



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

EL ENCUENTRO Y DESENCUENTRO CON EL ESQUEMA DE SALUD-ENFERMEDAD

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA
MARCOS DANIEL CRUZ CHÁVEZ

DIRECTORA DE TESIS
DRA. MARÍA DEL CARMEN MONTENEGRO NÚÑEZ

REVISORA
MTRA. CECILIA MONTES MEDINA

SINODALES
DR. GERMAN ÁLVAREZ DÍAZ DE LEÓN
DRA. ZURAYA MONROY NASR
MTRA. GABRIELA ROMERO GARCÍA



Facultad
de Psicología

CIUDAD UNIVERSITARIA, CD. MX, NOVIEMBRE DE 2020



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco en primer lugar a Jehová Dios, por permitirme cumplir una más de mis metas en la vida, por darme la oportunidad de hacerlo y por nunca abandonarme, por darme la fuerza, la confianza y el valor.

Un agradecimiento especial a mi madre, la Sra. María Virginia, sin ella nada de esto sería posible, de verdad que no existen palabras para describir el apoyo, amor, cariño y afecto con el que toda mi vida he crecido, cuando me quedé solo, solo fuiste tú quien estuvo en mi vida, siendo y cumpliendo un papel superior al de una madre, te amo.

Un profundo agradecimiento a la Universidad Nacional Autónoma de México, por existir, por siempre brindar un espacio y atención a cada uno de sus alumnos, agradezco mucho a la Escuela Nacional Preparatoria plantel 5 "José Vasconcelos" por darme los mejores años de mi vida, por prepararme y acogerme dentro de la universidad, agradezco a la Mtra. Jocabel Ruíz Guerra, quien fue mi inspiración para emprender mi carrera en la psicología, gracias maestra.

Muchas gracias a la Facultad de Psicología, al área de la Psicología Clínica y de la Salud y a todos aquellos profesores que fueron una pieza clave en este trayecto, quiero agradecer a aquellos que fueron una inspiración e impulso para mí: a la Dra. Aurora Cárdenas López, a la Mtra. Martha Cuevas Abad, a la Dra. Araceli Lámbarri Rodríguez, a la Mtra. Karina Torres Maldonado, a la Dra. Zuraya Monroy Nasr, al Dr. Germán Álvarez Díaz de León, a la Mtra. Patricia Paz de Buen Rodríguez, a la Dra. Ana María Bañuelos Márquez, a la Lic. Concepción Conde Álvarez, a la Mtra. Esther González Ovilla, a la Mtra. Cecilia Montes Medina y a la Mtra. Gabriela Romero García. Muchas gracias por su tiempo, dedicación, vocación y empeño dedicado.

Durante este proceso existieron dificultades, tuvieron que superarse muertes, decepciones, errores, caídas, terremotos, desánimos, enfermedades, cambios y ahora una pandemia, agradezco profundamente a ese pequeño pero sustancioso, amoroso y afectivo grupo de amigos y compañeros con los que tuve tan gratas experiencias, gracias a ti, Iván Palacios, Adela Romero, Shantal Freyssinnier, Katterine Corro, Enrique Arzate, Gabriela Mendoza, Paola Jiménez y todos aquellos otros compañeros, gracias por esos días llenos de pláticas existenciales, risas, comidas, días de lluvias, calor y expediciones llenas de nuevas experiencias, siempre apoyándonos a pesar de las peleas y diferencias que pudieran haber.

Un agradecimiento especial y profundo a la Dra. María del Carmen Montenegro Núñez, por ser la mejor profesora que he tenido en mi vida académica, gracias por su paciencia, confianza y expectativas depositadas en mí durante todo este tiempo, gracias por todas esas oportunidades, consejos, conocimientos y pláticas en las que siempre he salido muy reconfortado y nutrido académicamente, gracias por ser una gran amiga, la admiro, respeto y aprecio mucho, gracias.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Resumen.....	1
Introducción.....	3
Capítulo I. La enfermedad mental a través de los siglos.....	8
1.1. Siglo XV a XVII. Primeras explicaciones filosóficas.....	9
1.2. Siglo XVIII. Aproximaciones y teorías del estudio del alma.....	13
1.3. Siglo XIX. El nacimiento de la psiquiatría.....	16
1.4. Siglo XX. La influencia del psicoanálisis.....	18
1.5. Siglo XXI. La psiquiatría y la clasificación de las enfermedades mentales.....	27
1.5.1. La CIE y el DSM.....	30
Capítulo II. Análisis crítico del diagnóstico clínico de la enfermedad mental.....	37
2.1. El concepto de <i>locura</i> . Michael Foucault.....	39
2.1.1. Una conciencia crítica de la locura.....	41
2.1.2. Una conciencia práctica de la locura.....	42
2.1.3. Una conciencia enunciativa de la locura.....	44
2.1.4. Una conciencia analítica de la locura.....	45
2.2. El campo semántico de la locura. Maud Mannoni.....	55
2.3. La revolución de la psiquiatría.....	62
2.4. El movimiento anti psiquiátrico.....	68
Capítulo III. Modelo dominante que aborda las intervenciones de la enfermedad mental del siglo XXI.....	83
3.1. El modelo de salud-enfermedad moderno ante el concepto de locura.....	83
3.2. La Organización Mundial de la Salud ante la semántica de la locura.....	90
3.3. El Manual Diagnóstico de las Enfermedades Mentales (DSM) un manual de uso médico.....	96
3.3.1. Consecuencias de una clasificación arbitraria y conjetural.....	101
3.4. Psiquiatría moderna, objeto de estudio y objetivos.....	106
El esquema de salud-enfermedad ante las problemáticas actuales de salud mental del siglo XXI. Conclusiones.....	115
Referencias.....	123

RESUMEN

Existe una relación estrecha y cercana entre la psiquiatría y la psicología clínica, ambas abordan las problemáticas existentes en lo que tiene que ver con la salud mental, su campo de trabajo es el esquema de salud-enfermedad. Aun con todo, las problemáticas presentadas por los pacientes tienen que ver con un enfoque biológico, psicológico y social, lo que llevaría a pensar que la forma de abordarlos debe ser desde esas perspectivas, sin embargo, el modelo de salud actual ha depositado de manera notoria su confianza en los manuales estadísticos de uso médico como son la CIE y el DSM, haciendo que el discurso del paciente quede al margen para la emisión del diagnóstico y la aplicación terapéutica, hacer un repaso de la historia de la psiquiatría, sus avances, adelantos y su fusión con la medicina orientará a la adquisición de conciencia tocante a la necesidad de centrarse en las problemáticas presentadas y afianzar la díada psicología-psiquiatría para hacer frente a la realidad social existente.

Los modelos teóricos sobre los que descansa el modelo de salud-enfermedad del siglo XXI han quedado huecos ante los grandes cambios de las sociedades hoy en día, mientras más cambiante y demandante es la sociedad tocante a la necesidad de tener y mantener una salud mental, algunos profesionales de la salud han buscado crear más clasificaciones nosológicas y se han hecho disponibles en diversos medios, como son el Internet, haciendo que las personas mismas busquen en donde pueden encajar, haciendo que la mayoría de las personas busquen evitar demostrar sus verdaderos problemas o síntomas de una enfermedad mental, generando un miedo que impregna a las sociedades modernas: el de ser excluido por estar “loco”, aunado a esto, se ha observado que entre los dispositivos de poder más fuertes es el discurso médico, y el psiquiatra, al ser médico, tiene el poder de “clasificar” y etiquetar a los pacientes, haciendo que su realidad social cambie tanto para ellos mismos como para el medio en el que vive. Revisar dichos argumentos y planteamientos busca generar conciencia en los profesionales de la salud mental en seguir tratando a los pacientes como seres humanos y no como objetos, “enfermos” o “clasificaciones andantes”.

PALABRAS CLAVE: Locura, Enfermedad, Trastorno, Psiquiatría, Psicología, Salud mental, Clasificación, Manual, Biología, Aspectos sociales, Cultura, Nosología, Etiquetamiento, Desarrollo, Interacción.

ABSTRACT

There is a tight relationship between psychiatry and clinical psychology, both address existing problems in what has to do with mental health, their field of work is the health-disease scheme. Even with everything, the problems presented by patients have to do with a biological, psychological and social approach, which would lead to think that the way to approach them should be from these perspectives, however, the current health model has trusted in a way his confidence in statistical manuals for medical use such as the CIE and the DSM is well known, making the patient's speech on the sidelines for issuing the diagnosis and therapeutic application, reviewing the history of psychiatry, its advances, progress and its fusion with medicine will guide the acquisition of awareness regarding the need to focus on the problems presented and consolidate the psychology-psychiatry dyad to face the existing social reality.

The theoretical models on which the health-disease model of the XXI century rests have been left hollow before the great changes of societies today, the more changing and demanding society is regarding the need to have and maintain mental health, some health professionals have sought to create more nosological classifications and they have been made available in various media, such as the Internet, making people look for where they can fit in, causing most people to avoid proving their true problems or symptoms of a mental illness, generating a fear that permeates modern societies: that of being excluded for being "crazy", coupled with this, it has been observed that among the strongest power devices is the medical discourse, and the psychiatrist, being a doctor, he has the power to "classify" and label patients, making their social reality change both for themselves and for the environment in which they lives. Reviewing these arguments and approaches seeks to raise consciousness in mental health professionals to continue treating patients as human beings and not as objects, "sick" or "walking classifications".

KEY WORDS: Madness, Illness, Disorder, Psychiatry, Psychology, Mental health, Classification, Manual, Biology, Social aspects, Culture, Nosology, Labeling, Development, Interaction.

INTRODUCCIÓN

Hablar de la vida cotidiana desde la psicología social es referirse al conjunto de factores que forman un entorno, un espacio y un tiempo, es hablar del lenguaje y de la expresión de una sociedad, es hablar de la cultura y es hablar de ella como un ente completo, como un ente que piensa, siente y expresa lo que desea a través de sus comunidades y sus miembros, y hablar de la vida cotidiana tiene entonces un gran impacto en la vida de los que viven dentro de ella.

Cada cultura tiene su propio lenguaje, por ejemplo, el concepto de “salud-mental”, el cual ha tenido un gran impacto en la vida de muchas personas a lo largo de la historia, algunos asocian el concepto inmediatamente a la psiquiatría, considerando que la salud mental es “la ausencia de toda enfermedad y la alta capacidad para desenvolverse en el entorno que lo rodea” [Marmitt, et al, 2019], pero aquí surge la pregunta ¿será cierta y válida esa conceptualización? Otros la asocian con su “contraparte”, la *locura*, la cual es considerada como la presencia de uno o varios padecimientos mentales que hacen que una persona sea “anormal”, no pueda tener una vida como el resto y que al mismo tiempo tenga varios problemas en su “percepción” y en sus “emociones”, sin embargo, surgen varias preguntas sobre esa argumentación, ¿qué determina que una persona sea *normal* y otra sea *anormal*? ¿cuáles son las evidencias científicas sobre la *locura*? ¿está bien usar el concepto *locura*? [Montenegro & Martínez, 2010].

Estas preguntas surgen en lo que se llama el encuentro y desencuentro con el esquema de salud-enfermedad, ¿qué es la salud mental? ¿qué es la enfermedad mental? ¿cómo ha ido modificándose ese concepto en las sociedades modernas? Sobre todo, considerando el gran paradigma del lenguaje, el lenguaje que usan las diversas disciplinas que utilizan el concepto de *salud mental* y a su vez, el de *locura*, disciplinas como la psicología clínica, la psiquiatría, el psicoanálisis, la salud, la vida cotidiana e incluso, se abordará la acción en el campo de la vida cotidiana de la teoría de la desviación [Hernández, 2014].

Ahora bien, en la mayoría de los casos se adopta a lo que el *vox populi* ha generado como definición de salud mental, causando problemas en la interacción social que se tiene con una persona que ha sido etiquetada con dichos conceptos, entre otros factores involucrados, se cae en la *psicologización*, que es, querer asociar todo evento de la vida cotidiana, todo

comportamiento y toda reacción a cualquier situación a la psicología, como si todo se pudiera explicar como “salud” o “enfermedad” mental [Aguirre, 2001], he ahí el paradigma del uso del lenguaje en lo que tiene que ver con la salud mental.

Las creencias que se han generado y la gran necesidad de no “desarrollar” o “mostrar” ninguno de los “signos” de la enfermedad mental [Fernández, 2007] ha sido un esfuerzo constante de los miembros de la sociedad, y al conjugarse con el problema del uso del lenguaje, se pretende que el concepto de salud mental vaya adaptándose a solo la presencia de un signo o síntoma, ¿será que incluso los psicólogos han adoptado esa forma de pensar? He ahí la necesidad de tener una comprensión del lenguaje desde el paradigma del esquema de salud-enfermedad para poder ejercer mejor el trabajo del psicólogo clínico.

La exactitud de los términos nos lleva a cuestionar la necesidad que tiene el profesional de la salud mental para con sus pacientes, muchos de ellos son víctimas del propio estigma que la sociedad les ha dado, o en algunos casos, que ellos mismos han adoptado, provocando que sus relaciones vayan empeorando y que sean menos efectivos en sus ambientes laborales y cotidianos, el psicólogo clínico tiene como tal una gran responsabilidad tocante a los diagnósticos, sobre todo, de no dejarse llevar por el discurso que el paciente y/o la institución que envía tiene del cliente, es por ello, que se aborda esta investigación, para conocer el impacto y promover la forma correcta para trabajar con los pacientes clínicos, siempre buscando su bienestar.

La psicología entonces, es una ciencia que se fine por el estudio del comportamiento en todas sus manifestaciones y contextos, aplicada en este caso a la clínica y a la salud mental, siendo entonces también una disciplina científico-profesional con historia e identidad propias, busca el bienestar del paciente a través de sus esquemas de trabajo, el objeto de trabajo, al igual que en el caso de la psiquiatría, son los padecimientos y enfermedades mentales. Es evidente que el psiquiatra no está suficientemente formado para utilizar con destreza los tratamientos psicológicos, ni el psicólogo posee (afortunadamente) la habilidad legal ni por ello la formación necesaria, en la misma proporción, para hacer uso de terapéuticas farmacológicas, por ello, y en beneficio de la persona atendida, se impone la cooperación de ambos profesionales en un plano de igualdad.

Existen muchas versiones sobre el proceso de salud-enfermedad, de hecho, el propio término es usado por disciplinas diferentes a la psicología, por ejemplo la psiquiatría, la cual ha hecho que el concepto sea tomado como “la ausencia de toda enfermedad, signo o síntoma” [OMS, 2004], concepto que ha hecho que muchas personas estén comenzado a vivir al margen de las sociedades y muchas también se han encargado de “dictaminar” las conductas que se alejan de una “cotidianidad”, argumentando que existen personas que son un “peligro”, o que incluso generarían un ciclo de “enfermedad”, por lo que contribuyen a que se les margine y/o excluya, para ello, es importante entender nuestro propio uso del lenguaje tocante a la salud mental, comparar el propio concepto a partir de la disciplina donde se use y siempre esforzarnos por contextualizarlo antes de emplearlo, sobre todo, porque los psicólogos tenemos mucho contacto con la sociedad.

Pablo Fernández-Christlieb en el 2007, argumenta que “la vida cotidiana en México se ha ido transformando conforme se ha ido modificando su expresión en la cultura, en la literatura y en la expresión artística”, siendo así, se entiende que la propia cultura ha hecho que se adopte un concepto erróneo de la salud mental y de los procesos psicológicos involucrados en la vida cotidiana de una sola persona, al mismo tiempo, como afirma Hoffman [1993] ha existido un cambio en la presentación de la persona en la vida cotidiana, a saber, se han generado muchos estigmas, por ende, es importante abordar este problema, ya que los propios pacientes y sus familias tienen esa misma forma de pensar, los mismos pacientes llegan a consulta esperando que se les dé un mal diagnóstico o sus familiares esperan que el problema sea grave o llene las expectativas previas que ellos mismos tienen, avivando e incluso cuestionando la validez y confiabilidad de la psicología clínica y de la salud.

Siendo así, se cuestiona la propia evaluación psicológica clínica, los resultados que arroje o se mira solo como una técnica para confirmar lo que otras personas piensan al respecto, al no tener ese objetivo, es importante documentar los postulados que afirman lo contrario.

Analizar el uso de lenguaje en el campo de la salud mental desde la psicología clínica, la psiquiatría, el psicoanálisis, la salud y la vida cotidiana para contrastarlo con el uso del lenguaje correcto de cada disciplina, analizando siempre la importancia del contexto y las consecuencias que tiene la mala aplicación en ellos antes de la evaluación profesional, conjugándolo con el

papel y responsabilidad del profesionalista de la salud para con ellos y la sociedad, en colaboración para erradicar la patologización y psicologización de la salud mental, para lograr que se valore el ejercicio y efectividad de la psicología clínica y de la salud.

El análisis se presenta a partir de una investigación documental de tipo cualitativo, con un enfoque de tipo interaccionista simbólico, trabajado desde la técnica de la hermenéutica literaria, se busca presentar una exposición de las temáticas involucradas en lo que tiene ver con el esquema de salud-enfermedad del cual tanto los psicólogos como los psiquiatras tienen como campo de trabajo.

El capítulo I aborda como las enfermedades mentales han sido objeto de estudio desde tiempos remotos, presentando una breve historia de cómo se ha trabajado, observado y como se fue construyendo el campo y ejercicio de la psiquiatría, repasando desde el siglo XV hasta el siglo XXI y las fuerte influencia que está teniendo los manuales de uso médico como la CIE y el DSM, se habla también de la forma en que se ha ido modificando la forma en que se abordan las problemáticas, desde las más rústicas, hasta el camino cruzado que se fue teniendo con la psicología clínica, a saber, de algunas tradiciones como el psicoanálisis y el conductismo.

En el capítulo II se hace un análisis crítico del diagnóstico cínico de la enfermedad mental, aquí es importante resaltar el propio concepto de locura, el cual, explicado desde la perspectiva filosófica de Foucault y Mannoni ayudan a construir un esquema de trabajo para la psiquiatría y la psicología del día de hoy, considerando que existen diversos elementos de la propia locura que han sido marginados con el paso del tiempo, pero que, en su común denominador, se ha observado que es muy necesario que siempre se siga observando al paciente como un ser humano que vive, piensa, expresa y mantiene una homeostasis con su entorno, en algún momento esto fue posible cotejarlo con las ciencias de la salud mental, generando los movimientos anti psiquiátricos, mismos que siguen luchando al día de hoy por mantener una óptica más humana de los pacientes.

En el capítulo III se habla del presente, del siglo XXI, del modelo dominante que existe hoy en día, el fuerte papel que tiene la Organización Mundial de la Salud en este campo, el desarrollo, presentación y defensa de los manuales CIE y DSM en el ejercicio de salud-

enfermedad, resaltando que siempre se ha visto a estos manuales como una consulta de uso médico, pero que tienen ciertas limitaciones que deben reconocerse y que les impiden funcionar como herramientas clasificatorias y dictadoras de diagnósticos y tratamientos, mostrando las consecuencias implicadas.

La parte final aborda algunas reflexiones de las problemáticas existentes en el día de hoy, las presenta de una forma imparcial y al mismo tiempo argumenta que sería un error comenzar a crear clasificaciones que fomenten un discurso y dispositivo de poder equivocados en el campo de la psiquiatría, se centra en crear soluciones y en afianzar el trabajo en equipo y comunitario para hacer frente a la crisis de salud mental que se vive hoy en día.

CAPÍTULO I. LA ENFERMEDAD MENTAL A TRAVÉS DE LOS SIGLOS

Psiquiatría. «ψυχή» (psychē) alma o espíritu; «ιατρεια» (iatreia) medicina, curación.

[Rodríguez, 2007, pág. 304]

“[...] cuando psiquiatría, medicina y religión eran una misma cosa, tenemos la evidencia de una protopsicoterapia psicósomática. La salud y la enfermedad vienen de afuera, mediante sutiles influencias animistas. La tarea es dominar esas influencias, eliminar las nocivas y potenciar las benéficas. Sigue un nuevo periodo, en el que la búsqueda se sitúa en causas naturales, materiales, y la enfermedad y la salud se consideran como alteraciones en un equilibrio interno. La tarea entonces consiste en regularizar el cuerpo. Persisten, sin embargo, restos animistas centralizados en los tempos de Esculapio” [González de Rivera, 1998, p. 15]

Los orígenes de la psiquiatría pueden comenzar a estudiarse por el propio origen del pensamiento, es ahí donde progresa con profundas ramificaciones y con fuertes fundamentos en la religión, en la filosofía, la psicología y en la medicina [González de Rivera, 1998], ésta surge como una gran necesidad para lograr entender lo que les ocurría a personas que tenían un comportamiento “anormal”, es obvio que el hombre buscará también la manera en cómo pueden afrontarse a la enfermedad, al dolor y al gran enigma que durante siglos se ha impregnado en la sociedad, ¿qué sucede cuando alguien muere?, siendo así, surgen las bases de una disciplina, de una ciencia, que busca aliarse con el propio humano, siguiendo a los principales historiadores de la medicina, debe establecerse que en la época en que tiene lugar su nacimiento, el ser humano daba mucha importancia y validez a los postulados y argumentos de la religión, por ello es que debe considerarse a la religión como el antecedente más primitivo de todas las ciencias de la salud [González de Rivera, 1998].

Dada la influencia religiosa, se considera también que las bases de la psiquiatría tienen momento en el que un hombre intenta aliviar el sufrimiento de otro mediante su influencia, sea directa o indirecta, mediante el acompañamiento y mediante la “sanación”, esta es una visión muy amplia, que sitúa a la psiquiatría como un precursor de la medicina, y aquellos que tenían la “habilidad” para hacer algo así, eran considerados con las fuerzas de la naturaleza y se creía que tenían poderes especiales, y era necesario que ante su sociedad, ellos mantuvieran ese

“estatus”, dando lugar a la creación de numerosos grupos que afirmaban poder curar “el dolor del alma” (psiquiatría), se promueve el uso de procedimientos para congraciarse, influir o dominar a lo que afectaba al ser humano, cabe mencionar que, comienzan a aparecer ideas de que el ser humano es atormentado por entes sobrehumanos, espíritus o maleficios que les causaban dolor, sufrimiento y que incluso podían quitarles la vida, es por ello que se hace uso de rituales mágicos, que eran considerados efectivos y que pueden incluso verse como instrumentos de “intervención” en ese momento [Lieberman, 2016].

1.1. Siglo XV a XVII. Primeras explicaciones filosóficas

Comienza a buscarse una respuesta a la necesidad de explicar a los “enfermos mentales” de la Edad Media y post Edad Media, resaltando la necesidad de entenderlos a la luz de un pensamiento que incluya el humanismo, entre los primeros puede resaltarse el de Juan Luis Vives de Valencia (1492-1540), quien a través de una profunda investigación y observación, describe interesantes aspectos sobre las asociaciones psicológicas, la relación entre cognición y emoción, el papel de instinto y la ambivalencia de los afectos hacia determinadas personas, hasta el punto que algunos autores como Mora, lo consideran “el precursor de la moderna psiquiatría dinámica” [citado en González de Rivera, 1998]. Vives de Valencia utilizó la siguiente expresión:

“No es importante para nosotros qué es el alma, sino cómo es, cuáles son sus manifestaciones” [Vives de Valencia, 1522, pág. 30], marcando un parteaguas para futuros progresos en el área de la psiquiatría y al mismo tiempo de la psicología.

Juan de Dios Hurtado de San Juan (1529-1588), participó también en el desarrollo de los primeros tratados de psiquiatría, publicó su obra maestra en 1575, *Examen de los ingenios para las Ciencias*, la cual llegó a ser considerada en 1943 como el primer tratado oficial de Psicología Médica, en el que se establece una teoría de la personalidad, una tipología psicológica basada en conceptos fisiológicos, y la posible aplicación de esos conceptos sobre todo en pedagogía y sociología, tiene como base la observación de la naturaleza, un necesario retorno a las fuentes hipocráticas, con un especial énfasis en la psicobiología, haciendo un gran avance y terminando por fin la era neanimista medieval [González de Rivera, 1998].

Thomas Sydenham (1624-1689) logra establecer hacia la mitad del siglo XVII la moderna medicina, y lo hace estableciendo la diferencia entre las enfermedades agudas - o animales - y las crónicas - o humanas - por considerar que las primeras eran similares entre el hombre y los animales, y afectaban fundamentalmente el cuerpo como mecanismo biológico, mientras que las segundas sólo se daban en el hombre, y se afectaban en toda su biografía. Aunque no estaba enfocado en dar avances a la psiquiatría, hizo una gran descripción en detalle de los síntomas de la histeria y, en general, de los trastornos neuróticos, afirmó que estaban limitados solo a las mujeres, aunque carecía de un fundamento metódico, fue un argumento muy aceptado, no solo en los tiempos de Sydenham, sino muchos años más tarde hasta los tiempos de Freud. Es cuando en esta época, comienza nuevamente el interés y hay un retorno a la observación de la naturaleza, y comienzan a sustituirse los métodos deductivos o especulativos [Novelia, 2018].

René Descartes (1596-1650), en sus trabajos de filosofía se preocupó por alcanzar los principios de las cosas llegando a través de muchos estudios a la conclusión de que la duda que él tenía tocante al principio de las cosas le podía dar la certeza de su propia existencia, dentro de la psiquiatría, intentó demostrar que a través de la reflexión se puede llegar al conocimiento de la naturaleza del alma (para él, alma es una sustancia inmaterial que interacciona con el cuerpo, el cual tiene una sustancia bien definida y localizada en el espacio). Descartes hacía una diferencia entre el comportamiento humano y de los animales, lo que le hizo ganarse un lugar dentro del pensamiento racional y científico, manteniendo que los cuerpos (humanos y animales) estaban controlados por leyes físicas definidas, también, postuló que las reacciones nerviosas y musculares seguían caminos definidos a partir de la estimulación de los órganos de los sentidos, los cuales consideraba como “caminos de entrada y salida que proporcionaban canales para activación del repertorio de respuestas” [González de Rivera, 1998], dicha idea es muy cercana a lo que se conoce como *reflejo* en la psicología y en la psiquiatría moderna.

Algo que también caracteriza su trabajo es que logra colocar una distinción de forma clara entre mente y materia, resolvió a su manera el enigma de la relación entre ambas al descubrir la glándula pineal, a la cual atribuyó las funciones del alma, dicha glándula tendría la función de transmitir los impulsos a partir del alma hacia el cuerpo, dicho postulado tiene hoy en día un

gran impacto en ciencias que intentan semejarse a la psicología y/o a la psiquiatría. Aunado a ello, otra de las grandes aportaciones de Descartes a la psiquiatría es su trabajo analítico de las emociones (él las llama pasiones), las cuales las trata casi como hechos mecánicos y las explica a través del comportamiento del cerebro, la sangre, el “espíritu” y los órganos vitales, dicha descripción reduce la complejidad de la vida emocional a seis pasionales elementales: expectación, amor, odio, deseo, alegría y tristeza [González de Rivera, 1998].

Spinoza (1632-1677), trabajó la filosofía de la mente y del cuerpo, aportando ideas de una gran riqueza intelectual que no fueron capaces de asimilar en su totalidad, él consideraba la mente y el cuerpo como aspectos de una misma realidad, postulando una fusión entre la fisiología y la psicología, argumentando que “la memoria sería una secuencia de hechos mentales correspondiente a una secuencia equivalente de hechos corporales, que provendría de las impresiones grabadas en el cuerpo” [González de Rivera, 1998]. Siendo entonces que las emociones y los motivos de los humanos llega a considerarlos como algo irracional, operando a partir del inconsciente y confundiendo a la propia racionalidad del ser.

Leibnitz (1646-1716), llegó a considerar que el cuerpo sigue sus propias leyes, que serían las mismas que las de la mecánica, argumentando que los actos del hombre serían tan mecánicos como los del animal y sería posible explicarlos con las leyes de la física, y que los actos mentales se explicarían en términos de principios mentales, consideraba que el alma lleva a cabo sus activos sin relación directa alguna con el cuerpo, la vida mental consistiría en un orden de hechos en secuencia, al igual que la vida física, pero sin que éstas tengan una interacción entre ellas. La única interacción entre el cuerpo y la mente sería posible a través de una armonía preestablecida entre ellos, pero sin relación alguna de causa-efecto. Dichos postulados y tratados proclamados por él condujeron a la distinción que ha permanecido a lo largo de la psicología alemana, acerca de la no conciencia de nuestras percepciones “oscuras”, ante las cuales se impondrían las percepciones claras (apercebimiento). La percepción sería la condición interna que representa las cosas externas, pero la *apercepción* sería el conocimiento reflexivo de ese estado interno, al que comienza a llamársele a partir de ese momento como **conciencia**. Para su época (siglo XVII), la etiología espiritual de las enfermedades de carácter mental estaba totalmente sumergida en lo supersticioso, y la imagen de quienes la padecían comienza a llamar la atención de los autores literarios, por ejemplo, en España, al publicarse la

obra de Miguel de Cervantes, *El Quijote de la Mancha*. Nuevamente aparece España en el escenario de la salud mental, ya que es el primer país en occidente en donde se construyen “Hospitales mentales”, y el primer lugar en occidente donde se liberó al enfermo mental [González de Rivera, 1998].

Francis Bacon (1561-1626), hizo una notoria diferencia entre la naturaleza en su forma original y el producto de la experiencia, argumentando que algunos de los actos humanos eran atribuibles a la constitución innata, pero la mayor parte de las actividades las consideró adquiridas, catalogándolas en tendencias heredadas, como el hambre, sed e impulsos sexuales, describiéndolos no como simples fuerzas impulsivas, sino como consecuencias motivaciones de la expectación del cariño y del placer, fue el primero en identificar al miedo como un impulso de percepción del daño inherente del objetivo, que hace que éste sea rechazado, también describe el llamado “deseo de honor”, el cual se basa en desear el reconocimiento del placer por estar encima de los semejantes humanos. Uno de sus contemporáneos fue Hobbes (S/F), quien afirmaba que era posible predecir la conducta del hombre hasta el grado de poder controlarlos, tomó sus teorías psicológicas y psiquiátricas de Aristóteles, básicamente del naturalismo, en su visión mecánica de la naturaleza, demostraba gran influencia por parte de Demócrito. Consideraba que cualquier tipo de experiencia tenía alguna forma de movimiento, no estableciendo, por ejemplo, distinción entre el deseo de hacer algo y el hecho de hacerlo, indicó que en los procesos mentales superiores el alma controlaba el paso de los impulsos por mediación de la glándula pineal, él no requirió de la intervención del alma para explicar sus argumentos, ya que él consideraba que el centro de todo proceso de movimiento y de experiencia era el cerebro, conectando la experiencia y el movimiento con las sensaciones, y las asociaciones libres y controladas, las cuales fueron base para otros promotores de la psiquiatría y la psicología, como Sigmund Freud [Lieberman, 2016].

John Locke (1632-1704), consideró que las ideas provenían de la experiencia, la observación nos proporciona nuestra comprensión de los materiales que componen el pensamiento, pero lo interesante de su postura radica en que consideraba que las ideas no surgen necesariamente de las impresiones sensoriales, sino que existen dos posibles fuentes: de la sensación (factores externos) o a través de la reflexión (factores internos), “las mentes están equipadas no sólo con ideas derivadas directamente de cualidades sensoriales tales

como el color, el tono y gusto, sino también de ideas derivadas de la observación de nuestra actividad intelectual” [González de Rivera, 1998]. Locke explicó las posibilidades de una teoría de asociación, pero llama la atención el hecho que afirma que ésta debe comenzar con los datos de la experiencia para desarrollar más tarde las leyes que gobiernan las interconexiones y secuencias entre experiencias. Algo que caracterizaba a Locke era que tenía una gran confianza en la racionalidad humana, y unió esa creencia en la capacidad de los seres humanos a autogobernarse y a una educación liberal.

1.2. Siglo XVIII. Aproximaciones y teorías del estudio del alma

“La revolución paradigmática del Renacimiento se profundiza en el siglo XVIII, o “de las luces”, en el que no solamente se acepta el predominio de la razón sobre la tradición y la fe, sino que además se considera como superior el conocimiento ganado a través de la experimentación con respecto al tributario del razonamiento lógico abstracto” [González de Rivera, 1998, pág. 17].

Algo que caracterizó al llamado “siglo de las luces” es que la medicina comenzó a progresar rápidamente y dejó rezagada a la psiquiatría, y que por primera vez se diferencia claramente, y ello es por el grado de eficacia demostrada y contrastada con el resto de la medicina, la psicología, por su parte, comienza a separarse a su vez de la psiquiatría.

David Hume (1711-1776), postula que la psicología debe ser la disciplina que estudia la experiencia tal como nos aparece, sin considerar al observador como una entidad separada, cuestionó la inexistencia del alma como principio organizador de la experiencia, dijo que las experiencias se conjugan unas con otras siguiendo leyes naturales, mismas que posteriormente fueron denominadas como “personalidad”, sostuvo que eran un conjunto de las percepciones complejas en un determinado momento.

“La corriente empiricista y asociacionista de la psicología se continuará en el siglo XIX con el desarrollo de la psicología experimental, que es inicialmente una psicofísica (Weber, Fechner y, sobre todo, Wundt). La continuación en el desarrollo de los principios asociacionistas y los experimentos de laboratorio darán lugar a la reflexología y el

conductismo, con lo que la psicología vuelve a entroncarse en la psiquiatría ya en el siglo XX” [González de Rivera, 1998, pág. 19].

Emmanuel Kant (1724-1804), fue un filósofo alemán, tuvo una gran influencia en algunas corrientes psiquiátricas, fue de enorme trascendencia, al rechazar las aportaciones hechas por los racionalistas y llegando a enmarcar a la psicología dentro de las ciencias cualitativas (descriptivas), prestó su atención a las enfermedades mentales postulando que éstas son más recuentes en las personas “civilizadas” que en las primitivas por ser éstas “más libres en sus movimientos”, argumentando entonces que las enfermedades mentales tienen algo que ver con las necesidades del hombre y las restricciones que le opone al medio, la teoría de la frustración y del conflicto parecen iniciar a partir de este postulado de Kant.

“Mientras todos estos progresos tenían lugar en la psicología y la medicina de la ilustración, mientras en los salones de toda Europa se discutían los fenómenos del alma, la situación del enfermo mental era del más lamentable abandono. Como señala Foucault en su *Imagen de la locura en la edad de la razón* (1968), el culto a la razón exigía el rechazo de lo irracional” [González de Rivera, 1998, pág. 19].

