostrar con todo lo anterior es cómo desde miradas “sociales”, también se pueden manejar las etiquetas de lo anómico para perpetuar pensamientos de discriminación u ocultamiento de situaciones políticas. Ejemplos hay muchos más, entre ellos, decir que el pobre contiene cierto tipo de trastornos nos lleva a estigmatizar a grupos sociales sin entender el contexto político y económico de su actuar y genera la idea de aplicar soluciones antropológicas y paternalistas en donde el intelectual especialista tiene que intervenir en esa familia o grupo, con una posición de “evangelizador”, y eso en el mejor de los casos, si no es que surgen sólo

respuesta justas ante situaciones injustas, y por ello estos descontentos son arrojados a las periferias o reincorporados mediante métodos donde la persona funge como una especie de engranaje de una maquinaria. Así, ambas posturas nos muestran el amplio panorama en donde tenemos que establecer un pensamiento crítico, definiendo posturas y propuestas.

⁴⁸ Podemos encontrar diversas modalidades de esta desviación de responsabilidades, como por ejemplo, las campañas y legislaciones sobre el cuidado del agua, donde en la práctica parecen quedan eximidas las trasnacionales, culpabilizando sólo la “ignorancia” de determinados grupos de la población. Con ello no justifico los excesos cometidos de manera individual, pero es justo dimensionar la “lógica” bajo la que se mueven las normas.

teorías que perpetúan ideales en los estilos de vida que son irrealizables debido a que el origen del problema no es de tipo individual o local, si no político y económico.

Por ende, se considera necesario en las ciencias sociales que estudian aspectos psicológicos, señalar y reflexionar en dónde se colocan las etiqueta que utilizan, a quién y cómo; es decir, la generación de un paradigma que rebase las teorías rígidas y que pueden resultar obsoletas frente a nuevas realidades enmarcadas dentro de otras perspectivas estéticas: “Es importante reconocer que uno u otro calificativo son material de uso ideológico, a veces disfrazados de contenido científicos” (Ginsberg, 1990: 77).

Por otro lado, existe la “utilización de la enfermedad para estigmatizar y perseguir a determinados colectivos” (Foucault en Huertas, 1998: 110), justificándose a partir de la ley y estándares de la salud mental, de manera indiscriminada obedeciendo a intereses y formas de relacionarse que derivan en ambigüedades y profundos abismos en dichos modelos. Así, “el revolucionario es definido entonces por la “psicología” en vez de comprenderlo como parte de la sociedad” (Ginsberg, 1990: 91).

En respuesta a ello, aquellas organizaciones que edificaron el concepto de enfermedad mental, en la actualidad debido a diversas críticas (externas e internas al concepto unitario de salud), han definido que los disidentes políticos, los homosexuales y aquellos con religiones diversas no encajarían en el concepto de trastorno mental. Sin embargo, a lo largo de la historia y en la actualidad hemos observado lo contrario. Así, tenemos todas las intervenciones sociales que se ejercen para readaptar a aquellos que causan malestar social; la línea entre loco, enfermo, trastornado, criminal e inconforme social es infima. Ejemplo de ello es cuando alguna persona ha atacado a alguna autoridad (presidente, ministro religioso o personas con alto poder adquisitivo) se les ha llamado desequilibrados mentales, de tal manera que pueden ser reclusos en psiquiátricos, docilizados con fármacos para evitar cualquier disidencia o según terminos legales, en la cárcel. No se trata de satanizar las insituciones psiquiátricas, pero sí de contextualizar sus estructuras, la época y formas como se maneja.

Como consecuencia, se encuentra una vigilancia por encima de nuestras actividades cotidianas, la intención de una rehabilitación para llevar a la “normalización”⁴⁹. Sin embargo, el ejercicio del poder con respecto a la enfermedad mental no se encuentra imbuido en las instituciones psiquiátricas o en determinados grupos, esa forma que beneficia directamente a algunos sectores sólo es una manera terminal que toma el poder. Este juego de la disciplina, el control y poder se encuentra inmerso en las relaciones cotidianas, en los encuentros fortuitos entre las normas y la necesidad de una verdad absoluta o totalizante y de mantener una ciencia (psicológica) positiva, en la cual no existan variables extrañas, en donde la clasificación juegue su papel “correcto” y el orden se imponga ante lo caótico que puede ser la sociedad y su estudio.

No asignarle un nombre a quien tira las cartas del poder es una estrategia, pero aún más estratégico es hacer creer que el poder se encuentra en una institución únicamente y dejar de tomar en cuenta los efectos de sabiduría del poder, creando un discurso en donde se deja a un sector de la población sin la posibilidad (abstracta) de saberse como parte de la ejecución de poder; sólo está permitido culturalmente el nombramiento de un poder destructivo o efímero, que se dice propio de una élite.

