



La locura frente a la normalidad.

Una mirada hacia la situación social del enfermo mental y la estigmatización de la demencia en España.

Andrés Muñoz Villalba

Tutor. Javier Rodríguez Mir

Trabajo Final de Máster

Máster Antropología Aplicada y de Orientación Pública.

Septiembre 2020

¹ Obra de Władysław Podkowiński, “*Szał uniesień*” (*El frenesí de las exultaciones*) 1893. Museo Nacional de Cracovia. La figura muestra una joven tranquila cabalgando un caballo negro desbocado, una alegoría del delirio.

Índice

Aspectos metodológicos.....	3
Justificación.....	3
Hipótesis.....	3
Pregunta para la investigación.....	4
Objetivos	4
Introducción	5
Capítulo 1 Contexto histórico	9
Capítulo 2. Antipsiquiatría y teorías críticas	19
Qué se entiende como “enfermedad”	24
Capítulo 3. Enfermedad y clasificación	28
Capítulo 4. El estigma	33
Estigma estructural.....	42
Estigma social.	43
Estigma interiorizado	46
Capítulo 5. Salud mental en España.....	47
Capítulo 6. Análisis de datos y conclusiones	54
Bibliografía	59
Anexos.....	65

Aspectos metodológicos

Justificación

La inquietud de este trabajo es la exploración de un problema que, en numerosas ocasiones es olvidado en los discursos políticos y sociales, y que consiste, tanto en la información social que se hace de las enfermedades mentales, así como de los efectos que estas patologías provocan en las vidas de las personas que las padecen; tanto en la “percepción” como el “reconocimiento” de este tipo de enfermedades, son cuestiones estrechamente relacionadas que en raras ocasiones parecen tener un tratamiento mediático y económico comparable al de otros males que padecen las personas y, por ende, la sociedad. Marginación y ocultamiento han sido las maneras más comunes en cómo han sido tratadas y representadas socialmente estas enfermedades, desde la otredad hasta el actual siglo XXI, lo que ha generado a lo largo de este vasto tiempo transcurrido un amplio rango de sentimientos de incertidumbre y de desentendimiento que ha terminado desembocando en la creación de un sentimiento de estigmatización social que aún permanece anclado en un imaginario colectivo con amplias carencias informativas, tanto individual como socialmente. Bajo estas premisas se considera que la disciplina antropológica puede ser un factor relevante a la hora de tratar esta compleja cuestión, ayudando a la comprensión, en profundidad, de estas realidades sociales normalmente poco visibles en el debate social y, muy especialmente, aquellas situaciones de vulnerabilidad social que padecen estas personas, así como el difícil acceso a la ayuda especializada. Por ello, se considera que la investigación de dicha problemática podría ser, tanto una oportunidad para las personas afectadas y para la sociedad en su conjunto, pues, aunque parezca paradójico, ni los individuos ni la propia sociedad apenas poseen información de esta situación, como para la propia disciplina antropológica, que tendría una oportunidad para desarrollar líneas de investigación que le permitan ofrecer a la sociedad su trabajo y aportación, tanto científica como humanamente.

Hipótesis

La hipótesis que se busca confirmar en este trabajo es que las personas que padecen enfermedades mentales estarían condicionadas por su propia enfermedad además de por una serie de padecimientos directamente relacionados con la imagen que

la sociedad alberga sobre ellas, lo que se traduce en un peor acceso a los recursos sanitarios específicos que necesitan estas personas, tanto de prevención, detección y tratamiento, así como en un deterioro y empeoramiento de su realidad social y laboral, debidos ambos efectos a los estereotipos negativos mediante los cuales la sociedad imagina a estas personas; es decir, la generación de sentimientos sociales relacionados con la estigmatización constituiría un círculo vicioso que se reproduciría, empeorando las condiciones de las personas señaladas como “locas” y dificultando su tratamiento y poseyendo una mayor cantidad de posibilidades de presentar síntomas que alimenten los estereotipos hacia dicho grupo de personas.

Pregunta para la investigación

¿Cómo las personas que padecen enfermedades mentales son discriminadas y estigmatizadas social y laboralmente en la sociedad española contemporánea mediante la creación de prejuicios y estereotipos?

Objetivos

Generales

- Analizar la realidad social de las personas con enfermedades mentales y sus experiencias vitales de precariedad laboral y social, de malestar físico y psicológico, y el nivel de acceso a los recursos sociales que poseen estas personas como consecuencia del estigma social que padecen.

Específicos

- Identificar aquellas cuestiones que condicionen y afecten en la forma de crear la imagen del “loco”.
- Describir cómo son generados los discursos normalizantes hacia la salud mental y cómo estos discursos impactan en la sociedad, en forma de consecuencias, corrigiendo o evitando la reproducción de discursos estigmatizantes.
- Analizar la forma en la que estos discursos normalizantes afectan a la creación, en el imaginario social, de la figura del enfermo mental, que a su vez es acompañada de clichés, estereotipos y desinformación.

- Indagar en cómo esas cuestiones repercuten en la sociedad y en las personas afectadas por una enfermedad mental y cuáles son sus consecuencias en ambos casos.
- Estudiar cómo afecta el desempleo y los estereotipos dañinos sobre la locura a las personas que padecen una enfermedad mental en su vida cotidiana
- Cuestionar cómo los medios de comunicación y producciones culturales, como el cine y la literatura, han representado las enfermedades mentales y han facilitado la creación de una imagen social y un estereotipo dañino de esta realidad.

Introducción

En el año 2007 la revista de medicina *The Lancet* publicó una serie de estudios dedicados a la salud mental a nivel global². Dichos análisis confirmaron una realidad que goza de un limitado reconocimiento y visibilidad a nivel general en las administraciones de la mayoría de países del mundo. Este fenómeno afectaría a una cuarta parte de las personas del planeta. La Organización Panamericana de Salud (OPS) asegura que un 25 % de las personas del mundo ha sufrido, sufre o sufrirá alguna clase de trastorno mental a lo largo de su vida (OPS s.f.). Alrededor del 14 % de las enfermedades a nivel mundial son trastornos mentales, además de ser causa directa de más de medio millón de suicidios todos los años (Patel, y otros 2007). Paralelamente estos estudios arrojaron luz sobre otro fenómeno relacionado con esta realidad, y es que, la gran mayoría de personas a nivel global que padecen este tipo de enfermedades (alrededor del 90 %) no reciben ninguna clase de tratamiento al respecto. Esta situación choca frontalmente con lo que puede observarse en relación con las referencias a otras muchas clases de enfermedades mucho más presentes en los discursos políticos, económicos o humanitarios, como pueden ser, entre otras, el VIH, el cáncer o las enfermedades cardiovasculares entre otras.