Con este argumento se parte del hecho de que, fue a partir de la ilustración que comenzó el miedo por lo irracional, el terror dentro de uno mismo se proyecta en el terror a las manifestaciones de aquellos considerados *psicóticos*, o bien la negación de lo irracional dentro de uno mismo se traduce en la negación de humanidad en aquellas personas **locas**, fue en la ilustración cuando comienza a aparecer el temor a los enfermos mentales, al considerarlos como animales. En muchos “hospitales psiquiátricos”, notablemente en el famoso Bethlem Hospital de Londres, se abrían los distintos pabellones al público, exhibiendo a los enfermos por el módico precio de un penique, como si fuera una exhibición de “novedades”, como si fuera un entretenimiento o como si fuera un zoológico. “Es en esta deplorable situación cuando se producen casi simultáneamente y de manera independiente las reformas existenciales de Chiarugi, Tuke y Pinel” [González de Rivera, 1998]. Claro está, que lo que comenzó con un pensamiento humanizado en España hacia los enfermos mentales en el siglo XVI, era denegado totalmente ahora en el siglo XVIII.

William Tuke (1732-1822), en su gran aportación al concepto de psiquiatría y de salud mental, funda el llamado “Retiro de York”, la cual era una institución donde un pequeño número de pacientes era tratado de manera humana, al darle confort y convalecencia, se les ayudaba con actividades de tipo manual y lúdicas, la influencia fue tanta que muchos hospitales psiquiátricos copiaron su método y comenzó a eliminarse el uso de ataduras, exhibiciones y su restringido espacio, además, comenzó por un tratamiento de tipo humano, con tratos que les daban dignidad y se dieron los primeros intentos de socioterapia [Huertas, 2012].

Philippe Pinel (1745-1826), también hizo grandes reformas hacia el trato que se les daba los enfermos mentales en el siglo XVIII, hizo reformas institucionales en Paris, en especial en el Hospital Psiquiátrico de *Bicetre* y en *Salpêtrière*, eliminando totalmente las ataduras, ampliando los pabellones, facilitando la comunicación social, el entretenimiento y la actividad formaban parte de su plan de ayuda a los pacientes, resalta el hecho de la aparición de un tratamiento moral. “La vida de los enfermos internados debió ser tan agradable, para los estándares de la época, que algunos revolucionarios acusaron a Pinel de albergar entre ellos a nobles perseguidos” [González de Rivera, 1998]. Otra gran aportación de Pinel fue el desarrollo y patentación de una nosología que se basaba en conceptos funcionales, la cual buscaba explicar las enfermedades mentales, y al mismo tiempo contribuir a conocer el origen de las mismas.

“Se marcó así, con Pinel, un giro importante en el concepto de enfermedad mental, que hasta ese momento había sido considerado como algo rígido, inmodificable e incurable. Precisamente de estos conceptos derivó la metodología terapéutica que había de conducir a la mejora de las condiciones vitales de los internados”. [González de Rivera, 1998, pág. 22].

Aunque Pinel tuvo grandes aportaciones, muchas de sus obras se perdieron, pero, existen registros que afirman que logró “curar” a algunos pacientes y reintegrarlos a la sociedad, hubiera sido muy provechoso conocer sus métodos de trabajo y cuáles fueron las mejorías que observó y que lo ayudaron a determinar que alguien estaba “sano”.

Carl Lineo (1707-1778), se esforzó por desarrollar algunos principios generales de la clasificación en ciencias naturales, en el caso de la psiquiatría ayudó proponiendo una

nosotaxia, la cual solo era una descripción de síntomas dependiendo de las distintas especies en las distintas circunstancias en las que tiene lugar la aparición de los síntomas y signos, es de los primeros que le dan importancia al contexto de la enfermedad, pero, no fue hasta el siglo XIX que se le dio continuidad a su trabajo, ya que en su época estaban centrados en lograr “curar” a aquellos que estaban enfermos y de brindarles un trato humano e ilustrado. Aun con todo, el pensamiento racional era importante, pero seguían existiendo supersticiones y la creencia en etiopatogenias demoniacas, en 1782 aún había condenas por brujería y exorcismos [Scull, 2016].

Wihelm Griesinger (1817-1868), fue un apasionado profesor alemán que trabajaba según la siguiente premisa del pensamiento razonado: “las enfermedades psíquicas son enfermedades del cerebro”, consideraba importante la influencia de la herencia (inspirado en Darwin) y de las lesiones anatomo-patológicas, alteraciones fisiológicas secundarias, la mala alimentación, el alcoholismo e incluso, el insuficiente desarrollo de la capacidad intelectual por una mala estimulación del medio educativo formal, a todo eso él consideró como *etiopatogenético*.

1.3. Siglo XIX. El nacimiento de la psiquiatría

Gracias a las aportaciones de Pinel puede comenzarse un avance en el conocimiento de la enfermedad mental, durante el siglo XIX con la desventaja de no contar con herramientas necesarias para la demostración de la etiología de la mayor parte de los trastornos mentales, comienzan a aparecer algunas formas de pensamiento fundamentadas en hipótesis o supuestos teóricos de corriente empírica. [Cruz Montalvo, et al, 2016].

Durante el siglo XIX comenzó a ser habitual el trabajo de las personas dedicadas al tratamiento y/o explicación de las enfermedades mentales, los llamados “psiquiatras”, los cuales se dedicaron a pulir la identificación y clasificación de las enfermedades mentales. La escuela francesa de Pinel, Esquirol, Georget, Leuret, Moreau de Tours, Fovil, Morel, Lasegue, Magnan, Cotard, Falret entre otros [Cruz Montalvo, et al, 2016] comienzan a sustentarse teorías en el trabajo asistencial y la investigación anatomoclínica: una vez bien identificaciones y delimitados tanto la sintomatología y los signos, es posible comenzar a identificar la patología mental [Allevi, 2016], se busca un correlato somático en la anatomía patológica.

Hasta la mitad del siglo XIX existió una fuerte influencia del romanticismo filosófico en la escuela alemana, lo que acentuaba el producto de la reflexión pura por encima de la propia experiencia clínica, se encuentran en este campo los aspectos subjetivos de J. Reil (1803) en donde llega a explicar la psicoterapia, Heinroth fue el primero en utilizar el término *psicosomático* [Allevi, 2016] y siguiendo esta escuela, el francés Moreau de Tours, propone la identificación de las manifestaciones clínicas como expresiones de disfunciones de la personalidad [Allevi, 2016] señalando la clara importancia de la introspección y del estudio de los sueños. Dichos argumentos fueron retomados hacia finales del siglo y a principios del siglo XX por Freud.

Por esos mismos años, comienzan a aparecer los trabajos de Louis Pasteur en los campos de la biología y la química, la teoría sobre los tejidos orgánicos de Bichat, la teoría celular de Virchow y el trabajo de Bayle (1822) describió la aracnitis crónica en pacientes con una parálisis general progresiva [Allevi, 2016] dicho padecimiento hasta ese momento era considerado como un tipo más de locura, con episodios de excitación psicomotriz, depresión, delirio y demencia [Cruz Montalvo, et al, 2016] es interesante señalar que por primera vez se piensa que distintas manifestaciones como las antes mencionadas puedan tener una base anatómica común y sean etapas del deterioro de esa base orgánica. Comienza entonces a tener luz otro campo de la psicología y la psiquiatría, ahora el campo de las neurociencias. La enorme importancia del trabajo aportado por diversos científicos como Bayle consistió en haber encontrado una causa orgánica cierta en el cerebro para que se intentara explicar la locura: la tan anhelada búsqueda de la correlación clínica y anatomopatológica en las patologías mentales [Allevi, 2016].

Wilhelm Griesinger (1817-1868) fue un pionero de la época para la psiquiatría, en 1845 se convierte en el guardián y guía de la corriente positivista en Alemania: “Las enfermedades mentales son enfermedades del cerebro” [Cruz Montalvo, et al, 2016] con ese argumento, él retoma la orientación anatomoclínica en reacción a la corriente romanticista. Fue el primero en acuñar el término “psicosis única”, la cual sigue apareciendo a lo largo de la historia de la psiquiatría y en la actualidad sigue en pie. También Griesinger sostenía que existía un único proceso fundamental: la psicosis; la melancolía, la manía, el delirio y la demencia eran etapas sucesivas del mismo proceso [Allevi, 2016].

Karl Ludwing Kahlbaum (1828-1899) fue un fuerte psiquiatra con tendencia clínica asistencial que trabajo para hacer delimitaciones semiológicas de las enfermedades mentales, su aporte fue agregar al análisis semiológico del periodo de estado, el análisis del seguimiento de los síntomas a lo largo del tiempo, la evolución de la patología, lo que hoy se conoce como el curso de la patología o de la enfermedad. [Cruz Montalvo, et al, 2016].

Emil Kraepelin (1856-1926), fue considerado como un perfeccionista, un apasionado de la clasificación, un admirador de Linneo, quien no se conformó con una mera recopilación sino que creó una nueva clasificación de las enfermedades mentales que presentó en 1883 en un volumen de 350 páginas, el cual siguió trabajando hasta el día de su muerte en 1926, para esa fecha ya contaba con cuatro volúmenes, era la octava edición y tenía ya 2500 páginas, y que aún hoy, con algunas variantes, es el marco clínico donde se asienta el conocimiento psiquiátrico, entre algunas de sus clasificaciones psiquiátricas encontramos las locuras infecciosas, las locuras de agotamiento, las intoxicaciones, las locuras tiroideas, las demencias preacox, las demencias paralíticas, las locuras de las lesiones del cerebro, las locuras de involución, las locuras maníaco-depresivas, la paranoia, la neurosis general, los estados psicopáticos o locuras degenerativas y las detenciones del desarrollo psico [Allevi, 2016].

1.4. Siglo XX. La influencia del psicoanálisis

“El método ideado por Sigmund Freud para el tratamiento de la neurosis, y considerado inicialmente como una variante de la hipnosis, se desarrolla a lo largo del siglo XIX-XX hasta constituirse en una base importante, no sólo de la psiquiatría, sino de toda la cultura occidental. Tras una primera fase “abreactiva”, directamente encaminada a la eliminación del trauma psíquico, como si fuera un cuerpo extraño, el psicoanálisis evolucionó hasta una etapa transferencial, que estudia las relaciones interpersonales, actuales o imaginarias” [González de Rivera, 1998, pág. 24].

La popularidad del psicoanálisis durante el siglo XIX y parte del XX no puede sino dejar sus huellas. Hubo cambios en la formulación teórica de la psicología que trata de enunciar, a medida que se consolidaban, el concepto de locura y su interés en “abordarla”. Con frecuencia, lo que ya se había descubierto, Freud volvía a retomarlo y a explicarlo de una mejor manera.

Es interesante señalar que, en la idea de que la teoría psicoanalítica tiene algo que aportar con respecto a la teoría de la locura, o sea, la locura que se presenta clínicamente ya sea bajo la forma del miedo a la locura, o como alguna otra especie de manifestación insana, sea como tal una temática digna del psicoanálisis, algo “obvio”, el cual ha deseado tener una explicación teórica de la locura y sus razones y prevalencia en las personas. El psicoanálisis tiene “la única” formulación realmente útil que existe sobre la forma en que el ser humano se desarrolla psicológicamente desde el ser inmaduro y absolutamente dependiente que es al comienzo hasta el adulto maduro y relativamente independiente.

“La teoría es demasiado compleja y resulta difícil enunciarla de modo sucinto, y sabemos que hay grandes lagunas en nuestra comprensión. No obstante, la teoría existe, y con ella el psicoanálisis ha hecho una contribución que goza de aceptación general, aunque habitualmente no es reconocida.” [Mares, 2014, pág. 31].

A menudo se ha dicho, con referencia a la teoría psicoanalítica, que en “el desarrollo del niño normal hay un período de psiconeurosis” [Mares, 2014]. Sería más correcto sostener que en el apogeo de la fase del complejo de Edipo, antes de que se inicie el período de latencia, es previsible que se presenten toda clase de síntomas en forma transitoria [Freud, 2011] En rigor, a esta edad la normalidad puede describirse en función de esa sintomatología, de modo tal que la anormalidad se asocia con la ausencia de algún tipo de síntoma o la canalización de la sintomatología en una dirección única [Freud, 2011] En esta fase no son las defensas mismas las que constituyen la anormalidad, sino su rigidez. Las defensas en sí no son anormales, y el individuo las organiza a medida que emerge de la dependencia hacia una existencia independiente, basada en el sentimiento de identidad. Esto pasa a primer plano de una manera nueva y significativa en la adolescencia [Freud, 2004].

Es en esta fase cuando la provisión cultural, tal cual se manifiesta ésta en el ambiente inmediato del niño o en las pautas familiares, altera la sintomatología, aunque desde luego no produce las mociones y angustias subyacentes. Lo que en este contexto se llaman “síntomas” no tendría que ser denominado así en la descripción de un niño, ya que la palabra síntoma connota patología [Mares, 2014].

Cabe mencionar dos cuestiones colaterales. Una de ellas, muy interesante, es expuesta por Erik Erikson (1938), quien muestra que una comunidad puede moldear lo que aquí llamamos sintomatología en direcciones que a la larga resultan valoradas positivamente por dicha comunidad. La segunda tiene que ver con el efecto de una ruptura del ambiente inmediato del niño en esta etapa, que lo vuelve incapaz de desplegar toda la variedad de síntomas apropiados, o lo obliga a adecuarse a algún aspecto del medio o a identificarse con él, perdiendo así experiencia personal.

A este amplio ámbito de manifestaciones pertenecientes al período de prelatencia es aplicable la temática de la sintomatología perversa polimorfa de la niñez, descrita por Paula Heimann (S/F); manifestaciones que se denominan “síntomas” si se presentaran clínicamente cuando el individuo ya ha alcanzado la edad en que, según se presume, es un adulto. Es comprensible que surgiera la idea de que, según la teoría psicoanalítica, todos los niños son psiconeuróticos, pero un examen más atento revela que esto no forma parte de la teoría. No obstante, podemos diagnosticar enfermedad en niños de esta edad, y a esa enfermedad habría que llamarla psiconeurótica porque no es psicótica; y comprobamos que la base de nuestro diagnóstico no es la observación de la sintomatología sino una evaluación cuidadosa de la organización defensiva, en especial su rigidez generalizada o localizada [Mares, 2014].

Con la extensión posterior de la teoría psicoanalítica debido a los nuevos trabajos sobre la psicología del yo y sobre el estadio de dependencia absoluta del niño respecto de su madre; etc., se puede llegar a una “nueva temática”: Diversas teorías que conectan la práctica psicoanalítica con la terapia de la psicosis. En este contexto se entiende por “psicosis” la enfermedad que tiene su punto de origen en las etapas del desarrollo individual anteriores al establecimiento de la pauta de la personalidad individual. Es obvio que el auxilio del yo recibido de la figura o figuras parentales es de suprema importancia en esta primerísima etapa que, empero, puede describirse en función del, infante individual, a menos que haya una deformación producida por una falla ambiental o una anormalidad [Freud, 2011].

“El psicoanálisis ha llegado ahora a ocuparse de la etiología de la enfermedad que está dentro del territorio de la esquizofrenia (adviértase que en este contexto es preciso saltar por encima de los problemas que plantea la etiología de la tendencia antisocial y de la

depresión, cada una de las cuales exige un tratamiento por separado)” [Freud, 2004, pág. 108].

Hay una enorme resistencia, en especial entre los psiquiatras que no son de orientación psicoanalítica, a considerar que la esquizofrenia es psicológica, vale decir, que al menos teóricamente puede ser objeto de prevención y de curación. En cualquier caso, los psiquiatras tienen sus propios problemas. Cada uno de ellos debe atender una inmensa cantidad de casos graves, y está siempre amenazado por la posibilidad de que se suicide alguno de los pacientes que se encuentran bajo su cuidado inmediato; además, están los pesados fardos asociados con la responsabilidad por la certificación acerca del estado del paciente, y con la prevención del asesinato y el maltrato de niños, por ejemplo.

Por otra parte, el psiquiatra debe hacer frente a la presión social, ya que todos los individuos que tienen que ser protegidos de sí mismos o aislados de la sociedad quedan inevitablemente a su cuidado, y en definitiva no puede negarse a atenderlos. Puede rehusarse a atender un caso, pero eso significará que tendrá que hacerlo algún otro colega. No cabe esperar que la psiquiatría acoja con beneplácito el estudio de un paciente psicótico individual, siendo que dicho estudio parece mostrar que la etiología de la enfermedad no depende totalmente de la herencia, aunque la herencia y los factores constitucionales son a menudo importantes [Sedat, 2003].

Sea como fuere, la tendencia imperante en el estudio psicoanalítico de la psicosis apunta a la teoría de un origen psicológico. Curiosamente, parecería que, en la primerísima etapa de las psicosis, o sea, cuando la dependencia es absoluta, no sólo opera el factor hereditario sino también un factor ambiental. Dicho, en otros términos, las tensiones y sobrecargas internas propias de la vida e inherentes al vivir y al crecer parecen encontrarse, típicamente, en la normalidad relacionada con la psiconeurosis -que sería la evidencia de una falla-, mientras que al profundizar en la etiología del psicótico, uno se encuentra con dos tipos de factores externos: la herencia (que para el psiquiatra es algo externo) y la distorsión ambiental en la fase de dependencia absoluta del individuo. En otras palabras, la psicosis está vinculada con las distorsiones en la fase de formación de la pauta de la personalidad, en tanto que la psiconeurosis corresponde a las dificultades experimentadas por individuos cuyas pautas de

personalidad pueden darse por sentadas, en el sentido de que están constituidas y son suficientemente sanas [Sedat, 2003].

La extrema complejidad de la teoría o teorías sobre el desarrollo de la primera infancia ha llevado a la gente a formular un interrogante que es semejante a éste: "¿Son todos los niños neuróticos?". La nueva pregunta es: "¿Todo bebé está loco?". No es posible responder, a esta pregunta en unas pocas palabras, pero en primera instancia la respuesta tiene que ser sin duda negativa. La teoría no hace suya la idea de que exista una fase de locura en el desarrollo infantil. Sin embargo, hay que dejar abierta la posibilidad de que se formule una teoría en la cual cierta experiencia de la locura (cualquiera sea el significado atribuido a esta palabra) sea universal; esto implicaría que, por más que un niño esté muy bien atendido en su muy temprana infancia, es imposible suponer que no haya habido oportunidades de que su personalidad, tal como está integrada en un momento dado, sufriera una tensión excesiva. Debe concederse, no obstante, que en líneas generales hay dos tipos de seres humanos: los que no arrastran consigo una experiencia significativa de derrumbe o quebrantamiento psíquico en su muy temprana infancia y los que sí la arrastran, y por ende deben huir de dicha experiencia, flirtar con ella, temerle y, hasta cierto punto, estar siempre preocupados por esta amenaza. Cabe afirmar, verdaderamente, que esto nos es justo [Mares, 2014].

Importa enunciar ese hecho:

“El estudio psicoanalítico de la locura, sea cual fuere el significado de ésta, se realiza principalmente sobre la base del análisis de los llamados "casos fronterizos". No es probable que los progresos en la comprensión de la psicosis provengan del estudio directo de enfermos muy gravemente quebrantados por la locura. Así pues, la labor actual de los analistas está sujeta a la crítica de que lo que es válido para un caso fronterizo puede no serlo para un caso de derrumbe de locura organizada” [González de Rivera, 1998, pág. 28].

De todos modos; por el momento es preciso trabajar en lo que se pueda como desarrollo natural de la aplicación de la técnica psicoanalítica a los aspectos más profundamente perturbados de la personalidad de nuestros pacientes. Parece improbable que haya alguna

locura que corresponda enteramente al presente. Esta manera de concebir la locura recibió una importante corroboración de los trabajos sobre la parálisis general progresiva. Esta enfermedad causada por una perturbación orgánica del cerebro, pese a lo cual es posible hallar en la psicología del paciente una enfermedad que le pertenece específicamente a él y a su carácter y personalidad, cuyos detalles derivan de su historia temprana. Así también un tumor cerebral puede producir una enfermedad psíquica, que es como si estuviera latente en el individuo, pero sólo pudo volverse manifiesta a raíz de la enfermedad orgánica.

En la actualidad, Ronald Laing (1992) y sus colaboradores están haciéndonos observar que la esquizofrenia puede ser el estado normal en un sujeto que ha crecido o está creciendo dentro de un ambiente dominado por personas con rasgos esquizofrénicos. El material clínico de Laing es muy convincente, aunque hasta ahora no ha hecho extensiva la argumentación lógica por él utilizada a un examen de la misma cuestión en términos de la relación parento-filial tal como se da en el período de dependencia absoluta o casi absoluta. Si ampliara su obra en esta dirección, estaría próximo a una elucidación significativa' de la etiología de la esquizofrenia. Entretanto, está haciendo observaciones importantes sobre ciertos pacientes esquizofrénicos, y su labor puede ser aplicada ya al campo del manejo-tratamiento de algunos enfermos mentales a quienes se rotula de esquizofrénicos.

En el artículo *La psicosis y el cuidado del niño* (1952), sorprende el que se afirme que la esquizofrenia es una enfermedad generada por una deficiencia ambiental, o sea, una enfermedad que depende más que la psiconeurosis de determinadas anormalidades del ambiente. Ciertamente es que hay asimismo poderosos factores hereditarios en algunos casos de esquizofrenia, pero debe recordarse que desde una perspectiva puramente psicológica los factores heredados son ambientales, o sea, externos a la vida y a la experiencia de la psique individual. En dicho artículo, se orienta más a una enunciación sobre la locura de lo que ocurre ahora [Mares, 2014]

En el enfoque de esta temática central pero muy simple, se desea incorporar también la idea del miedo a la locura [Mares, 2014] Este miedo es algo que domina la vida de muchos de nuestros pacientes. Sobre este tema, se ha escrito algo que puede considerarse como un

axioma: la locura temida es una locura que ya ha sido experimentada. Este enunciado contiene una verdad importante, pero no es del todo verdadero. Es preciso modificarlo.

Prosiguiendo con el tema en estos términos, puede decirse que, una proporción significativamente grande de personas -algunas de las cuales están bajo atención analítica o psiquiátrica- viven en estado de miedo que puede reconducirse a un miedo a la locura: Tal vez cobre la forma de un miedo a la incontinencia, o a gritar, en público, o tal vez el individuo, sienta pánico -o miedo al pánico, que es peor aún-; puede experimentar asimismo la sensación de una catástrofe inminente, así como otros diversos miedos graves, cada uno de los cuales contiene un elemento ajeno a la lógica [Sedat, 2003]. Por ejemplo, un paciente puede estar dominado por un miedo a morirse que nada tiene que ver con el miedo a la muerte, sino que es exclusivamente un miedo a morirse sin que en ese momento haya nadie presente, o sea, nadie preocupado por él de un modo directamente derivado de las primerísimas relaciones parentofiliales. Estos pacientes pueden organizar su vida de manera de no quedar nunca a solas.

Al tratar de recibir lo que estos pacientes quieren comunicarnos cuando le damos una oportunidad (como lo hacemos especialmente en el psicoanálisis), nos encontramos con un miedo a una locura que vendrá. Es valioso para nosotros, aun cuando no lo sea de hecho para el paciente, saber que el miedo no es a una locura que vendrá sino a una locura que ya ha sido experimentada. Es el miedo a un retorno de la locura. Cabría esperar que una interpretación de acuerdo con estos lineamientos mejoraría la situación, pero en verdad es improbable que cause algún alivio en el paciente, salvo en la medida en que a éste pueda aliviarlo la comprensión intelectual de lo que probablemente sobrevendrá en el curso ulterior del análisis. La razón de que no obtenga alivio es que a él le interesa recordar la locura experimentada. De hecho, puede insumir mucho tiempo recordar y revivir ejemplos de locura, que son como recuerdos encubridores. El paciente tiene necesidad de recordar la locura original, pero ocurre que ésta corresponde a una etapa muy temprana, antes de que se hubieran organizado en el yo los procesos intelectuales capaces de abstraer las experiencias catalogadas y presentarlas a la memoria consciente para su uso. En otras palabras, la locura que tiene que ser recordada sólo puede serlo reviviéndola.

Como es natural, cuando un paciente intenta revivir la locura se presentan enormes dificultades, una de las cuales es encontrar un analista que comprenda lo que está pasando. En el estado actual de nuestros conocimientos, es muy difícil para un analista recordar, ante esta clase, de experiencia, que la finalidad del paciente es llegar hasta la locura, o sea, enloquecer dentro del -encuadre. analítico; y que eso es para él lo más próximo al recordar. A fin de organizar el encuadre para ello, a veces el paciente tiene que enloquecer de una manera más superficial, o sea, tiene que organizar una "transferencia delirante", y el analista debe aceptar esa transferencia delusional y entender cómo opera.

Por ejemplo, una niña que asiste a la escuela trae al análisis la idea de que le dan demasiada tarea para el hogar y se siente sobre exigida. Lo trae como un material muy urgente, que contribuye a hacerle sentir una agonía extrema; con fuertes dolores de cabeza y horas enteras que se la pasa gritando. Me ha podido confesar que, en realidad, su maestra no le exige demasiado, y también que no es tanta la tarea para el hogar. No es siquiera posible que al interpretarle yo mencione la idea de una maestra estricta que agobia a su alumna. En términos de la maestra y la tarea para el hogar, lo que esta paciente me está diciendo es que yo la agobio, y cualquier palabra que provenga, de mí, incluso una interpretación correcta, es una persecución. La finalidad del ejercicio es que, sin llegar a enloquecer demasiado en el sentido secundario de la palabra, esta paciente puede alcanzar la re-experiencia de la locura original; o al menos llegar a una agonía tan extrema que esté próxima a la locura original [Sedat, 2003].

En un caso como éste, cualquier tentativa del analista por obrar con cordura o con lógica destruye el único camino de regreso que el paciente puede forjarse hacia esa locura que necesita recuperar mediante la experiencia, ya que no puede recuperarla mediante el recuerdo. Así pues, el analista tiene que ser capaz de tolerar sesiones enteras, y aun largos períodos de análisis, durante los cuales no es aplicable la lógica a ninguna descripción de la transferencia. El paciente se halla, en estos casos, sometido a la compulsión de llegar a la locura, compulsión que surge a partir, de cierto impulso básico de los pacientes a convertirse en normales [Mares, 2014]. Compulsión que es levemente más intensa que la necesidad de apartarse de ella. De ahí que, fuera del tratamiento; no hay ningún resultado natural. El individuo está atrapado para siempre. en un conflicto, mantiene un delicado equilibrio entre el miedo a la locura y la necesidad

de estar loco. A veces es un alivio que acontezca la tragedia y el paciente enloquezca, pues si se da cabida a una recuperación natural, habrá "recordado" hasta cierto punto la locura original. Sin embargo, esto nunca es del todo así, aunque puede ser cierto en grado suficiente como para que el derrumbe dé lugar a un alivio clínico. Se apreciará que, si en un caso así se pretende abordar el derrumbe con una urgencia psiquiátrica de curar, la finalidad de aquél se pierde por completo, ya que al derrumbarse el paciente perseguía un fin positivo y su colapso no es tanto una enfermedad como un primer paso hacia la salud.

A esta altura es menester recordar la premisa básica de la teoría psicoanalítica, según la cual las defensas se organizan en torno de la angustia:

“Cuando tenemos ante nosotros a un enfermo, lo que apreciamos clínicamente es la organización defensiva, y sabemos bien que no podremos curarlo mediante el análisis de las defensas; aunque gran parte de nuestra labor se dedique precisamente a eso. La cura sólo sobreviene si el paciente puede llegar hasta la angustia en torno de la cual se organizaron las defensas. Pueden presentarse muchas versiones subsiguientes de esto mismo, y el paciente llegará a ellas una tras otra, pero sólo curará si alcanza el estado de derrumbe original” [González de Rivera, 1998, pág. 31].

Ahora es necesario tratar de explicar por qué está incorrectamente enunciado el axioma según el cual el miedo a la locura es el miedo a la locura que ya ha sido experimentada. Ante todo, hay un punto sobre el cual tenemos que ser bien claros, y es que la frase "miedo a la locura" por lo común remitiría al miedo que cualquiera podría o debería tener al pensaren la locura; no sólo el horror de la enfermedad misma; con todos los padecimientos psíquicos que entraña sino también los efectos sociales que tiene el derrumbe psíquico -que la comunidad teme, y por ende odia- sobre el individuo y aun sobre su familia [Mares, 2014]. Tal es el significado obvio de las palabras aquí empleadas; por lo cual se vuelve indispensable acotar que, en este estudio en particular, se las utiliza de un modo distinto: Empleamos esas mismas palabras para describir lo que nos es dable descubrir sobre la motivación inconsciente de pacientes que hace mucho que están en análisis, o que por uno u otro medio (tal vez por el paso del tiempo y el proceso de crecimiento) han podido llegara soportar y superar angustias, inconcebibles en su situación original.

A principios del siglo XX, comenzaron a haber cambios en el discurso sobre las posibilidades de cura en la medicina mental o la salud mental, el concepto *locura* comenzó a ser más utilizado y comenzó a prefigurar como una etiqueta a las personas que no tenían un encaje en la sociedad en la que vivían, no eran productivas ni tampoco manifestaban una conducta que fuera congruente con la de los demás, se les comenzó a considerar “anormales” [World Health Association, 2007], comenzó también a verse con mayor pesimismo la eficacia del tratamiento moral, por lo que las teorías psicológicas comenzaron a perder credibilidad, y comenzó a dársele un mayor impulso a las teorías psiquiátricas, es cuando la psiquiatría comienza a desarrollarse a la par con los avances médicos.

Las concepciones de *salud mental* son variadas y se han ido sucediendo de manera que cada una ha ido aportado nuevos matices a las anteriores, generando una nueva visión cada vez, donde las necesidades de la propia sociedad, han ido conformando una conceptualización de la salud mental de acuerdo con el contexto histórico de donde provienen, la disciplina y su modelación según las exigencias y particularidades de la sociedad y la cultura vigentes, se hace necesario que se reconozca dicho acontecimiento histórico-social para poder entender las concepciones “modernas” del concepto de salud mental y al mismo tiempo de *locura*, se enmarcan los conceptos desde los que se interpreta la idea de salud mental, si guardan o no relación con definiciones universales o a concepciones construidas a partir de los diferentes planteamientos de salud-enfermedad [Solé, 2012].

1.5. Siglo XXI. La psiquiatría y la clasificación de las enfermedades mentales

“La salud mental se presenta como un concepto colectivo, bajo el cual se cobija un conjunto de diferentes perspectivas” [Solé, 2012, pág. 18]. Es desde este escenario que se plantea contextualizar la evolución del constructo de salud mental desde lo multidisciplinario, desde dicha naturaleza y la imprecisión del concepto de *salud mental*, la idea que se transmite en primer término se enfrenta a importantes conflictos epistemológicos para establecer cómo se vinculan la salud y lo mental, puesto que no guardan relación con definiciones universales, sino con “concepciones construidas a partir de los diferentes planteamientos de salud-enfermedad, que emergen desde diferentes disciplinas” [World Health Association, 2007].

La Organización Mundial de la Salud (OMS), señala que: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” [Plumed & Rojo, 2016, pág. 21] de manera que, salud no es solamente la ausencia de enfermedades, sino, resultante de un complejo proceso donde interactúan factores biológicos, económicos, sociales, políticos y ambientes en la generación de las condiciones que permiten el desarrollo pleno de las capacidades y potencialidades humanas, se entiende al hombre “como un ser individual y social al mismo tiempo” [Reed, et al, 2012], siendo así, puede decirse que la OMS explica el concepto de salud-enfermedad 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 productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” [World Health Association, 2007, pág. 8].

Al tener un panorama general explicado a lo largo de este capítulo sobre el valor dado a la salud en cada sociedad en diferentes épocas derivadas de las influencias ideológicas y corrientes de pensamiento que han dominado al mundo a través del tiempo, se entiende cómo se construye el concepto de salud-enfermedad, tomando esta premisa se puede decir que las “creencias y prácticas para evitar enfermarse, amuletos, talismanes, hechizos han existido desde los tiempos más primitivos, y persisten aún en muchas culturas y son prueba del interés de siempre por conservar la salud como un bien preciado y, por lo tanto, este tipo de intervenciones se pueden asimilar como medidas promocionales y preventivas [de la salud mental]” [World Health Association, 2007].

A lo largo del siglo XX se desarrollaron diferentes enfoques de salud y enfermedad, puede decirse que incluso tuvieron un enfoque y propósito heurístico, ya que pueden sintetizarse en el modelo biomédico, el comportamental y el socioeconómico [Reed, et al, 2012], el constructo de salud mental presenta en el siglo XX una gran polémica respecto a su conceptualización, se habla de salud mental en muchos campos de la sociedad, como son el clínico, social e incluso cultural, por mucho tiempo se ha homologado el concepto de salud mental con el concepto de enfermedad mental, así cuando se piensa y planifica en salud mental, las propuestas y proyecciones empiezan y terminan en enfermedad mental. Siendo así, puede decirse que el

concepto de “salud-enfermedad es un campo plural e interdisciplinario que recibe aportaciones de diferentes disciplinas” [Plumed & Rojo, 2016].

Emiliano Galende (1995) afirma que:

“se suele pensar en el concepto de salud mental como sinónimo de *enfermedad mental*, de modo que el padecimiento queda situado en el escenario individual de la existencia de las personas afectadas, el objeto de la salud mental no es la enfermedad, sino que se constituye en torno a un complejo constructo interdisciplinario, intersectorial, interprofesional e interinstitucional” [World Health Association, 2007, pág. 11].

Analizando dicha afirmación, puede decirse que entonces, el objeto de la salud mental no es de un modo exclusivo el individuo o los conjuntos sociales, sino las relaciones que permiten pensar conjuntamente al individuo y a su comunidad que lo rodea o en donde vive, entonces, la salud depende de todos sus elementos y se encuentra históricamente determinada a las condiciones de existencia, estilos de vida y de convivencia, en relación inclusiva con la colectividad a que se pertenece.

Es aquí donde puede comenzar el primer encuentro en el esquema de salud-enfermedad, un encuentro entre la psicología clínica y la psicología social, ya que

“la salud mental tiene que ver con la vida diaria de todos, se refiere a la manera como cada uno se relaciona con las actividades en general en la comunidad; comprende la manera en que cada uno armoniza sus deseos, anhelos, habilidades, ideales, sentimientos y valores morales con los requerimientos para hacer frente a las demandas de la vida” [Plumed & Rojo, 2016, pág. 22].

El primer encuentro es relación existente en la manera en cómo se siente el individuo frente a sí mismo, cómo se siente frente a otras personas y en qué forma responde a las demandas de la vida y su ambiente cotidiano.

Durante el siglo XX, comenzaron a aparecer grandes avances nosológicos sobre la concepción de la salud mental, de hecho, se dio más auge al discurso médico, quien afirmaba ser capaz de explicar toda alteración en lenguaje, percepción e interacción humana que fuera “anormal”, por lo que comenzaron a aparecer diversas clasificaciones que daban una respuesta a la necesidad de la sociedad de cómo hacer frente a un desafío constante y en aumento: los llamados *locos*.