Por otro lado, politizar el concepto de salud-enfermedad mental no es hablar únicamente de aquellos que han resistido a un sistema voraz y que no han cedido a la conformidad; los que en aras de su liquidación, han sido llamados anormales y durante los años 60 fueron torturados y desaparecidos con el propósito de mantener un régimen político totalitario y represivo. Politizar el análisis de la salud-enfermedad mental es también hablar sobre diversas operaciones de largo alcance que se efectúan con el propósito de crear pequeñas y grandes “verdades”, perpetuarlas (aunque ello no implique

⁴⁹ “La normalización es más que una simple socialización en el interior de las normas. La socialización es la manera en que la concepción que tienen del Ser y del Poder los miembros de una sociedad, rige las acciones de éstos. La normalización es un fenómeno exclusivamente moderno [...] En la concepción que tiende a afirmarse cada vez más claramente desde la edad clásica, las normas van extendiéndose progresivamente a *todos* los aspectos de la vida” (Balbier, 1999: 97).

hacerlas inmóviles e inflexibles ya que bajo esa orientación prosiguen su cambio), consolidarlas y hacerlas funcionar al ritmo de intereses sociales oligárquicos. En la actualidad, estos se incorporan a un pensamiento mundial en el que las ganancias económicas pertenecen a grandes potencias y al compás de ello, existe toda una maquinaria que genera como consecuencia tensiones de poder.

En el caso de la salud-enfermedad mental, encontramos diversas acciones que reflejan los ejercicios de poder que expresan en sí mismos las formas y estructuras sociales de cada época, por lo que en la presente tesis uno de los temas principales se encuentra en la reflexión de estas categorías y la forma en que se expresa el poder y control en la actualidad por medio de diversas estrategias generalizadas, quizás no tan perceptibles debido a que sostienen estructuras más complejas.

De todo lo anterior, encontramos que varios discursos referentes a la salud/enfermedad se argumentan bajo estándares de lo normativo, de lo aceptable socialmente y no se tiene admisión y aceptación de la diferencia. La enfermedad mental no sirve a nadie en un sistema que da alto valor a la productividad; sin embargo, es parte de las contradicciones del ser humano; por lo tanto, en la actualidad se puede ver como varias prácticas orientan y conducen formas de vivir, enfermar y/o morir.

Así, el concepto de salud/enfermedad es comprendido en cuanto a lo que una persona de clase media y media alta aspira y reproduce⁵⁰; sin embargo, el papel de los marginados se puede recuperar desde otras perspectivas llegando incluso a ignorar el argumento oficial de salud/enfermedad mental y dirigirse de otras maneras fomentando tal vez, otras formas de relación.

De esta manera el no querer voltear y reflexionar alrededor de las anomias propias y “ajenas” nos limita un gran campo de posibilidades, así, lo divergente es origen de las contradicciones humanas y de los sistemas elaborados por ellas, por lo tanto son parte de los matices que nos constituyen como sociedad, de tal manera que aislar o intentar adaptar sólo ha generado

⁵⁰ La gran ansiedad de posición social en las sociedades que dan importancia a la doctrina del éxito puede influir hacia la conducta desviada de la conformidad o de la subordinación excesiva. (Merton, 1964. Capítulo IV).

reproducir de manera infinita roles que perpetúan formas de aspirar a imaginarios irrealizables y no mirar nuestro papel político y cultural alrededor de la opresión y decadencia de un sistema desigual.

Es pertinente exponer el miedo que hay a las diferencias y en consecuencia la creación de normas sociales excluyentes disfrazadas de “bienestar”, por lo tanto el presente discurso ha girado alrededor de poder voltear a mirar lo anómico y todo lo que de ello se desprende, desde formas políticas, económicas e históricas de crear el concepto de enfermedad mental, la enfermedad y el vivirla. Pero es importante tener claro que nadie es totalmente sano o enfermo, de lo cual, no es pertinente “santificar” o “satanizar” al clasificado como enfermo mental ya que en ningún momento es víctima o verdugo de sus circunstancias sociales y más aún es creador dinámico de cultura y parte de las contradicciones sociales.

Así, podemos concluir a partir de la exploración crítica del concepto de enfermedad, la enfermedad y el enfermo mental, que las anomias si bien han sido utilizadas como dispositivos de poder para perpetuar formas de vida, desigualdad económica entre otros factores revisados anteriormente, también pueden ser fuente de una resistencia que se opone, así los grupos que constituyen una mayoría divergente han encontrado su reivindicación en la memoria de una historia no oficial, generando una serie de tensiones de poder.

Y desde la perspectiva fucoltiana el poder produce efectos de saber y es detentado en los anómicos que aún siendo mayoría han sido relegados a las periferias, con esto tampoco justifico a grupos que bajo las contradicciones del sistema han caído en las clasificaciones de “patologías” que anulan su poder y acción social por medio de la enajenación; y ante esta última reflexión se habren un sinnúmero de cuestionamientos, pero uno que creo importante resaltar es que bajo las clasificaciones de enfermedades mentales también encontramos mecanismos de inhabilitar y apasiguar a sectores de la sociedad generando el olvido fácilmente, sintiéndose ajenos de la injusticia ejercida por un sistema voraz.