La Organización Mundial de la Salud (OMS 2004) también ofrece información y cifras para la comprensión de esta problemática en un informe realizado alrededor de la

² Estos informes se publicarían en el volumen 370 de la revista, publicados on-line el 8 de septiembre de 2007 (Horton 2007).

intervención en el campo de la salud mental en el cual se afirma que; alrededor de 450 millones de personas padecen actualmente trastornos mentales, de los cuales 1 millón se suicidan cada año por dicha razón o por complicaciones derivadas. Alrededor de una de cada cinco familias en el mundo posee algún familiar que ha padecido o padece una enfermedad mental, siendo las familias en numerosas ocasiones los principales actores a la hora de realizar cuidados hacia los enfermos. Los sentimientos de estrés, de culpa o la incapacidad de hacer frente, humana y económicamente, a un enfermo en el seno familiar es un factor común que acaba desembocando en tensiones internas, así como en un aumento de la carga laboral, afectando en el proceso a la realidad (y calidad de vida) familiar. Por último, las personas que sufren enfermedades mentales son víctimas de numerosas problemáticas y casos de violación de los derechos humanos básicos, así como el padecimiento de discriminaciones relacionadas con el estigma en lugares como las instituciones psiquiátricas. (OMS 2004).

De las seis principales causas que forman el grueso de los años de vida condicionados por una discapacidad, cuatro son causadas directamente por trastornos neuropsiquiátricos como los trastornos relacionados con el consumo de sustancias tóxicas como alcohol o drogas, trastornos bipolares, esquizofrenia o depresión, siendo esta última la más común (OMS 2004) además de ser la cuarta enfermedad en términos de prevalencia a nivel mundial, así como una de las principales causas en el mundo de suicidios y discapacidad (Martínez Hernández 2006).

A nivel mundial, alrededor del 33% de los años vividos condicionados por una discapacidad en el mundo son causa directa de trastornos neuropsiquiátricos, así como también son responsables de esa discapacidad debido a lesiones autoinfligidas, que constituyen el 2,1% de los casos (OMS 2004). Para realizar estas estadísticas se utiliza la medida “Años de vida ajustados por discapacidad” (AVAD)³ para la cuantificación del impacto de estas enfermedades en el panorama de la creación de discapacidad. En algunos países, como los denominados “en desarrollo”, cuya infraestructura médica no es tan potente como la de los países del denominado “primer mundo” o cuya población

³ La variante “Años de vida ajustados a discapacidad” (AVAD) se obtiene al sumar los “Años de vida por muerte prematura” (AVPM) y los “Años de vida perdidos por discapacidad” (AVPD). Este indicador mostraría la salud de una población, así como el impacto a lo largo del tiempo de una enfermedad y las limitaciones que esta supondría en la vida de las personas. Fue empujado por primera vez en el Estudio Global de Carga de Enfermedad en 1996 de Murray y López (Álvarez Martín 2012).

no pueda permitirse el cuidado de individuos adultos que no pueden trabajar esta situación se convierte en una problemática especialmente complicada de llevar a cabo debido a la doble vulnerabilidad de estas personas (ENSE 2017).

La OMS mostró una especial atención hacia la creación de modelos de intervención y de ayuda en el contexto de la salud mental. Este énfasis estaría enfocado en el desarrollo de posibilidades a la hora de incrementar la competencia las competencias de los individuos y de sus comunidades para permitirles alcanzar sus propios objetivos (OMS 2004). Es una materia de gran interés para la comunidad ya que, desde los impuestos destinados a su tratamiento hasta haber sufrido episodios de una enfermedad mental, esta problemática conecta e influye al conjunto social al completo. Por ello esto no es un problema parcial de un número reducido de individuos, sino como un problema que afecta al conjunto total de la población.

En términos generales, aún hoy las enfermedades mentales son entendidas y sentidas en la sociedad de una manera muy distinta a como lo son otra serie de padecimientos. Ello es en gran parte debido a las históricas lógicas de exclusión y las formas en las que se ha recreado a lo largo del tiempo la enfermedad mental en el imaginario colectivo, muchas de cuyas creencias aún se encuentran ligadas a estereotipos de violencia y rebeldía, invisibilizando que más personas de las que creemos desarrollan su cotidianeidad lidiando con algún tipo de enfermedad mental además de con un el estigma y la discriminación que arrastra la propia enfermedad mental, lo que desencadena en estas personas sentimientos de culpa, incompreensión y marginación para con el resto del conjunto social. En Europa ha ido surgiendo a lo largo de las últimas décadas una, cada vez más, creciente preocupación por el impacto que poseen esta clase de enfermedades, así como la general despreocupación con la que han sido tratadas. Las estimaciones afirman que esta clase de enfermedades afectan a un tercio de la población europea además de situarse en los sectores más vulnerables de la sociedad (Observatorio de la Sanidad Fedea 2014). Durante este apartado se ha podido comprobar de forma breve la situación en la que se encuentra el trato de la enfermedad mental, su reconocimiento, los recursos que se invierten en su cura o incluso las consecuencias personales y sociales que estas enfermedades suponen. Las enfermedades deben ser entendidas como focos totalizantes que permean todas las capas de la población y, por ello, no pueden ni deben ser estudiadas desde un solo plano. No es únicamente un problema de salud, sino que la salud mental de la población también es

un problema económico, social y político que lastra nuestras sociedades desde hace mucho tiempo.

Por último, sería oportuno destacar el papel transformador que puede ejercer la antropología en esta problemática. El análisis y la visión cualitativa enfocada en lo “micro” que posee la antropología puede ser fundamental, y es uno de los puntos más olvidados de las tres dimensiones que propone Stolkner a la hora de analizar la relación entre los sujetos y los servicios de salud macro, meta y micro (Stolkner 1994)⁴. En un análisis sociológico de estas características es muy importante poseer una perspectiva de análisis y acción cualitativa, con el que, con ayuda de datos y cifras, poder acceder a los conocimientos y experiencias simbólicas de los sujetos, que es una de las cuestiones a tratar y un punto de vital importancia en la configuración de las imágenes sociales que pretendemos estudiar. El análisis de estas cuestiones puede ayudar a la comprensión en profundidad de estas realidades sociales normalmente poco visibles en el debate social, y especialmente las situaciones de vulnerabilidad y la dificultad de acceso a la ayuda especializada de muchas personas en el mundo. La antropología social y cultural, en palabras de Menéndez, ha sido una disciplina que se ha destacado por hacer de lo obvio su objeto de estudio (E. L. Menéndez 2012). Esta afirmación hace referencia a la capacidad que posee esta disciplina para observar las cuestiones tan interiorizadas y normalizadas que componen la realidad social de los individuos que apenas son visibles. Entender nuestro interior, ya sea a nivel psicológico como a nivel de comunidades o de formas de interacción u organización social, hace surgir preguntas y pone en debate aquellas cuestiones que, como en todas las sociedades, se han mantenido como obviedades, como formas de normalidad tan asumidas que resulta difícil observarlas en profundidad. Esto es vital en cualquier metodología relacionada con la antropología, haciendo de lo cotidiano un paisaje exótico cuyo objetivo final será el de descubrir aquellos procesos de salud/enfermedad/atención-prevención que en la mayoría de disciplinas y medios sociales no se “ven” (E. L. Menéndez 2012)

⁴ La autora afirma que existen distintos niveles de relación macro (políticas económicas), meta (propios medios y prácticas de los servicios) y micro (como los sujetos se relacionan con los mismos) (Stolkner 1994).