1.5.1. La CIE y el DSM

El primer intento de clasificar las distintas enfermedades fue realizado hace más de 300 años por John Graunt en Inglaterra al elaborar las primeras tablas mortuorias [Solé, 2002] posteriormente, otro inglés, William Farr se hizo célebre en la historia de las estadísticas y de la clasificación de las enfermedades, aportando ideas que aún se mantienen en las clasificaciones actuales [Solé, 2002] esas primeras clasificaciones, sin embargo, solo se usaron en el país de origen, hasta 1853, cuando se celebró el I Congreso Estadístico en Bruselas, es cuando se crea una comitiva integrada por los doctores William Farr y Marc d'Éspine para que realizaran un proyecto de clasificación internacional con la participación de especialistas de diferentes países, después de mucho trabajo, revisiones, encuentros y desencuentros, en 1883, el Dr. Jacques Bertillon, jefe de estadísticas de París, presentó en el Instituto Internacional de Estadísticas la versión de lo que fuera la primera Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) que salió a la luz en 1900 [Solé, 2002].

La CIE y su fuerte influencia en Europa y el mundo

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), desde su primera versión en 1900, ha sido utilizada por los países para la elaboración de estadísticas de mortalidad, y al mismo tiempo, conocer la situación de salud de una zona o comunidad, surge bajo la necesidad que presenta el que la muerte sea un evento importante y único, se busca tener los menos problemas de registro que la morbilidad y a menudo es más preciso el conocimiento derivado de su estudio [World Health Association, 2007]. La CIE entonces fue utilizada para elaborar estadísticas de mortalidad, los sistemas de atención a la salud tienen necesidad de contar con

estadísticas de las causas que motivan la atención en los distintos niveles de atención, como son los centros de salud y los hospitales, que no necesariamente ocasionan la muerte.

Es importante señalar que, a partir de la sexta revisión de la CIE, comienzan a aparecer un mayor número de términos diagnósticos y comienza a utilizarse para producir estadísticas de morbilidad [Reed, et al, 2012]. La CIE es uno de los sistemas universales que permite la producción de estadísticas sobre mortalidad y morbilidad que son comparables en el tiempo entre unidades o regiones de un mismo país y entre países, consiste en un sistema de códigos (categorías y subcategorías) los cuales se asignan a términos diagnósticos debidamente ordenados. Cuenta con procedimientos, reglas y notas para asignar los códigos a los diagnósticos anotados en los registros y para seleccionar aquellos que serán procesados para la producción de estadísticas de morbilidad y mortalidad en especial, las basadas en una sola causa.

La OMS define la salud de una forma amplia dentro de un marco biopsicosocial, como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo como la ausencia de enfermedad [World Health Association, 2007, pág. 25]. siendo así, su actividad primordial consiste en dar asistencia técnica a sus países miembros en cuestiones relacionadas con la salud. El avance hacia una mejora de la salud en el mundo necesita de cooperación internacional en materias como establecer estándares y recoger y dar información estadística.

La OMS es la única organización, hoy en día, con la capacidad de asegurar la cooperación global y el acuerdo internacional en estos asuntos, con lo que se encuentra en una posición única para promover los estándares de salud globales. De acuerdo a sus estatutos de constitución, entre las funciones constitucionales de la OMS está: a) establecer y revisar las nomenclaturas de las enfermedades, las causas de muerte y las prácticas en salud pública; y b) estandarizar procedimientos diagnósticos cuando sea necesario [World Health Association, 2007].

El objetivo de las clasificaciones de la OMS es servir como herramienta internacional estándar de información sobre salud, para posibilitar la evaluación y el seguimiento de la mortalidad, la morbilidad, la carga global de enfermedades y otros parámetros importantes

relacionados con la salud. Todos los países miembros de la OMS acordaron utilizar los sistemas de clasificación de la OMS como referencia para recoger información sobre temas de salud, de forma que pueda ser comparada tanto dentro del país como entre diferentes países. [Reed, et al, 2012]. Puesto que la OMS es una entidad gobernada por un tratado internacional, con unos compromisos constitucionales, no existe la posibilidad de que abandone su implicación y sus responsabilidades en los sistemas de clasificación o los derive a otras instituciones.

Dentro del marco de la revisión de la CIE, el Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la OMS es el responsable de los aspectos técnicos de la revisión del capítulo de la CIE-10 para los Trastornos Mentales y de la Conducta [Reed, et al, 2012].

Para asistir en todas las fases del proceso de revisión, el Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias designó un Grupo Asesor Internacional para la Revisión de la CIE-10, con representación global y multidisciplinar.

“La psicología como disciplina está formalmente representada en el Grupo para la Unión Internacional de la Ciencia Psicológica, y además hay varios psicólogos miembros en el Grupo Asesor. La Psicología cuenta también con representación entre los miembros de los Grupos de Trabajo que aportan información al Grupo Asesor enfocados en áreas específicas de la revisión de la CIE.” [Reed, et al, 2012, pág. 4].

Recientemente, el 18 de junio de 2018, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó la nueva edición de su manual de enfermedades, es decir, la CIE-11, la cual entrará en vigor en el año 2022 y tendrá el objetivo de sustituir la anterior versión que está vigente desde 1990.

El Manual Diagnóstico de Enfermedades Mentales (DSM)

Este manual es más conocido en América y por ende en México, es dependiente de la Asociación Psicológica Americana (APA), puede decirse que es puramente científico. Eysenck decía que uno de los problemas más graves de la psicología era que había pasado demasiado rápida por el periodo de clasificación y que los psicólogos se habían puesto a investigar sin que todos estuvieran previamente de acuerdo en una serie de categorías [Reed, et al, 2012].

Sin embargo, el gran problema con el modelo nosológico es que el clasificar es una actividad muy compleja, y lo es más cuando hay que clasificar algo que no es físico, como es el caso de la psicología y la salud mental, aquí se localiza otro *encuentro* en el modelo de salud enfermedad, ya que se hace uso del modelo nosológico y la psicología para lograr una clasificación que sirva a ambas disciplinas, a la psicología y a la psiquiatría. A lo largo de la historia de la medicina, ha quedado clara la necesidad de confeccionar una clasificación de los trastornos mentales, dicha clasificación debe tener un lenguaje común que puedan usar los profesionales, debe ahorrar considerablemente el tiempo empleado para emitir un diagnóstico, debe tener un protocolo de acción en el área clínica de la salud mental, debe promover la investigación y al mismo tiempo evaluar la historia natural de un trastorno determinado que se presente en el momento con el paciente e incluso sirva para el futuro, también debe comprender las causas y el desarrollo de dicho trastorno y debe ser capaz de pronosticar otros más [Plumed & Rojo, 2016].

Es en 1952 cuando Kraepelin realiza la primera clasificación, llamada DSM-I, logra elaborar un sistema para construir grupos de pacientes con sintomatología homogénea que constituirían un síndrome, sin embargo, sus criterios de inclusión y exclusión eran vagos y dejaban demasiado margen de seguridad, por ende, generaban una baja confiabilidad [Plumed & Rojo, 2016].

En 1968 ve la luz una revisión del DSM, en esta ocasión, el DSM-II, supuso la novedad de aplicar el modelo médico a los síndromes mentales haciendo enlaces sintomáticos, sin embargo, se generaron muchas discusiones en torno a la terminología que se utilizaba en patologías como la esquizofrenia y parecía que nadie estaba conforme con ellas, por lo que dicha versión del DSM tuvo un fuerte rechazo, aunque tenía criterios de clasificación más concretos, comenzó inmediatamente su revisión [Reed, et al, 2012].

Las revisiones de la segunda versión terminaron en 1980, cuando sale presenta el DSM-III, radica la gran característica que tiene el objetivo de establecer criterios diagnósticos con base empírica, siendo así, genera una evolución generalizada donde se reemplazó el modelo psicoanalítico presente en las versiones anteriores con una base teórica de la enfermedad utilizando el modelo descriptivo basado en la evidencia científica. Por citar un caso, ahora la

“neurosis” se denomina “trastorno de ansiedad”, y es en esta versión del DSM que se elimina la homosexualidad como criterio diagnóstico de enfermedad mental, anteriormente la APA creó esta categoría de enfermedad mental en 1952 basándose en teorías sin evidencia científica que proponían una conexión entre la homosexualidad y desajustes psicológicos, y la idea de que ésta era necesariamente el síntoma de una perversión sexual, dicho cambio tuvo que ver por la influencia social y los movimientos sociales que comenzaron entre 1960 y 1970, los cuales generaron un cambio en la sociedad de ese tiempo. [Plumed & Rojo, 2016].

Aún con todo, en 1994 y con muchas deficiencias del DSM-III por pulir, sale a la luz el DSM-IV con la intención de proporcionar una base empírica más sólida abreviando los criterios diagnósticos y con una mayor claridad del lenguaje, para que esto pudiera ser posible, los grupos de trabajo que investigaban trastornos específicos se reunieron para realizar un proceso de tres etapas que implicaba más pruebas de confiabilidad y validez de diagnósticos, este proceso incluyó una ardua revisión de investigaciones publicadas previamente, un análisis exhaustivo de los datos de investigación y ensayos de campo en los que se entrevistaron a miles de personas con trastornos psicológicos diagnosticados. [Reed, et al, 2012].

A pesar de los grandes avances hechos entre el DSM-III y el DSM-IV, en el 2013 surge la versión más criticada para la comunidad de psiquiatras y psicólogos del manual, se trata del DSM-V, hasta el día de hoy, se ha generado una gran polémica en la que incluso se cuestiona si después de la publicación de este manual y su puesta en marcha alguien podría ser considerado “normal”, por citar algunos ejemplos de este nuevo manual, es que el duelo normal ahora es considerado una depresión mayor, lo que hace pensar si realmente las farmacéuticas están detrás de este tipo de criterios diagnósticos, lo que ha llevado a que ahora se ha patologizado la vida diaria, el sufrimiento natural de vivir, está a la orden del día, no somos capaces de soportar un día de tristeza, aburrimiento o apatía, queremos nuestra “pastilla de la felicidad”. [Plumed & Rojo, 2016].

Otro ejemplo es que el Asperger ahora se incluye dentro del espectro autista, siendo el Asperger un diagnóstico mucho menos invalidante, sin decir que estadísticamente va a crecer de forma considerable su diagnóstico. Otro ejemplo es el síndrome disfórico premenstrual ahora se considera una entidad independiente y se diagnostica cuando una semana previa a la

aparición de la menstruación alguien presente siempre un ánimo “irritable”, inestable, ansioso o “depresivo”, y al menos cinco síntomas como problemas de concentración, fatiga, alteraciones del sueño o del apetito, entre otros. Hay estudios y por lo tanto evidencia empírica, que este es un trastorno más bien cultural, solo aparece en algunas culturas y no en todas. [Plumed & Rojo, 2016].

El problema en realidad radica en que estos diagnósticos oficiales pueden tener un mayor impacto de lo que pensamos, imaginemos la repercusión en un juicio o para una baja médica, sin ahondar en el tema de los beneficios monumentales que tiene para la industria farmacéutica al medicalizar conductas que están al borde de la patología. Como profesionales de la salud mental, los psicólogos debemos ser cautos y recordar que tras estos criterios que pueden llegar a catalogarnos de locos a todos, somos personas que sufrimos y reímos, que nos comportamos de una u otra manera según las correspondientes circunstancias, nunca debemos olvidar que nuestros juicios clínicos pueden tener un gran impacto en la persona que acude en busca de ayuda, podemos hacerles un bien o al mismo tiempo causarles un daño fatal [Reed, et al, 2012].

La relación entre la CIE y el DSM

Después de este breve esbozo de ambos manuales de diagnóstico de enfermedades, en el caso de la CIE sustentada por la OMS y el DSM sustentado por la APA, puede decirse que la CIE es una clasificación realizada por una agencia internacional de las Naciones Unidas y es un recuerdo público de libre acceso para servir de herramienta en la salud pública, el DSM, sin embargo, es un sistema producido por una asociación profesional de una única disciplina de un solo país, y en el que la asociación tiene un gran interés comercial, el desarrollo de la CIE se enmarca dentro de un proceso global y multidisciplinar, y se lleva a cabo en diversas lenguas y teniendo en cuenta la multiculturalidad mundial, mientras que el DSM se genera desde una perspectiva eminentemente estadounidense y anglosajona. La CIE tiene como objetivo ser de utilidad a los países miembros de la OMS, así como a los servicios de atención sanitaria de primera línea, mientras que el DSM está mayormente dirigido al campo de la psiquiatría [World Health Organization, 2008].

Algunos afirman que existe una paralela de estas dos clasificaciones de trastornos mentales, la OMS es de la opinión de que los cambios sustanciales en las categorías de los trastornos y sus definiciones deben realizarse a través de un proceso transparente, internacional, multidisciplinar y multilingüe que incluya la participación directa de un amplio conjunto de las partes implicadas y todo lo libre posible de conflictos de intereses [Reed, et al, 2012] un proceso así debe influir una definición de trastornos que no sean llevados a cabo legítimamente por una única organización profesional que intente representar a una única disciplina dentro de la salud, en un contexto de un país concreto y que cuenta con un interés comercial importante en los productos que desarrolla [Reed, et at, 2012].

Puede afirmarse entonces que, la psicología es una ciencia muy importante, y la completa formación de los psicólogos es lo que les permite situarse en un lugar especial dentro de las disciplinas de la salud-sanitarias, esto no quiere decir que todos los psicólogos trabajen exclusivamente en el sistema de salud o en investigación básica, la formación de los psicólogos debe proporcionar destrezas y flexibilidad necesarias para poder implicarse en diversos campos, y tanto la psicología como nuestras organizaciones profesionales deberían trabajar para mantener abierta esa amplitud de posibilidades. Desde la perspectiva de la OMS en relación a los servicios sanitarios, el apoyo tanto de psicólogos clínicos como investigadores se necesita con urgencia para enfrentar el reto de reducir la carga de enfermedad de los trastornos del comportamiento.

La OMS estima que los trastornos mentales suponen hasta un 13% de la carga de enfermedad global, definida como la muerte prematura combinada con los años vividos sufriendo la discapacidad [World Health Organization, 2008]. Esta cifra es mayor que ninguna otra de enfermedades no transmisibles, considerando únicamente la parte de discapacidad de enfermedad, la proporción atribuible a los trastornos mentales supone más de un tercio total [World Health Organization, 2008].

CAPÍTULO II. ANÁLISIS CRÍTICO DEL DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE LA ENFERMEDAD MENTAL

“[...] ¿qué haría el enfermo con un diagnóstico? El diagnóstico está destinado a otros. El hecho de formular un diagnóstico psiquiátrico desaloja entonces al enfermo de su posición de sujeto, lo somete a un sistema de leyes y de reglas que escapan a su comprensión e inaugura así un proceso que desembocará lógicamente en medidas de segregación”

[Mannoni, 1977, pág. 38]

Franco Basaglia (1924-1980) fue un reconocido psiquiatra italiano, en 1961 fue nombrado director del hospital psiquiátrico de Gorizia, donde comenzó una serie de reformas para cambiar el tradicional *manicomio* por una institución de régimen abierto que diera la oportunidad a los pacientes a poder insertarse en la sociedad que alguna vez los rechazó, su propuesta contó con el apoyo de la Organización Mundial de la Salud, pero al mismo tiempo recibió muchas críticas de los sectores más conservadores de la medicina de su tiempo (en su caso la italiana), su labor le hizo significarse en la defensa del enfermo psiquiátrico, al que consideraba una doble víctima de la sociedad y de las prácticas sanitarias en uso. En este movimiento de opinión que fue en su día denominado como “anti psiquiatría” se vio acompañado por profesionales como Ronald D. Laing y David Cooper, sus grandes propuestas y teorías se plasman en sus obras *L’istituzione negata* (1968), *Morire di classe* (1969) y *Maggioranza deviante* (1971), las cuales hacen referencia a la misma necesidad planteada por Basaglia, de que los enfermos mentales ya eran una doble víctima de la sociedad, una sociedad que comenzó a utilizar a la psiquiatría y a la psicología como ejecutores de sentencias para con un padecimiento mental, orillándolos a tener un discurso lo suficientemente poderoso para poder excluirlos de la sociedad [Basaglia, 1972].

Basaglia fue el iniciador de los movimientos de desinstitucionalización en Italia, es interesante conocer un poco sobre el pasado de este personaje, resulta que había estado en la cárcel durante la guerra, cuando los fascistas de Mussolini lo detuvieron, después de salir de prisión, estudia medicina y se especializa en psiquiatría y llega a ser el director del hospital psiquiátrico, el mismo dice que “entraba por segunda vez a una institución cerrada” pero que ahora recibía el nombre de *manicomio*.

“Estas dos instituciones son diferentes, pero en realidad tienen la misma finalidad. La cárcel protege a la sociedad del delincuente, el manicomio protege a la sociedad de la persona que también se debía de la norma. La psiquiatría es definida como la práctica de una contradicción. Hay una función de encubrimiento que desplaza los problemas sociopolíticos con una solución técnica-científica” [Basaglia, 1972, pág. 48].

Al analizar este argumento de Basaglia y al ver la condición actual de nuestra sociedad, así como recordando el breve panorama histórico del capítulo anterior, podemos decir que el loco diagnosticado psicopatológicamente con la situación social y política que lo rodea de ser excluido (y mucho más si vive en condiciones de pobreza y abandono). El encierro es la violencia institucionalizada, el manicomio; el “loquero”, no responde a las necesidades que tiene el paciente/enfermo sino de su propia organización o institución en la que labora, así como la cárcel no sirve para la rehabilitación del preso. Basaglia afirma:

“El enfermo mental es, pues, la persona que se encuentra internada en estas instituciones de las cuales hablamos, en estos institutos que sirven no del cuidado sino a la custodia del paciente. Estas son las instituciones que los científicos definen como instituciones que sirven para curar a la persona que tiene trastornos mentales, que tiene trastornos que afectan a su relación con los demás. A esta persona se le encierra en un lugar en el que ciertamente sus trastornos no van a ser curados, y en que se le hace un nuevo tipo de terapia que consiste en recuperarlo, no ya mediante una ideología de cura sino mediante una ideología de castigo” [Basaglia, 1984, pág. 43].

Siendo así, aparece el primer desencuentro en el esquema de salud enfermedad, la curación y custodia del enfermo mental son las contradicciones que presenta la lógica del sistema de salud a través de sus leyes. El *manicomio* no cura, sino que, al contrario, encierra, oprime, despersonaliza, mata. El psiquiatra debería custodiar a los enfermos de los excesos a los que se expone y que lo orillan más y más a la *locura*, pero esto no sucede, los excesos en este tipo de instituciones cerradas no son solamente la alineación y el diagnóstico, lo es también la falta de alimentación, la excesiva medicación, los inhumanos experimentos que se realizan en nombre de la ciencia, las internas del poder expuestas entre las direcciones del hospital, los

gremios (de profesionales y/o empleados), las curatelas sobre los pacientes que se encuentran confinados en esas instituciones.

Parece increíble, pero hoy en día existen todavía muchas personas que consideran que quienquiera que tenga un padecimiento mental debe ser “recluido” en el manicomio, y en determinados casos que eso es posible, los familiares de dicha persona la dejan olvidada, olvidando que ese “interno” sigue siendo humano, sigue siendo su familiar y sigue necesiéndolos, visión que se pierde con gran número de pacientes y sus familias, y tristemente, en algunos psicólogos clínicos y psiquiatras.

2.1. El concepto de *locura*. Michael Foucault

Es importante considerar que tiene algún tiempo sucediendo que, la sociología y más aún la etnología, se han preocupado por un llamado fenómeno inverso, por lo que puede llamársele la estructura negativa de una sociedad, en la que surgen las preguntas: “¿qué se rechaza en ella?”, “¿qué se excluye del todo?”, a este respecto, Michael Foucault llegó a cuestionarse sobre si lo que los etnólogos han argumentado sobre las sociales era realmente aplicable a la historia de las ideas, entiende a la sociedad como un *sistema*, surge entonces su pregunta: “¿Cuáles son, que no pueden ser recibidos, que son excluidos del sistema?”, y es que, en una sociedad como la que estamos viviendo ahora, la persona *loca* es excluida de todo subsistema y como consecuencia del sistema completo.

Michael Foucault siempre sostuvo la idea de que aquellos que tienen el poder son aquellos que definen lo que es normal y lo que no lo es, entonces, arroja luz a la cuestión de que cualquier sociedad puede definir la locura de tal manera que un grupo de personas puedan entrar en esa categoría y como resultado sean excluidas y aisladas, sin embargo, el poder no sólo determina la normalidad y la locura, sino también determina el conocimiento de dicho juicio, ¿cómo es esto posible? Se ha dicho que el conocimiento produce poder, pero Foucault va más allá de ese argumento y afirma que puede existir la producción de conocimiento a través del poder, es por ello que “los que tienen el poder son los que determinan lo que es normal, lo que es justo y lo que es verdad” [Gros, 2000].

Esta relación de producción-resultado es algo que nosotros ya hemos experimentado a lo largo de la vida de la sociedad, ya que existe en las instituciones que se “preocupan” por situaciones que no hacen a otro objetivo confeso de su existencia, por ejemplo, en los hospitales psiquiátricos se prohíbe toda actividad sexual, ya que intentan “controlar, formar, valorizar según determinado según un determinado sistema el cuerpo del individuo” [Foucault, 1991, pág. 11], bajo una premisa de conocimiento y luz sobre la situación “oscura” del paciente, tratan de reconvertir algo “[...] ha de ser formado, reformado, corregido, en un cuerpo que debe adquirir aptitudes, recibir, recibir ciertas cualidades, calificarse como cuerpo capaz de trabajar [y producir]” [Foucault, 1970, pág. 18]. Como consecuencia, los que afirman conocer algo como un veredicto verdadero, consideran que el ejercicio de la vigilancia permite la constitución de saberes aquellos que se vigilan, como son los conocimientos que originan determinadas ciencias como son la psiquiatría, la medicina y la propia psicología [Foucault 1976].

Ahora bien, considerando nuestro lado del mundo, para la llamada *conciencia* de occidente, la “locura” surge de manera simultánea en diversos puntos paralelos, formando una alineación que se desplaza de manera lenta, cambia su diseño y tiene una figura oculta, ente todo, un poco de razón y de verdad, y es que puede suceder que unos conceptos o una cierta pretensión de saber puedan ocupar de manera superficial un concepto real, por ejemplo, y a palabras del propio Foucault:

“[...] testigo, el esfuerzo que hace el mundo moderno para no hablar de la *locura* más que en los términos serenos y objetivos de la *enfermedad mental*, y para dejar en las sombras los valores “patéticos” en los significados mixtos de la patología y de la filantropía” [Foucault, 1976, pág. 51].

Podemos decir que ese argumento posee un encuentro y desencuentro fabuloso para la psicología moderna, ya que el sentido de la locura en una época dada, incluso en el siglo XXI, no hay que preguntarlo a la unidad al menos esbozada en un proyecto, sino a la persona que está atravesando por ese problema, por esa mala experiencia por poco decirlo, solo así ocurre a la experiencia de la locura tratar de superarse y de equilibrarse, de esa manera se proyecta sobre un plano de objetividad, nada ha podido borrar los valores tan graves y exagerados desde el origen a su debate.

Foucault propuso algunas formas de conciliación de la problemática, mismos que ilustran claramente algunos de los encuentros y desencuentros en el esquema de salud enfermedad de nuestro tiempo:

2.1.1. Una conciencia crítica de la locura

Este argumento afirma que es necesario reconocer a la locura y designarla sobre un fondo razonable, reflexivo y categorizarlo en lo moralmente sabio, es una conciencia que se entrega por completo en su juicio, desde antes de la elaboración de los conceptos externos y que son los mayormente utilizados, es decir, no se trata de crear un concepto más de *locura*, sino más bien, de denunciar el concepto que se ha ido modificando a lo largo de las tradiciones y a lo largo de la creación del ejercicio colectivo.

“La locura es concebida allí a modo de una oposición resentida inmediatamente; estalla en su visible aberración, mostrando por una plétora de pruebas “que tiene la cabeza vacía y está invertida”. En ese punto aún inicial, la conciencia de la locura es segura de sí misma, es decir, de no estar loca” [Gros, 2000, pág. 17].

Sin embargo, vemos que, lejos de que exista una buena relación entre el discurso de la locura primitiva y el discurso de la locura en su construcción social, existe más bien un vaciado, en el interior mismo de la diferencia de argumentos, una oposición misma de un punto fijo del concepto de locura, misma que se ha extendido no solo a las personas de una sociedad, sino hasta las disciplinas ajenas a la salud mental y que han generado caos en el entendimiento del concepto, se cree que la locura es la presencia de un único factor y de la ausencia de la “normalidad”, dicha forma de pensar es ponderada por los grupos de poder, a saber, las ciencias sociales y sus discursos sociológicos y del comportamiento, han infectado incluso a la salud mental en su afán de explicar algo “anormal” y que busca excluir de la sociedad a sus propios constructores.

Sin embargo, aún con todo, para la locura no existe la certeza de no estar “loca”, existe entonces una locura más amplia que las otras, coloca entonces en el mismo sitio a la locura y a la más obstinada de las sabidurías, a saber, las ciencias sociales, convirtiéndose entonces es

un cúmulo de sabiduría frágil, pero sin dejar de ser superior, esto incluye a la propia forma de concebirse la locura, a que debe existir una conciencia crítica que finge llevar el rigor hasta hacerse una crítica radical de ella misma, una lucha interna por explicarse en su totalidad y en conjugación con las otras ciencias.

Existe entonces un compromiso con ella misma y con la razón que intentará explicarla, algo sencillo pero complejo, sin posibilidad de dejar de depender una de la otra, la locura no puede dejar de explicarse como “cuerda” ante sus propios ojos y no puede dejar de entenderse como “desviada” a los ojos de otras disciplinas y de la sociedad, la razón le da puntos de validez a ambas partes, los psicólogos por su parte, deben fungir como árbitros en dicha contienda, no debemos pensar que el concepto de locura es único en su clase ni tampoco debemos pensar que no existe, deberán tenerse en cuenta todos los factores que involucren a un paciente en particular, su cultura, antecedentes, crianza, creencias y aspiraciones, ello será de gran utilidad a la hora de querer concebir un diagnóstico.

2.1.2. Una conciencia práctica de la locura

La conciencia de la locura es capaz de imponerse como una realidad concreta porque es dada en la existencia y las normas de un grupo, es sin embargo, una elección inevitable, ya que debe existir ambigüedad en el término, tanto los que están clasificados por la *locura* como los que tienen el poder para determinar lo que es, ambas elecciones son falsas, ya que ambos tendrán su concepto y forma de explicar la situación, sería como observar una montaña desde dos faldas diferentes pero observando la misma cima, ambos describirán el paisaje que ven y juzgarán de manera alternativa lo que hay del otro lado, en palabras del propio Foucault:

“[...] esa elección es una elección falsa pues sólo estando considerados como en el exterior, son acusados de haber escogido estar allí. La conciencia, solamente crítica, que *han desviado*, se apoya sobre la conciencia de que han escogido *otra vía*, y por ello, se justifica – se aclara y se oscurece a la vez – en un dogmatismo inmediato.” [Foucault, 1991, pág. 30].

Este argumento encierra muchas verdades, pero hay que entender, que no se habla de la conciencia de una persona que en verdad tenga un padecimiento mental o haya sido influenciada por alguien, tampoco de una persona que haya pasado por el mismo proceso antes, se habla de una conciencia personal que describe la existencia de una diferencia entre la razón y la locura, es una conciencia de la diferencia entre locura y razón, la cual solo es posible en uno de ambos grupos, del que tiene el poder para determinar el juicio de valor y del otro que tiene que sufrir la clasificación, la conciencia práctica de la locura no deja de ser dramática, sigue teniendo una adhesión discursiva de diversas disciplinas y de la cultura.

Lamentablemente, muchos profesionales de la salud han caído en el error de silenciar el dialogo entre ambas partes, reprimen a la locura hasta categorizarla en automático, se deja por fuera todo lo que la define y la constituye, se le deja totalmente expuesta a los ataques de la propia psiquiatría y la salud mental, sin embargo, aún contra lo que la razón puede manifestar de ella misma en las leyes de las cosas y de los hombres, revela extrañas formas de manifestarse.

“Es este orden el que siente amenazado esta conciencia de la locura, y la separación que ella consume arriesga su suerte. Pero ese riesgo es limitado, falsificado desde el principio; no hay confrontación real, sino el ejercicio sin compensación de un derecho absoluto que la conciencia de la locura se arroja desde el origen al reconocerse como homogéneo a la razón y al grupo” [Foucault, 1976, pág. 49].

Dicho sea, que se han intentado desarrollar numerosos métodos de represión de la voz de la propia locura, la conciencia práctica de la locura – que parece no definirse más que por la transparencia de su finalidad – es, sin duda, algo muy complejo, llena de experiencias, conceptos y divagaciones del mismo junto con dramas en un esquema difícil de descifrar. Lamentablemente, la psiquiatría ha dejado mucho que desear en este sentido, ha creado numerosos “métodos” de aplicación a la *locura*, los cuales, en la mayoría de los casos, fueron inhumanos, atroces y provocaron una oleada de “patologización” entre las sociedades, haciendo que la más mínima forma de expresar “enfermedad” fuera borrada de la mente de las personas, por temor a recibir el mismo trato que los que estaban en proceso de ser excluidos de la sociedad.

2.1.3. Una conciencia enunciativa de la locura

Este argumento deja un poco de “libertad” para el grupo que tiene el poder de poder ejercer su juicio de valor sobre los demás, al atreverse a categorizar la locura y a poner a quien pueda dentro de ella, no es aquí cuestión de calificar o descalificar la locura, sino solamente de indicarla en una especie de existencia sustantiva, ante la mira de todos, alguien que “está irrecusablemente loco, alguien que es evidentemente loco: existencia simple, inmóvil, obstinada, la locura antes de toda calidad y de todo juicio” [Gros, 2000, pág. 28]. Siendo así, solo queda clara una cosa: no hay dicha libertad de la que se pueden jactar, sino más bien, las personas con un alto nivel de poder para poder crear la clasificación no tienen el mismo nivel que la conciencia de la propia locura, no tienen valores que los dejen actuar sobre ellos ni sobre nadie.

El nivel que se requiere para poder tener un encuentro real con la conciencia de la locura es aquel tiene en cuenta al ser, no siendo otra cosa que un conocimiento monosilábico reducido a lo constante, es la más serena de todas las conciencias de la locura, es tener la capacidad de poder percibir lo que realmente la ha constituido, esto, una vez realizado, no pasando por saber, evita hasta las inquietudes del propio diagnóstico clínico en psicología y/o psiquiatría. Se entra a un proceso de retroceso perpetuo, ya que supone y prueba a la vez que no es locura por el hecho mismo de que ella es su conciencia inmediata.

“La locura no estará allí, presente y designada en una evidencia irrefutable, más que en la medida en que la conciencia ante la que está presente la ha recusado ya, definiéndose por relación y por oposición a ella. No es conciencia de locura más que ante el fondo de conciencia de no ser locura. Por libre de prejuicios que pueda estar, por alejada de todas las formas de coacción y de represión, siempre es cierta manera de haber dominado ya la locura” [Gros, 2000, pág. 22].

Lejos de tener que dar inmediatamente una clasificación nosológica, el profesional de la salud debe evitar pensar de inmediato en lo que el DSM-V o la CIE-11 hablan sobre la sintomatología del paciente, no se trata de caer en el juego de los grupos del discurso poderoso, ni mucho menos querer entrar a dicho grupo, sino más bien, deben entenderse claramente el

motivo de consulta y su clara relación con los signos y síntomas que el paciente manifiesta en la entrevista inicial, he ahí la importancia de tener un buen ojo clínico que nos ayude a identificar todos los factores involucrados y todo lo que el paciente no nos está diciendo de manera directa, no debemos pensar que la *locura* está ahí, justo a la entrada de la problemática esperando a ser descubierta, es nuestra responsabilidad reconocerla y saber de qué está hecha, lamentablemente, los psicólogos clínicos y los psiquiatras han seguido muy de cerca el modelo de la teoría computacional de la mente, creen que es posible encontrar un “falso” en la relación mente-acción del humano y piensan que se puede cambiar ese “falso” y reemplazarlo por algo funcional, su “caja de herramientas” el DSM-V o la CIE-11 son su recurso más valioso, ¿y el discurso del paciente?, Foucault nos invita a reflexionar y a pensar por nuestra cuenta sobre esta situación.

A palabras de Blake y citado por Foucault: “Las horas de la locura se miden por el reloj, pero las de la sabiduría no puede medirlas ningún reloj” [Foucault, 1976, pág. 42].

2.1.4. Una conciencia analítica de la locura

“La locura no es allí más que la totalidad al menos virtual de sus fenómenos; no entraña más peligro, no implica más separación; no presupone otro retroceso que cualquier objeto de conocimiento. Esta forma de conciencia es la que funda la posibilidad de un saber objetivo de la locura” [Scull, 2013, pág. 25].

Lo cierto es que este argumento posee mucha fuerza, deja claro que no existe un saber propio de la locura, por objetivo que se pretenda, tan fundado como se pretenda sobre las solas formas del conocimiento científico, que no suponga el movimiento anterior de una problemática de argumentos, en donde no debe combinarse los fundamentos y premisas de la razón con los propios de la locura, más bien, ambos juegan un papel clave para el entendimiento de la misma, lo mismo debe entenderse a la inversa, no hay conciencia crítica de la locura que no trate de fundarse o de sobrepasarse en un conocimiento analítico en que se aplacará la inquietud del debate.

Comienzan a existir entonces los límites para el drama y comienza a cerrarse el silencio del diálogo entre la locura y la razón, es cuando comienzan a tomar un “cuerpo” propio tanto los signos y los síntomas del problema, comienza a entenderse su configuración, se ven los peligros de la contra-naturaleza y comienzan a verse en la misma naturaleza, la conciencia de la locura no puede encontrar aquí su equilibrio más que en la forma del conocimiento, solo así puede ser explicada y entendida, lejos de ahí, comienza a generarse el juicio de valor que la sociedad emite, en el que en muchas ocasiones, son los propios profesionales de la salud quienes lo emiten en nombre de la ciencia, dejándose llevar por el estigma social de una enfermedad mental.

La gran tarea del psicólogo clínico y del psicólogo social va entretejiéndose de una manera asombrosa, no se trata de una problemática propia de la psicología clínica, más bien, es una problemática de la psicología clínica abordada desde la psicología social y auxiliándose de las ciencias sociales para entender mejor el comportamiento del paciente y de la sociedad en la que está inmerso y que han contribuido al desarrollo de la propia problemática.

Si hiciéramos una recapitulación de lo que ya hemos hablado sobre la breve historia de la psiquiatría y por ende del concepto de locura, podemos decir que fue en el Renacimiento cuando realmente ha sido sensible a lo que podía haber allí de indefinidamente reversible entre la razón de la locura, a todo lo que le era cercano, a todo lo familiar, es decir, la presencia del “loco” podía generar incluso un ambiente de curiosidad por convivir con él, nunca dejándolo de lado, sin embargo, fue en el siglo XIX y comienzos del siglo XX que la situación social de un “loco” cambió por completo, de hecho, es muy parecida a la que conocemos ahora, en esa época se ha dejado caer todo el peso de su interrogación sobre la conciencia analítica de la locura, en palabras de Foucault:

“Hasta han supuesto que había que buscar allí la verdad total y final de la locura, no siendo las otras formas de experiencia más que aproximaciones, tentativas poco evolucionadas, elementos arcaicos” [Foucault, 1976, pág. 32].