Bibliografía

- Almada, I. (1990). *Salud y crisis en México: textos para un debate*. México: Siglo XXI.
- Asociación Psiquiátrica Americana. (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM IV)*. Barcelona: Masson.
- Ávila-Fuenmayor, F. (2007, septiembre). El concepto de poder en Michel Foucault. *A parte rei. Revista de Filosofía*, 53: 2. Recuperado el 22 de mayo del 2009, de <http://serbal.pntic.mec.es/AParteRei>
- Balbier, E.; Deleuze, G.; Dreyfus, H.; Frank, M.; Glücksmann, A.; Lebron, J.; Rajchman, R.; Rorty, F.; Wahl. (1999). *Michel Foucault, filósofo*. Barcelona: Gedisa.
- Basaglia, C. E.; Cooper, D.; Elkaim, M.; Guattari, F.; Langer, M.; Marcos, S.; Monsivais, C.; Ongario, F. (1984 a). *Antipsiquiatría y política: intervención en el cuarto encuentro internacional de alternativas a la psiquiatría, Cuernavaca 1978*. México: Extemporáneos.
- Basaglia, F.; Basaglia F. (1984 b). *La mayoría marginada*. México: Fontamara.
- Basaglia, F.; Langer, M.; Caruso, I.; Szans, T.; Verón, E.; Suárez, A. & Barrientos, G. (2006). *Razó, locura y sociedad*. México: Siglo XXI.
- Castillo, G. (2004, 5 de septiembre). En centros siquiátricos, expedientes con nombres de 134 desaparecidos. [Versión electrónica], *La Jornada*. Recuperado el 28 de enero del 2008, de <http://www.cesarsalgado.net/200409/040905b.htm>
- Cooper, D. (1981). *El lenguaje de la locura*. Barcelona: Ariel.
- Descartes, R. (1637). *Discurso del método*. Buenos Aires: Losada.
- Foucault, M. (1976). *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*. México: Siglo XXI.
- Galimberti, U. (2002). *Diccionario de psicología*. México: Siglo XXI.
- Gobierno de Caracas. Consejería de educación, cultura y deportes. Dirección General de Formación Profesional y Educación de Adultos. (12 de junio de 1998) *Formación Básica de Personas Adultas*. Decreto 79/1998 BOC. nº 72. Pág. 8. Recuperado el 5 de junio del 2009, de <http://www.gobiernodecanarias.org/educacion/general/gestorglobal/DocsUp/parrafos/5285UD%201.%20SALUD%20Y%20ENFERMEDAD.pdf>

- Gomezjara, F. (1989). *Alternativas a la psiquiatría y a la psicología social*. México: Fontamara.
- Guinsberg, E. (1990). *Normalidad, conflicto psíquico, control social. Sociedad, salud y enfermedad mental*. México. UAM-Xochimilco: Plaza y Valdés.
- Huertas, R. (1998). *Neoliberalismo y políticas de salud*. Barcelona: El Viejo Topo.
- Ibañez, T. F. (2004). *Introducción a la psicología social*. Barcelona: Universidad Obrera de Catalunya.
- Illich, I. (1975). *Nemesis médica. La exploración de la salud*. Barcelona: Barral.
- Marini, M. (1996). Proceso y tendencias de la globalización capitalista, en Marini, M. y Millan, M. (Coordinadores). *La teoría social latinoamericana. Cuestiones contemporáneas*. México: UNAM/ Ediciones el Caballito.
- Merton, R. (1964). *Teoría y estructuras sociales*. México: FCE.
- Michel F. (1997). *Nietzsche, la genealogía, la historia*. Valencia: Pre-textos.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (3 de Septiembre de 2007). *Salud mental: un estado de bienestar*. Recuperado el 5 de Julio de 2009, de http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/index.html
- Ríos, A. (2004). Locos letrados frente a la psiquiatría mexicana a inicios del siglo XX. *Frenia*. Vol. IV-2-2004. Pág. 18. Recuperado el 30 de mayo de 2009, de <http://www.frenia-historiapsiquiatria.com/pdf/fasciculo%208/017-locos-letrados-frente-a-la-psiquiatria-mexicana-a-inicios-del-siglo-xx.pdf>
- Soberón, G. (1987). *La protección de la salud en México*. México. Porrúa.
- Urias, B. (2005). Locura y criminalidad: degeneracionismo e higiene mental en México posrevolucionario 1920-1940, en Agostoni, C. & Speckman E. (Editoras). *De normas y transgresiones: enfermedad y crimen en América Latina, 1850-1950*. México: UNAM. Instituto de Investigaciones Históricas.
- Veraza, J.; Aldana, R.; Atayde, K.; Barreda, A.; Espinosa, R.; Espinosa, S.; Flores, G.; Lara, F.; Martínez, J.; Moreno, D.; Vázquez, M. & Pérez, L. (2007). *Los peligros de comer en el capitalismo*. México: Itaca.