Capítulo 1 Contexto histórico

Gran parte de las cuestiones relacionadas con la medicina y, sobre todo, con funciones propias del ser humano han sido percibidas, tanto en el pasado como en la actualidad, de muchas y muy variadas maneras, dependiendo del contexto histórico, cultural o incluso religioso. La forma de percibir la existencia es un continuo flujo de creencias y sentimientos que moldean las maneras en las personas nos relacionamos con nuestro entorno y con la comunidad. Es debido a esta innegable ley humana por la que podemos asegurar que la medicina que hoy conocemos poco o nada tiene que ver con el conjunto de prácticas sociales que han tenido lugar a lo largo de la historia. El estudio de las concepciones y formas de entender la enfermedad es clave para la comprensión de cómo los fenómenos biológicos, culturales y sociales, que se entrelazan en los momentos de padecimiento de una enfermedad, se conjugan y condicionan tanto la experiencia a la hora de asumir procesos y realidades vitales tanto desde la situación de las personas sanas como desde las enfermas. La enfermedad y la salud se encuentran relacionadas ambas siendo estas dos caras de una misma moneda. Sería imposible analizar cualquiera de estas dos fuerzas sin previamente comprender cómo interactúan y depende la una de la otra. La enfermedad, al ser catalogada como la situación no normativa con respecto al funcionamiento biológico y cultural de los sujetos, es percibida como la ausencia de normalidad (SEMI s.f.), quedando así ligada y enfrentada directamente a principios que se refuerzan como el normal y correcto funcionamiento de las cuestiones morales, biológicas y psico-sociales.

Aunque la psiquiatría no surgiese como una disciplina establecida y reconocida hasta mediados del siglo XIX existen evidencias de muestras de inquietud hacia aquellos malestares que sobrepasaban el aspecto físico del cuerpo humano desde tiempos antiguos. Ya en la antigua Sumeria se escribieron, en tablillas de barro cocido, tratados médicos que evidenciaban una perspectiva mágico religiosa de la enfermedad, la cual era asumida como un castigo divino por la violación de algún tabú (González de Rivera 1998). Otras civilizaciones también comenzaron a dar explicación y forma a esta serie de sucesos, como, por ejemplo, la cultura del antiguo Egipto, donde se reconocían y evaluaban enfermedades como la epilepsia, o Mesoamérica en la cultura azteca, que poseían representaciones y explicaciones, por ejemplo, en la figura de la diosa mesoamericana Tlazoltéot, la cual era una representación de la insania.

Aunque, de entre todas estas perspectivas, la historia occidental ha hecho de los saberes de la antigua Grecia una de las influencias más importantes para Oriente y Occidente. En la Grecia Clásica, Hipócrates anunciaba su teoría de los humores como explicación a las enfermedades de los humanos, en la cual el desequilibrio de los diferentes fluidos alteraba al sujeto y le hacía enfermar. Estos principios médicos, que para algunos constituyen la raíz del modelo médico occidental (Scull 2013), son importantes y destacables debido a que anuncian la separación entre *psique* (ψυχή, “alma”) y *soma* (σῶμα, “cuerpo”), lo que viene a significar la separación entre las “fuerzas interiores” del ser humano y el cuerpo que las albergaba. Esta disociación fue mantenida a lo largo de la historia y en las distintas maneras de practicar la medicina, lo cual implicaría una clara división entre las formas de entender los desajustes y los problemas corporales y mentales como campos de estudio distintos y autónomos uno de otro. Los padecimientos mentales fueron, con el tiempo, enfocados desde planteamientos místicos y religiosos (Scull 2013), lo que, paulatinamente, iría asociándolos con características pecaminosas en el contexto de los territorios europeos.

Estos teoremas serían de enorme influencia para la que fuese una de las figuras más destacadas en el campo de la medicina antigua y medieval, así como una persona clave en el estudio psiquiátrico “arcaico”. Galeano, que, en el siglo II d.C. emplearía las categorías humorísticas para desarrollar teorías alrededor de lo que él llamaría la “manía” y la “melancolía”⁵ (Salaverry 2012), siendo la manía el resultado de un exceso de sangre o bilis que producía alucinaciones y, la melancolía, el resultado de un exceso de bilis negra que sería responsable de la depresión. Galeano establecería a su vez distintas divisiones del alma, entre las que se encontraban la racional, la irracional y la irascible, de cuyo correcto equilibrio dependía la salud de las personas. Debido a la adopción del cristianismo en el año 380 d.C. en el Imperio Romano, se instauraría un panorama general de prolongada tensión en el campo del saber entre una visión naturalista de influencia grecorromana y la visión teológica cristiana, la cual entendía la enfermedad a partir de los designios divinos. Esta última tendencia interpretativa gozaría de una cada vez mayor influencia (Salaverry 2012) y, sobre todo, tras la caída del Imperio Romano en el año 476 d.C. Este brusco cambio en el orden social y cultural de la época y debido al derrumbe de lo que era en dicho periodo la estructura imperial

⁵ La palabra melancolía significaría literalmente “bilis negra”; μέλας (melás) significa negro y (χολή) bilis. Manía (μανία), por otro lado, significaría excitación, furia o locura.

hegemónica de los conocimientos de los clásicos de Grecia y Roma, dio comienzo un proceso de decadencia hasta una casi extinción, que se evitaría gracias a la supervivencia de numerosos textos bajo el amparo de Bizancio y, posteriormente, gracias a las traducciones que se realizarían por parte de eruditos musulmanes tras la expansión del islam. No sería hasta entrado el siglo IX que los saberes y escritos de los clásicos grecolatinos, en general, y aquellos relacionados con el ámbito de la salud y la enfermedad, en particular, volverían a ser introducidos en Europa occidental. La locura era entendida en dicho momento como un destino divino que, sumado a la concepción moral sobre la pobreza que poseía la Iglesia católica, permitió la locura fuera reconocida con un cierto beneplácito social, dejando a dichos individuos vagar libremente por el mundo, así como incitar a los buenos cristianos a ayudarlos mediante limosnas y obras de caridad. La enfermedad no estaría concebida entonces como un castigo divino ni como una consecuencia del azar, sino como una prueba (Goberna Tricas 2004) que garantizaría el acceso al reino celestial.