Si esa forma de pensar se le agregan las ideas (excelsas por su puesto, pero mal aplicadas por “profesionales” y “críticos”) y críticas nietzscheanas, todos los valores aplicados en la

separación del asilo, y la gran investigación que Artaud, después de Nerval, ejerció implacablemente sobre sí mismo, son testimonios suficientes de que todas las otras formas de conciencia y de concebir a la *locura* aún viven en el núcleo de nuestra cultura, de nuestra sociedad moderna, en pleno 2020. El hecho de que no puedan recibir apenas otra formulación que la lírica no demuestra que estén pereciendo o que se hayan prologando, sino que, una existencia que el saber ha rechazado desde hace tiempo se está manteniendo oculto de nosotros, cuando le corresponda renacer y nos haga entender muchas cosas sobre nuestro constructo social de locura, entonces se reivindicará mucho más vigorizado.

Aun con todo esto, entendiendo el concepto de locura de Foucault y viéndolo la crítica que este filósofo hace y compartiendo varios puntos de vista con él, surgen las importantes preguntas, y que mejor que a la voz de Foucault:

“¿quién ha podido ser reconocido como loco? ¿Cómo viene a manifestarse la locura en signos que no pueden ser rechazados? ¿Cómo ha llegado a tener un sentido en una naturaleza?” [Foucault, 1991, pág. 24].

Pongámonos a pensar un poco en nuestro lado del mundo, el mundo occidental, nuestras sociedades comparten en común el modo de pensar capitalista, en donde, quien no produce en una sociedad capital y no aporta nada al desarrollo de la misma es considerado como “no útil”, pensemos ahora en el concepto que esa forma de pensar con poder (use discernimiento el lector) ha catalogado a un “loco”, sin duda, una persona “loca” no aporta un avance significativo para la sociedad, mucho menos para su entorno directo, su familia, al contrario, se vuelve un “problema”, ya que nadie puede hacerse cargo de él/ella, de entrada hay un rechazo por parte de su familia, en segundo término habrá un rechazo de la sociedad entera.

Este ejemplo nos deja ver que, en tanto que el mundo occidental estuvo consagrado a la época de una supuesta razón, la locura ha permanecido sumisa a la división del entendimiento, lejos de poder entender la problemática, se ha buscado una forma de “tratar” a los “locos”, aislándolos y excluyéndolos de su familia y de la sociedad, misma, como tal, se hace una separación, lo que se encuentra en un lado, bajo la categoría de “internamiento” crea como tal (tanto teóricamente como en la práctica) de la separación, es como caer nuevamente en el viejo

drama de la exclusión, es la forma de apreciación de la locura en el movimiento de su supresión, llega a considerarse como “aniquilado” el problema, crea entonces un estigma para la persona que es excluida (tanto en la teoría como en la práctica) una sensación de un no-ser, puesto que no se presenta en sus signos más manifiestos más que como si fuera un error, un fantasma, algo irreal, una expresión vana y carente de contenido, sin duda, eso es algo inhumano, como tal, una reclusión psiquiátrica de una persona es un claro ejemplo de esta forma de actuar, no podemos negar que logre un avance en el mejoramiento de la persona, pero es aquí cuando los familiares y el personal de la salud debe mantenerse ocupados en su bienestar, transmitirle los claros y mejores deseos de que ésta mejore y se sienta bien, tristemente, no ha sido de esa manera, los “enfermos” reciben un trato inhumano, atroz, y poco ético, este problema radica en la fuerte influencia que tiene el discurso con poder de la sociedad para consumir esta exclusión.

Se ha abordado la conciencia del concepto *locura*, queda claro que tiene un gran impacto en la sociedad y en la propia persona, pero ahora es necesario entender directamente a la persona que es portadora de esa etiqueta, al llamado “loco”, a palabras del propio Foucault encontramos lo siguiente:

“[...] ¿qué es el loco, portador de su enigmática locura, entre los hombres de razón, entre esos hombres de razón de un siglo XVII aún en sus orígenes? ¿Cómo se le reconoce, al loco, tan fácilmente distinguible un siglo antes con su perfil bien recortado, que hoy debe cubrir con una máscara uniforme tantos rostros distintos? ¿cómo se le va a designar, sin cometer error, en la proximidad cotidiana que lo mezcla con todos los que no están locos y en la mezcla inextricable de los rasgos de su locura con los signos obstinados de su razón? Preguntas que se plantean el hombre sensato antes que el sabio, el filósofo antes que el médico, todo el grupo atento de los críticos, de los escépticos, de los moralistas” [Gros, 2000, pág. 29].

Grandes y profundas palabras de Foucault, encierran una gran verdad hoy en día, el esquema de salud-enfermedad está muy bien delimitado hoy en día, todo tiene la posibilidad de ser medido, de ser clasificado y de ser catalogado, todos esos “instrumentos” están listos para poder auxiliar al profesional de la salud mental, esas mismas preguntas que se han referido antes son la base para una emisión de un diagnóstico, cada uno cumplirá un papel específico

en la emisión del mismo, los médicos examinarán la gravedad del problema orgánico, los filósofos han determinado las teorías que sustentarán la “anomalía” y finalmente una institución emitirá una serie de palabras que cambiarán la vida de una persona, ¿de verdad se han tomado en cuenta todos los factores necesarios? ¿de verdad ha sido posible examinar a la persona, sus antecedentes, su crianza, su contexto, cultura y nivel? Emitir un diagnóstico es algo muy serio, conlleva una gran responsabilidad y exige una alta preparación, el discurso médico tendrá un gran impacto en la vida de la persona y puede ser incluso un factor clave en su papel dentro de la sociedad.

Muchos dirán que existe un factor clave en “la razón”, a estas alturas, la razón ya no reposa sobre la desaparición universal de la razón propia del mundo, sino más en el hecho de que la locura se ha sutilizado hasta el punto de haber perdido toda forma visible y asignable, ha dejado lugar a que ahora se piense en que, por un defecto lejano y derivado del internamiento sobre la reflexión, la locura se ha retirado de su antigua presencia visible y que todo aquello que, hace poco, constituía aún su plenitud real se ha borrado ahora, dejando un lugar vacante, dejando que sus manifestaciones propias y que eran ciertas.

“Hay en la locura una aptitud esencial a imitar la razón, que cubre finalmente lo que puede haber de irrazonable en ella; o antes bien, la sabiduría de la naturaleza es tan profunda que llega a utilizar a la locura como otro camino de la razón; hace de ella el camino corto de la sabiduría esquivando sus formas propias en una invisible previsión: ‘El orden que la naturaleza ha deseado establecer en el universo sigue su camino: todo lo que se puede decir es que la naturaleza no había obtenido de nuestra razón, la obtiene de nuestra locura” [Foucault, 1991, pág. 27].

Teniendo en cuenta esta afirmación, los profesionales de la salud mental debemos considerar que la naturaleza de la locura tiene un gran impacto en el propio concepto de sabiduría, una existe prácticamente por la otra, se acercan demasiado una a la otra, ambas forman algo inseparable, ya que la naturaleza de la locura también puede entenderse como su propia forma de expresión, o sea, su sabiduría, la razón de ser consiste en que la locura puede acercarse tanto a la razón, en ser tan lineal una a la otra, hasta que se forme un texto indisociable.

Foucault lo expresa de la siguiente manera:

“Hace falta la locura del amor para conservar la especie; hacen falta los delirios de la ambición para el buen orden de los cuerpos políticos; hacen falta insensatas avideces para crear riquezas. Así, todos esos desórdenes egoístas entran en la gran sabiduría de un orden que sobrepasa a los individuos: “Como la locura de los hombres es de la misma naturaleza, se ajustan tan fácilmente que han servido para establecer los nexos más fuertes de la sociedad humana: testimonio, ese deseo de inmortalidad, es falsa gloria y muchos otros principios sobre los cuales rueda todo lo que se hace en el mundo” [Foucault, 1976, pág. 30].

Siendo así, es muy importante entender desde el punto de vista social de la propia psicología que la naturaleza de la locura está en ser una razón “secretada”, en no existir más que por ella y para ella misma, en no tener en el mundo otra presencia que aquella que esté preparada de antemano por la razón, ya unida a ella misma, la locura. Este argumento es clave en el entendimiento social de la problemática de los pacientes, al hacer una indagación biopsicosocial de una persona, los componentes sociales deben proporcionar la información necesaria que permitirá entender el por qué el paciente reacciona o se comporta de tal o cual forma, cómo ha influido la vida cotidiana en su persona, que factores sociales externos y que factores sociales internos inciden en el ejercicio de su percepción, debe entenderse como un “todo”, un ente que también explicará desde su óptica la problemática.

Ahora bien, desde la óptica de la psicología clínica, encontramos que un paciente es portador de signos y síntomas “clave” de un padecimiento en menor o mayor grado, para emitir un diagnóstico es importante entender que el paciente, en general, no es portador de un signo o síntoma nada más, sino que puede confundirse con los otros que también carga, y está presente en todos, no por un diálogo o expresión o por un conflicto con la propia expresión de la razón, sino de una manera “oculta”, es decir, la mayoría de las veces se ha visto que los signos y síntomas de un paciente no son realmente la problemática que en realidad está presentado, sino más bien, conllevan la “punta del iceberg”, la exploración por eso debe realizarse de manera abierta y esquemática, no de manera rutinaria o sistematizada, donde solo se contabilice lo que tiene y no tiene, la exploración no es lo mismo que la búsqueda nosológica

en los manuales con ese objetivo, sino implica entender al propio paciente, desde las perspectivas antes mencionadas, biológicas, psicológicas y sociales, los signos y síntomas deben ser siempre el punto de partida y no el único objetivo de la exploración, en el esquema de salud-enfermedad, la mayoría de las razones psicológicas se concentran en que el “profesional” se dedique a observar los signos y síntomas con un registro que al final le dará cierto puntaje que debe comparar con una escala para determinar el “padecimiento”, aunque algunos mencionen que se basa en estudios estandarizados, podemos cuestionar si en realidad dichos estudios estandarizados tuvieron en cuenta a la mayoría de las personas y si son vigentes en todo espacio, cultura y sociedad.

Otra premisa del pensamiento del profesional de la salud mental es entender que no podemos determinar dónde comienza la locura, pero si es posible entender de manera casi “natural” lo que significa estar loco, Foucault hacía referencia a Voltaire en este sentido, al referir que “se asombra de que no se sepa cómo un alma puede razonar falsamente, ni cómo puede cambiar algo en su esencia, en tanto que, sin vacilación, “se la conduce, sin embargo, a los manicomios” [Foucault, 1991, pág. 44].

He ahí el gran impacto que tiene el estigma en una sociedad, todos pueden identificar a una persona que no actúa según la norma impuesta por una sociedad, es fácil comenzar a señalarla, pero, la pregunta sería ¿cómo puede una sociedad imponer normas de conducta, acción o expresión que se consideren normales y que éstas sean totalmente fidedignas y veraces por mucho tiempo sin exponerse a los vientos de cambio? Una sociedad como ente completo cambia constantemente, tiene otras formas de expresarse y de entender la realidad, sin embargo, al igual que un ser humano crece y cambia su manera de pensar en proporción con su crecimiento, la sociedad hace lo mismo, por lo que, el discurso de poder que en un momento tuvieron sobre algo correcto o incorrecto puede variar al día siguiente, al año siguiente, década siguiente o siglo siguiente, por ende, el análisis biopsicosocial del paciente también cambiará y los manuales nosológicos deben hacerlo.

Un ejemplo de esto sería la homosexualidad, considerada hasta el DSM-III como una enfermedad mental de tipo sexual, aunque por mucho tiempo se consideró de esa manera y muchas personas fueron catalogadas como enfermos mentales en su sexualidad, en la década

de los años 1960 y 1970, “vientos de cambio” permearon en varias sociedades, en la que comenzó a cambiar el criterio que se tenía al respecto sobre la homosexualidad que hicieron que finalmente se “sacara” a dicha clasificación de los manuales psiquiátricos, la pregunta ahora es: ¿y las personas que anteriormente fueron “diagnosticadas”, “tratadas” y etiquetadas por dicha clasificación? ¿el pensamiento realmente ha cambiado en todos los profesionales de la salud? ¿la sociedad realmente entendió la razón del cambio o sigue centrándose en el discurso de la sociedad sobre la gravedad de lo “moralmente incorrecto”? Un profesional de la salud mental que se enfrente a una problemática así debe considerar todos esos factores sociales tanto de la sociedad en la que el paciente vive, su entorno familiar y la propia manera en que el paciente se entiende y se observa dentro de la problemática, de otra manera puede caer en el juego de la propia sociedad y emitir un diagnóstico sesgado o incluso erróneo.

Boissier de Sauvages [citado por Foucault, 1976] menciona lo siguiente:

“Cuando un hombre actúa de conformidad con las luces de la sana razón, basta con atender a sus gestos, a sus movimientos, a sus deseos, a sus discursos, a sus razonamientos, para descubrir el vínculo que hay entre sus acciones y el fin al que tienden. Del mismo modo, tratándose de un loco, “no es necesario conocer la alucinación o el delirio que le afligen”, que haga silogismos falsos; puede uno percibir fácilmente su error y su alucinación por la discordia que hay entre sus acciones y la conducta de los otros hombres” [Foucault, 1976, pág. 37].

Claro, vamos a reconocer algo fundamental en este sentido, es cierto que hay ciertos padecimientos psicológicos y psiquiátricos que tienen una clara evidencia empírica reflejados en el paciente, más que signos y síntomas se trata de padecimientos característicos de problemas neuropsicológicos o psicosociales, existe mucho avance en el tratamiento de dichas enfermedades, pero no puede decirse que sea una tarea concretamente de la medicina, en este caso de la psiquiatría, si seguimos manteniendo el enfoque biopsicosocial de un paciente, entenderemos que un problema orgánico no puede ser abordado únicamente con ayuda de las neurociencias, ni tampoco con la ayuda de la farmacéutica, podemos entender que el problema por el que atraviesa el paciente tiene una raíz orgánica, algo somático, pero, el problema no solo es en él, sino en su familia, ambiente, sociedad y en la propia cultura, por ende, el abordaje

no debe centrarse en una de las tres ramas, sino en las tres, lo biológico, lo psicológico y lo social, de esa manera el paciente puede tener una reinserción social más adecuada y hay más probabilidades de recuperación.

Aun con todo, el “loco” es demasiado directamente sensible para que pueda reconocerse en él el discurso general de la propia locura que la sociedad ha construido, solo aparece en una existencia puntual, puede considerársele una especie de locura a la vez individual y al mismo tiempo anónima, en la que el propio paciente se designa sin ningún margen de error, pero que desaparece en cuanto es percibido. “La locura, en cambio, es indefiniblemente lejana; es una esencia remota que, por sí misma, tienen deber de analizar nuestros nosógrafos” [Foucault, 1976, pág. 55].

Por ende, la locura existe en relación proporcional a la razón, o al menos en proporción a los otros que, en su generalidad no identificada, están encargados de representarla y de asignarle un valor de exigencia también proporcional a su existencia, por otro lado, se ha discutido el concepto de la proporcionalidad entre la razón y la locura, en la medida en que aparece ante la mirada de una conciencia ideal que la percibe como diferencia con los otros. Por ende, la locura, tiene una “doble razón” de ser ante la propia razón, ¿Cómo puede suceder esto?

La locura está al mismo tiempo de un lado y bajo la mirada del otro lado, a palabras del propio Foucault:

“La locura es diferencia inmediata, negatividad pura, aquello que se enuncia como no-ser, en una evidencia irrecusable; es una ausencia total de razón, que se percibe inmediatamente como tal, sobre el fondo de las estructuras de lo razonable. Bajo la mirada de la razón: la locura es individualidad singular cuyos caracteres propios, cuya conducta, cuyo lenguaje, cuyos gestos se distinguen uno a uno de lo que puede encontrar en el no loco; en su particularidad, se despliega para una razón que no es término de referencia sino principio de juicio; la locura ha sido tomada ahora en las estructuras de lo racional” [Gros, 2000, pág. 38].

Aunque pudiera parecer una confusión o encrucijada de ambos conceptos, también hay que entender que el loco tiene la facultad de apartarse de la razón, pero poniendo en juego imágenes, creencias, razonamientos que vuelvan a encontrarse igual en el hombre que posee razón, por lo tanto, el loco no puede ser loco para sí mismo, sino solamente a los ojos de un tercero, que tan sólo él, puede distinguir de la razón misma el ejercicio de la propia razón de la “normalidad”. La locura, entonces, es la razón más una extrema capa negativa; es lo que hay más próximo de la razón y más irreductible, enfrentándose al mismo tiempo a su peor enemigo, tanto para la razón como para la locura, la llamada “sinrazón”.

La sinrazón ha permeado a diversos grupos de la sociedad, acompañándose de criterios sin fundamento científico que ayuden a sustentar un argumento propio de esa disciplina, decimos esto porque el concepto de locura ya no se encuentra únicamente en el campo de la salud mental, sino que ha sido “adoptado” por muchas otras ciencias, incluso de las ciencias exactas “duras”, la evidencia, sin apelación posible, del “éste está loco” no se apoya sobre ningún dominio teórico de lo realmente es la locura.

Retomando un poco de la breve historia de la psiquiatría del capítulo I, podemos decir que en el siglo XVIII se llega a percibir al loco, pero deduce la locura, entonces, en el loco lo que se percibe no es la locura como tal, sino la inseparable presencia de la razón y de la sinrazón al mismo tiempo, buscando cohabitar un mismo espacio, la reconstrucción de la locura no es la experiencia múltiple de los locos, es el dominio lógico y natural de una enfermedad bien especificada, un campo lleno de razón.

En el pensamiento clásico, el mal tiende a no definirse ya más que de una manera negativa, la noción general de enfermedad puede encontrarse ante una doble tentación: puede que incluso ya no se le considere, tampoco ella, más que a manera de negación. La razón y la sinrazón buscarán explicar a su manera el concepto y la realidad, pero, aunque una pende su existencia de la otra, ninguna de las dos puede considerarse como una verdad absoluta, más bien, habrá de considerar cuál posee los elementos del método científico y del método clínico, cuál puede encajar en el resto de resultados obtenidos del discurso social y del discurso científico.

2.2. El campo semántico de la locura. Maud Mannoni

Maud Mannoni lo describe de la siguiente manera:

“La queja somática del niño, nos remite aquí a otra queja, la de la madre. Mediante sus jaquecas está mostrada la verdad de lo que se hallaba encubierto en las relaciones de la pareja progenitora. El niño, sin saberlo, se había cargado del síntoma materno. Había logrado convertirse así en el síntoma de su madre, ilustrando en el lugar mismo su dolor la frase materna: “Mire usted lo que la vida ha hecho de mí”. En este caso, la demanda de cura para el niño nos remitía, en realidad, a una demanda de cura para la madre, demanda que se apoyaba en un deseo inconsciente de hacer fracasar la medicina” [Mannoni, 1977, pág. 39].

Aunque aquí el claro ejemplo es de un niño y su madre acudiendo a atención para su salud mental, encontramos clara la analogía necesaria, vemos un esquema idéntico en psiquiatría con la diferencia de que la solicitud de curación que plantean el paciente, quienes con él viven, o la misma sociedad en la que convive, se halla siempre casi de manera desapercibida por imperativos éticos y morales impuestos por la sociedad. “La noción de “enfermedad mental”, quiéralo o no el psiquiatra remite a criterios de adaptación social: curarse significa “entrar de nuevo en las filas de los bienpensantes” [Mannoni, 1977, pág. 41].

Esto es cierto al día de hoy, la sociedad como tal exige que nada del orden establecido por ellos mismos sea modificado, alterado o mucho menos perturbado con conductas o formas de pensar ajenas o diferentes, utilizan los argumentos de que quien actúa o piensa fuera de esa “normalidad” se encuentra en peligro tanto como persona como la entera sociedad en la que radica, convirtiendo al psiquiatra en un juez de lo social, cuando alguien cae en su juicio se convierte en alguien marcado, etiquetado o señalado como “incitador del desorden”, alguien que merece una total atención médica y de ser posible sea recluido en un lugar donde no pueda hacer daño a nada ni a nadie.

“La usurpación que el poder judicial hizo sobre el poder médico ha contribuido a falsear el abordaje científico del problema de la “enfermedad mental”. La ciencia médica, si ha

llegado a establecer diagnósticos descriptivos, se ha visto, desde hace tiempo, reducida en psiquiatría a utilizar estos diagnósticos de un modo meramente represivo en el plano de la práctica” [Mannoni, 1977, pág. 45].

Otro problema que se encuentra también hoy en día en muchas ocasiones en el esquema de salud-enfermedad es que la palabra, expresión o solicitud que le llega al profesional de la salud mental sufre los efectos de otra expresión que emane de la propia institución en la que labora el profesional o la que le solicita de parte del paciente una “constancia” de que efectivamente “goza de salud mental” y puede serles “funcional”. El paciente por su parte, va cargando con un gran sesgo y una mala concepción de sí mismo y del ejercicio del profesional, sea del gusto o no, eso incidirá de la misma manera en el diagnóstico que se emitirá.

El paciente acude a una consulta de la situación por la que atraviesa, en este caso, la psiquiatría responde mediante la emisión de un “diagnóstico”, pero, este diagnóstico, es muy diferente a un diagnóstico del campo médico, ya que no se brindará ninguna premisa que sea nueva para el paciente. Tan cierto es esto que el psiquiatra no considera oportuno decirle esto al paciente.

“[...] en efecto, ¿qué haría el enfermo con un diagnóstico? El diagnóstico está destinado a otros. El hecho de formular un diagnóstico psiquiátrico desaloja entonces al enfermo de su posición de sujeto, lo somete a un sistema de leyes y de reglas que escapan a su comprensión e inaugura así un proceso que desembocará lógicamente en medidas de segregación” [Mannoni, 1977, pág. 45].

Comienza entonces a ejercer presión ya directamente en el propio paciente el factor social, las quejas de la sociedad o de las de quienes sean cercanos a él en sus sistemas familiares, sociales, laborales, comienzan a desencadenar un proceso análogo, una vez que se ha presentado el diagnóstico, comienza algo que Jacques Lacan llama “precisión de la demencia” [Mannoni, 1977], dentro ya de este proceso comienza a perderse el apoyo de los demás, la demencia ya no está fuera, sino que ella lo habita a uno, y esto contamina el pensamiento que se hace demencial. Puede decirse que antes de que se emitiera el diagnóstico psiquiátrico el paciente tenía un objetivo, una rutina, una forma de vida, una razón para vivir, pero ahora,

después, una violación de los sentidos interrumpió esa razón, objetivos y metas de vida, la vida cambia por completo, se detiene, se produce un vacío, la oscuridad, y en esa oscuridad, está la visión del propio paciente ante un cambio que significa mucho para que pueda continuar.

Puede decirse que el único objetivo del psiquiatra es brindar una cura, una solución o alguna alternativa para la problemática que aqueja al paciente, pero eso en muchas ocasiones no ocurre, ha de verse la necesidad de tener ese objetivo y ocupar en segundo lugar las cuestiones económicas, pero el paciente también ha de buscar una solución a su problema en colaboración del profesional.

El principio irrefutable de que cada paciente es diferente ayuda a entender que cada paciente construirá también su propio paciente de la locura, pero, desde su perspectiva, vivencias, creencias, cultura y educación, al mismo tiempo nos remitirá a una aberración que se sitúa en otra parte y no en ellos mismos, los pacientes comienzan a tener un deseo, una necesidad para poder limpiarse de ese concepto, de esa “culpa” que cargan ante ellos mismos y ante la sociedad, aun con todo, Mannoni afirma que no es posible que pueda librarse de dicho “personaje” que se le ha “asignado” tras el diagnóstico. Puede notarse entonces, el gran poder del discurso del psicólogo y del psiquiatra, la perspectiva social de una persona cambia y su integración en la sociedad también.

Vemos en acción diversos dispositivos de poder en la expresión y los grupos sociales, aunque la persona siga siendo funcional dentro de sus círculos, se buscará que tenga el principio de “normalidad” previamente establecidos. Las quejas de la sociedad o las de quienes están cerca del “enfermo” desencadenan todo un proceso, un proceso que debería ser diferente, casi siempre, una vez que el otro ha presentado una queja con respecto a una persona que ha pasado a ser un “paciente”, el profesional de la salud mental va a ejercer un “juicio” sobre si esa queja presentada se halla o no bien fundada, mediante el procedimiento de un examen que se limita solo a esa persona, este proceso es bastante común en los niños y los padres, siendo los padres los agentes de lo “normal”, buscando que su hijo siga dentro de los estándares establecidos por los dispositivos de poder.

Ahora bien, hemos de tener presente el punto de vista del propio “paciente”, quizás para él la situación no sea tan “grave” como los demás lo cuestionan, cada paciente, en su locura, nos remite a una “aberración” que se sitúa en otra parte y no en ellos mismos.

“Un deseo oscuro de expirar una falta, suya o de los suyos, lo lleva, a poco que las circunstancias se presten para ello, a permanecer en el personaje que se ha construido, y es este personaje el que termina por poseerlo. En su papel de loco, los enfermos dan de qué hablar a los progenitores [...] y a los adultos que los toman a cargo. Cuanto más se sienten aplastados bajo el peso del desprecio de los suyos, más se jactan, orgullosamente de su locura” [Mannoni, 1977, pág. 49].

Desde el discurso del “loco”, puede decirse que su situación es una respuesta fiel que tienen a su alcance cuando se les propone hacer algo que no es de su agrado, que podría permitirles una “recuperación” y finalmente una reinserción social, en su negativa a plegarse a las normas adaptadoras, dejan ver al mismo tiempo el absurdo de la situación en la que han sido clasificados, la misma sociedad ha permitido que numerosas personas permanezcan bajo dicha clasificación y así puedan seguir ahora en su nueva vida.

“Aquí, ella se despliega como en el escenario de un teatro. En él se representan el miedo, la angustia, el rechazo. Unos tiran los hilos del poder que buscan ejercer; a los terapeutas les asignan una locura permitida. Los otros se han convertido en elementos de un espectáculo (forman parte del mobiliario, dicen los enfermeros). Son la miseria, el horror, la decadencia, son todo eso en su silencio o en sus gritos” [Mannoni, 1977, pág. 50].

Dentro de esta comparación de un escenario teatral, vemos al llamado psiquiatra, quien tendría la función de director y apuntador al mismo tiempo, ya que su formación le entrega un saber sobre la enfermedad mental, esta formación, tal como lo transmite en su forma tradicional, no deja casi lugar para que pueda existir una verdad diferente a la que es considerada como absoluta en dicho universo restringido. Se concibe de esa forma algo que coloque tanto al que enseña como al alumno a la sombra de toda interpelación del inconsciente; el lenguaje común

es un lenguaje que recibe el nombre científico, es decir, un conjunto de expresiones que está salvo de lo que pueda surgir de manera inesperada.

“Al comienzo de los estudios de medicina, el estudiante está abierto a todas las experiencias. Son sus maestros quienes les inculcan los prejuicios científicos” [Mannoni, 1977, pág. 46]. Al día de hoy, en el 2020 y el siglo XXI, esto sigue siendo una problemática común tanto en psiquiatras como en psicólogos, llegan a impregnarse de estigmas tan grandes hacia las enfermedades mentales o llegan a concebir una forma “única” de diagnosticar y proceder con los pacientes, en algunas ocasiones siguiendo un riguroso “sistema” de clasificación como es el DSM y la CIE. El conocimiento viene a ocupar aquí precisamente un puesto cuya función es la de impedir toda relación con la verdad como causa. El estudio del problema del retardo, como el de los problemas de la psicosis, del hombre primitivo y del niño, sólo pueden emprenderse si los estigmas que se le atribuyen al otro son considerados ante todo como reflejos de una verdad que uno sitúa en sí mismo.

Para poder salir del terreno descriptivo que excluye el propio discurso del paciente, sus antecedentes, su crianza, sus formas de identificarse desde y en su ambiente y entorno, es necesario acceder a un saber que incluya al otro como un sujeto hablante, llegando a conocer el punto en el que se ha operado la división de este sujeto entre el saber y la verdad. El estudio que se llevará a cabo sobre dicho análisis y punto de ruptura tiene que partir con las respuestas obtenidas que están silenciadas por el sistema existente, respuestas vinculadas a la posible aparición de criterios científicos existentes o incluso creando nuevos.

“El psiquiatra, como el etnógrafo, tiene que vérselas, en su campo de estudio, con un orden significativo, sea el del padre, el de la muerte, el del trueno o del de los milagros; algo se ordena según relaciones antinómicas que aparecen como otras tantas leyes del lenguaje. Lo que le importa al etnógrafo (y al psiquiatra) es poder desentrañar lo que está actuando en la estructura lógica del mito (mito individual del neurótico o mito colectivo). En psicoanálisis (y esto vale para la psiquiatría), lo que nos importa es poder interrogar los efectos de la demanda en un sujeto en su relación con el deseo” [Mannoni, 1977, pág. 53].

Este enunciado es realmente enriquecedor en lo que tiene que ver con el proceso evaluación del paciente para la emisión de un diagnóstico y para el propio proceso de salud-enfermedad, de esta forma de trabajo depende que el sujeto llegue a una palabra personal. Esto lleva al profesional de la salud a situarse en otro polo que el de la identificación con el representante del llamado “orden moral” establecido, sea una persona, institución o incluso algún “manual”, es decir, de esta forma se estaría rechazando el papel que se le ha asignado de manera casi automática por los dispositivos de poder emanados de la sociedad en la que vive.

Thomas Szasz (citado en Mannoni, 1977), argumenta lo siguiente: “En la actualidad – nos dice – la Iglesia ya no es la única proveedora de valores morales, también la psiquiatría cumple esta función. El médico trata de promover la moralidad [...]. La noción de “enfermedad mental” ha persistido más allá de su función útil, como un mito. Constituye, en realidad, una herencia de los mitos religiosos en general y en particular de la creencia en la brujería”. Siendo así, vemos que se le ha asignado una tarea colosal y casi imposible a la psiquiatría y a la psicología, en este caso, en una forma de “complicidad” con la sociedad en la que debe cooperar con las fuerzas que tienden a expulsar al enfermo mental de una sociedad en la que puede “dañar”. En esta forma de “cooperación” se hace sordo a la queja del paciente, ya que su principal preocupación es que el paciente se aleje de los “funcionales” y se clasifique en su “nueva vida”.

Dentro de toda esta semántica del ejercicio del proceso de salud-enfermedad, el propio concepto y expresión “locura” no puede ser independiente ni estar libre de la problemática del lenguaje y el manejo del concepto.

“En lo que el loco nos dice, da a conocer cosas de sí, sin llegar siempre a reconocer lo que de él habla en lo que ha dicho. En el delirio de influencia, puede negarse a considerar lo que dice como cosa que le pertenece, con lo que este desconocimiento es también un modo de reconocer uno de los términos antinómicos negados. A las voces que lo persiguen, a los gestos que lo amenazan, al sentimiento de irrealidad que lo rodea, a estos fenómenos que lo poseen y que trata de descifrar, los expresa incluso cuando, mudo, nos ofrece su interrogación y su pánico” [Mannoni, 1977, pág. 55].

Tanto el discurso del paciente, como el propio proceso que desarrollar el profesional de la salud mental debe estar encasillado a nunca dejar de considerar humano al paciente, con una personalidad propia, ideas, sentimientos y formas de verse e identificarse dentro y desde el entorno que lo rodea, dentro de la cultura que lo ha formado y dentro de la sociedad que ahora lo enjuicia, si la locura nos interpela es porque evoca ese otro en nosotros, al cual nos vemos tentados a sacar, expulsar en una persona etiquetada, como quien se deshace de un objeto que le acarrea problemas o mala suerte. El problema de la locura es inseparable de la pregunta que el hombre formula sobre su propia identidad, siendo así, el propio hombre tendrá la capacidad de presentarse ante los demás como un ser, como un loco o como un “sano”.

“No son ni el psiquiatra ni la sociedad los que crean la locura, pero son responsables del modo en que ella se fija [...]” [Mannoni, 1977, pág. 56]. Puede verse entonces el gran poder que ejerce el diagnóstico y la clasificación que un profesional de la salud mental pueda hacer o decir sobre una persona, haciendo que incluso los demás quieran sacarla de su entorno. Ahora bien, también, la sociedad misma debe cambiar el punto de vista existente de la salud mental, dejar de ver como un peligro, como una “anormalidad” lo que alguien más entiende como realidad. Freud [1924] habló del propio concepto de la locura, demostrando que no es necesario oponer la locura a la normalidad. Lo que se descubre en la locura está ya en cierto modo, en el inconsciente de cada uno y los locos no han hecho más que fracasar en una lucha que es la misma para todos y que todos debemos librar permanentemente.

Desde esta óptica, la sociedad y la psiquiatría tienen un punto de vista hacia los enfermos mentales o comúnmente llamados “locos”, dicha forma de verlos forma parte de la lucha contra la locura que se libra sin cesar entre toda la humanidad moderna. Retomando el punto de vista de Freud no hace más que considerar los factores cuantitativos, dejando de lado los factores cualitativos.

“Si la psiquiatría ha de tener alguna eficacia, ello será al precio de una transformación que va a exigirle, al menos, por un tiempo, merecer el nombre de *anti psiquiatría*, si la crisis de locura es una lucha interior análoga a la que cada uno de nosotros entabla de modo más silencioso, sea cual fuere su naturaleza, nos es precioso aprender a considerar esa crisis, cuando se da en el exterior de nuestra persona, como a la vez

nuestra y no nuestra, y a interrogarnos no ya sobre las medidas que debemos adoptar con toda premura para que nuestro equilibrio mental (y el de la sociedad a la cual está ligado) no corra el peligro de perturbarse, sino sobre aquellas otras que sería necesario adoptar (o no adoptar) para que el sujeto de la crisis pueda, de algún modo, ganar esa lucha” [Mannoni, 1977, pág. 57].

Retomando los puntos de vista de Foucault sobre la sociedad y los dispositivos de poder que de ella emanan de manera constante, debe considerarse que la sociedad ha previsto siempre de lugares, clasificaciones, discursos y “protocolos” de tratamiento hacia los locos, siempre ha provisto de modelos de locura con los que pueden identificarse (como el DSM y la CIE) de manera eficiente, de que todo esto no es más que una parte de las instituciones mediante las cuales la sociedad se protege contra su “incosciente”. Es posible ver otros métodos de protección que sean más humanos y menos crueles y ruinosos.

2.3. La revolución de la psiquiatría

La primera revolución de la psiquiatría es, cuando ésta comienza a desarrollar métodos de influencia (la mayoría de tipo psicológicos), para incidir directamente en las personas de manera psicosomática. Morales [1982, citado en González de Rivera, 1998] considera que la historia de la psiquiatría es: *“la historia de la interpretación de la locura desde la perspectiva de la locura”*, es interesante la manera en cómo este autor argumenta el fundamento de la psiquiatría, él dice que puede considerarse o bien la respuesta que cada etapa histórica ha dado al problema de la locura, pero cabe mencionar que en ninguna etapa de la historia de la psiquiatría se habla de la locura como tal, el término no existe en su historia, sino hasta después de su formación como disciplina conectiva entre la medicina y la psiquiatría, aun con todo, con su punto de vista claramente restrictivo podemos hablar solamente de la psiquiatría hasta los tiempos en que el concepto de *enfermedad mental* aparece claramente identificado, aun con todo, durante el inicio de esta recapitulación, debe tenerse presente que la psiquiatría, la medicina y la religión, parecen difíciles de distinguir, siendo así, el principal interés al inicio de las revoluciones psiquiátricas son, el desarrollo pragmático de métodos eficaces y no en elaboración de conceptos ni teorías [Huertas, 2012].

La mente humana nunca había sido considerada como un elemento de estudio del hombre, pues hasta ese momento, la mente humana parecía concentrarse en actividades prácticas que le ayudarían a sobrevivir y a afrontarse al servicio directo de las necesidades diarias. El origen de los primeros movimientos de la psiquiatría para su crecimiento se remonta a la epistemofilia griega, la cual, ayudó al desarrollo de la teoría de los cuatro humores y a la identificación del cerebro como órgano responsable de anomalías en el comportamiento, dicho postulado fue pronunciado y sustentado por Hipócrates (460-377 a. C.) quien fue el primero en rechazar las teorías tradicionales de su época, a saber, la influencia de espíritus, dioses o poderes sobre humanos, él plantea que: “La melancolía responde a un cúmulo de bilis negra que se dirige hacia la inteligencia. Si la enfermedad se dirige hacia el cuerpo produce epilepsia” [Citado en Pichon, 1948 y citado en González de Rivera, 1998, pág. 9]. Cabe mencionar que, Areteo de Capadocia habla después de la melancolía y la manía y su posible ubicación en el hipocóndrio, de ahí que se acuñe el término *hipocondriasis*. El delirio, se atribuía entonces al acúmulo de bilis amarilla en el cerebro, algo que en el siglo II d. C. es retomado por Galeno de Pérgamo y argumenta que hay una relación entre el estómago y el cerebro, y que, cuando dicha relación presenta dificultades es común que aparezca la paranoia y la depresión. Retomando a Hipócrates, parece sus postulados tuvieron una gran influencia en el pensamiento psiquiátrico, al grado que muchos de ellos tuvieron numerosas interpretaciones posteriores, haciendo que la medicina comenzara a diferenciarse dentro de la profesión de sanador. Y es que, Hipócrates tiene un total rechazo de las etiologías que tengan que ver con lo sobrehumano (lo celestial en especial), por su parte, él estableció una clasificación muy sencilla de las enfermedades mentales, la cual se sustentaba en la observación clínica:

1) *Frenitis*. Trastornos mentales agudos con fiebre, lo más allegado a un delirio: 2) *Manía*. La entiende como una alteración mental aguda, pero sin la presencia de fiebre, englobando a las psicosis; 3) *Melancolía*. Aparentemente, todas las enfermedades mentales crónicas, no solamente la depresión, sino también las demencias y las psicosis crónicas no agitadas; 4) *Epilepsia*; 5) *Histeria*. Hipócrates la describe como una disnea con convulsiones notorias y que pueden dañar directamente a la persona, la clasificaron en un momento con la *muerte temporal*, pero pasó a otra interpretación. 6) *Enfermedades de los escintios*. Lo que hoy se conoce como las enfermedades sexuales como el travestismo, voyerismo y exhibicionismo [González de Rivera, 1998].

Aunque los postulados de Hipócrates resultaron verdaderamente útiles, también fueron la base para que muchas pseudociencias se desarrollaran, a saber, surgieran los métodos sugestivos e hipnóticos utilizados por los médicos-sacerdotes en numerosos “centros de curación”, ello por los hallazgos arqueológicos encontrados y expuestos por Whithington en 1894 [Scull, 2013].

Aristóteles (384-322 a. C.) define a la mente como un proceso, ya que tuvo como objeto de estudio a los sentidos, el aprendizaje, la memoria, la emoción, la imaginación y el razonamiento, su sistema de conocimiento colocaba al estudio del alma en relación tanto empírica como racional con el estudio de los organismos vivos. Convirtió entonces al alma en una expresión de la criatura viva y a la criatura viva en una expresión del alma, extrayendo cada detalle del dualismo alma-cuerpo, le dio un gran auge a la experiencia humana, al describir en gran detalle su importancia y actividad, dándole honor a la juventud, a la edad madura, al pasear, al dormir, al soñar e hizo una distinción entre la *psique* del hombre y de la mujer.

Aunque Grecia fue un lugar propicio para el crecimiento y desarrollo de la psiquiatría como disciplina, fue conquistada por Roma, y muchos de los intelectuales fueron llevados cautivos y puestos a servir a los romanos, tal es el caso de una aportación que hicieron ya en Roma a la psiquiatría, se trata de Asclepiades de Bithinia, quien era un médico griego y que fue obligado a trabajar como profesor en Roma, en una ocasión, observó el paso de un cortejo fúnebre, pero alcanzó a ver que la posición del cuerpo no revelaba aspecto de muerte sino de inconsistencia, hace que detengan el cortejo y manipula vigorosamente el cuerpo del difunto al grado que pudo “revivirlo”, fue entonces que llega a ser considerado un médico milagroso, lo cierto es que hizo una serie de masajes cardíacos y de respiración artificial para hacerlo reaccionar, y que el tiempo demostró que el hombre sufría de *epilepsia* [González de Rivera, 1998].

En su doctrina patogenética, Asclepiades se atrevió a contradecir la teoría de los humores de Hipócrates, atribuyendo las enfermedades a desordenes en las partes sólidas, desarrollando el solidismo, después denominado metodismo, el cual considera que “los excesos de contracción o de relajación deben ser corregidos mediante medidas, en primer lugar, fisioterapéuticas, encaminadas a provocar una reacción contraria” [González de Rivera, 1998],

siendo así un gran aportador tanto a la psicología metódica como a la psiquiatría, resaltando incluso cuando la tradición hipocrática seguía vigente y con bastantes simpatizantes.

En el año 100 a. C. Celsus, describe en su tratado de medicina todas las enfermedades que existían (o que conocían) en su momento, siguiendo un orden topográfico de la cabeza hasta los talones, llama la atención que hace referencia a las enfermedades “de la cabeza”, y las enumera y expone en el siguiente orden: 1) *Frenesis*, en referencia a la Frenitis planteada y expuesta por Hipócrates; 2) *Melancolía*, la cual puede entenderse el día de hoy como una depresión crónica; 3) *Enfermedad sin nombre*, la cual tenía muchas características similares con la manía de Hipócrates; 4) *Delirium Exmetu*, o también considerado delirio causado por el medio, lo más parecido a la psicosis o la neurosis traumática; 5) *Cardiacum*, sensiblemente similar a las descripciones modernas de la neurosis de angustia y al síntoma de hiperventilación aguda; 6) *Letargus*, o letargo, la cuál era vista como una enfermedad aguda y de pronóstico muy grave, según las descripciones venía acompañada de somnolencia y que corresponde, a la encefalitis moderna. Es interesante que Celsus describe a la epilepsia de manera independiente, no la relaciona con la cabeza ni con la histeria, sino que la incluye a las enfermedades del abdomen [Huertas García-Alejo, 2017].

Las grandes contribuciones de Galeno (131-201 d. C.) a la revolución de la psiquiatría es considerado por González de Rivera (1998) como un broche final a la medicina del periodo posclásico, ya que es una aglutinación de la teoría humoral de Hipócrates, el solidismo y el misticismo de Platón, el estoicismo y claramente también del epicureísmo en su metodología terapéutica. Desarrolla la teoría del *Pneuma*, la cual definía como una fuerza vital que recorre internamente el organismo y es responsable de sus estados de salud y enfermedad, junto con su reconocimiento a un Dios supremo, creador y fuente de toda vida, hacen que Galeno sea sumamente agradable ante las autoridades de la futura iglesia cristiano-romana, con profundas implicaciones en el desarrollo posterior de la psiquiatría y la medicina durante el largo periodo de la edad media. Sus contribuciones psiquiátricas, es interesante señalar sus descripciones de las *falsas percepciones de los sentidos* (Phantasis), a las que considera patogenéticas en algunas enfermedades como el delirio, la relación entre estados de miedo y de desesperación con trastornos melancólicos, de los que describió que existían dos formas: una mental (paranoia) y otra somática, y, la relación entre la ausencia o intensificación en las relaciones

sexuales y los síntomas histéricos. Galeno también consideraba tres subdivisiones en el alma: la racional, la irracional o irascible, responsable de los sentimientos, y la concupiscible o buscadora escrita del placer [Huertas García-Alejo, 2017].

“La salud, no sólo mental sino general, dependería del correcto equilibrio entre estas tres secciones, admitiendo la responsabilidad de errores de juicio (parte racional), debidos a exaltaciones en el afecto (parte irracional). En este caso, era posible la curación mediante un método educativo, a diferencia de las alteraciones autónomas de la parte racional (dementia) y de los errores de juicio relacionados con la búsqueda consciente del placer, esto es con exacerbaciones de la parte concupiscente [...]” [González de Rivera, 1998, pág. 34].

Este argumento fue bastante aceptado en su época, pues intentaba explicar de manera racional y metódica las *enfermedades del alma*, sin embargo, dejaba en el aire muchas de ellas, tales que fueron identificadas con el paso del tiempo, sin embargo, dada su fuerte relación con las cuestiones religiosas, muchas de esas enfermedades fueron clasificadas dentro de categorías en las que no les correspondía, haciendo que la psiquiatría tuviera avances, pero al mismo tiempo tuviera retrocesos. Si el cultivo de la razón era la tarea más importante de los griegos, y el poder del estado y el placer de las masas la de los romanos, la salvación del alma constituye la tarea prioritaria en el largo periodo de la Edad Media.

Dentro de la Edad Media, son pocos los registros que hay de la psiquiatría que incluyan un estudio detallado, se comprende que su estudio fue abandonado en una época en que ni siquiera las enfermedades agudas de raíz somática se beneficiaban de la atención que habían gozado en los periodos anteriores, ya que hubo un retorno hacia la “medicina” supersticiosa, la que se usaba antes de los grandes razonamientos de los griegos, y investían a las enfermedades mentales como siniestras y malignas. Partiendo de este hecho, los enfermos buscaban la “curación” a través de la salvación de su alma, por lo que asistían a los centros eclesiásticos, haciendo que quienes se dedicaban a la religión crearan “hospitales” junto a sus monasterios e iglesias, con el objetivo de recibir y ejercer “caridad” entre los enfermos que con ellos acudían, el gran error de este hecho radica en que queda evidenciado el abandono y la

persecución de todos aquellos cuya razón alterada los hacía sospechosos de contacto con las fuerzas del mal.

“Estando claro para los pensadores medievales que las fuerzas de la naturaleza dependían exclusivamente de Dios, con la ocasional interferencia el demonio, la aplicación de métodos psicológicos carecía de fundamento, puesto que no había fuerzas naturales que el hombre pudiera comprender o gobernar. Solamente la acción divina, por intercesión de los santos, o la maldición demoniaca eran conceptualmente admisibles en el paradigma medieval [...]” [González de Rivera, 1998, pág. 41]

Es como que, con este argumento, se expone la superstición de este periodo con las supersticiones cristianas, mucho más benéficas, por ende, comparables en ocasiones a lo que posteriormente se reconoció como *protopsicoterapia*. Resalta el hecho de lo hermético del pensamiento de la época, ya que todo intento de ejercer una influencia terapéutica resultaba sospechoso a los ojos de las autoridades eclesiásticas, y el éxito de una teoría o de una idea razonada para tratar de explicarlo a la luz del pensamiento científico podía fácilmente ser considerado como una demostración de expresión demoniaca.

Santo Tomás de Aquino (1225-1274) es quien logra restaurar el pensamiento científico, y no precisamente, el pensamiento progresista, él buscó (y logró) reconciliar los pensamientos y postulados de la filosofía aristotélica, relacionadas sobre todo con el humanismo, la urbanidad y el razonamiento de la naturaleza, realza la gran relación que hay entre cuerpo y mente postulado por Platón, logra exponer la sabiduría antigua y al mismo tiempo defender los postulados y razonamientos cristianos sobre el estado y situación del alma (es importante resaltar que a este momento, el concepto *alma* se ha convertido en un concepto totalmente religioso, argumentando que es la existencia sobre humana dentro del ser humano, separándolo y haciéndolo inmortal), fue así como se logró una uniformidad de pensamiento y un ligero crecimiento para la psiquiatría dentro de la edad media [Huertas García-Alejo, 2017].

Santo Tomás de Aquino plantea una clasificación de enfermedades psiquiátricas, las cuales se fundamentaban en dos grandes rublos, el primero tenía que ver con las condiciones de origen sobrenatural, producidas por la acción de los demonios, y la segunda, por condiciones

de origen natural, entre las que se incluía la estulticia (debilidad mental), la epilepsia, la frenesís, la letargia, la manía, la melancolía, y la demencia. Lo importante es que logra defender su postura de que ninguna enfermedad mental de origen sobrenatural era un regalo o castigo de los dioses (como Platón afirmaba), siendo las bases sólidas para el diagnóstico diferencial moderno.

Grecia deja entonces de ser el lugar propicio para los razonamientos y postulados revolucionados de la psiquiatría, pasando a ser ahora España, y es que Bassoe (1945) [citado en González de Rivera, 1998], argumenta que “España es, justamente, considerada como la cuna de la psiquiatría moderna”, ¿la razón? Porque logra mantener un buen encuadre entre la caridad cristiana y el conocimiento médico-psiquiátrico de Hipócrates y Galeno. Aun con todo, es interesante señalar que, en España de la Edad Media, las personas vivían en relativa calma, era una sociedad tolerante y despreocupada, sobre todo en el tema de los enfermos mentales, hay registros que indican que se les permitía vagar por los campos y las ciudades, eran atendidos por la caridad y en ocasiones por las personas que ingresaban a un centro de tortura, según fuera el caso. En una determinada ciudad de España, según cita Kilgour (1936) [citado en González de Rivera, 1998], en el siglo XI, los habitantes “albergaban y atendían en sus casas a enfermos y retrasados mentales procedentes de toda la región”, esto no es un caso aislado, ya que el mismo autor menciona que “toda la vida de la ciudad estaba organizada alrededor del cuidado del enfermo psiquiátrico – una especie de “casas a medio camino – la mayoría [...] aceptaban cierta responsabilidad por los enfermos”, lo que obviamente hizo que se despertara el pensamiento humanista, al ser un fenómeno propio de esa corriente de pensamiento, creando un *estado de emergencia*, automáticamente las autoridades eclesiásticas tomaron cartas en el asunto e intentan desarrollar una mejor actitud hacia los enfermos mentales.

2.4. El movimiento anti psiquiátrico

Dentro del ejercicio de la razón y la sinrazón, encontramos algunos “resultados”, algunos realmente positivos y otros que pudieran mejorarse, tomemos por caso la necesidad de querer clasificar nosológicamente los padecimientos mentales, anteriormente hemos hablado un poco sobre el DSM y la CIE, ahora bien, la razón ha ayudado a dar con grandes avances en este sentido, ha sido posible comenzar a identificar algunos factores comunes que existen en los

padecimientos, también ha sido posible medir el tiempo de aparición de los signos y síntomas para ayudar a determinar el génesis de la problemática e incluso poder proyectar las consecuencias para poder prevenirlas, ahora bien, también ha sucedido, como en el ejemplo antes mencionado de la homosexualidad, que la sinrazón ha ocupado algunos espacios de manera casi desapercibida, dejándose llevar por una combinación de los discursos mágico-religiosos y algunos discursos del vox populi, dejando que la ciencia tomé una decisión que ha sido influenciada, como considerar como enfermedad una forma de expresión o un modo de vida, solo porque no ha logrado “encajar” en los “estándares de la moralidad establecida divinamente”.

La actividad clasificadora entonces, ha tropezado con una resistencia profunda, como si el proyecto de repartir las formas de la locura a partir de sus signos y síntomas llevara en sí mismo una especie de autodestrucción o de contradicción, como si tuviera un vínculo de la locura con lo que puede mostrar de ella misma no fuera ni un vínculo especial ni un vínculo de veracidad, ello puede notarse cuando se examina detenidamente la secuencia de esas clasificaciones a partir de su orden general, hasta el detalle de las enfermedades clasificadas: siempre se llegará a un momento en que el gran tema del discurso positivista se encuentre desviado o truncado, por ende, la locura por sí misma, no puede responder de sus expresiones, forma un espacio donde todo es posible, no hay nada definido, excepto el inalterable orden lógico de ese argumento, fuera del campo y concepto de la locura es donde deben buscarse el origen y la significación del orden que la domina, lo que son esos principios diferentes nos enseña, necesariamente, mucho sobre la experiencia y ejercicio de la locura, de esa manera es como se concibe inicialmente el ejercicio de la unión de la psiquiatría y de la medicina, premisa que debe seguir guiando su concepción del abordaje y estudio de la locura desde la perspectiva biológica-psicológica.

Debemos reconocer que no todas las clasificaciones nosológicas tienen una orientación moral-religiosa, sin embargo, ninguna puede decirse que es totalmente pura, es ahí donde encontramos a la moral con un papel de difracción y de repartición, son el propio organismo y el mundo de las causas corporales los que la aseguran. El trabajo de la organización de las enfermedades del espíritu nunca debe hacerse al nivel de la locura y de su correspondiente razón, no puede tomarse en cuenta lo que en ese momento se entiende del padecimiento o de

las personas que lo tienen, más bien, debe hacerse teniendo en cuenta el juicio moral, sea el análisis de las causas físicas, o bien de la pasión, la falta, con todo lo que puede componer la libertad, o bien la mecánica, rigurosamente determinada, de los espíritus animales y del género nervioso. En el pensamiento clásico, existe una parte en la que la moral, la mecánica, la libertad y el cuerpo, la pasión y la patología encuentran un punto en donde se encuentran y comparten puntos a favor a su propia y correspondiente medida proporcional.

“En ese mal que las nosologías tan fácilmente describen como enfermedad, ¿de qué manera se encuentra afectada el alma? ¿cómo un segmento del cuerpo atacado por la enfermedad, por idéntico motivo de los demás? ¿cómo sensibilidad general ligada al conjunto del organismo y perturbada de él? ¿cómo un principio independiente, espiritual, del que no se escapan más que sus instrumentos y materiales?” [Foucault, 1976, pág. 60].

Compartiendo esta expresión de Foucault, podemos decir que hoy en día las clasificaciones nosológicas del modelo actual de salud-enfermedad tienen mucha ventaja, ayudan a identificar rápidamente una problemática y un aspecto en específico es el punto de partida en la mayoría de los casos, sin embargo, volvemos al mismo punto, esta clasificación solo será útil para la exploración biológica-psiquiátrica de la enfermedad, la exploración social podrá retomar algunos aspectos nosológicos pero se enfocará más en la cultura y el entorno de crianza. Está todo el peso de una tradición dentro de la clasificación nosológica, tradiciones teológicas y de los casuistas, conjugadas con tradiciones juristas y de grandes personajes que han fungido como jueces, en donde, siempre que se muestre algunos de los signos exteriores de la problemática, el loco tiene dos opciones, o confiesa que efectivamente no es alguien “normal” o se somete al juicio de las “ciencias” que pueden determinar qué es lo que no funciona en realidad, sin embargo, se tiene el derecho y el deber de suponer que el espíritu ha esclarecido su alma por vías que no son sensibles ni materiales.

Aun con todo ese peso encima de las clasificaciones nosológicas y de la fuerte influencia de la moral y del discurso mágico-religioso, el loco tiene una “esperanza”, éste se “salvará”, haya hecho lo que haya hecho en su locura, “su alma se ha retirado, protegida de la enfermedad, y preservada, por la enfermedad misma, de todo mal” [Foucault, 1976], en efecto, el alma no está

lo bastante comprometida con la locura para poder “pecar” en ella misma, sin embargo, ¿concuerdas eso con el concepto original de psiquiatría?

Recordando un poco el origen etimológico de la palabra psiquiatría, encontramos que se refiere a la medicina o curación del alma, el objetivo debe ser encontrar una “cura”, alternativa o solución para los signos y síntomas junto con la enfermedad que puede aquejar a una persona, cuando se llegó a la clasificación nosológica se pudo ver como un avance para nombrar la enfermedad, pero nunca ha proporcionado una solución a la problemática, aunque sus ejes definen el campo donde ha echado raíces el problema, la forma en que se abordan siempre es desde la óptica de la medicina, en un principio la psiquiatría no tenía esa alianza con la medicina, hoy en día, se han convertido en una sola y han dejado casi a un lado la perspectiva social.

Hay que entender que la locura no debe ser asimilada a una simple perturbación de los sentidos y la manera en que el cerebro asimila y procesa los estímulos externos, ahora bien, bajo la influencia de Locke, muchos médicos buscaban (y algunos aún lo hacen) el origen de la locura en una perturbación de la sensibilidad, todo lo reducen a lo orgánico y lo manejable.

Voltaire ayuda a entender que la locura no es una afección única de los sentidos, saca en conclusión que el alma no es, por su propia naturaleza y génesis, diferente de ninguno de los sentidos, con el cerebro como órgano, se ha deslizado de un problema médico claramente definido, en donde se entiende que el génesis de la locura es a partir de una alucinación de los sentidos, o de un delirio del espíritu, teoría peripatética e incluso llamada también teoría central, cuando lo que se ha generado es un problema filosófico que, ni de hecho ni de derecho, le es superponible, ya que se generan las siguientes cuestiones (a voz del propio Voltaire):

“¿Prueba la locura, sí o no, la materialidad del alma? Ha fingido, rechazar, para la primera pregunta, toda forma de respuesta sensualista, para imponerla mejor como solución al segundo problema: esta retoma última del sensualismo marca, por otra parte, que, de hecho, había abandonado la primera pregunta, la pregunta médica del papel de los órganos de los sentidos en el origen de la locura” [Voltaire, 2010, pág. 117].

Esta es la gran respuesta al discurso médico-psiquiátrico que busca explicar los problemas psicológicos y mentales solo con la biología, la locura no es simplemente una de las posibilidades dadas por la unión del alma y del cuerpo, no es, pura y simplemente, una de las consecuencias de la pasión e interacción de los neurotransmisores, la locura, amenaza por un movimiento que es propio lo que ha hecho posible que ella misma exista: la interacción humana y la estructura biopsicosocial de cada persona.

La locura no es otra cosa más que el desorden de la imaginación, comenzando por la pasión, la locura o es más que un movimiento vivo en la unidad racional del alma y a la vez del cuerpo, es el nivel de lo que se clasifica como irrazonable, pero ese movimiento pronto escapa de la razón de la mecánica, y en sus violencias, en sus estupores, en sus propagaciones, llega a convertirse en lo irracional, y dentro de esos movimientos y de esas variaciones, llega a su clímax, al pasar de lo irracional a lo irreal, llegando a convertirse en el no-ser. La locura comienza allí, donde se nubla y se oscurece la relación del hombre y la verdad, real, lo tangible, es en este punto, al mismo tiempo que da la destrucción y de esa relación, como toda su sentido general y sus formas particulares.

“La locura se halla exactamente en el punto de contacto de lo onírico y de lo erróneo; recorre, en sus variaciones, la superficie en que se afrontan, lo que nos une y lo que al mismo tiempo los separa. Con el error tiene en común la no-verdad, y lo arbitrario en la afirmación o la negación; toma prestado del sueño el montaje de las imágenes y la presencia coloreada de los fantasmas. Pero en tanto que el error no es más que no-verdad, en tanto que el sueño no afirma ni juzga, la locura en cambio llena de imágenes el vacío del error, y liga los fantasmas por la afirmación de lo falso” [Foucault, 1976, pág. 61].

La locura puede decirse entonces que es una negatividad, pero una negatividad que se ofrece en una plenitud de fenómenos, según una riqueza bien conjugada con el llamado “jardín de las especies”, en el espacio limitado y bien definido por este choque entre la razón, la sinrazón y la necesidad nosológica de la clasificación, se despliega el conocimiento discursivo de la locura, bajo los rostros ordenados y apacibles del análisis médico está en acción una relación difícil en la cual se realiza el devenir histórico: es decir, ahora se plantea la relación

entre la sinrazón, la razón y el discurso psiquiátrico, como sentido último de la locura con su respectiva dosis de racionalidad como su forma de ejercer y expresar su verdad. que la locura, situada siempre en las regiones originarias del error, siempre en retirada ante la razón, pueda ahora expresarse abiertamente y ser entendida por las debidas disciplinas, como en este caso, el trabajo dual y aliado de la psicología y la psiquiatría.

Otro de los encuentros y desencuentros en el esquema de salud-enfermedad es el de los llamados “internamientos”, es decir, la existencia del aislamiento de los pacientes con problemas mentales de la sociedad, cuando, en el pasado, eran reconocidos e incluso valorados, retomando un poco del capítulo I, se expresó que los enfermos mentales en la edad media convivían con los “normales”, e incluso se les brindaba ayuda humanitaria, del cual sigue siendo la premisa pilar de la teoría humanista-existencial de la psicología, ¿Qué fue lo que provocó el cambio? Sin duda alguna, sigue siendo objeto de discusión, y es que, en el siglo XX, los enfermos mentales llegaron a ser considerados un objeto de entretenimiento y experimentación, lo cual dejó claro que había ocurrido algo realmente grave en el desarrollo y el esquema de la salud y de la enfermedad.

“El pensamiento y la práctica de la medicina no tuvieron, en los siglos XVII y XVIII, la unidad, o al menos la coherencia que les conocemos ahora. El mundo de la curación se organiza según los principios que, en cierta medida, le son particulares y que la teoría médica, el análisis filosófico, la observación misma de los síntomas no controlan siempre con exactitud. La hospitalización y el internamiento: hemos visto ya cuál era su independencia de la medicina; pero la medicina misma, teoría y terapéutica, sólo se comunican con una reciprocidad imperfecta” [Foucault, 1976, pág. 64].

Aunque es cierto que existen tratamientos físicos que requieren el reclutamiento del paciente para una mejor efectividad, sobre todo en las enfermedades somáticas o en aquellas lesiones que requieren rehabilitación o en la llamada terapia intensiva, la mayoría de éstos no tienen el objetivo de experimentar con el paciente, no buscan retenerlo de su entorno, tampoco los familiares buscan que el paciente “deje de ser una carga” para ellos, aclaro que es únicamente dentro del campo de la salud, aun con todo, es difícil tratar de distinguir las “terapias” físicas y las medicaciones psicológicas en la época clásica, ya que en esa época no existía la psicología

como tal, cuando se prescribe la absorción de algunas mezclas herbolarias o de alguna otra “medicina” no puede decirse que se trate de remedios físicos, puesto que se tiene el objetivo de limpiar el alma y no el cuerpo, no se trata de intervenciones psicológicas físicas, siendo ello, podemos decir que lo que pudo haber generado el cambio en la forma de tratar los “padecimiento del alma” fue la aparición del conductismo y el objetivo de “reprogramar” o “reeducar” al paciente, esto llamó la atención de la medicina, pensando que era posible lograrlo, comenzaron a compartir un modelo teórico-práctico del ejercicio de la psiquiatría, llamándolo “hospital/residencia psiquiátrica”.

Hemos visto que eso trajo algunas dificultades y que por mucho tiempo el modelo de salud-enfermedad contemporáneo lo considero indispensable, por eso es precioso hacer un retorno al pensamiento de Freud, entre los cinco psicoanálisis y la cuidadosa investigación de los medicamentos, hay algo más que un descubrimiento: hay allí la violencia soberana de un retorno, por llamarlo así. Freud volvía y proponía a tomar a la locura al nivel de su lenguaje, y reconstruía uno de los elementos esenciales de una experiencia censurada por el pensamiento positivista, al dialogo que puede tenerse con la sinrazón. “No se trata de psicología lo que se trata en el psicoanálisis, sino precisamente de una experiencia de la sinrazón que la psicología del mundo moderno tuvo por objeto ocultar” [Foucault, 1991, pág. 26].

Muchas personas hoy en día acuden a atención psicológica y desde su primera “consulta” esperan tener un diagnóstico de sí mismos, esperan recibir la misma respuesta que cuando acuden a ver a un médico general, este profesional desde la primera consulta puede emitir un diagnóstico somero y puede proporcionar un tratamiento que pueda resultar un tanto efectivo para el paciente. Aunque la psicología también es parte del área de las ciencias de la salud y busca el bienestar del hombre mental y somáticamente no puede hacer una emisión diagnóstica desde el primer día en que ve a su paciente que sea total y meramente certera, ni tampoco puede “recetar” un tratamiento de primera instancia que pueda ayudarle.

El psicodiagnóstico es una rama de nuestra disciplina, la psicología, debemos admitir que es de gran valor para los diversos fines de la evaluación, medición, promoción y pronosticación psicológica, clínica, laboral, educativa, social, entre otras más, sin embargo, al igual que en el caso de las clasificaciones nosológicas y su gran apoyo por parte de la comitiva psiquiátrica, el

uso excesivo de los test y de las pruebas psicométricas han hecho un gran acto de presencia en nuestros días [Cabrera Macías, et al, 2007] al grado de incluso de que se ha acogido, en muchos casos – no en todos –, la idea de que son la base para la emisión de un diagnóstico clínico, lo que realmente ocurre es que se deja por un lado las cuestiones sociales y biológicas, haciendo de la psicología el ejercicio técnico y no profesional, ¿dónde queda el método clínico, el método científico y el ojo clínico? La conciencia del psicodiagnóstico es vital, no se trata de evaluar como positivo negativo todo el tiempo, sino entender el por qué es positivo y el por qué es negativo el resultado, cuáles han sido los factores sociales internos y externos que han incidido en la problemática, cómo es que se construyó y desde cuándo se construyó el problema, es importante indagar si el daño es meramente social, cognitivo, orgánico o la conjugación de todos los factores.

Entonces, ha de reconocer el verdadero valor e importancia sustancial del psicodiagnóstico, cuya tarea principal es determinar las posibilidades potenciales y perspectivas del desarrollo de la personalidad, en este caso, ayudar a identificar factores potencialmente peligrosos que pudieran afectar al paciente y su bienestar, esto forma parte del juicio diagnóstico, pero no es su totalidad.

“El psicodiagnóstico parte de la identificación de las manifestaciones individuales de lo psíquico, de los conocimientos universales de la psicología sobre la naturaleza y el desarrollo de dichos conocimientos, a la vez que enriquece los saberes básicos mediante el análisis y la generalización de los hechos psicológicos y de los hechos individuales” [Cabrera Macías, et. al. 2007, pág. 4].

El enriquecimiento del conocimiento psicológico debe ser uno de los fundamentos de todo profesional de nuestra disciplina, la investigación parte de la observación, del análisis y de la aportación al crecimiento del jardín del conocimiento, siempre, respetando los principios y valores éticos del ejercicio profesional, aun con todo, el psicodiagnóstico ocupa una posición intermedia entre las disciplinas psicológicas, como tal va a intentar contribuir a la consolidación de conocimientos, competencias, actitudes y valores pertinentes a una importante faceta del profesional, el cual debe ser capaz de dar respuesta a las demandas de la comunidad, a los diversos interrogantes que surgen en el campo de la salud mental, de la clínica, de la educación,

del trabajo, de la justicia y diversos factores y fenómenos sociales que pueda abordar. Crea al mismo tiempo propuestas para la solución de tareas concretas en la investigación, pero en todo momento reconoce que cada paciente es único y diferente, aunque la problemática, sintomatología y algunos factores pudieran parecer iguales.

“El objeto de conocimiento del psicodiagnóstico lo constituye la individualidad de un hombre en su unicidad, sus cualidades psíquicas consideradas como los componentes psíquicos de la regulación de la actividad” [Cabrera Macías, et. al. 2007, pág. 9].

Como tal, este ejercicio de la psicología debe ser ampliamente conocido por todos aquellos que piensen ejercer esta disciplina, deben lograr las metas en su uso, como son el poder lograr un acercamiento al sujeto de investigación, en este caso el paciente, para ello es necesario tener una visión más dinámica y profunda del paciente, se logra comprendiendo e integrando los elementos parciales del paciente y al mismo tiempo describir al paciente en algún aspecto en específico, reconocer inmediatamente el motivo de su consulta, los objetivos a alcanzar y los obstáculos a los que pudiera enfrentarse, es por eso que es vital que se establezca el *rapport* con el paciente desde el primer momento en que tienen una entrevista formal.

Anteriormente se ha dicho que el uso excesivo de las pruebas psicométricas y los test psicológicos pueden opacar el objetivo y función principal del psicodiagnóstico y de la evaluación psíquica, ahora bien, debe reconocerse que estos elementos técnicos son auxiliares de la investigación y examinación del paciente [Cabrera Macías, et. al. 2007], siendo así, en la entrevista inicial se permite obtener de primera mano el motivo de consulta del paciente y la identificación de las problemáticas, cuando se tienen esos dos elementos, puede realizarse la planificación de la evaluación, es decir, de los elementos auxiliares que van a utilizarse, es muy importante tener claros tanto el motivo de consulta como la problemática principal ya existen distintas evaluaciones y la elección corresponde, en primer término, el área a evaluar, es decir, debe realizarse de acuerdo con lo que se necesita saber del paciente, no debe tenerse una “batería estandarizada” de pruebas que deban aplicarse a todo paciente, ya que otro factor clave es la edad del paciente y el tiempo del que se dispone para desarrollar el proceso de evaluación y exploración para la emisión del psicodiagnóstico.

Cuando se aplica la técnica seleccionada debe tenerse siempre presente que es una técnica, no es el ejercicio como tal del psicodiagnóstico, debemos entender, al igual que en el modelo sistémico y en el modelo psicodinámico, que es lo que construye la problemática, cómo es que el paciente pudo llegar hasta ese punto, previamente, se tiene una visión panorámica y esbozada del entorno familiar, dinámico y de su percepción y nivel educativo y social, también la etapa del desarrollo en la que el paciente acude a la atención psicológica, todo esos factores son clave en la emisión de un diagnóstico, de hecho, es lo que nos generará los “lentes” para poder observar el motivo de consulta, mismo que nos ayudará a identificar la principal problemática del paciente.

“El psicodiagnóstico ha acompañado al hombre a través de su historia, permitiendo tomar decisiones, incluyendo la selección y la clasificación de los individuos, la valoración de los métodos pedagógicos y terapéuticos y la aceptación y/o rechazo de hipótesis científicas [...] revisar, estudiar y conocer la literatura del psicodiagnóstico ayuda a comprender que aún queda mucho por andar y profundizar en el estudio de las diferentes teorías que lo sustentan, lo que permitirá entender claramente sus bases epistemológicas” [Cabrera Macías, et. al. 2007, págs. 14-15].