A pesar de poseer marcos de pensamiento comunes, la desfragmentación política, económica y social que reinaba en los primeros compases de la alta Edad Media hacía casi imposible seguir de forma homogénea las teorías y prácticas médicas, cambiando estas en distintas épocas y lugares durante este periodo. Por ejemplo, autores como Bassoe (González de Rivera 1998) aseguran que la península ibérica podría reconocerse como la cuna de la psiquiatría moderna, al conseguir realizar una elaboración exitosa de las teorías galénicas, gracias a la influencia y presencia del islam, y a la caridad benefactora cristiana. A este respecto se pueden encontrar ejemplos durante este periodo como los que representan el Concilio de Paderborn del año 785 d.C. o el Canon Episcopi del 906 d.C.⁶, evidenciándose en ambos casos una tendencia de la Iglesia católica que reflejaba una cierta permisividad con respecto a las formas mágicas y demoniacas (Foucault 2018), situación que se iría revirtiendo con el tiempo para que a finales de la Edad Media y comienzos de la Edad Moderna se volviese a dar una situación de persecución. Por lo tanto, los siglos conocidos como la alta Edad Media fueron distinguidos como una época general de oscurantismo y negación de los paradigmas del recién caído Imperio Romano, dando origen a una trágica situación

⁶ Si bien en ambos procesos se asegura la existencia de figuras como los hechiceros y las brujas, así como establecer los delirios como imaginaciones impías y pecaminosas, no se puede ver rastro de una criminalización y represión generalizada, como sí se viviría unos siglos más adelante.

general en la que la locura era percibida como otro infortunio más en un contexto de hambrunas, plagas y guerras (Scull 2013), cuya influencia serviría para acentuar las divisiones a la hora de entender las enfermedades, primando las características físicas de la lepra o la peste como únicas formas de expresión de la enfermedad, siendo el plano mental relegado a expresiones más relacionadas con influencias y designios divinos que con el plano terrenal, ya que el misticismo católico llevaría a la glorificación de estos fenómenos entendidos como mortificación de materia (Salaverry 2012). Esta percepción que se poseía en la Edad Media sobre la enfermedad estaba profundamente basada en las convicciones del cristianismo de la época, que destacaba la imperfección de la naturaleza y el mundo material a través de la fragilidad y podredumbre del cuerpo humano (Goberna Tricas 2004), ya que se asumía que solamente en el cuerpo era capaz de albergar enfermedades, creencia trágicamente apoyada en las imágenes de las variadas infecciones y enfermedades cutáneas y, muy especialmente, a lo que significó la lepra. Las enfermedades eran entonces entendidas como pruebas morales hacia la salvación de las almas, en cuyo énfasis se basaba la salud. Los flagelantes durante la peste bubónica serían ejemplos de esta cuestión. El pecador se convierte en penitente y el mal del cuerpo lleva a la capacidad de redención y de cura (Herzlich y Pierret 1988) donde el deseo a la automutilación desembocaría en el deseo primordial de liberarse sin incurrir en pecado (Reich 2020).

No sería hasta comienzos de la baja Edad Media cuando las teorías clásicas de entendimiento de estas enfermedades fueron cambiando en pos de una explicación basada en una concepción cada vez más mágico-religiosa de esta problemática, a la vez que de forma paralela, se comenzaron a desarrollar ideas explicativas para los fenómenos referidos como “conductas inmorales” basadas en explicaciones místicas, como posesiones por parte de demonios o reflejos de una vida pecaminosa (Stucchi-Portocarrero 2013). Al igual que los procesos lógicos que componían las explicaciones hacia los distintitos comportamientos anormales, los remedios también comenzaron a girar alrededor de la expulsión de los seres demoniacos de los cuerpos de las personas afectadas, pero no hacia el cuerpo en sí, por lo que los procesos de curación mediante métodos que supusieran infringir dolor o crueldad no se darían todavía (Stucchi-Portocarrero 2013).

La visión renacentista hacia la locura comenzaría a diferenciarse de las interpretaciones anteriores; si en la Edad Media, donde la decadencia del saber

grecolatino y el misticismo religioso cristiano erigió una figura de “loco” condicionado a la caridad y al ideal de misericordia ante los pobres entre cuyos harapos se encontraba Dios (Foucault 2018), en el Renacimiento el “loco” pasaba a ser una figura audaz y respetable por su creatividad y valores más individualizados, como se puede observar en *El elogio de la locura*, de Erasmo de Rotterdam o, más tardíamente, en la figura de Don Quijote de la Mancha entre otros ejemplos. Muchas de las ideas que comenzarían a germinar durante este periodo, como el androcentrismo, el naturalismo o la readaptación de obras del pensamiento clásico, evolucionarían hasta germinar en concepciones premodernas hacia finales del siglo XV y principios del XVI (Goberna Tricas 2004).

La caída de Constantinopla y el Imperio bizantino en 1453, supuso un cambio de paradigma en los estudios de las ciencias en Occidente. En este contexto, la enfermedad más paradigmática, una vez pasada la crisis del siglo XIII y la peste negra fue la sífilis, que en el siglo XVI “gozaría” de un periodo de “apogeo” al haberse expandido en los territorios de ultramar gracias a la colonización europea y a su refortalecimiento en el continente americano. La peste negra había sido una fuerza traumática que comenzó a evidenciar la, cada vez mayor, interconexión incipiente de Europa y Asia, a través del comercio por medio de la ruta de la seda, pero fue con la llegada de la Edad Moderna que las diversas sociedades y territorios, hasta entonces, total o parcialmente aislados, comienzan a estar cada vez más conectados, hecho que evidenció la plaga de sífilis que azotaría estos siglos. Sería en el siglo XVI cuando comienza a implementarse la idea de “contaminación” o el concepto de “transmisión de las enfermedades”, de las cuales Dios seguía siendo responsable, pero de forma cada vez más indirecta (Goberna Tricas 2004). El hecho de que, en concreto, esta enfermedad fuera, en la mayor parte de los casos, resultado del intercambio sexual, propició que los tabúes y pecados comenzasen a ser el eje de los debates alrededor de la salud del alma para curar y prevenir las enfermedades. Reflejo de esta tendencia se puede apreciar en el siglo XVII en las palabras del médico francés Roven Jouysse, en las que expone que el acercamiento de la medicina se centraría en *"comenzar por la purificación de nuestras almas"* (Herzlich y Pierret 1988).

Durante este periodo histórico la filosofía cartesiana comenzaría a interesarse por los fenómenos de la mente y la materia. *Pienso, luego existo*, (cognito, ergo sum), la famosa frase del filósofo francés Descartes, demuestra la propia existencia en la duda hacia sí misma, estableciendo y asentando un dualismo metafísico que se establecería

como punto de partida de todo conocimiento seguro (Scull 2013), especialmente en lo concerniente a la medicina. La división entre mente y materia quedaba así asegurada en la epistemología occidental. Esta definición, a su vez, afianzó el papel de la figura del médico que, ante la perspectiva de una razón que no posee la capacidad de errar, queda como única y mayor figura de autoridad y responsable de la curación de la materia enferma, del mal que mantiene y hace posible la enfermedad, el propio cuerpo (Cea-Madrid 2016). Debido a la fuerte crisis que azotó a Europa durante los siglos XVI y XVII, a nivel político, social, religioso y económico durante, sobre todo, las guerras de religión con la inestabilidad política y social que produjeron la reforma y contrarreforma, la dinámica de persecución se reviviría por parte de las distintas Iglesias cristianas, tanto por parte de la católica como, posteriormente, por la anglicana, calvinista o luterana. En estos conflictos no solo se evidenciaría una clara discriminación hacia las personas catalogadas como distintas o irracionales, normalmente bajo la excusa de la posesión infernal, sino que, en el caso más concreto de las brujas, también se hizo patente una discriminación de género hacia como se entendía la lógica sexual y social de las mujeres, más “carneales” y sentimentales.