La evaluación psiquiátrica es, entonces, un ejercicio complejo, ya que hay también diversos factores inespecíficos que van a incidir directamente en la emisión del diagnóstico, ahora bien, ésta compleja forma de trabajo debe ir más allá de cualquier propuesta clasificatoria en base a la sintomatología del paciente [Gabriel Duero, 2016], puede verse entonces que hay una gran dificultad para poder emitir un diagnóstico adecuado siguiendo únicamente criterios operacionales como los propuestos por los manuales de clasificación nosológicos, el papel que tiene en el proceso la propia experiencia del profesional de la salud mental parece que es un factor ineludible en este complejo proceso de evaluación y estudio del paciente.

Siguiendo esta misma línea, es decir, esforzándonos por tener una visión biopsicosocial del paciente, llama la atención el gran impacto que tienen en la emisión del diagnóstico psiquiátrico las características culturales no del paciente, sino del clínico y el paciente juntas [Loo & Rappaport, 1998; Nguyen, Arganza, Huang, & Liao, 2007; Skiba, Knesting & Bush, 2002; Wiasz & McCarty, 1999 citados en Gabriel Duero, 2016].

“El conocimiento que el experto posea de los aspectos idiosincrásicos del paciente y su cultura, podrían resultar elementos clave para explorar y entender las conductas de este. Una evaluación global de la persona sustentada en el juicio del propio clínico parece resultar, en este sentido, insustituible” [Gabriel Duero, 2016, pág. 18].

Este es un punto que merece atención especial, es cierto que hay muchos profesionales que se basan mucho en los estudios normalizados y estandarizados de las pruebas psicométricas y los manuales de consulta de enfermedades mentales como el DSM y la CIE, aún con todo, parece que la mayoría ha dejado de lado que éstos han sustraído las consideraciones del juicio clínico en sus limitaciones, debe dársele crédito también a la gran experiencia y pericia clínica de los psicólogos y psiquiatras, es necesario entonces, que en estrecha colaboración con lo ya publicado, la experiencia del profesional, los manuales existentes y las técnicas de exploración del paciente, sea igual de importante que se comprenda el entorno y (dicho a palabras de muchos pacientes) el mundo del paciente, es decir, el mundo del “enfermo mental”.

Retomando el punto de las herramientas y técnicas de la evaluación, los estándares de normalidad a los que han sido sometidos no describen propiedades universales de la especie humana, sino se centran en las normas culturales y sistemas de creencias que regulan los comportamientos y establecen los papeles que esperan cada persona cumpla, son en realidad, juicios de adecuación, de racionalidad y de proporcionalidad que se hallan de manera casi imperceptible “escritos” en cada una de las personas de una sociedad que forman una cultura, por ende, es necesario que se haga una evaluación más completa, una que sea inclusiva y pueda abarcar todos aquellos marcos interpretativos y de la personalidad del paciente a nivel individual.

Es por eso, y a manera de introducción, estaríamos entrando en el campo de la psicología social, en este caso, bajo el rubro de la vida cotidiana, dentro de ese margen y esquema, existe como tal la enfermedad, existe el paciente y existe el espacio en el que vive y se desarrolla, están escritos sus respectivos roles y funciones que su sociedad espera que él/ella cumpla, en nuestra vida diaria comprendemos los acontecimientos de la una persona cuando queremos insertarlos en aspectos y roles específicos que deseamos que éste cumpla, damos por hecho que existe un esquema de racionalidad compartido que nos lleva a creer que nuestros

semejantes en la sociedad harán y verán las cosas de una manera en la que nosotros lo hacemos, cuando alguien no entra en esa “normalidad” entonces comenzamos a tener falsas idealizaciones de la normalidad y de la sociedad, comenzamos a ejercer el juicio de valor sobre los demás, esperamos que ellos se “reincorporen” a la sociedad, o mejor dicho, a la “normalidad”, ¿es en realidad ese el “dictamen” correcto?

Otto Dörr (2002) [citado por Gabriel Duero, 2016, pág. 28] menciona que existe una “comunidad primordial” que establece el encuentro del profesional de la salud con el paciente, pero que en dicho encuentro hay una ausencia de concordancia en las emanaciones entre ambos, algo que en muchas ocasiones llega a impregnarse demasiado en el psiquiatra/psicólogo y que finalmente influye notoriamente en su emisión del diagnóstico.

“Un sano juicio de realidad, nos dice, requiere una especial forma de movilidad. Supone ser capaz de colocarse en la perspectiva del otro y tratar de ver la realidad con sus ojos. Ponerse en la perspectiva del otro significa necesariamente tomar distancia con respecto al propio punto de vista” [Gabriel Duero, 2016, págs. 19-20].

Aun con todo, el trabajo clínico de la psicología en estrecha colaboración con el trabajo psiquiátrico no ha podido desprenderse de esta clase de sesgos en la evaluación y emisión de diagnósticos, toda forma de valoración de la salud mental contiene componentes que lo definen y le dan un marco referencial de lo que puede ser comprensible o de lo que es intolerablemente comprensible, racional o irracional, compulsivo o elegido, basados, claramente, en la vida cotidiana, en la sociedad, es decir, en los códigos ya establecidos de lo correcto e incorrecto, lo moral e inmoral, lo “bueno” y lo “malo”, lo que por décadas ha sido aceptado y que difícilmente puede cambiarse e imponer lo contrario.

Todo lo anterior hace posible pensar en el paciente como algo que es posible medir, clasificar y encasillar, tanto a él como persona, como sus llamadas conductas “anormales”, es tan fuerte el sesgo y el estigma que una sociedad puede crear en las conductas “anormales” y “fuera de lo común” que incluso los propios significados que las personas le asignan a sus signos y síntomas (al grado ya de llamarlos “trastornos”) forman la base, al momento de ser evaluadas y exploradas, de que ellas mismas se “condenen” y piensen que ya no están al margen de la

sociedad en la que viven, y esta auto juicio, es más grande, poderoso y destructivo que cualquier sistema formal de diagnóstico de salud mental.

Aún con todo, y dicho desde el punto de vista de la investigación, el diagnóstico es un proceso de construcción del conocimiento acerca de algo sobre lo que se va a intervenir, actuar, medir o incluso mismo evaluar, tiene la función de orientar, ayudar o brindar un tratamiento o mejoría sobre la problemática personal y social en la que está actuando, es necesario un conocimiento de las manifestaciones externas con su sintomatología respectiva del objeto de estudio, siendo capaz de medir el grado de daño y las opciones disponibles para su mejoría [Arias Beatón, 2014].

“Un diagnóstico y una intervención encaminada a resolver el problema que se presenta, no se puede limitar a la enumeración de los síntomas que serían lo descriptivo y lo más superficial, sino que debe descubrir las causas que lo producen, o sea, elaborar las posibles explicaciones del porqué de estos síntomas. Una verdadera y efectiva intervención debe estar encaminada a eliminar las causas y no solo sus manifestaciones externas y, además, porque un verdadero conocimiento implica tanto lo descriptivo, como lo explicativo” [Arias Beatón, 2014, pág. 29].

Puede decirse entonces, que el diagnóstico debe tener una estrecha relación con el tipo de acción a tomar en el paciente, no debe tener el objetivo de etiquetarlo o de crearle un “status” de “salud mental” y de poder ejercer sobre los demás, más bien, debe ser una conjugación entre lo descriptivo y lo somático para dar el resultado de la psique, debe ser capaz de operar al nivel explicativo. La gran polémica permea todavía sobre nuestros días, el problema conceptual está generalmente determinado acerca del papel de las condiciones biológicas y sociales-culturales en el desarrollo de la subjetividad humana.

Sería bueno retomar el punto de vista de Binet al respecto, este gran aportador al psicodiagnóstico menciona que no puede concebirse al diagnóstico como el resultado que se obtiene de un test o de una prueba psicométrica, más bien, es necesario utilizar métodos como el pedagógico, el médico y el psicológico para llegar a conocer lo más amplia y profundamente

las características del paciente que nos permitirán construir o llegar a un diagnóstico determinado [González de Rivera, 1998].

“Significativamente, los criterios de que los procesos patológicos no están determinados sólo biológicamente, sino que lo social y lo cultural juegan un papel desencadenante, mediatizador y determinante en el surgimiento de estos procesos, ha ido estructurando un camino semejante al que se observa en el diagnóstico del desarrollo. Lo biológico parece ser una condición necesaria pero no suficiente y es precisamente en lo social y lo cultural lo que viene a constituirse también en necesario y, sobre todo, suficiente” [Arias Beatón, 2014, pág. 27].

Nuevamente, tenemos la expresión de lo necesario que es tener en cuenta los aspectos sociales y culturales antes de poder emitir un diagnóstico, la concepción histórico-cultural toma en cuenta el valor de lo biológico, pero solo como condición necesaria, donde se explican los mecanismos fisiológicos básicos que permiten que la psique se vaya construyendo a partir de los procesos interpersonales y de la apropiación de la cultura a través de la acción de los otros y del propio paciente. Comenzamos a hablar entonces de las relaciones interpersonales y de la psicodinamia, es el producto de esos procesos que se va convirtiendo lo estudiando en estructuras psicológicas personales como los procesos perceptuales, la expresión a través del lenguaje, el pensamiento razonado, la inteligencia cristalizada y fluida, la conciencia, la autoconciencia y como tal, la estructura interna de la personalidad, entre otras estructuras “estudiables” de una persona, que un test o una prueba no pueden abarcar por completo ni ahondar lo tan necesario como lo es el método clínico y científico en acción.

Teniendo presente la concepción biopsicosocial, podemos decir, que lo creíblemente psicológico, lo que es interno del paciente, primero fue algo exterior, lo realizó en la actividad y la comunicación e interacción humana, de manera interpersonal y se fue interiorizando a través de los procesos de apropiación y confirmando las estructuras internas de su personalidad hasta que se logró una autonomía del medio, llegando a ser ellas mismas, el propio paciente consciente de lo que ocurre y significa ese tipo de funcionamiento, llegando a utilizarlo de manera cotidiana en su dinámica de interacción.

Aquí lo importante sería que se hiciera una distinción entre el trabajo del psiquiatra (finalmente al día de hoy un médico) y del psicólogo (clínico a partir de este punto), las quejas somáticas son totalmente problemas orgánicos, pero la psique no es totalmente somática ni totalmente social, es la combinación de las tres, por ende, antes de emitir un diagnóstico total, ambos profesionistas deberían de compartir sus observaciones y sus encuentros y desencuentros en el análisis del paciente, ya que pueden ahora enfrentarse a una problemática de la cual no se ha abordado: el sesgo de terceras personas en el diagnóstico directamente vinculadas al paciente o de las forma parte como “personal” de labores.

CAPÍTULO III. MODELO DOMINANTE QUE ABORDA LAS INTERVENCIONES DE LA ENFERMEDAD MENTAL DEL SIGLO XXI

“El ser humano nace y se hace en un contexto social que le precede. Analiza su condición de sujeto en ese tiempo mítico denominado Edipo y consolida su singular condición en la interacción social. Su mundo subjetivo procede de la interiorización y asunción de normas y valores de los grupos sociales con los que se relaciona, especialmente de la familia. Es obvio que existe, pues, una estrecha relación entre las pautas culturales de conducta y el desarrollo de la personalidad. Igualmente existe, sin duda, una influencia relevante de la cultura en la génesis, curso, pronóstico, prevención y tratamiento de determinadas enfermedades mentales” [Potestad Menendez, et al, 2003, pág. 95]

3.1. El modelo de salud-enfermedad moderno ante el concepto de locura

Durante las décadas de 1980 y 1990 tanto la psiquiatría como la psicología se han consolidado como ciencias concretas y de indispensable argumento para el buen ejercicio y desarrollo de las sociedades, se han convertido en especialidades clínicas. La elaboración de una epistemología psicopatológica que sirva de soporte a la hora de comprender de forma bio-psico-social los trastornos del comportamiento humano siguen siendo un problema histórico sin una respuesta sólida y satisfactoria para las partes involucradas.

Es común que hoy en día se siga trabajando en algunos lugares únicamente con los catálogos de síntomas, los cuales no puede negarse que son útiles para la emisión de un diagnóstico clínico y para el entendimiento dentro del lenguaje de la psicología y la psiquiatría.

“La discusión, aún no resulta del todo, acerca del ámbito científico de la psiquiatría y la psicología clínica ha dado lugar a numerosos paradigmas y tendencias escolásticas que han especulado a lo largo del siglo pasado sobre la naturaleza de los trastornos mentales y de su posible clasificación. No cabe duda que esta dispersión ha dificultado la comunicación y entendimiento entre profesionales. De aquí la aparición de clasificaciones internacionalmente ateóricas, esto es, sin ninguna fundamentación psicopatológica” [Potestad Menendez, et al, 2003, pág. 53].

Compartiendo el punto de vista citado, hoy en día, el ejercicio de la psicología clínica y de la psiquiatría tiene una orientación de trastornos mentales que están basados en una semiología clínica de un universo muy restringido la cual solo se enfoca en describir los signos y síntomas, sustentando dicha praxis en simples criterios estadísticos, es decir, son agrupaciones sintomáticas delimitadas por consenso mediante una serie de criterios de inclusión y exclusión en categorías fijadas arbitrariamente y queriendo que sean útiles de forma universal. En la mayoría de los casos están basadas en criterios estadísticos, es decir, no son otra cosa que agrupaciones sintomáticas delimitadas por consenso.

Ahora bien, no pueden condenarse en automático los manuales DSM y CIE del día de hoy, nadie puede, ni debe incluso, negar la utilidad que en algunos casos presenta, sin embargo, es muy importante reconocer donde es *lugar* que debe ocupar en la vida de los profesionales de la salud mental, ya que su principal y verídico uso es que permite lograr una buena comunicación entre clínicos, incrementar la fiabilidad diagnóstica y, por tanto, prescribir un proceso apropiado dentro del lenguaje de los profesionales, ayuda a establecer factores pronósticos y posibilita la investigación.

“[...] tampoco podemos soslayar que el diagnóstico continúa basándose en la observación de la conducta del paciente, a la que reputamos de anómala y la incluimos en entidades supuestamente naturales, pero que no dejan de ser meras convenciones entre profesionales” [Potestad Menendez, et al, 2003, pág. 55].

Esto ha orillado a que hoy en día, el concepto de locura se lleve por un camino “nuevo”, en el que solo se centre en encasillar los signos, síntomas y las problemáticas que el paciente refiere por boca propia o por los resultados obtenidos en *test* psicológicos, dejando al margen (y en ocasiones fuera de) las perspectivas sociales. Si despreciamos el ámbito de lo subjetivo y la influencia de lo social, será difícil comprender plenamente el dolor psíquico. No es posible una descripción ateórica de los fenómenos psicopatológicos realizada a partir de la pura observación, pues estos fenómenos se dan junto con determinadas vivencias subjetivas cargadas de significados e intenciones, que no pueden ser entendidas sin conjugar la conducta y la vivencia como una unidad inseparable, que necesita ser interpretada desde los postulados

de una construcción teórica desde la biología, la psicología y los procesos psicosociales y culturales.

La clínica y el saber teórico sobre el ser humano como persona

“En opinión de los escritores del corpus hipocrático, la clínica se une al saber teórico sobre el ser humano y el mundo en el que vive; más aún, consideran que no es posible saber medicina sin saber que es el hombre” [Potestad Menendez, et al, 2003, pág. 57].

El trabajo de Platón mencionado en el capítulo uno deja ver una verdad irrefutable dentro de las ciencias del estudio de la salud y enfermedad mental, ya que en dichos trabajos nunca se desligó la parte del todo, fueron retomados a lo largo de la historia de la psiquiatría por numerosos y relevantes autores que aportaron las bases de los conocimientos teóricos de la práctica de la psiquiatría y que han sido retomados ahora en los postulados epistemológicos de la psicología, pero, ante la aparición y desarrollo de los trabajos de Pinel, Esquirol, Griessinger o Krestchmer, fueron dejados poco a poco al margen.

Durante los últimos años, y con la CIE-11 y el DSM-V, el discurso psiquiátrico se aleja cada vez más de una actividad clínica que eleva sus reflexiones a cuerpo teórico desde la psicopatología. Aunque intuimos que los textos de dichos manuales poco aportan acerca de lo que de verdad son algunas enfermedades como la esquizofrenia o los trastornos afectivos, la práctica clínica parece subyugada por el contenido concreto y práctico de dichos textos. Tan es así, que dicha forma de trabajo ha llevado a que las nuevas generaciones de clínicos lleguen a perder el interés por la investigación de la estructura íntima de los cuadros psiquiátricos. Hoy en día, psiquiatras y psicólogos se interesan de una manera pobre por el estudio de la evolución de conceptos como neurosis, esquizofrenia o psicosis maniaco-depresiva, centrándose solo en clasificar signos y síntomas (en el mejor de los casos) o llegando al punto de verlas como lejanías de la realidad clínica.

“No cabe duda de que hemos optado por el camino más corto para acceder al conocimiento, que permite, sin duda, una rápida inserción en la práctica, pero tampoco nos cabe duda de que este camino es el más pobre desde el punto de vista intelectual.

El peligro de este excesivo pragmatismo es que hagamos un ejercicio reduccionista de la condición humana, teniendo en cuenta que pensamos que es una obligación ética y científica el hecho de abordar de una forma integral el fenómeno de la enfermedad mental” [Potestad Menendez, et al, 2003, pág. 60].

El progreso que han tenido los trabajos psiquiátricos y los trabajos psicológicos en las últimas décadas ha sido notable, quizá el punto que mejor defina las ciencias de la salud mental hoy en día sea su característica holística, su aproximación a la totalidad de las cuestiones que suscita el estudio de la conducta humana, lo que hace que tenga una clara diferencia de la dispersión escolástica que tuvo la psicología durante los años 1900's, esta característica holística alcanza su cúspide en lo que hoy en día se ha llamado *Salud Mental Comunitaria*, la cual tiene una marcada diferencia con la psiquiatría.

La psiquiatría y la psicología del siglo XXI tienen ante sí un enorme kit de trabajo terapéutico, que, de saber utilizarse de manera exacta, proporciona un camino maravilloso para la emisión de diagnósticos, dicho kit está integrado por las ciencias de la farmacología, los procesos psicosociales y culturales, las pruebas y evidencias científicas de investigación de la conducta, la neurobiología y las neurociencias (los cuales constituirían los aspectos biológicos).

Los procesos bio-psico-sociales en el ejercicio de las ciencias de la salud mental

No es posible construir a la psiquiatría ni a la psicología con meros conocimientos somáticos, el modelo de salud mental ha de ser obviamente desde las perspectivas biológicas, psicológicas y sociales. En este sentido, las contribuciones de los aspectos biológicos determinarán la eficacia de un tratamiento en la existencia de factores orgánicos, cuando existe un daño orgánico en un paciente los caminos a tratar son diferentes a cuando no existen, la participación transdisciplinaria de los profesionales contribuirán al bienestar del paciente en cuestión.

Durante los años anteriores a 1990, han existido numerosas aportaciones por parte del modelo psicológico, con el objetivo de construir una psicopatología que permita explicar las enfermedades mentales, tomando como objeto científico no la conducta, sino el sujeto enfermo como persona y con sus diversas influencias sociales y culturales que contribuyeron a su

crianza. Llegando a considerarse lo psíquico como un hecho empírico y como tal “codificable” para ser descrito. Lo psíquico entonces es la vivencia que el paciente experimenta y ésta sólo puede ser analizada en la forma en que existe, pero, en dicho intento descriptivo de la fenomenología quedó desacreditada por la imposibilidad de objetivar la vivencia. La vivencia es claramente y evidentemente distorsionada por la propia subjetividad del observador, por lo que se entra de lleno en el campo de las especulaciones e interpretaciones.

Sigmund Freud [1908] contribuyó a la psicopatología con una aportación netamente psicológica, el psicoanálisis, hasta el momento es una teórica en donde se considera al sujeto de forma coherente y con suficiente valor heurístico y se le considera capaz de explicar todas las vivencias y conductas que ha tenido o posee en el momento de la intervención, sean normales o alteradas.

“El psicoanálisis permite esclarecer las motivaciones e intencionalidades inconscientes del comportamiento humano, que entran en conflicto con el ámbito de la conciencia, generando supuestamente los síntomas. Su axiomática es quizá excesiva y sus resultados difícilmente verificables, aunque la vasta experiencia de muchos profesionales es positiva [Potestad Menendez, et al, 2003, pág. 50].

Las aportaciones de Freud parecen tener postulados alejados de la realidad, pero, alguno de los desarrollos ulteriores, en particular el lacaniano, han dado una mayor racionalidad a la teórica psicoanalítica. La aplicación de los postulados de la psicología dinámica a la clínica psiquiátrica y psicológica han dado como resultado el nacimiento de numerosos tipos de psicoterapias como el psicoanálisis grupal, la psicoterapia focalizada o el propio psicodrama.

El conductismo clásico ha contribuido con importantes conocimientos acerca de los mecanismos del aprendizaje y ha aportado técnicas de modificación de conducta, que se han revelado muy eficaces en el tratamiento de ciertos problemas, como son algunos trastornos de ansiedad o trastornos alimenticios [Álvaro Estramiana, 2003] El conductismo clásico, dadas sus limitaciones, sufrió numerosas modificaciones importantes, llegando al modelo actual, el llamado “cognitivismo-conductual”. La psicología cognitiva está actualmente en proceso de expansión y no es de extrañar que esté llamada a ser la psicología del siglo, ha demostrado ser

efectivo en el tratamiento de numerosas enfermedades mentales como los trastornos obsesivos, las fobias, la depresión e incluso, en algunos casos, la depresión e incluso la esquizofrenia y el trastorno bipolar I y II [Álvaro Estramiana, 2003].

“Si despreciamos el ámbito de lo subjetivo nunca lograremos comprender plenamente el enfermar psíquico. No es posible una descripción de los trastornos mentales efectuada a partir de la pura observación de la conducta del enfermo, soslayando el elemento fundamental del enfermar que no es otro que el sujeto mismo con sus motivaciones, intencionalidades y sus opacos móviles inconscientes, operantes en grado sumo. *Todo lo profundo necesita una máscara*, dijo Nietzsche” [Potestad Menendez, et al, 2003, pág. 51].

Siendo así, el modelo de salud enfermedad debe de tener una visión totalizadora, que incluya de forma indispensable al paciente como un sujeto pensante, que tiene el suficiente valor heurístico para ser capaz de explicar de forma coherente todas las vivencias y comportamientos, ya sean normales o alterados, de su propia existencia, de la forma en que se percibe y percibe su entorno. Todo conocimiento científico que se plantee desentrañar lo profundo del enfermar psicopatológico debe ahondar en la experiencia subjetiva en lo que se revelan los verdaderos móviles de toda actuación del hombre y donde ahora la sintomatología adquiera un verdadero significado biográfico para el análisis y la emisión de un diagnóstico y como consecuencia, de un tratamiento.

Un principio clave es considerar siempre al paciente como un ser humano, y que no puede ser reducido a un comportamiento que se observa, a una mera conducta, si caso, susceptible de ser técnicamente modificada, lo que inevitablemente le convierte en prisionero de la coseidad, es decir, cuando ya se pierde la noción de Ser. El paciente debe manifestarse, revelar su profundidad, exteriorizar su interioridad, objetivarse y darse a conocer, también debe encontrar una existencia carnal, activa y consciente en su enfermar, debe retornar hacia sí mismo, debe superar la alineación que representa su impuesta identificación con el síntoma que manifiesta.

Ahora bien, el trabajo del terapeuta y/o del profesional de la salud mental, reside en entender al sujeto como un ser entendido como un yo subjetivo e individual, con conciencia de sí mismo. El sujeto es proyecto, es aquello a lo que se dedica. Carece de uniformidad y de unidad, pues a lo largo de su experiencia personal vital son muchos y diferentes los sujetos que se dan en un individuo, por ende, el paciente (y el humano en global) no es igual a sí mismo de forma psíquica ni físicamente, desde la perspectiva psicoanalítica, es una sucesión de yoes desperdigados. El sujeto como tal no nace, se hace, se construye a partir de las experiencias adquiridas y las perspectivas de su entorno y desde su entorno.

“El ser humano nace y se hace en un contexto social que le precede. Analiza su condición de sujeto en ese tiempo mítico denominado Edipo y consolida su singular condición en la interacción social. Su mundo subjetivo procede de la interiorización y asunción de normas y valores de los grupos sociales con los que se relaciona, especialmente de la familia. Es obvio que existe, pues, una estrecha relación entre las pautas culturales de conducta y el desarrollo de la personalidad. Igualmente existe, sin duda, una influencia relevante de la cultura en la génesis, curso, pronóstico, prevención y tratamiento de determinadas enfermedades mentales” [Potestad Menendez, et al, 2003, pág. 44].

Con base en lo arriba citado, puede entenderse lo que la psicología clínica ha encontrado en las alteraciones mentales, que, en conjunto, son más frecuentes en las clases sociales bajas que en las acomodadas. La incidencia de las psicosis es mayor en las clases bajas, mientras que las anteriormente denominadas neurosis se dan con más frecuencia en las clases más acomodadas. Las personas que enfrentan una separación o un divorcio enferman con más frecuencia que las personas que tienen una relación amorosa estable o están casadas, todo esto demuestra el relativismo de los datos biológicos y psicológicos que inciden en la salud mental de las personas. Las aportaciones de las ciencias sociales y los procesos psicosociales y culturales ponen en cuestión los modelos biológicos o clasificadorios conductistas que han abordado los problemas de salud mental desde una perspectiva única.

3.2. La Organización Mundial de la Salud ante la semántica de la locura

Desde sus más tempranos inicios, la Organización Mundial de la Salud siempre ha tenido una sección dedicada especialmente a la atención de la salud mental, dicha clasificación ha sido hecha de manera similar y de la mano con el concepto de salud mental física, la Constitución de la OMS establece que la “salud es un estado de bienestar completo físico, mental y social, y no meramente la ausencia de afecciones o enfermedad” [Bertolote, 2008] visto desde la perspectiva bio-psico-social, se trata de una definición ampliamente valorada hoy en día. Esta clasificación es claramente de tipo holística, destinada a superar las antiguas dicotomías del cuerpo frente a la mente y de lo físico frente a los grandes enigmas de lo psíquico. Puede incluso decirse que es una clasificación/clasificación pragmática, en la medida en que incorpora lo somático a una dimensión pura y netamente social.

“Cabe destacar que mental, en la definición de salud de la OMS (así como físico y social) se refiere a dimensiones de un estado y no a un dominio o disciplina específicos. En consecuencia, conforme a este concepto, resulta incongruente hablar de salud física, salud mental o salud social” [Bertolote, 2008, pág. 89] Siguiendo esa lógica, si quisiera hablarse de conceptos meramente mentales, tendría que sustituirse la palabra “salud” por “bienestar”, es decir, usar expresiones “bienestar mental/social”, resultando entonces en un uso desconsiderado del concepto “salud”.

La OMS reconoce en 1950 un concepto de salud mental, mismo que derivó de varios movimientos previos en Estados Unidos de América, como el de higiene mental de 1908, también, en el escenario se encontraban varios sucesos previos a dicha concepción, como son las dos guerras mundiales y los cambios políticos y sociales que se desencadenaron de los mismos, por ende, la acuñación del concepto de salud mental de 1950 (el cual continúa vigente) respondió a intereses políticos y sociales de la propia Organización de las Naciones Unidas (ONU), en particular, al interés por preservar la paz y que la humanidad no entrara nuevamente en una guerra mundial, por lo que se hacía deseable la armonía entre los hombres (la paz y la solidaridad), la armonía consigo mismo (bienestar y felicidad) y una relación constructiva con su entorno “social” [Lopera, 2015].

Dichos elementos son los que fomentan la “concepción” de la definición de salud mental por parte de la OMS, su definición entonces, no deriva de un desarrollo intracientífico, sino de algunas condiciones particulares que orillaron a la “necesidad” de crearlo de manera formal. Los principales instrumentos de las políticas públicas de la OMS en salud también son ambiguos en cuanto a qué concepto de salud mental se adopta: una gran mayoría no explicita ninguna definición, otros, asumen lo que la OMS ha “aportado”. [Granada, 2004].

Puede decirse que tampoco existe una reflexión sobre el origen del concepto de salud mental, de su carácter ideológico y de su correspondencia con unos intereses que, aunque loables, no necesariamente pueden apuntar o señalar a lo que es en sí la salud en sentido positivo, es decir, no señala lo que es capaz de hacer, lo que abarca y lo que deja como guía para el adelantamiento del conocimiento científico y, por ende, del bienestar del propio ser humano.

“En parte es comprensible esta ausencia de definición y de reflexión sobre el término, puesto que, desde las políticas públicas que busca, explícitamente, desarrollar un marco de actuación (legal, científico, epidemiológico, emancipatorio) para que se pueda atender la salud mental de los colectivos, y no de una disertación sobre lo que ella es. Sin embargo, cualquier recomendación en materia de salud mental [...], presupone una concepción de salud mental, se la declare o no. Sin una definición de salud mental, así sea provisional, las políticas, programas, estrategias y acciones implementadas para el logro de la salud mental, marchan erráticas, o centradas exclusivamente, quiérase o no, en los trastornos mentales” [Lopera, 2015, pág. 15].

Ahora bien, puede decirse también que, las herramientas de trabajo de dicho concepto de la OMS como son las formulaciones, recomendaciones y políticas en el campo de la salud mental están centradas en los determinantes sociales en materia de salud y en el enfoque de los derechos humanos que todos gozan y deben ser guiados por. Aun con todo, se toma a la salud como ausencia de enfermedad, así los propios pacientes, grupos o personas lleguen a expresar lo contrario. Es muy común que se proponga hablar de salud mental y al mismo tiempo se traiga a colación los trastornos, síndromes, enfermedades y padecimientos mentales, su

prevalencia, modos de intervención según la ciencia y las patologías envueltas en cada uno de éstos.

Uno de los encuentros que ha tenido la OMS en lo relacionado con el amplio campo de la salud mental ha sido su concepción de promoción de la salud, en dicha visualización, se posibilita pensar de manera diferente una promoción de la propia salud mental, la cual estaría centrada en los indicadores de salud propiamente dichos y no en las enfermedades que implica, ayuda entonces, a concebir la salud como una experiencia que no necesariamente implica la ausencia de alguna dolencia psíquica, puesto que se puede estar saludable aún en el caso de padecer un problema o patología mental.

“El énfasis en los trastornos mentales, en el enfoque de derechos y en los determinantes sociales en la salud, si bien es importante, da poca cabida a la participación activa de las comunidades en la construcción de su propia salud mental. Se observa que en los diferentes documentos oficiales de la OMS no se destaca suficientemente el papel de los actores sociales y se asume un carácter prescriptor, centrado en recomendaciones, programas, políticas y planes de acción. Se puede hacer una relación con el modelo tradicional de riesgo en el que, desde el conocimiento científico sobre los agentes nocivos para la salud, se recomienda a las comunidades el ejercicio de ciertos hábitos para garantizar su salud (no fumar, hacer ejercicio, evitar el sedentarismo, buena alimentación, adoptar un estilo de vida saludable, etc.) si bien la perspectiva de los determinantes sociales se propone a menudo como diferente (y opuesta) al modelo tradicional de riesgo, podría terminar coincidiendo con ese modelo, en cuanto al sujeto (individual, grupal o colectivo) está en la posición pasiva de recibir un saber especializado, que debe asumir” [Lopera, 2015, págs. 26-27].

Se comienza a pisar entonces en los campos de lo social, ahora, el individuo o paciente, una vez más, queda sujeto al saber de los llamados expertos, de aquellos que manejan el “poder del diagnóstico”, los llamados profesionales de la salud mental, el objetivo no es criticar el saber y arduo y reconocido trabajo de todos ellos, sino más bien, señalar la ausencia llamativa de la voz y de la subjetividad de las personas que son objeto de esas medidas, con el consecuente

problema de que se deja de lado la capacidad de la autodeterminación de la persona y de la separación necesaria entre ello y el ejercicio del campo de salud-enfermedad.

Siendo así, se señala que no se da la debida importancia a los procesos discursivos y el dialogo con la comunidad, la relevancia de escuchar y analizar las alternativas con aquellos que están directamente involucrados o afectados, en su lugar, es común que se sustituya con soluciones previamente “estudiadas” y analizadas por expertos en salud mental.

“La Salud Pública Alternativa manifiesta su compromiso de impulsar la estructuración de prácticas saludables con la participación de los distintos actores sin dejar de lado el estudio del sistema en cuanto a normas y recursos que apoyan o perturban el desarrollo de acciones saludables. Es por esto que habíamos dicho que la labor del salubrista se centra alrededor de la interpretación de las acciones vitales que generan salud y al mismo tiempo la mediación promotora de normas y recursos que factibilizan dicha labor, pero en ningún momento creemos que es conveniente solamente centrarse alrededor de las funciones estatales” [Granada, 2004, pág. 19].

En su *Informe Sobre Salud en el Mundo de 2008* la OMS comienza a considerar y a centrar su atención en las personas como sujetos completos: “Dar prioridad a las personas, que es el objetivo primordial de las reformas de la prestación de servicios, no es un principio trivial pues puede requerir desviaciones importantes – aunque a menudo sencillas – de la forma habitual de trabajar” [OMS, 2008]. Estas desviaciones en la forma habitual de trabajar tienen su objetivo en la importancia concedida a la empatía como una respuesta a la demanda de la sociedad por un trato más digno a los pacientes, sobre todo, los pacientes de enfermedades mentales, haciendo que el esquema de salud-enfermedad del siglo XXI tuviera que ajustarse, ahora, a tener siempre en cuenta el punto de vista del paciente en torno a lo que se les aqueja y lo que le aqueja.

Entra en juego un encuentro con dicho esquema, simplemente preguntando a los pacientes cómo es que sobrellevan la enfermedad que los aqueja, cómo afecta sus vidas, sin limitarse solo a la dolencia, se produce un aumento significativo en la confianza, o como llaman en la entrevista clínica psicológica: rapport. Ocurriendo esto, permite que el paciente y el proveedor

de los servicios de salud mental hallen un terreno común para el tratamiento clínico y al mismo tiempo se facilita la integración de la prevención y la promoción de la salud en la respuesta de la necesidad terapéutica. Funcionando esto, la centralidad de la persona se convierte en el método clínico más efectivo para la atención, mejorando la calidad de la atención, del tratamiento, la eficacia y la calidad de vida de aquellos que reciben atención psiquiátrica y psicológica [OMS, 2008]

“La posibilidad de que el sujeto sea consciente de sus propias capacidades, pueda afrontar las tensiones emocionales de su vida y trabajar de forma productiva y fructífera, esto es, que goce de salud mental, está en directa relación con el hecho de que sea agente activo de su propia salud, que pueda expresarse y ser reconocido como un actor que, desde ese “método clínico de democracia participativa” procede en compañía del personal de salud (psiquiatría, psicólogo u otros), en concordancia con las políticas públicas y, en lo posible, como un actor que influye en la elaboración de estas últimas” [Lopera, 2015, pág. 22].