Junto con la modernidad y la ilustración en los siglos XVII y XVIII daría comienzo la cristalización de una nueva realidad a la hora de entender el mundo. Las concepciones basadas en una serie de disciplinas científicas en auge y cada vez más institucionalizadas, así como en una reivindicación de la racionalidad individualista, darían un giro radical en el paradigma cosmológico de la Europa Moderna que acabaría afectando a las formas en las que se entendía y trataba a las distintas enfermedades, entre ellas, a los trastornos psicológicos. Las explicaciones mágico-religiosas vestigiales de la Edad Media acabarían siendo totalmente eclipsadas (Stucchi-Portocarrero 2013). A lo largo de estos siglos comenzó a darse una nueva corriente filosófica y moral en Occidente, donde la cultura occidental comenzó a materializar una nueva forma de pensarse a sí misma como la última etapa de la civilización y sus teorías del conocimiento, entre las que se encontraba la medicina, como una superación y evolución constante de teorías y del saber. Esta nueva etapa impresa por el “triumfo” de la razón estaría marcada por el desarrollo de ideas que fomentarían la exclusión de las personas que no se adaptasen a este nuevo modelo totalizante de mundo. Según Foucault esta etapa estaría marcada por los grandes encierros: *“El encierro no era, en su concepto, el camino hacia la terapia, era la terapia misma”* (Foucault 2018).

El constante aumento en la población de las grandes ciudades provocaría un proceso de aburguesamiento social de una parte significativa de la población, con respecto a la Edad Media, lo que daría al nacimiento de una nueva clase dominante antagónica a la nobleza conocida como burguesía. Junto a este proceso de crecimiento demográfico y a los deficientes sistemas de alcantarillado e higiene, aumentarían notablemente la mortalidad debido a enfermedades como el cólera. Sería, en las décadas previas al estallido de la revolución francesa de 1789, cuando se daría un cambio en el paradigma de la enfermedad. Por un lado, comenzarían a solidificarse las ideas alrededor de un cuerpo de médicos pertenecientes a la estructura administrativa burocrática, al mismo tiempo que se comenzaba a investigar acerca de las posibles curas y tratamientos de los trastornos y enfermedades (Goberna Tricas 2004). En 1780 se da un suceso que cambiaría el paradigma en el tratamiento de los problemas de salud en Francia al encargarse el propio Estado de la asistencia hospitalaria (Aztarain Díez 2005). Esto evidenciaba un movimiento político y social, en el que una parte de la sociedad comenzó a encerrar a otra en pos del bien mismo de la sociedad, generándose un relato y una figura alrededor de los maleantes (lunáticos, ancianos, mendigos, prostitutas, etc.) como elementos contrarios a la propia sociedad y sus normas (Foucault 2018), para los cuales se implementaría un dispositivo de corrección y castigo bajo una lógica que defenestraba, a dichos colectivos, de la vida pública bajo el pretexto de ser sujetos que no se atendían a las normas de la cordura y la razón. Así, la defensa y la imposición de un sistema de salud controlador basado en un régimen científico biológico se convertiría en uno de los ejes triunfadores del proyecto moderno.

Estas medidas surgirían, bajo el pretexto de la ilustración, como formas de control de, una cada vez mayor, masa de personas que vivían en la miseria de los núcleos urbanos (Aztarain Díez 2005), cada vez más depauperados. Este proceso llevaría a una calcificación de los considerados miserables y enfermos, que condicionaría su tratamiento, aunque sería más exacto llamarlo castigo, dependiendo de su capacidad de rehabilitación o del nivel de amenaza que supusieran para el orden social establecido. El siglo XVIII estaría marcado entonces por la multiplicación de instituciones médicas destinadas al confinamiento de los conocidos como “locos”, lo cual daría la situación perfecta para la experimentación de numerosas nuevas formas de gestionar a estas personas (Scull 2013). Foucault caracterizaría a este periodo bajo dos cuestiones principales referidas a las teorías de la genealogía del poder. La primera sería

la estatalización de medidas médicas en Alemania en siglo XVIII, cuya consecuencia fue una mayor normalización de las formas de control bajo el plano médico en el plano social. Y la segunda sería la urbanización de grandes núcleos urbanos y la estandarización de una búsqueda de salubridad, donde comenzarían a establecerse regulaciones generales en relación a la higiene. El modelo de enfermedad como una plaga, un mal general que azotaba una población pecaminosa que se veía representado en enfermedades como la lepra fue, con el transcurso de los siglos, dejando paso a una forma más individualizada de concepción y tratamiento de la enfermedad. Este aspecto de una mayor individualización de los casos tuvo un antecedente significativo con el estallido de la peste negra en el siglo XIII, a partir de donde se desarrolla un nuevo modo de control de los enfermos, caracterizado por una vigilancia individualizada (Foucault 2018).

La empresa de la internalización de estos sujetos cada vez tomaría tintes más moralizantes hasta que a mediados del siglo XVIII surge en Francia la figura de Philippe Pinel, considerado como el padre del tratamiento moral y liberador de los reclusos por la locura, además de constituir un mito fundacional de la psiquiatría (Sanjurjo Castela y De Paz Ranz 2012). Pinel observaba cómo los hospitales se habían convertido en centros de reclusión para *“aquellos individuos que se vuelven peligrosos para la paz social”* (Szasz 1970). El terreno de la medicina había experimentado, en general, un renacimiento durante el siglo XVI, de la mano de los textos griegos; sin embargo, el terreno de lo que en el futuro sería la psiquiatría todavía se encontraba en un periodo de oscuridad (Dr. Viglioglia 2004). El modelo manicomial de suspensión de libertades y el tratamiento totalizante quedarían impuestos en las instituciones médicas como el paradigma del trato a los enfermos mentales hasta mediados del siglo XX.

El paradigma adoptado durante el Antiguo Régimen hacia las enfermedades definitorias de ese periodo, como las lepras y plagas que alienaba y señalaba a grandes grupos humanos y cuya fórmula de remedio era la exclusión y la segregación, sería sustituido paulatinamente por formas mucho más centradas en el propio individuo y sus circunstancias (Herzlich y Pierret 1988); así, la tuberculosis, enfermedad por antonomasia de los siglos XVIII y XIX⁷ desplazaba la narrativa de la enfermedad de un

⁷ A pesar de ser una de las enfermedades de las que se conoce su existencia más longeva, acompañando al ser humano desde hace aproximadamente 15.000 años, es también una de las enfermedades que marcaría los siglos XVIII y XIX debido a que en estos se contemplaron las

padecimiento homogéneo y colectivo a causa de una cuestión común hacia un padecimiento individualizado desatado por conductas personales del sujeto al que se le atribuían bajezas morales que propiciaban el surgimiento de la enfermedad (Sontag 2003). En cada momento histórico la propia concepción y figura de las personas enfermas, las causas y formas de esa enfermedad, así como los términos usados para referirse a todas ellas, han quedado configuradas de manera singular y única en base a cómo se han conjugado dichas características en el contexto histórico y cultural en el que se dieron lugar (Herzlich y Pierret 1988). Es por ello por lo que resulta paradójico que en este momento histórico se solidifique una manera que eclipsaría el desarrollo de las concepciones que se poseían de la enfermedad.

Con el paso de los años y gracias a la gran cantidad de descubrimientos científicos que caracterizaron a los siglos XVIII y XIX, la ciencia médica avanzó para intentar entender las enfermedades en general, desde el punto de vista biológico, sin contar con el medioambiente, adscribiéndose solo a un estudio por medio de las causas orgánicas de los distintos males. Esto comenzaría a desencadenar una serie de análisis que, bajo premisas científicas, comenzaría a reproducir los estereotipos y prejuicios propios de la época en la que eran creados. El mal, por ejemplo, de un crimen se debería a una condición fisiológica innata, por lo que los remedios para su erradicación serían sanciones como las penas capitales o severos castigos destinados a la eliminación de ciertos sujetos (Seeling en (Azarain Díez 2005). Esta serie de análisis crearía tendencias esencialistas que establecerían una serie de conductas, como el crimen o ciertos comportamientos inmorales empleados contra determinadas poblaciones, como, por ejemplo, contra la población afrodescendiente en Estados Unidos.

A partir de siglo XIX los avances en neurociencia comienzan a probar la relación existente entre componentes orgánicos biológicos y las enfermedades mentales, todo ello debido a un auge en la anatomía patológica, cuyo mayor esfuerzo recaía en la explicación de enfermedades, en este caso mentales, a través de causas orgánicas visibles y estudiables (De Noronha 1994). El racismo y diversas teorías esencializantes basadas en premisas naturalistas plagaban los discursos e ideas de las élites dominantes en dicho periodo histórico, por lo que las teorías explicativas del fenómeno de la locura

mayores cifras de infectados en la historia por esta enfermedad, pero también porque sobre todo cambió la concepción hacia las causas y hacia el tratamiento y contagio de la enfermedad, así como la propia figura del paciente (Goberna Tricas 2004).

comenzaron a poseer tintes clasificatorios. Es en este momento en el que se produce el nacimiento de una nueva teoría dentro de la ciencia médica denominada eugenesia. Esta ciencia fue definida como *“la ciencia que trata sobre todas las influencias que mejoran las cualidades innatas de una raza, y también sobre aquellas que las desarrollan hasta la mayor ventaja”* (Galton 1904)⁸. Esta nueva rama de la ciencia comenzaría a cosechar éxitos entre finales del siglo XIX y la primera mitad del siglo XX. Estados Unidos sería uno de los países donde más popularidad cosecharía esta nueva disciplina que, junto con la aprobación de leyes estatales para la prohibición del matrimonio entre *“epilépticos, imbéciles o débiles mentales”*⁹, se daría un proceso de ratificación de medidas legislativas por parte de la Corte Suprema en 1927, que obligaban a la esterilización de los catalogados como enfermos mentales que darían como resultado que, en un periodo de cincuenta años, desde la década de los años 20 hasta los 70, un número aproximadamente de 64.000 personas, sufrieron una esterilización forzada (Stucchi-Portocarrero 2013).

Este paradigma no cambiaría hasta el Gran cambio acontecido en las instituciones médicas después de la Segunda Guerra Mundial, donde los hospitales fueron transformándose en lugares de tratamiento en los que se desarrollaba una labor de vigilancia y supervisión de la evolución del individuo y su salud en lugar de ser un espacio de custodia y castigo (Basaglia en (De Noronha 1994)), además de sentar las bases de lo que en el futuro fue la crítica a la psiquiátrica y sus abusos: Esto fue el germen de lo que en los años siguientes sería una verdadera revolución en el campo de la salud mental y en cómo esta es implementada en las distintas sociedades. La aparición del estado del bienestar mediante la acción benefactora de los organismos estatales en materia de empleo público, sanidad, educación y ayudas, como el subsidio de desempleo, también intervendrían positivamente en contener ciertos deterioros

⁸ Originalmente *“The science of eugenics as not only dealing with “all influences that improve the inborn qualities of a race”, but also “with those that develop them to the utmost advantage”* (Galton 1904).

⁹ Durante el primer cuarto del siglo XX, 32 de los 52 Estados que componían Estados Unidos, poseían leyes que permitían la “depuración racial” por medio de la prohibición de matrimonios mixtos, castraciones forzadas, etc. Con la eugenesia en plena expansión se aprobaron en los Estados Unidos una serie de leyes que acabaron suponiendo la esterilización forzada de casi 70.000 personas, por ser consideradas como “débiles” o “enfermos mentales” (Villatoro 2017).

mentales. Es en este contexto en el que se comienzan a representar las formas tradicionales de tratar y ver socialmente el fenómeno de la asistencia a los enfermos mentales. La implantación en Occidente de un sistema de libre mercado, así como la creciente tensión por la amenaza de una posible guerra atómica en el contexto de la Guerra Fría, para una gran parte de la población mundial, fueron el comienzo de la reflexión sobre el nacimiento de desconocidas causas y formas de la locura hasta ese momento.

Capítulo 2. Antipsiquiatría y teorías críticas

La historia de los conflictos en medicina, y, más específicamente, en el campo de la psiquiatría, ha mostrado cómo el tratamiento moral de la enfermedad fue evolucionando hacia una concepción y trato mucho más técnico gracias a los avances científicos. Esta psiquiatría institucional técnica decayó hasta hoy en día, donde continúa un proceso de reformulación y rehumanización de las distintas disciplinas. La ciencia es ahora la forma más extendida de explicar y relacionarnos con el mundo, pero no se debe olvidar que esta también está influida por las ideas políticas y los sentimientos de la época en la que esta es formulada. Por esta razón es por lo que la ideología y las prácticas médicas y científicas no gozan de una ejecución impecable, ya que están sujetas a imperfecciones pertenecientes a las distintas épocas históricas y sus determinados sesgos. Fuera de visiones acríticas (que piensan que la ciencia es la verdad objetiva), la ciencia ha sido víctima y victimario de las épocas y periodos en los que se ha practicado, siendo vector de ideas sociales y políticas que empañaban sus métodos y experimentos (Stucchi-Portocarrero 2013).

La eugenesia, por ejemplo, surgió como el resultado de la extrema biologización con las que se trataban las cuestiones relativas a la enfermedad mental durante los siglos XIX y XX, lo cual condujo a una mayor estigmatización, así como a la búsqueda de métodos de curación físicos de dichos desajustes mentales de entre los cuales nacería una técnica destinada a templar el carácter de los sujetos mediante la realización de una incisión en el cerebro, técnica conocida como lobotomía. La amplia utilización de medicamentos como las benzodiazepinas propuso el olvido de estas prácticas a mediados de los años de la década de 1960, aunque su imagen se mantuvo presente en

el imaginario colectivo, manteniendo con ello formas de presenciar este proceso basadas en la estigmatización.