Conjugando los argumentos presentados, la definición oficial de salud mental que comparte y aporta la OMS contrasta con la vaguedad que se puede encontrar en muchos de los documentos publicados posteriormente a 1950, y es extraño que esa definición se mantenga al día de hoy de manera general, aunque los diferentes documentos de la propia OMS parecieran no aceptar del todo esa misma definición, algunos presentan aceptaciones vagas o imprecisas, otros simplemente no la definen, con lo que se tiene la impresión de que, por temor a caer en un monopolio conceptual, en una verdad universal y al mismo tiempo sea algo ahistórico, se va al extremo contrario, al del relativismo culturalista, en el que cada cultura, época, sociedad, grupo e incluso, cada individuo tiene su propio concepto de salud mental.

“En las distintas culturas, los estudiosos han definido de formas diversas la salud mental, concepto que abarca, entre otros aspectos, el bienestar subjetivo, la percepción de la propia eficacia, la autonomía, la competencia, la dependencia intergeneracional y la autorrealización de las capacidades intelectuales y emocionales. Desde una perspectiva transcultural es casi imposible llegar a una definición exhaustiva de la salud mental. Se admite, no obstante, que el concepto de salud mental es más amplio que la

ausencia de trastornos mentales. Los conocimientos sobre la salud mental y, en términos más generales, sobre el funcionamiento de la mente son importantes, porque proporcionan el fundamento necesario para comprender mejor el desarrollo de los trastornos mentales y del comportamiento” [OMS, 2001, pág. 120].

Como parte de ese trabajo de conceptualización de la salud mental, se han trabajado en varios modelos a lo largo de la historia, entre los que resaltan la CIE y el DSM. La Organización Mundial de la Salud se encuentra muy inmersa en los trabajos y adelantos que han aportado la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), la cual es bastante común en Europa, y el Manual Diagnóstico de Enfermedades Mentales (DSM) en América. El avance hacia una mejora de la salud en el mundo necesita de cooperación internacional en materias como establecer estándares y recoger y dar información estadística.

“Dentro del marco de la revisión de la CIE, el Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la OMS es el responsable de los aspectos técnicos de la revisión de los trabajos y adelantos en dichos manuales. Para asistir en todas las fases del proceso de revisión, se ha designado a varios equipos de trabajo que realicen investigaciones. La psicología cuenta también con representación entre los miembros de los grupos de trabajo que aportan información al grupo asesor enfocados en áreas específicas de la CIE. El coordinador de la revisión del capítulo de la CIE-11 sobre Trastornos Mentales y del Comportamiento es también un psicólogo, concretamente el primer autor de ese artículo” [Reed, et al, 2012, pág. 97].

La CIE entonces una clasificación realizada por una agencia internacional de las Naciones Unidas, un recurso público de libre acceso para servir de herramienta en la salud pública. El DSM, sin embargo, es un sistema producido por una asociación profesional de una única disciplina de un solo país, y en el que la asociación tiene un gran interés comercial. Por otra parte, el desarrollo de la CIE se enmarca dentro de un proceso global, que se lleva a cabo en diversas lenguas y teniendo en cuenta la gran afluencia de culturas a nivel mundial, mientras que el DSM se genera desde una perspectiva eminentemente estadounidense. La CIE tiene como objetivo ser de utilidad a los países miembros de la OMS, así como a los servicios de

atención sanitaria de primera línea, mientras que el DSM está mayormente dirigido el campo de la psiquiatría [Reed, et al, 2012].

La característica común de ambos manuales ha sido mencionada con claridad, ambos son manuales para uso psiquiátrico, y siguiendo la línea que ha seguido la psiquiatría en las últimas décadas, es para un uso médico, por ende, son manuales de uso médico para el diagnóstico, manejo y conceptualización de trastornos y enfermedades mentales dentro del lenguaje médico y clasificadorio. La psicología, por ende, y en específico la clínica, no debería verlos como última palabra o dictamen en la emisión de diagnósticos. En México es común el uso y mención del DSM.

3.3. El Manual Diagnóstico de las Enfermedades Mentales (DSM), un manual de uso médico

A los años anteriores a 1950, la psiquiatría americana no tenía un sistema de clasificación de conductas que estuviera agrupada en los llamados trastornos o enfermedades mentales, en ese tiempo se trabaja mucho con la llamada psiquiatría clásica, o incluso, en lo más “novedoso” de la época: el psicoanálisis. Pero, no hacía mucho que había terminado la segunda guerra mundial, un evento que había producido entre los soldados, en sus familias y en el conjunto de la población civil, varias “problemáticas bio-sociales”, las cuales precisaban de nuevas clasificaciones para otro tipo de afecciones que – se observaba – no eran compatibles con los “diagnósticos” existentes. Respondiendo a la necesidad de establecer nuevos diagnósticos y nuevos tratamientos, la Asociación Americana de Psiquiatría propone la construcción de una herramienta confiable de referencias compartidas entre quienes se ocupaban de la salud mental, la cual estaría reservada exclusivamente para los psiquiatras y su “privilegio” de medicar [Fendrik, et al, 2011] fue entonces, en 1952, cuando ve la luz la primera edición del DSM.

Pero rápidamente su uso y efectividad comenzaron a ser cuestionados, ya que sus denominaciones diagnósticas dejaron de ser valoradas y reconocidas como herramientas útiles y estandarizadas. Por esas épocas (1968), existía ya la creciente influencia del conductismo, tradición que intentaba explicar los trastornos de la conducta que podían observarse, por ende, el impulso de carácter empírico conduce a la construcción de la segunda edición del DSM, el

cual, a pesar del progreso “empirista” que permitía “reconocer” nuevos desórdenes en las conductas, seguía pareciendo insuficiente en medio de los constantes cambios sociales y culturales de la época [Fendrik, et al, 2011].

Por ende, conocedores empíricos del poder sugestionador que tienen las palabras dentro de la relación paciente-profesional, la nueva generación emergente de profesionales de la salud mental, en especial los psiquiatras, comenzaron a ser influenciados por el creciente avance del cognitivismo y del conductismo, entonces, comenzaron a trazar un esquema en el que se buscaba eliminar la palabra del paciente, a la que el psicoanálisis le daba excesivo valor. La palabra o discurso del paciente como obstáculo mayor para la objetivación del trastorno psiquiátrico “deseado” queda entonces suprimida en la serie de manuales con el advenimiento de las ediciones III y IV del DSM a partir de 1980 [Revel, 2014].

“La última versión del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, constituye una eficaz herramienta para los psiquiatras. Nadie puede dudar de su utilidad. A partir de esta afirmación uno puede preguntarse en qué consiste, para qué y para quiénes” [Fendrik, et al, 2011] con esta afirmación inicial es posible plantear la utilidad del DSM, el cual sirve para establecer claramente dónde puede situar a un paciente en un mapa clasificadorio, esa clasificación deriva de un criterio de un profesional de la salud mental, en este caso, de un psiquiatra, aun cuando, y a menudo ocurre, otro psiquiatra o el mismo en otro momento, puede incluso elegir otra clasificación con el paso del tiempo, algo que es totalmente estable es que siempre se le va a encontrar un lugar, una casilla, una *etiqueta* al paciente.

Partiendo de esa forma de trabajo, la tarea terapeuta se simplifica en gran manera, porque al conocerse la clasificación o la etiqueta que deberá portar el paciente, es fácil deducir con bastante precisión el tratamiento que va a tener, algo que ya también esta previamente establecido, puede ser desde la perspectiva cognitivo conductual, psicofarmacológica, orgánica, entre otros, siendo así, se caería en el error de etiquetar a un paciente, haciéndolo perder su personalidad, su esencia, su ser.

A partir de estos argumentos, se puede hacer referencia a algunas dudas en el campo del mismo trabajo psiquiátrico, el cual ahora se ha limitado a un sistema clasificadorio muy

organizado y en muchas ocasiones inapelable. El DSM toma plena vigencia en ese trabajo a finales del siglo XX, por lo que ahora, en los años del siglo XXI, es muy común su uso y presidencia.

“¿Cuáles son los criterios clasificatorios del DSM? Una clasificación es un proceso que permite agrupar y definir criterios para la inclusión o exclusión de un grupo. Hay diversos criterios para este proceso. Una clasificación se hace a partir de la elección de algún o algunos criterios y si es útil mantiene una homogeneidad entre aquéllos y los elementos que compone. En la psiquiatría cada paradigma estableció sus propias clasificaciones. Al tratarse de la idea de enfermedad única un criterio clasificatorio no tiene demasiado sentido a pesar de que existen algunos esbozos al incluir diversas formas monomanías [...]” [Fendrik, et al, 2011, pág. 78].

Analizando este argumento, puede decirse que no hay suficientes elementos que considere el DSM para la existencia de enfermedades y trastornos para todo tipo de padecimientos, signos y síntomas. Es más bien, una clasificación empírica tanto categórica como dimensional, trata siempre de dar cuenta de trastornos donde la dimensión del desarrollo tiene un papel fundamental, donde no se ha considerado del todo, sobre todo, los aspectos psicosociales del paciente.

“Pero lo que me parece importante considerar para esta observación es que constituye un manual clasificatorio, como lo sostiene M. M. Contreras, que deja de lado todo criterio nosológico a favor del estadístico cuyo objetivo es lograr la mayor flexibilidad sin tener en cuenta las diferencias de las orientaciones teóricas de los profesionales” [Morrison, 2015, pág. 60].

En sus planteamientos iniciales, el propio DSM dice que sus objetivos son clínicos, de investigación e incluso educativos, en este caso, para los clínicos e investigadores de diferentes orientaciones como son los investigadores biológicos, psicodinámicos, cognitivos, comportamentales, interpersonales y familiares, ahora bien, ¿quiénes utilizan más este manual? Son todos aquellos que participan en el ejercicio de la promoción, cuidado y atención

de la salud mental, a saber, los psiquiatras, psicólogos, asistentes sociales, enfermeros, terapeutas ocupaciones, de rehabilitación, los consejeros... y la lista es larga.

Ante estas problemáticas, la Asociación Psicológica Americana (APA) ha encontrado frente a las críticas al DSM que cuestionen los criterios de fiabilidad, es el consenso democrático, el cual es aplicable a la gran mayoría de la población, las siglas de los trastornos devienen altamente confiables por este “argumento”. A disposición de la gran mayoría de los profesionales de la salud mental, de escuelas y juzgados, la fiabilidad y efectividad del manual no puede ser discutida, ahora bien, también es muy común saber que se basan en la recomendación de grandes y reconocidos especialistas de la salud mental, en su gran mayoría, son psicólogos y psiquiatras de todo el mundo, que han hecho una extensa investigación en el campo de la salud y los trastornos abordados, aun con todo, cabe destacar, que siempre existe una próxima “revisión” del DSM en preparación, quizás pronto podamos ver la presentación del DSM-V-TR o el DSM-VI, el cual siempre promete que tendrá una mayor capacidad para “detectar” los problemas de conducta que aquejan al “paciente”.

Sigmund Freud (1908) en su obra *Psicopatología de la vida cotidiana*, se postuló el argumento qué de la salud a la enfermedad psíquica en las personas, en esa obra, Freud no se centró en describir ningún estado normal ni tampoco ninguna alteración de la mente, el propósito que tenía era demostrar una serie de formaciones que tenían una incidencia en el más insignificante de nuestros actos o de nuestros dichos, en los que se autoriza para establecer la hipótesis de la existencia de otra escena, en la que habita un deseo no admitido por la conciencia, de esa forma, se deja ver que la psicopatologización de la vida cotidiana que hace el DSM tiene una gran repercusión en el ejercicio psíquico del paciente, donde el loco y el cuerdo necesitan ser claramente diferenciados, aunque para eso, se ha hecho o se habrá realizado un juicio de valor previo [Fendrik, et al, 2011].

En 1967, Jacques Lacan presentó el tema que relacionaba el psicoanálisis y la formación profesional de los psiquiatras, conocida como *Breve discurso a los psiquiatras* [Soler, 2014], en dicho trabajo, se transmite la impresión que le causa pasividad en la que se encuentra la psiquiatría, en tanto y en cuanto que no ha aportado a lo largo de mucho tiempo ninguna nueva

categoría clínica. Cabe entonces preguntarse por la elaboración de saber que la psiquiatría ha podido hacer a finales del siglo XX y ahora en los primeros años del siglo XXI.

“Le debemos a Michel Foucault en su seminario de los años 1973-1974 titulado “El poder psiquiátrico”, el caracterizar a la psiquiatría precisamente como un campo en el interior del cual se gesta un orden sostenido en el cruce de la relación con el objeto, la objetividad del conocimiento y la condición de la operación terapéutica. Este cruce determina una relación con el objeto que se mide más en relación con el poder que con el saber. El saber queda así eclipsado por las relaciones de poder” [Fendrik, et al, 2011, pág. 50].

De acuerdo con este argumento, el esquema de trabajo de la psiquiatría moderna se extiende desde casi sus comienzos, y como menciona Foucault y lo plantea en sus trabajos de antipsiquiatría y en el psicoanálisis dos vías epistemológicas diferentes, cada una tiene un esquema y orden de trabajo, como una salida posible de ese orden “fijo” que posee la psiquiatría. El ejercicio de dicho poder en el núcleo del ejercicio de la psiquiatría necesita de herramientas que a su vez muestren como productos de una práctica discursiva; a palabras del propio Foucault, “los dispositivos de poder” tienen en sí mismos una instancia productora de discursos que generan enunciados que se legitiman a sí mismos, es decir, que automáticamente son y serán siempre verdaderos.

Se ha planteado que la psiquiatría comenzó siendo una rama independiente, una rama que buscaba convertirse en una disciplina completa, con fundamentos epistemológicas sólidas y postulados firmes que la ayudarían en el ejercicio de sus conocimientos, la irrupción en la medicina general de la anatomía patológica va a llegar a modificar y a entrar totalmente en los alcances que estaba teniendo la psiquiatría en sus inicios. Por ende, el psiquiatra es y ha sido profesional de la medicina desde entonces, es antes que un médico, siguiendo entonces la línea que había tenido el abordaje de las enfermedades mentales, desde el tratamiento moral de Pinel pasando por el órgano-dinamismo de Henry Ey, llegamos entonces a la psiquiatría que usa el DSM como su esquema de trabajo fijo e inalterable. Desde sus orígenes, la propia psiquiatría hubo de pelear obstinadamente para legitimar su pertenencia en el campo de la salud, terminando dentro de la medicina.

“La psiquiatría se subsume en el discurso médico, lo toma como referencia, abre el mapa de las clasificaciones nosológicas con la búsqueda de un correlato de organicidad que permita afirmar que la enfermedad mental es en un todo equiparable a la enfermedad física, y entra lo que Lantéri-Laura llama el paradigma de las enfermedades mentales, el comienzo de la clínica diacrónica en la que los grandes cuadros psiquiátricos presentan un desarrollo y una prognosis semejante a la enfermedad orgánica” [Fendrik, et al, 2011, pág. 78].

Viendo la cruzada ocurrida entre la psiquiatría y la medicina somática, lo más sorprendente de todo es el establecimiento de los manuales estadísticos como el DSM, es que su soporte ideológico no es otro que aquel en que la practica psiquiátrica se apoyaba en sus comienzos, algo que parece ser incluso al día de hoy, algo contradictorio, ya que pone por un lado del otro lo aparentemente más moderno y complejo en lo que tiene que ver con el pensamiento y saber científico, y al mismo tiempo, con una ideología nosológica que no se interroga por la terapéutica, y por lo cual, pareciera ser algo precientífico.

3.3.1. Consecuencias de una clasificación arbitraria y conjetural

Conjugando, puede decirse que el Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) es un intento de clasificación de las enfermedades mentales, puede plantearse su problemática principal en una falta de búsqueda y análisis epistemológicos del problema de querer clasificar todo lo existente, el DSM es una codificación que omite cualquier reflexión sobre el concepto de clasificación. Precisamente, este trabajo se basa en consideraciones epistemológicas concernientes a este concepto.

Para algunos profesionales de la salud mental, sobre todo algunos psicólogos clínicos, reconocen que el DSM renuncia a la reflexión y a la epistemología, no por gusto, sino por el método utilizado y para quiénes está dirigido el manual: los médicos.

“El paradigma epistemológico “objetivista” o “empirista” ha resultado adecuado y tremendamente exitoso en el campo de las “ciencias duras”. Pero su aplicación a otras áreas del conocimiento resulta fallida, como sucede – en general – en las disciplinas

concernientes al sujeto y, en particular, en el caso de la psiquiatría” [Fendrik, et al, 2011, pág. 70].

El DSM y sus clasificaciones han visto a los trastornos mentales desde una perspectiva reducida, viéndolos observables y empíricos, siendo éste, el mayor obstáculo con el que se enfrentan. Cuando intentan revisar y nuevamente hacer una mejoría en los trabajos anteriores, solo logran dejar más claro su empirismo, dejando de lado que cuanto más utilizan ese método para sus adelantos, tanto más alejados terminarán nuevamente de sus objetivos, en este caso, hacer una clasificación, taxonomía y guía para el trabajo de los trastornos mentales.

“Tanto “trastornos” como “mentales” son términos que rebosan teorías preexistentes, así como también prejuicios de todo tipo. La expresión “trastornos mentales”, consiste en – lo que no puede llamarse de otro modo más que – una verdadera ficción hipotética, una pura suposición – y nada más que una suposición –; ésas que los empiristas nos habían prometido desterrar, para cumplir acabadamente con su tarea clasificatoria” [Revel, 2014, pág. 33].

A partir del argumento citado, puede decirse que el problema principal de una clasificación arbitraria y conjetural como las el DSM, radica en que afirman no fingir hipótesis o no fingirlas, suponer o no suponer, el problema es asumir dicha clasificación como realmente útil en la práctica y ejercicio de la clínica de la salud mental, si hemos de asumir que trabajamos con hipótesis que no han sido bien fundamentadas, entonces estaríamos encaminados a la desorientación más radical dentro del campo de la salud mental, que desembocaría en creer que los trastornos mentales pueden ser abordados y atendidos como objetos empíricos, dejando de lado los factores biológicos, sociales y psicológicos, y más importante, la conjugación de los mismos para la emisión siquiera del diagnóstico.

Trabajar entonces con una clasificación que utiliza ficciones hipotéticas es una condición previa a un problema aún mayor, a saber, estaríamos haciendo una clasificación inadecuada y, por ende, estaríamos abordando de forma errónea la problemática argumentada por el propio paciente, quien este momento, se ha dejado de lado su discurso, su expresión y vivencia de la

problemática. Por ende, el DSM es una clasificación nosológica que, a grandes rasgos, aportaría muy poco en el trabajo clínico de la psicología.

Aun con todo, no podemos descartar la clasificación, la existencia de la misma, pero instala en el corazón de la misma un núcleo duro e irreductible de inconsistencia, que contradice radicalmente el ideal de consistencia con el que está construido el DSM. Siendo así, puede decirse que no existe una clasificación que no se haya realizado de manera arbitraria y conjetural, razón por la cual, la construcción de un sistema clasificatorio que no da cuenta conceptual de sus fundamentos y de la lógica de sus operaciones es o bien incompleta o bien inconsistente, y, por lo tanto, necesaria de revisar o sustituir de manera constante. Un sistema clasificatorio que pudiera dar cuenta de sus fundamentos y sus operaciones no sería, por ende, menos incompleto o inconsistente, en tanto que consideramos válida y lógicamente sustentable la demostración de veracidad.

Aun con todo, la APA y el DSM no aceptan los problemas en su totalidad, aceptan una parte de ellos, más que nada por las cuestiones sociales de los últimos tiempos, por citar un ejemplo muy trillado, las cuestiones sociales sobre la sexualidad, haciendo que la tercera edición del DSM tuviera que revisarse y sacar una en la que la homosexualidad dejara de considerarse como una perversión sexual, aun con todo, siguen pretendiendo afirmarse como consistentes. Pretende entonces, hacer creer que la consistencia no solamente imposible, sino que afirman que están cada vez más cerca de conseguirla.

Lo que en un inicio era la enfermedad mental ahora se considera un trastorno mental, esa sustitución tiene varias “explicaciones”, argumentos que afirman que la propia terminología parece más apropiada, no presupone ni excluye las cuestiones fisiopatológicas y encaja perfecto en el universo restringido de la medicina. Según el DSM un trastorno es un síndrome o un patrón comportamental o psicológico que tiene significación clínica; cualquiera que sea su caso es la misma manifestación individual de una defunción comportamental, ya sea de carácter psicológico o de carácter biológico (¿y lo social?), se centran entonces a un malestar (dentro del discurso médico es llamado dolor), a una discapacidad (dentro del discurso médico a un deterioro en algún área de funcionamiento) o a un riesgo que sea realmente significativo que lo acerque más a la muerte, sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad [Fendrik, et al, 2011]

el problema que se presenta al definir el trastorno mental como un subgrupo es que no siempre hay un consenso a la hora de aplicarle los criterios establecidos, ya que incluso, puede que algunos no estén presentes o no sean observables en ese momento.

“Hecha la elección, el término “trastorno mental” no parece ser satisfactorio, es imposible definirlo con precisión. Según el DSM, implica desafortunadamente volver el anacrónico reduccionismo mente/cuerpo, que separa los trastornos físicos de los mentales y desconoce que el avance actual de la ciencia da lugar a que lo físico y lo mental se imbriquen, su separación tajante no deja de ser retrógrada en función de estos conocimientos. Entonces, ¿por qué si para la CIE trastorno es la única palabra signada por la ambigüedad, y para el DSM sólo trae problemas – “el problema planteado por el término trastorno mental ha resultado más patente que la solución” –, no se le desecha? ¿Por qué con tantos inconvenientes se acepta su uso” [Fendrik, et al, 2011, pág. 94].

Tras lo presentado, la necesidad constante de cambio, las contraindicaciones y prevenciones, surgen dudas en algunos sobre la ventaja de seguir conservando el DSM y la CIE, si parece algo tan desventajoso, quizá podría ser bueno que diera un giro completo en su objetivo, siendo ello un indicativo de que los profesionales de la salud pudieran solo guiarse en él con el objetivo de conocer algunas terminologías, algo similar, más no igual, a un diccionario psicológico-psiquiátrico.

Algo más que deja una clasificación arbitraria y conjetural dentro del campo de la salud mental, es, en lo que tiene que ver, directamente con los pacientes, con el individuo, otro punto de apoyo para una concepción como la que sostiene el intento estadístico y clasificatorio de los DSM, es el hecho de que se considera al paciente como un individuo cuyo cuerpo se reduce a lo biológico, la atención psiquiátrica debe orientarse, como se ha dicho, en los aspectos biológicos de la enfermedad en armonía con los aspectos psicológicos y sociales que tiene cada paciente. Esta reducción del cuerpo individual a un organismo puramente biológico, tiene como consecuencia un desconocimiento, al modo de un no ha lugar forclusivo, del papel que la propia sexualidad tiene en la estructura del sujeto del yo, tal como lo plantea y expone el psicoanálisis, causando entonces un rechazo por allí de la realidad sexual del inconsciente.

Centrarse en el individuo conlleva un desplazamiento del objeto del que se trata, el objeto de interés del psiquiatra entonces, no es el loco, sino la enfermedad, por ende, no puede separarse este único ente, que piensa, siente y expresa de manera diferente a los demás, que tiene influencias sociales, culturales y aspectos caracterológicos intra y extra psíquicos. Aunque se presente la idea de que no se clasifica a las personas sino a sus padecimientos, basta con observar el tremendo poder que tiene un diagnóstico psiquiátrico-nosológico en la vida cotidiana de las personas, su situación cambia, comienza a observarse diferente a los demás, los demás comienzan a interactuar diferente con él o ella e incluso hay un cambio en la dirección del discurso que se hace en un grupo al que este paciente pertenezca.

Las sustituciones operadas son entonces las siguientes: el trastorno sustituye al síntoma, el organismo sustituye al cuerpo, el individuo sustituye al sujeto y el inconsciente desaparece, esto para que pueda haber comportamientos y conductas a modificar en el ejercicio del esquema de salud-enfermedad. La clínica entonces, no está libre a este gran aparato conceptual, que considera a los aspectos biológicos como predominantes, con toda la lógica del caso, hace del individuo solo un objeto de evaluación que debe someterse a exámenes, pruebas y finalmente, ser catalogado en una casilla y portar una etiqueta en la sociedad, eventualmente de confinamiento y segregación. El sujeto-individuo queda entonces separado de cualquier posibilidad de interrogación en relación con sus propios síntomas y, sobre todo, implica una poderosa operación de desaparición del propio campo de la clínica.

El DSM es entonces, un escenario de una multiplicidad y al mismo tiempo de una variabilidad de trastornos en otros tantos individuos que se vuelve imposible articular una estructura, por lo tanto lo que se produce es una disolución de la clínica en tanto que se soporte de tipos clínicos [Fendrik, et al, 2011] La clínica como el lugar donde la estructura pueda articularse, desaparece en esta comprendida “guía útil para la práctica clínica” diseñada con base en criterios breves y concisos que facilitarían el poder abordar de manera consensuada las patologías de la psique humana. La clasificación se verifica en estos manuales como una operación de acumulación de datos estadísticos que solo buscan encasillar.

3.4. Psiquiatría moderna, objeto de estudio y objetivos

La psiquiatría actual ha tenido la gran ayuda de las ciencias básicas que la nutren y ayudan a seguir creciendo, la psiquiatría ha experimentado grandes y profundos cambios que se reflejan en los requerimientos del adiestramiento y el ejercicio profesional de quienes lo ejercen. Los cambios que se han observado han hecho que la psiquiatría sea hoy en día una ciencia creciente y constante, ya que es más común su uso y ejercicio, sobre todo en las poblaciones jóvenes. El giro hacia una nueva psiquiatría es siempre un paradigma de planeación que se sustenta en los avances anteriores.

Puede decirse que la psiquiatría ha definido con claridad su campo y sus fronteras con otras especialidades médicas y con la propia psicología, en tanto que paso a paso llega a acumular los conocimientos para construir una fisiopatología propia, cuyo sustrato cerebral y bioquímico se construye día con día.

Hoy en día, cuando un adulto busca atención psiquiátrica tiene grandes posibilidades de ser diagnosticado con una patología bipolar, un niño tiene altas posibilidades de ser diagnosticado con hiperactividad, aunque ambos pueden tener lo más común hoy en día: *ansiedad*. También existen los síndromes de pánico, las depresiones de distinta magnitud, los trastornos obsesivos compulsivos, los déficits de atención, entre otros. Se ha dicho incluso que todos tenemos alguna patología no desarrollada en nuestro interior, que en cualquier momento puede surgir, o que incluso, todos tenemos una patología que nos ha ayudado a adaptarnos a nuestro diario vivir. Ha de tenerse en mente el carácter de palabra de orden de todo diagnóstico.

Un diagnóstico no solo sirve para informar acerca de una enfermedad aparentemente que se ha desarrollado de manera orgánica en un paciente, en este caso, una enfermedad mental, sino que la produce, aspecto siempre descuidado por los ejes de la psiquiatría moderna, y al mismo tiempo, del propio discurso médico. La resistencia que ha generado este método de trabajo se torna cada vez más refinada e incluso sofisticada.

“Esa psiquiatría – para un mundo globalizado – goza en la actualidad de un relativo éxito, y eso sí es un enigma que invita a la reflexión. La universalización de los procedimientos

y la hegemonía en los diagnósticos se logran – y no podría ser de otro modo – mediante la exclusión de la subjetividad. En última instancia, ella tiende a emanciparse del mismo psiquiatra. En internet pueden encontrarse sitios en los cuales, luego de una breve descripción de [cualquier patología mental] el usuario mismo pueda elegir esas alternativas” [Black, 2015, pág. 48].

Siendo así, puede decirse que la clínica psiquiátrica moderna se aborda dogmáticamente y reduccionistamente, que se transforma cada vez más en neurobiología. Reducidas sus causalidades al metabolismo de las catecolaminas, la clínica se va a limitar entonces al arsenal químico, también al mismo tiempo es un universo restringido, a pesar de los avances de nuevos nombres, siempre lanzados con el mismo discurso mercadológico con que se anunciaría cualquier producto que pueda ser vendido, costado y adquirido.

Recapitulando sobre las bases históricas de la psiquiatría, siempre estuvo marcada por problemas en su objeto de estudio, estuvieron varias personas involucradas en esta disciplina, como los fiscalistas, los espiritualistas, los órgano-dinamistas, los conductistas, los cognitivistas, la psicología, la medicina e incluso la religión, siendo esta última la que es considerada como su antecedente directo. Fue hasta el siglo XX que el tema de las enfermedades mentales se convirtió en un punto neurálgico en las discusiones sobre el hombre, su contexto y sus aspectos sociales como la libertad y su capacidad para situarse como sujeto que construye su propia historia. La psiquiatría entonces era el centro de un campo de fuerzas que iban de un extremo a otro, el campo de batalla comenzó a ser el esquema de salud-enfermedad.

La práctica psiquiátrica funciona hoy dentro de los “moldes” de un dispositivo de poder, como lo llama Foucault: “un discurso sobre la salud mental con un marco referencial estrictamente neurobiológico, basando en los mediadores químicos y en las neurociencias” [Black, 2015] correlativamente, la formulación de sistemas nosológicos experimentales basados en discursos psicopatológicos puramente descriptivos y sintomatológicos, en los que la participación de la causalidad psíquica, de una u otra forma, es nula.

“El DSM es el producto más acabado de esta tendencia. Pretendiendo ser objetivo con fines científicos, el DSM intenta dar cuenta de una dificultad estructural de la psiquiatría,

que es la dificultad para establecer cuadros nosológicos precisos. La dificultad en el establecimiento de etiologías siempre fue el impedimento para una psiquiatría que pretende ser una especialidad médica” [Fendrik, et al, 2011, pág. 107].

Citando nuevamente a Foucault [1974] se hace presente otro dispositivo de poder presente en el ejercicio de la psiquiatría moderna: “Los evidentes intereses de una industria farmacéutica que fomenta cada vez más una psiquiatría empirista que asegura el lanzamiento y relanzamiento de drogas paliativas de acuerdo con el ritmo de un mercado consumista” [Foucault, 1974, pág. 60] pocas novedades surgen en este sentido, más una mercadotecnia con presupuestos gigantescos afirman poder hacer frente a las problemáticas mentales que la sociedad afronta, en la mayoría de los casos, puede decirse que más de un fármaco tiene la “cura” para una misma enfermedad. Ante todo, esto, la industria farmacéutica, ansiosa por justificar científicamente sus prácticas, acosados como están por una desagradable sensación de impostura, afirman que son ejercicios y adelantos científicos del siglo XXI, del presente.

“Al mismo tiempo, la psiquiatría neurobiológica garantiza la producción de síndromes, siempre nuevos, que reclutará al ejército de consumidores de esa producción” [Fendrik, et al, 2011, pág. 72], en este rublo es común que, de la mano con el DSM, cada vez existan más clasificaciones para el pánico, biopolaridad, hiperactividad, déficits de atención, ansiedades, depresiones, entre muchas más. Los cuadros “clínicos” que cada vez amplían más gozan también de características que hacen que uno se diferencie del otro por el origen, la génesis del problema, que tengan uno o dos puntos que los hagan diferentes, un signo o síntoma más o uno menos.

“La producción de modos de subjetividad que funcionan dentro de los moldes de un imperativo de goce ligado al consumo” [Sanjuán, 2016, pág. 33]. La falta estructural del deseo es reemplazada por el cebo de un vacío susceptible con la alta necesidad de ser llenado por artefactos, dispositivos o accesorios “auxiliares”, la necesidad de escuchar y analizar el discurso del paciente se va cada vez más común ser reemplazada por la invención constante de argumentos paliativos que centran la implicación del sujeto en su malestar hacia la solución inmediata más acordonada con su imperativo de goce, de esa forma, el uso del DSM y de los tantos protocolos de acción existentes (sobre todo en las instituciones) tiene el éxito

garantizado, dejando de lado lo que el psicoanálisis heredó al ejercicio de la clínica psiquiátrica, en donde se mostró que el sujeto puede encontrar incluso satisfacción en su propio malestar, esto es, mediante la expresión de la patología desde su perspectiva.

“La producción de un discurso que enaltece un individualismo que nada tiene del individualismo que cultiva la interioridad, del individualismo como se le ha conocido hasta ahora” [Foucault, 1974, pág. 28], funcionando desde esa lógica, solo es posible que dicho individualismo lo tenga el diseño del propio esquema de salud-enfermedad que ha sido puesto cautivo por la industria farmacéutica y la necesidad de tener una clasificación nosológica para todo tipo de malestar que el *soma* tenga. La psiquiatría actual, esforzándose por conservar la esencia de carácter científica, va a encontrar su sentido en el discurso capitalista; ella propicia una ilusión de control del propio sujeto sobre su malestar a partir de los paliativos químicos, producidos por el saber científico unido a los intereses de la industria farmacéutica. Las drogas, en ese contexto, asumen todas las características de “fetiche” de la mercadería, siendo una potencial fuente de placebo.

La reacción más común al malestar, en sus diferentes formas, es la tendencia a suprimirlo de forma casi inmediata, encontramos en la clínica dos vectores dirigidos por esa tendencia: por un lado, un determinante del consumo, que prescribe las condiciones de circulación de valores; por otro lado – probablemente como resultado de ello – una proliferación de descripciones nosográficas, siempre nuevas, en estrecha relación con la industria de psicofármacos, siendo así, la incapacidad de soportar el malestar nos lleva al intento de dominarlo, lo que nos sitúa, de inmediato, ante las promesas de encontrar un alivio, aun con todo, Sigmund Freud, reconoció la imposibilidad de dominar completamente el malestar, siendo que el mismo forma parte de la civilización y al mismo tiempo de una forma alternativa de sobrellevar la realidad.

“El tema de la clasificación conlleva el establecimiento de identidades y diferencias, así como de equivalencias; en suma, la constitución misma de una taxonomía. Esta última resulta de la forma en la que construimos las representaciones, de su ordenamiento en un campo de saber. De este modo, existe una correlación necesaria entre representación y saber, muy bien teorizada tanto por Lacan como por Foucault.

Recorreremos algunos caminos de análisis que nos permitirán realizar una crítica de las intenciones clasificatorias contemporáneas” [Foucault, 1974, pág. 84].

Dentro del macro proyecto de las clasificaciones nosológicas, encontramos también la psiquiatrización de la vida sexual humana. La vida sexual de cada cual puede ser igualmente clasificada dentro de alguna “aberración”, “fetichismo”, “depravación”, etc. Y al mismo tiempo ser identificada por un “código” dentro del enorme DSM-V, un manual poco manejable y que lo convierte a uno, si encaja en tres o cuatro “requisitos” señalados como criterios, en un individuo con un “trastorno mental”.

El DSM, por ende, se apodera de las cuestiones aventureras de la vida sexual humana, psiquiatrizando la vida y, haciendo entrar en sus variadas clasificaciones, a la persona en un sistema que de la misma manera le pondrá una etiqueta que hará que su realidad social cambie.