La psiquiatría comenzó a percibirse, desde los primeros movimientos críticos y radicales de la década de 1960, con influencias de perspectivas originarias de la anti psiquiatría, como las representadas por Cooper o Szasz, como un abuso y una práctica que debía someterse a un juicio y análisis de cara a su reformulación. Este movimiento estaba compuesto por un mosaico de interpretaciones y perspectivas que compartían una crítica hacia el enfoque biológico de la medicina que categorizaba a las personas con enfermedades o trastornos mentales como “enfermos mentales” (Cea-Madrid 2016), postulado que, por otro lado, no ha podido ser demostrado, enfocado todavía en intentar establecer una diferenciación biológica entre salud y enfermedad en el campo de la salud mental. La antipsiquiatría trató de reformular las prácticas y las instituciones psiquiátricas de cara a una gran apertura al mundo de “la locura”, cuyo último objetivo sería la eliminación de la noción misma de enfermedad mental (Vásquez Rocca 2011). Con esta nueva visión, se pretendió reformular casi 150 años de encierro psiquiátrico, poniendo el énfasis en una transformación del aislamiento tradicional para una atención más integrada en el ambiente de la comunidad. Estos cambios no solo fueron relativos en referencia al lugar de tratamiento de los internos, sino también en lo referente a una paulatina apertura hacia diversos profesionales provenientes de otras disciplinas fuera de la psiquiatría, así como la reestructuración de los tradicionales cuadros clínicos, cuya principal consecuencia fue la modificación de la población objetivo de la psiquiatría (Huertas 1991).

Dentro de este movimiento se observarían distintas tendencias hacia el análisis de esta problemática, que irían variando dependiendo del país donde se popularizase una determinada corriente. Las corrientes antipsiquiátricas en Estados Unidos establecerían una línea de reivindicación basada en los derechos civiles que poseían los “locos”, defendiendo la soberanía y autonomía del ciudadano, así como su libre elección a la hora de desarrollar un tratamiento mediante un mutuo consenso e intercambio. Sin embargo, en Europa estos movimientos tomaron diferentes perspectivas a la hora de realizar sus reivindicaciones.

En Italia, gracias a figuras como Franco Basaglia, se emprendió una forma de lucha militante que cuestionaba los asilos, por considerarlos lugares dónde se llevaba a

cabo sobre los pacientes un poder basado en la violencia ejercida desde aquellas personas sentidas como eslabones clave del sistema (Basaglia 1970). De esta forma se desarrolló la corriente denominada como “Psiquiatría democrática”, como una fórmula de análisis de las relaciones de poder existentes entre la sociedad y el poder político y las instituciones psiquiátricas. La "psiquiatría democrática" conseguiría, gracias a la Ley 180, también conocida como “ley Basaglia”, reformular la aplicación de la asistencia psiquiátrica, priorizándose la creación de ambulatorios que quedarían integrados en las redes de asistencias de corta duración de los centros médicos hospitalarios más cercanos (De Noronha 1994). La antropología italiana aplicaría los estudios gramscianos de “hegemonía” y “subalternidad” a la teoría de los estudios enfocados a la percepción simbólica de la salud, la enfermedad y el fenómeno de atención-prevención (E. L. Menéndez 2012).

En Francia se optó por una serie de reformas que permitiesen un medio de participación de los internos en la toma de decisiones, así como, a su vez, evitar las terapias más hostiles que se aplicaban, genéricamente, desde el siglo XIX. El Ministerio de Salud comenzaría a debatir alrededor del método que pasaría a ser conocido como “psiquiatría de sector” en la década de 1960, pero que no llegaría a aplicarse efectivamente hasta 1972. En esta nueva corriente se eliminaba al hospital psiquiátrico como lugar de tratamiento a la par que se regionalizaba el sistema de cuidados y asistencia para los pacientes con trastornos mentales (De Noronha 1994). Las terapias eran planteadas de modo que la separación del enfermo con la familia y el entorno fuera mínima (Huertas 1991), enfocando el problema de las enfermedades mentales de una perspectiva más amplia, y no solo desde el sujeto.

Por último, en Reino Unido el movimiento de la antipsiquiatría, popularizado de la mano de las teorías de Cooper y Laing, dedicó parte de sus teorías al estudio de los llamados “espacios privilegiados”. El énfasis que se haría sobre el rol de la familia en el origen de los trastornos mentales sería destacable, debido a una perspectiva centrada en el acompañamiento y acogida de los sujetos y sus crisis subjetiva (Balbuena Rivera 2011). Además de idealizar la esquizofrenia y los trastornos mentales, que eran defendidos como verdaderas formas de ver el mundo, las tesis de este heterogéneo movimiento se posicionaron como una forma de análisis opuesta a la psiquiatría ortodoxa de su época, enfatizando en el sufrimiento y opresión que tradicionalmente padecieron los locos. Cooper establecería una tipología de la locura, la cual estaba

formada por tres tipos: la demencia, el viaje interior y, por último, la demencia social (BSHQ 2006). La primera de estas formas de locura, denominada como “demencia”, se referiría a la reacción de las personas hacia las penurias del mundo material, como las guerras o la constante explotación. La segunda, denominada como “viaje interior”, haría referencia a la construcción del propio proyecto existencial. Y, por último, en tercer lugar, la “demencia social”, que definiría a la locura como la única salida lógica y racional a las estructuras de dominación, tales como la económica o patriarcal, que oprimen al sujeto desde su nacimiento.

Estas diversas formas de tratar la enfermedad fuera de los muros de los tradicionales asilos fueron, en parte posibles, gracias a la cada vez mayor popularización de psicofármacos, cuya existencia facilitaba a las administraciones públicas crear un proyecto de ayuda basada en la descentralización de las funciones de seguimiento. Y, de esta forma, se sustituyó el manicomio físico por el encierro de los psicofármacos. Importantes figuras de este movimiento como Thomas Szasz, asegurarían que, al ser la enfermedad mental algo no material, su rango de existencia queda limitado y determinado a la existencia previa de otra serie de conceptos que demostrarían el biologicismo con el que se tratarían de explicar trastornos mentales mediante daños cerebrales (Szasz 1970). Szasz, comprendía y definiría a la mente, como un órgano anatómicamente distinto de lo que podrían ser los riñones o el corazón, por ejemplo, por lo que, según su visión, no podría haber una categoría de enfermedad mental, ya que esta no sería un malestar concreto fruto de una alteración como en el resto del conjunto de órganos del cuerpo (Vásquez Rocca 2011). A día de hoy, excepto en cuestiones como la “depresión endógena”, consistente en un trastorno depresivo relacionado con la producción deficiente de serotonina por parte de nuestro cerebro, apenas existen indicios de cambios orgánicos que produzcan las enfermedades mentales, que no producidos a raíz de una enfermedad mental.