“En el terreno que nos ocupa, la lectura crítica de este apartado muestra una mezcla escasamente, o nada, conceptual que no diferencia los términos sexo, sexual y sexualidad. Nada conduce a deducir que se trata de alcanzar un aspecto fundamental de la condición humana. Y del erotismo ni hablar, lo cual lleva a una técnica de exploración mediante el examen de las conductas y comportamientos corporales. No hay una guía conceptual, sólo el camino de la empiria. El amor y el deseo enlazados en un lazo invisible en las pasiones, que son la base de lo que se trata, son inescrutables en la escena de los comportamientos” [Foucault, 1974, pág. 96].

El DSM dibuja diferentes categorías de lo que denomina desorden mental, y especifica los “criterios diagnósticos” para ubicar a los desordenados mentales en un orden de “validez universal”. Solo los angustiados clínicos o los relacionales investigadores encuentran allí el piso de un “avance” seguro para la “ciencia”, también las compañías de seguros, las obras sociales, las compañías farmacéuticas y los diseñadores de las políticas de salud mental encuentran un piso firme y seguro para fomentar el crecimiento industrial.

La psiquiatría estadounidense ya había recibido el impacto de la entrada de la sexualidad en el campo de la ciencia. La visita de Freud a Estados Unidos en 1909 y la lectura de las

conferencias sobre su importancia en la estructura del sujeto humano, produjo el siguiente comentario del decano de la Universidad de Toronto: “El lector común podría deducir que Freud es partidario del amor libre, de la remoción del todo freno y el regreso a la barbarie” [Frendrik, et al, 2011, pág. 96].

El argumento presentado por este decano era congruente con el rechazo explícito de varios grupos religiosos, las agrupaciones de damas por el bienestar social, de las madres de familia y con el declarado sentimiento de la poderosa opinión pública desde la perspectiva social. La biología marcó el destino de la visión de los grupos religiosos, del pensamiento académico y de las normas morales-legales. “El apetito, el galanteo y la conducta sexual son la manifestación de un instinto que se dirige a la reproducción y ésta debe realizarse en el marco de la consagración-ritual de la religión, cualquiera que sea, y Dios debe estar allí” [Frendrik, et al, 2011, pág. 98].

Esto encajó perfectamente con la fuerte influencia que estaba teniendo la religión nuevamente en el campo de la salud física y mental, ahora era “apoyada claramente” por los postulados científicos novedosos de la época, la homosexualidad y el adulterio eran considerados crímenes de estado y eran causas criminales, la masturbación era una señal de un problema mental y el sexo premarital era considerado un fetiche, algo indecente y corrupto. El sexo se consideraba como algo muy privado, una intimidad ineluctable, que acontece entre un hombre y una mujer, él arriba y ella debajo, algo secreto, a puerta cerrada. Y que decirse del sexo oral, era algo inimaginable tanto como el amor homosexual.

La aparición del DSM-V ha estado rodeado de intensas controversias. El manual diagnóstico y estadístico de la American Psychiatric Association tiene una enorme relevancia, en la medida en que es ampliamente empleado en todo el mundo y tiene un gran impacto en la investigación, la enseñanza, el tratamiento, el financiamiento de las prestaciones de salud y en la toma de decisiones políticas y forenses, Morrison en el 2015 manifiesta que las controversias surgidas giran en torno a aspectos tales como la conceptualización de los trastornos mentales, los límites entre lo psíquico normal y lo patológico, el abordaje categorial o dimensional de las clasificaciones y aspectos relacionados a los mecanismos para elaborar el manual. Para poder apreciar debidamente estas controversias es necesario tener en cuenta la evolución histórica

de este sistema de clasificación y su relación con el avance en el conocimiento sobre los trastornos mentales.

Uno de los peligros que con más insistencia se ha señalado a propósito de la aparición del DSM-V es el riesgo del sobrediagnóstico. Se ha sostenido que, en la actualidad, la normalidad sería una especie en vías de extinción. El *National Institute of Mental Health* (NIMH) estima que, en un año, el 25% de la población de Estados Unidos cumple los criterios para ser diagnosticado de un trastorno mental, Morrison en el 2015 refiere que los estudios prospectivos encuentran que en 32 años el 50% de la población general puede ser diagnosticado de un trastorno de ansiedad, un 40% de depresión y un 30% de abuso o dependencia de alcohol. El aumento de los trastornos mentales puede deberse a un mejor reconocimiento de los mismos. Del mismo modo como gran parte de la población sufre de algún tipo de enfermedad física, sería esperable que también fuese aquejada de algún trastorno psíquico. Pero también se ha argumentado que las modas diagnósticas pueden ser culpables de verdaderas epidemias de trastornos psiquiátricos.

Existirían algunas fuerzas contextuales que favorecerían esta tendencia. Una de ellas sería que los diagnósticos del DSM se han popularizado entre el público general y que los umbrales para que un cuadro sea incluido como un trastorno mental son demasiado bajos. Otras presiones provendrían de la industria farmacéutica y de su interés en aumentar los diagnósticos y los tratamientos farmacológicos asociados. La Internet y los medios de comunicación también actuarían como fuerzas propagadoras de la moda de los trastornos mentales, por ejemplo, difundiendo los trastornos reales o imaginarios de las celebridades y la difusión de los límites entre patología y normalidad, llevaría a la inflación diagnóstica [Frendrik, et al, 2011].

En años recientes ha habido una creciente identificación de condiciones como trastorno bipolar, trastorno de déficit atencional, autismo y trastorno de ansiedad generalizada. Así, muchas fluctuaciones anímicas pueden ser consideradas como trastorno bipolar, la impulsividad y distractibilidad como déficit atencional y la tendencia a preocuparse en exceso como trastorno de ansiedad generalizada.

“El DSM habría estimulado a los clínicos a identificar tales condiciones como trastornos mentales y eso habría llevado a un creciente número de diagnósticos falsos positivos. A su vez, esto acarrea el peligro de la medicación innecesaria. En el DSM-5 los criterios diagnósticos para algunos trastornos han cambiado y nuevos trastornos han sido incluidos. Por ejemplo, fue eliminado el criterio de exclusión del duelo para poder diagnosticar un episodio depresivo, lo que ha sido criticado como la medicalización y patologización de la experiencia humana normal del duelo. Se introdujeron nuevas entidades como el trastorno por atracones de comida, los trastornos cognitivos leves y el trastorno disruptivo de regulación emocional en la infancia. Estas decisiones han sido fuertemente criticadas, por el riesgo del sobrediagnóstico y de la medicación innecesaria” [Morrison, 2015, pág. 66].

La elaboración de un manual diagnóstico está a cargo de un grupo de personas, quienes tienen la tarea de analizar e interpretar del mejor modo posible los resultados de la investigación disponibles. Esto requiere que los participantes tengan una visión neutral, balanceada y objetiva, en el proceso de revisión y de interpretación de la información. Se ha señalado que el proceso de revisión crítica efectuada por el grupo que elaboró el DSM-V no fue lo suficientemente sistemático, amplio y bien documentado.

No se habría solicitado suficientes críticas y opiniones de personas ajenas al proceso de elaboración del manual, las que deberían haber sido incorporadas a los documentos de trabajo. El manual diagnóstico se basa en las recomendaciones de “expertos”, los que generalmente poseen una amplia experiencia en investigación. Sin embargo, no siempre ésta se traduce bien en las exigencias prácticas del mundo real. Los clínicos poseen menos experiencia en investigación y disponen de menos tiempo para el estudio de poblaciones de pacientes menos seleccionados y, por lo tanto, más difíciles de diagnosticar.

Asimismo, los expertos suelen estar sesgados por la necesidad de detectar los falsos negativos, es decir, los casos que teniendo el trastorno no alcanzan a cumplir con los criterios diagnósticos exigidos. En cambio, serían indiferentes al problema mucho más serio de los casos falsos positivos, los que reciben diagnósticos, tratamientos y estigmatización innecesarios. Se ha señalado que tales expertos muchas veces ignoran la magnitud de su propio

desconocimiento de la práctica diaria, los efectos de sus decisiones en el mercadeo de la industria farmacéutica, la asignación de los gastos de salud, el mal uso forense de los diagnósticos y otras repercusiones prácticas de la clasificación.

La elaboración del manual diagnóstico se complementa con estudios de campo, destinados a evaluar la confiabilidad de los diagnósticos. Estos permiten estudiar como la aplicación de los criterios diagnósticos a pacientes del mundo real, efectivamente detectan los casos afectados y evita los diagnósticos falsos positivos. Los estudios de campo realizados durante la preparación del DSM-V habrían sido insuficientes, lo que puede acarrear riesgos insospechados. Durante la elaboración del DSM-IV se efectuaron estudios de campo rigurosos y aún, así no se pudieron predecir las falsas epidemias de déficit atencional y de trastornos ansiosos y bipolares [Phillips, 2005].

EL ESQUEMA DE SALUD-ENFERMEDAD ANTE LAS PROBLEMÁTICAS ACTUALES DE SALUD MENTAL DEL SIGLO XXI CONCLUSIONES

Hablar de la salud mental en la realidad que estamos viviendo hoy en día, es tratar de comprender que aún existen grandes enigmas que siguen sin resolver, es hablar de que siguen habiendo “cabos” sueltos que necesitan ser aterrizados, aun con todo, se ha “logrado” tener un camino que conduzca al objetivo de la salud mental, que como se ha mencionado y acorde a la OMS, es un estado de bienestar en el que la persona realiza sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad. En este sentido positivo, la salud mental es el fundamento del bienestar individual y del funcionamiento eficaz de la comunidad.

Ahora bien, tradicionalmente los estudios e investigaciones clínica de lo que tiene que ver con la psiquiatría y la salud mental, se ha hecho un enfoque especial más a los trastornos y enfermedades mentales, adoptando el modelo psiquiátrico y como el discurso médico, abordándolo más desde la medicina. Muchas de las intervenciones psicológicas se han sometido a estas estructuras y esquemas propias de la psicopatología, tomando como base y carta maga en la mayoría de las ocasiones, lo dictado por la Asociación Psicológica Americana a través de lo que el DSM dice, argumenta, postula o sustenta, también por su parte, lo que la Organización Mundial de la Salud afirma, argumenta, postula y sustenta a través de la CIE. El trabajo entonces que hay en el campo de la salud mental es monumental, y gracias a la mancuerna formada entre la psicología clínica y la psiquiatría, ha sido posible ir abordando y al mismo tiempo construyendo los caminos para el trabajo en conjunto, preocupándose no solo por trabajar en el diagnóstico y cuestiones nosológicas, sino más bien en el tratamiento de enfermedades y trastornos, así como en la prevención de ellos e incluso todavía más, en la propia promoción y educación de la salud.

Aunque puede decirse que el reto de una vida mentalmente saludable siempre ha sido una meta que en distintas sociedades y culturales se ha planteado desde mucho tiempo atrás, siempre se ha tratado de un trabajo complejo, más en nuestros días, donde adquiere niveles que hacen dudar de que estemos trabajándolo desde la perspectiva correcta. Existen algunos

factores que pueden considerarse como aristas de necesidad especial y que al mismo tiempo pueden considerarse como factores a trabajar dentro del esquema de salud-enfermedad:

La necesidad de paradigmas actuales para los cambios en la interacción interpersonal, es necesario postular este argumento ya que la psiquiatría como la conocemos hoy en día, no ha podido resolver la problemática del cambio en la manera en que nos relacionamos, al día de hoy, se hace una manera más compleja. La relación con el inmediato interlocutor se ha ido perdiendo, poco a poco se ha ido cambiando por un interlocutor alejado de nosotros, con quien la interacción es mucho más limitada, haciendo referencia obvia a las cuestiones tecnológicas. Hoy interactuamos menos con los que tenemos cerca y buscamos relacionarnos más con personas alejadas física y culturalmente, haciendo que las relaciones con la familia y amigos cercanos se vea afectada, ahora todo es más virtual, sobre todo, hay una interacción con aquellos con quienes no se tienen un acercamiento humano previo.

La expresión “amistad” se ha ido modificando y se ha ido aceptando dicho cambio por las cuestiones electrónicas, a saber, las redes sociales, poco a poco va reduciéndose en un contacto superficial y limitado en una comunicación que puede llamarse “artificial”. El resultado que se ha observado de esto es que hay un creciente sentido de soledad y la pérdida de redes de apoyo, algo tan necesario y primordial para poder hacer frente a las situaciones complejas de la vida. Siendo así, pareciera que al paso que va la psiquiatría y el esquema de salud-enfermedad, no sea difícil imaginar que pronto habrá una nueva clasificación en la CIE y el DSM que aborden ese problema para que la industria farmacológica pueda hacer su trabajo.

Un factor que en estos últimos días se ha visto muy fuerte en los aspectos psíquicos personales y de las sociedades es la incertidumbre por el futuro, los cambios sin un orden comprensible que parece siempre terminar o encaminar al caos hacen todavía más difícil la generación de seguridad personal para el futuro en concreto, dichos cambios se dan en todos los ámbitos, sean sociales, políticos, religiosos, institucionales, morales, tecnológicos, de pensamiento, modas, entre otros, se habla ahora mismo, con todo eso, del fuerte cambio social que está ocurriendo de manera constante y activa en nuestra sociedad, dichos cambios que se generan a una velocidad cada vez mayor y sin una dirección clara, hacen que los niveles de ansiedad y estrés sean cada vez más altos en personas y comunidades enteras, acarreando

entonces las consecuencias a nivel individual y colectivo. Definitivamente mucho el estrés de la vida actual tiene que ver con esos cambios y genera mucha incertidumbre en la realidad social, aunque es cierto que ya se manejan varias categorías y protocolos de acción a base de instrumentos para el manejo y afrontamiento de estrés, pudiera ser necesario que las ciencias de la salud mental vieran y comenzaran a considerar el *tecnoestrés* y la *tecnoansiedad*.

Un hecho realmente necesario de abordar aún más en estos días y que es realmente necesario que se maneje de una manera completa y en coordinación con las autoridades correspondientes son los problemas de violencia e inseguridad social, los cuales, parecen que son un fenómeno muy actual y en constante avance y cambios activos, los medios de comunicación, ahora tan “eficientes”, no se dan cuenta de toda la violencia e inseguridad que se vive en el mundo, lejos de ello, se han preocupado más por informar con notas amarillistas lo que acaece día a día en nuestro país, tratan de normalizar dicha forma de pensar y actuar, vendiendo dicho pensamiento hasta a los niños mediante programas y acciones que la fomentan de manera indirecta o directa. Las noticias llegan de todos lados, desde los ataques terroristas desde distintos y lejanos puntos del mundo, la criminalidad y el poder creciente de las organizaciones delictivas, de manera especial, en nuestra ciudad y nuestra región dicho fenómeno se vive casi de manera cotidiana, dejando una mala sensación social de sentirse inseguros y haciendo que el temor y la ansiedad porque nosotros o alguien de nuestra familia se víctima de este atroz “fenómeno”, hasta incluso llegar a tocar los terrenos de la paranoia social por vulnerabilidad, lejos de buscar una clasificación de los efectos “biológicos” causados por la violencia, debería de trabajarse desde la psicología social y clínica por una solución verdadera.

Entre todos los cambios sociales que se están observando hoy en día, puede mencionarse también que hay muchas y numerosas confusiones en el sentido de la trascendencia, ya que la pérdida del sentido religioso y la espiritualidad parece que también están teniendo consecuencias en la propia salud mental, a saber, por el notable efecto en la confusión religiosa y el sincretismo que reduce las creencias a un llamado “relativismo vacío”, el cual ha generado que se pierda ese sentido de trascendencia en la existencia personal, no se habla en particular de alguna orientación religiosa, sino más bien, al efecto que tenía anteriormente en una sociedad en donde los valores y normas morales eran dictadas en mayor parte por la religión,

hoy en día, es muy frecuente escuchar de personas que pareciera que vivía en una situación de bienestar, en lo que tiene que ver con los factores externos de su persona, pero que declaran tener un vacío existencial en su experiencia de vida o en su sentido de pertenencia al mundo, la búsqueda de satisfacciones inmediatas en su vida moderna ofrece entonces, el desencanto y frustración profunda en sus vidas, haciendo que muchas de ellas comiencen a ver el suicidio como la única salida a dicho sufrimiento, claro, no es que se hable de que la religión tenga un control total en las sociedades, pero ese “bastón” ayudaba mucho a una gran cantidad de personas a sentirse realizadas o sentían una autoridad superior que las atendiera, aunque la ciencia y la religión han tenido algunas diferencias en tiempos anteriores, nunca se ha observado ni se ha planteado la posibilidad, de que aquellos que son pura y netamente religiosos sean catalogados dentro de algún DSM o CIE como “esquizofrénicos”, más bien, se observa que ha sido una ciencia auxiliar placentera para todo tipo de personas.

Existen entonces numerosos problemas que deben ser atendidos desde una perspectiva biológica, psicológica y social, nada puede ser atendido desde una perspectiva única, nadie puede tener la verdad absoluta en un tópico, ni tampoco ninguna disciplina puede decir que no necesita de otra para seguir adelantando, todas ellas pertenecen al claustro de las ciencias, la ciencia, tiene el objetivo de satisfacer las necesidades del hombre, por lo que el trabajo interdisciplinario es vital para el funcionamiento de todas ellas. En lo que tiene que ver con la psiquiatría y la psicología, ayudan a explicar, y conjugando con lo anterior expuesto, que han existido efectos negativos en la salud mental por la forma de vida actual.

Entre las consecuencias más preocupantes que la realidad social que vivimos hoy en día ha generado en los individuos y sujetos, se puedan mencionar los altos niveles de ansiedad y estrés bajo los que mucha gente trabaja o vive incluso desde la comodidad de sus casas, también existe una mayor tendencia a la depresión, a las adicciones a sustancias, los intentos y acciones suicidas, así como el notable aumento de violencia. Aunque puede decirse que la ansiedad y el estrés siempre han sido una característica de la sociedad, ha habido un aumento notorio del mismo, pero ya de un estrés patológico, que supera incluso la capacidad del individuo para poder hacer frente a las problemáticas de su entorno y a su vida misma. Cuando estos niveles de estrés y ansiedad se viven de manera crónica generan aún mayores

consecuencias en la propia salud física, el hecho de vivir en el siglo XXI ya es una causa de estrés.

Los problemas de depresión no es sino el resultado negativo de las malas experiencias de insatisfacción y frustración por la vida actual que se vive o la que se espera vivir, los más afectados son los jóvenes de hoy en día, quienes están en un estado depresivo la mayor parte del tiempo, lo que lo convierte en un problema aún más preocupante, puesto que se puede predecir con ello que la sociedad futura cargará con esos problemas de manera más intensa y que al mismo tiempo se conjurarán con las problemáticas futuras que aún desconocemos, ello sin mencionar los problemas de adicciones a sustancias que se observan en cualquier parte del mundo hoy en día, las adicciones se han vuelto una situación social cada vez más preocupante, aun con todos los esfuerzos institucionales y de las campañas que se han lanzado, parece que la tendencia a la adicción aumenta paulatinamente entre todas las personas, sobre todo, en los jóvenes. El sentido de soledad y las insatisfacciones en la experiencia de vida de las personas pueden ser algunos de los principales detonantes de dicha problemática, aún con todo, la salud mental no puede desarrollarse ni mucho menos estabilizarse en las personas mientras se encuentren en medio de problemáticas como las ya mencionadas.

Un hecho notorio de la ausencia de salud mental en las personas, es el alza en los índices de violencia interpersonal e intrapersonal, siendo un fenómeno más dramático y que está afectando a todos los niveles y grupos de las sociedades, la violencia interpersonal puede verse que inicia desde los pequeños desencuentros, las confrontaciones verbales entre las personas, las confrontaciones laborales o físicas con cualquier otra persona, las cuales, parecen estar a la orden del día, dicha tendencia que se tiene para “solucionar” los problemas con los demás genera y fomenta que la violencia se vaya normalizando entre las sociedades, de una forma u otra hay muchas promociones de la violencia en nuestras sociedades actuales, desde la exposición directa a ella, los videojuegos y la falta de consecuencias entre los agresores, esto nos ha ido convirtiendo poco a poco en una sociedad cada vez más violenta, las consecuencias más drásticas las vivimos en la violencia de tipo criminal, siendo así, y considerando que alguien que fomenta y practica la violencia carece de salud mental, ¿qué ha hecho el actual esquema de salud-enfermedad para afrontar ese problema? no basta con clasificar o medicar a los agresores o las víctimas, hace falta construir vías de salida de esa normalización de la violencia,

mismas que la promoción de la salud mental puede lograr mucho, haciendo falta un nuevo paradigma y esquema para ello.

La promoción de la salud mental es aún posible y ante todo, es realmente necesaria, no puede el esquema de salud actual, ni la psiquiatría ni la psicología resignarse a tender solo las consecuencias “nosológicas” que derivan de todas estas problemáticas, debe haber un trabajo comunitario para promover actitudes y hábitos mentalmente saludables para no tener que atender un creciente número de pacientes con enfermedades mentales y sobre todo, sostener una sociedad cada vez más enfermiza en sentido mental, el trabajo es gigantesco, pero es necesario, puede lograrse con la colaboración de todas las ciencias y disciplinas involucradas, como la psiquiatría, la psicología social, la psicología clínica, la psicología de la educación, la sociología, el trabajo social y la participación de las autoridades correspondientes.

Aunque se viva en la era tecnológica, debe de fomentarse retomar la interacción en la familia, donde puede comunicarse con mayor facilidad y frecuencia con las personas más cercanas, es en esa primera relación que se fortalecen los lazos afectivos y el entorno inmediato, es el primer lugar de educación y de interacción, es necesario un espacio permanente de expresión y convivencia, también, es de mucha necesidad promover la convivencia personal con un círculo cercano de amigos, con los compañeros escolares, de trabajo, vecinos, entre otros. Hace falta reforzar la red de apoyo social inmediata y cercana, por encima de las redes mediatas e impersonales que representan las interacciones virtuales.

Aunque no puede saberse con certeza lo que ocurrirá en el futuro, generar expectativas realistas de un desarrollo ayuda bastante, sobre todo, a hacer una reflexión de la realidad que nos ayude a no dejarnos llevar por lo que los medios de comunicación y la mercadotecnia nos venden y el sentido de consumo que crea en nosotros expectativas poco realistas y llega a agobiarnos con opciones innecesarias, especialmente en los jóvenes es importante inculcar el sentido de satisfacción con lo que tienen a su alcance para que se evite la sensación de insatisfacción que la publicidad, los estereotipos y los medios de comunicación nos provee, es necesario valorar lo que se tiene, como la familia y los logros (aunque pequeños) que tenemos todos los días, y dicha valoración podemos hacerla unos a otros.

Los profesionales de la salud mental podemos ayudar a las sociedades a aprender a entender la incertidumbre, ayudarlos a revalorar sus bases de interacción y del pensamiento, aquellos aspectos de su vida que hoy en día se han convertido en inquisidores de ellos mismos. Los cambios son la constante de la actualidad, sin embargo, se puede tener y observar sentido cuando podemos visualizar desde una base estable lo que ocurre a nuestro alrededor, es importante reconocer con claridad quienes somos y hacia dónde vamos, que nada destruya la personalidad y la autoestima que las personas han creado a lo largo de toda su vida, una vez que se entiende y aplica eso, lo que ocurra en el exterior, todo lo que este fuera de nuestro alcance, puede entenderse y ver la estructura involucrada y la forma en que eso puede afectarnos a nosotros, por ende, evitarlo.

Siguiendo esa línea, debe reconocerse que, aunque es cierto que no podemos ignorar la violencia social de nuestro alrededor, podemos buscar espacios en los que se pueda interactuar de forma segura, valdría la pena que esa violencia de nuestro entorno nos provoque que en nuestras relaciones interpersonales no afecte y exista la armonía. Pareciera una contradicción, pero es un fenómeno que merece nuestra total atención, muchas personas están respondiendo la violencia siendo amables y accesibles con los demás, eso ayuda a que se creen espacios de armonía tan necesarios para nuestra salud mental en constante recuperación y construcción. Alejemos en lo posible a los niños de la violencia en cualquiera de sus exponentes y presentaciones, sobre todo la que está presente en lo que ellos están involucrados todos los días, es importante ofrecerles a ellos también experiencias de mayor armonía, incluso en su mundo virtual, lejos de clasificarlos y catalogarlos como hiperactivos o con déficit de aquella o tal cosa, debemos crear en ellos una realidad social que fomente la armonía con los demás, la promoción y educación de la salud jugará un papel vital en dicho proceso.

Tal vez lo que se ha mencionado hasta ahora no acabe con todas las problemáticas que afrontamos en nuestra sociedad moderna, ni mucho menos garantizará la salud mental permanente en los demás, pero es lo que puede plantearse como el comienzo de una modificación al esquema de salud-enfermedad actual, en el que las neurociencias, las clasificaciones, el discurso médico y las cuestiones nosológicas cobran cada vez más poder en medio de la emisión de diagnósticos, de tratamientos o de prescripción de fármacos, todo eso

es cierto que propicia un bienestar orgánico a los padecimientos presentados, pero no garantizan una sociedad saludable emocional y mentalmente.

Es lógico pensar que el trabajo del psicólogo clínico y del psiquiatra no tiene un final claro ni una perspectiva única, pero tener en cuenta el discurso del paciente es vital para entender una problemática real, a veces se olvida que no es el profesional de la salud mental quien tiene el problema, sino el paciente, el paciente es el experto de lo que realmente le ocurre, en muchas ocasiones se ha observado en el ejercicio profesional que la problemática que ellos presentan al inicio no es la verdadera sino que siempre hay algo más detrás de lo que argumenta, solo se puede entender esa problemática cuando se escucha al paciente, pero no en una historia clínica haciendo preguntas sobre antecedentes o sobre inicios y términos de la sintomatología, sino desde la perspectiva social, cultural, biológica y psicológica del paciente, cuando se conjugan esas tres, se obtiene un motivo de consulta, se puede elaborar un foco terapéutico, un plan de intervención, se puede determinar si es necesario el trabajo conjunto con alguna otra disciplina de la salud, se elige el tiempo, la técnica, el método y los objetivos a trabajar, todo eso se logra a partir de un esquema “definido”, y aunque habrá que darle nombre científico a lo que el paciente expresa, no debe ser la verdad absoluta.

La psicología entonces, es una ciencia que se define por el estudio del comportamiento en todas sus manifestaciones y contextos, aplicada en este caso a la clínica y a la salud mental, siendo entonces también una disciplina científico-profesional con historia e identidad propias, busca el bienestar del paciente a través de sus esquemas de trabajo, el objeto de trabajo, al igual que en el caso de la psiquiatría, son los padecimientos y enfermedades mentales. Es evidente que el psiquiatra no está suficientemente formado para utilizar con destreza los tratamientos psicológicos, ni el psicólogo posee (afortunadamente) la habilidad legal ni por ello la formación necesaria, en la misma proporción, para hacer uso de terapéuticas farmacológicas, por ello, y en beneficio de la persona atendida, se impone la cooperación de ambos profesionales en un plano de igualdad.

REFERENCIAS

Álvaro Estramiana, José Luis. (2003). *Conductismo clínico. En Fundamentos sociales del comportamiento humano* (18-30). México: Pearson.

Arias Beatón, Guillermo. (1 de abril de 2014). *El diagnóstico en psicología*. Psico-ciencia, IV.

Basaglia, Franco. (1972). *Psiquiatría o ideología de la locura*. Barcelona: Cuadernos anagrama.

Basaglia, F. (1984). *Anti psiquiatría y política: intervenciones en el cuarto encuentro internacional de alternativas a la psiquiatría*, Cuernavaca, 1978. Barcelona: Cuadernos anagrama.

Bertolote, José M. (Septiembre 2008). *Raíces del concepto de salud mental*. World Psychiatry (Ed Esp.), 6, núm. 2.

Black, Donald W. (2015). *Texto introductorio de psiquiatría*. Estados Unidos: Pearson.

Cabrera Macías, Yolanda; López González, Ernesto José. (2007, num. 3). *Psicodiagnóstico, una mirada a su historia*. MediSur, 5.

Cruz Montalvo, O. M. Pensar, practicar y escribir: *la Revista Colombiana de Psiquiatría y la historia de la psiquiatría colombiana en la segunda mitad del siglo XX* / Think, practice and write: the Revista Colombiana de Psiquiatría and the history of Colombian psychiatry in the second half of the twentieth century. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, [s. l.], v. 45, n. 4, p. 1–252, 2016. DOI 10.1016/j.rcp.2015.09.005.

Disponible en:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edsdoj&AN=edsdoj.f87f40f5ce7845a9aa058493629444f4&lang=es&site=eds-live>. Acceso em: 24 ago. 2020.

Fendrik, Silvia; Jerusalinsky, Alfredo. (2011). *El libro negro de la psicopatología contemporánea*. México: Siglo XXI.

Foucault, M (1976). *Historia de la locura en la época clásica*. 2º edición, FCE.

Foucault, M. (1970). *Conferencia pronunciada en la Universidad de Artes Liberales*, Tokio.

Foucault, M. (1991). *La verdad y las formas jurídicas*, Gedisa, Barcelona.

Freud, S. (2004). *Psicoanálisis aplicado y técnica psicoanalítica*. Madrid: Alianza.

Freud, S. (2011). *Psicopatología de la vida cotidiana*. Madrid: Alianza.

Gabriel Duero, Dante. (2016-marzo). *El Diagnóstico Psicopatológico: Características y Supuestos Epistemológicos en los que se Sustenta*. Reflexiones sociales, VIII.

González de Rivera, J. L. (19 de mayo de 1998). *Evolución histórica de la Psiquiatría*. Psiquis, V, 1-183.

Granda, E. (2004) *¿A qué llamamos salud colectiva, hoy?* Revista Cubana.

Gros Fredéri (2000) *Foucault y la locura*, 1º edición, Buenos Aires, Ediciones Nueva Visión.

Hernández, Jorge Ángel. (2014). "Las teorías de la desviación social y su consenso".

Disponible en: <http://letras->

[uruguay.espaciolatino.com/aaa/hernandez_jorge_angel/las_teorias_de_la_desviacion_social.h](http://letras-uruguay.espaciolatino.com/aaa/hernandez_jorge_angel/las_teorias_de_la_desviacion_social.htm)
[tm](http://letras-uruguay.espaciolatino.com/aaa/hernandez_jorge_angel/las_teorias_de_la_desviacion_social.htm)

<https://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/CS/article/view/578>

Huertas García-Alejo, Rafael. (2017). *Otra historia para otra psiquiatría*. España: Xori.

Huertas, Rafael. (2012). *Historia cultural de la psiquiatría*. Madrid: Catarata.

José, Ignacio Allevi (1998). *Saberes científicos y regímenes violentos: confluencia de ideas, prácticas e intereses entre la psiquiatría alemana y el régimen nazi*. Revista Brasileira de História & Ciências Sociais, [s. l.], v. 8, n. 16, p. 192–210, 2016. DOI 10.14295/rbhcs.v8i16.361.

Lieberman, Jaffrey A. (2016). *Historia de la psiquiatría*. Barcelona: Ediciones B.

Lopera E. Juan D. (15 de marzo de 2015). *El concepto de salud mental en algunos instrumentos de políticas públicas de la Organización Mundial de la Salud*. ac. Nac. Salud Pública, III, spl 1.

Luis, Aguirre Eduardo. (2001). "Teoría del Etiquetamiento (Labeling Aproach): o cuando el Estado construye al delincuente". Derecho a Réplica. Disponible en: <http://www.derechoareplica.org/index.php/233:teoria-del-etiquetamiento-labeling-13>

Mannoni, M. (1977). *El psiquiatra, su "loco" y el psicoanálisis*. México: Siglo XXI.

Mares Ochoa, Roberto. (2014). *Sigmund Freud y el psicoanálisis*. México, D.F.: Américas.

Marmitt, Y; Ordorica, T.; Golcman, A. (2019) *¿Qué expresan los locos iberoamericanos? Las fuentes narrativas y sus posibles abordajes*. Vol. XX, Núm. 71, pp. 173-195.

Montenegro, María del Carmen (S/F) *El significado y el significante de la locura, de los trastornos y la salud mental*.

Montenegro, María del Carmen; Martínez, José Manuel (2010) *Reflexiones acerca de la psicopatología forense: una breve revisión conceptual*.

Morrison, James. (2015). *DSM-5: guía para el diagnóstico clínico*. España: McGraw Hill.

Mundo, E. (2008). Ginebra: *Organización Mundial de la Salud*; 2008.

Novelia, Enric. (2018). *El discurso psicopatológico de la modernidad: ensayos de historia de la psiquiatría*. Madrid: Debate.

Organización Mundial de la Salud (2004) *Informe Sobre la Salud moderno*. Ginebra, Suiza: PAS.

Organización Mundial de la Salud. (2001). *Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra, Suiza: PAS.

- Phillips, Katharine A. (2005). *Avances en el DSM: dilemas sobre el diagnóstico psiquiátrico*. Estados Unidos: Pearson.
- Plumed Domingo, José Javier; Rojo Moreno, Luis Miguel. (2016) *El tratamiento de la locura entre los siglos XIX y XX: los discursos sobre la cura en la medicina mental española, 1890-1917*. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.23, n.4, out.-dez. 2016, p.985-1002.
- Potestad Menendez, Fabricio; Zuazu Castellano, Ana Isabel. (2003). *La salud mental en el siglo XXI*. Norte de Salud Mental, 18, 40-98.
- Reed, Geoffrey M.; Anaya, Celia; Evans, Spencer C. (enero de 2013). *¿Qué es la CIE y por qué es importante en la psicología?* International Journal of Clinical and Health Psychology, XI, 317-351.
- Reed, Geoffrey M.; Anaya, Celia; Evans, Spencer C. (Marzo de 2012). *¿Qué es la CIE y por qué es importante en la psicología?*. International Journal of Clinical and Health Psychology, XII, núm. 3, 462-473.
- Revel, Judith. (2014). *Foucault, un pensamiento de lo discontinuo*. México: Esfinge.
- Rodríguez Castro, Santiago. (2007). *Diccionario etimológico griego-latín del español*. Estado de México, México: Mc Graw Hill.
- Sancho, María Dolores. (2014). “*Sociología de la desviación: Howard Becker y la “teoría interaccionista de la desviación”*”. Vol. 7, Núm. 12.
- Sanjuán, Julio. (2016). *¿Tratar la mente o tratar el cerebro?: hacia una integración entre psicoterapia y psicofármacos*. Argentina: Pearson.
- Scull, Andrew. (2013). *La locura: una breve introducción*. Madrid: Alianza.
- Sedat, Jacques. (2003). *Sigmund Freud: pensamiento y conceptos*. Madrid: Biblioteca nueva.

Sole Arrondo, María Elena. (Marzo de 2002). *La clasificación internacional de los trastornos mentales y del comportamiento*. Revista cubana de psicología, XIX, núm. 3, 42-243.

Soler, C. (2014). *Lacan, lo inconsciente reinventado*. España: Mc Graw-Hill.

Voltaire. ¿- (2010). *Cándido o el optimismo: texto completo*. México: Colofón.