Esta crisis de legitimidad estaba alentada desde diferentes posturas críticas provenientes desde numerosos y variados sectores sociales; que partían, tanto desde el feminismo, cuyo enfoque denunciaba el trato distintivo que desde la psiquiatría se hacía de la mujer como un sujeto propenso a la locura debido a su supuesta naturaleza sentimental, hasta llegar a las críticas con un claro perfil sociológico, representado por Goffman, cuyo estudio demostró que las instituciones manicomiales afectaban, a los propios pacientes, de manera mucho más negativa que la propia enfermedad en sí

(Goffman 2001). Los estudios de este sociólogo desarrollados en los internados en los años de la década de 1960, fueron determinantes para el afianzamiento de las corrientes críticas contra el sistema psiquiátrico imperante.

El proceso médico y social, junto con el avance tecnológico, supuso una cada vez mayor individualización de los conceptos de salud, que ahora quedaban bajo la responsabilidad de cada especialista. El triunfo del neoliberalismo a nivel global a lo largo de la segunda mitad del siglo XX propició una reordenación de ciertas figuras internacionales, como es el caso de la que representa el Estado, generalmente garante de caridad y cuidados, para poner de manifiesto un especial énfasis en la individualidad y en la gestión personal como el método más óptimo, forjándose así una imagen del enfermo como empresario de sí mismo. Esta mercantilización del modelo sociosanitario ha hecho del estar enfermo una responsabilidad individual a la par que, la figura normalmente proveedora de los servicios sanitarios, quede, cada vez más, relegada como una mera figura simbólica que no debe inmiscuirse en los asuntos del mercado global.

A lo largo de los años de la década de 1960 y debido a los procesos de desinstitucionalización de estas personas, se comenzará a forjar una nueva perspectiva basada en la socialización, en los servicios extra hospitalarios y en la atención social (Cazorla Palomo 2014). En el caso concreto del marco español, la ley general de sanidad de 1986 daba respuesta a una serie de demandas planteadas desde un sector de la medicina dispuesto a reformar las arcaicas formas de atención psiquiátrica para adecuarlas al sistema democrático en el que se encontraban. De esta forma, España se sumaba a la corriente de sensibilización que, desde finalizada la Segunda Guerra Mundial, la mayoría de los países occidentales habían implementado en sus sistemas de salud (Desviat 2011).

En primer lugar, se buscó una integración de los servicios de atención psicológica dentro del marco general de atención sanitaria, rompiendo así una separación que originaba sensaciones de marginalidad que, junto con un trabajo comunitario enfocado a la integración de calidad de los sistemas de atención primaria en caso de enfermedades mentales, comenzaban a establecer un brusco cambio en las tradicionales estructuras asistenciales de cuidados.

La reforma se establecería de manera muy desigual, ya que entraban en consideración las cuestiones que cada comunidad autónoma decidiese en dicho respecto. A pesar de haber sido testigo de ciertos cambios a la hora de tratar a los enfermos mentales, la llamada “psiquiatría científica” continuaría con el legado que las disciplinas médicas y psicológicas dejaron en ella (De Noronha 1994). Por ello para estudiar cualquier fenómeno social referido a las enfermedades, antes es preciso comenzar catalogando qué se entiende en dicha sociedad por salud y qué se entiende por enfermedad; es decir, identificar claramente los dispositivos simbólicos y culturales que operan en una sociedad a la hora de definir cuestiones concretas. El estado de salud, entonces, no podría estudiarse como una ausencia de enfermedad, es decir, como una ausencia de padecimiento, sino como una construcción social que explica un fenómeno biológico corporal en los individuos de diversas maneras y formas.

Qué se entiende como “enfermedad”

La OMS establecería en 1948 la definición de salud que hoy en día se maneja institucionalmente de manera internacional, de la siguiente forma: “*La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*” (OMS 1946). Debido, a su vez, a la dificultad de englobar en una misma definición la mayoría de formas de sentir y explicar la salud, la organización reconoce también modelos médicos denominados como Medicinas Tradicionales (MT) y Medicinas Alternativas/Complementarias (MAC) (OMS, OMS 2004). La Salud Mental fue redefinida por la Organización Mundial de la Salud (OMS 2004) como “*un estado de bienestar en el cual la persona es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera, y es capaz de hacer una contribución a la comunidad en la que convive*”. (Cazorla Palomo 2014). Esa definición, condicionada por una nueva óptica hacia el tratamiento del enfermo y el entendimiento de la enfermedad, se dio gracias a una serie de cambios acontecidos en el paradigma de la medicina a mediados del siglo XX, donde cuestiones como el estado del bienestar o la búsqueda de un estado de felicidad general, vinieron gracias a la institucionalización del concepto de calidad de vida (Muñoz, Restrepo y Cardona 2016). Este nuevo paradigma propició la aparición de visiones acerca de la responsabilidad del Estado en cuanto al cuidado y bienestar de las personas que vivían dentro de sus fronteras. Estas definiciones alrededor de conceptos

como las “dolencias”, las “enfermedades” y la “salud”, necesitan una profunda contextualización para poder practicar una medicina más enfocada hacia la comprensión completa y total de la realidad de la persona y, así, realizar una atención más fructífera y útil para el desarrollo de la curación.

Un punto clave para establecer una medicina centrada en las personas es la de realizar exploraciones para comprender las distintas experiencias que los pacientes han experimentado con la enfermedad, contextualizando las dolencias bajo una serie de acontecimientos concretos (Cuba y Campuzano 2017); es decir, es preciso realizar una revisión epistemológica hacia los conceptos de salud que son entendidos como realidades únicas e inalterables para todos los sujetos, puesto que las formas de afrontar y relacionarse con la enfermedad estarán íntimamente ligada a las experiencias, valores e ideas que posean las personas que la padezcan.

La Organización Mundial de la Salud reconoce e identifica una serie de direcciones, que son utilizadas para el tratamiento de la enfermedad, nombradas bajo las siglas SMP (Salud Mental Positiva) (Muñoz, Restrepo y Cardona 2016). Estas directrices están destinadas a la construcción de nuevas miradas, en el campo de la salud mental, cuyo objetivo es establecer análisis alejados de los modelos biomédico y comportamental (Muñoz, Restrepo y Cardona 2016). La historia de la medicina es, por tanto, la historia de una constante reestructuración de los significantes que articulan los propios conceptos de “enfermo” y “curación”; lo que supone que la enfermedad no escapa a la realidad social (Herzlich y Pierret 1988), pues ambos conceptos poseen una relación de interdependencia rizomática.

Todas las sociedades poseen métodos de explicación de los fenómenos, así como métodos de entendimiento; lo que es lo mismo, explicaciones de lo que son las cosas y explicaciones de por qué son esas cosas así. Levi Strauss estudiará cómo los procesos de la enfermedad son entendidos de forma independiente a consideraciones médicas y biológicas; es decir, como el simbolismo que libera en los sujetos. Así, Levi-Strauss y la postura estructuralista de la antropología, consideran que la función de los símbolos sería la de aportar coherencia ante un fenómeno, en este caso el de la enfermedad, lo cual supondría, por tanto, que en todas las sociedades existiría la enfermedad como un fenómeno de indefensión e incertidumbre que vendría a ser resuelto mediante una operación de remitologización (Pazos Garcíandía 2015).

Otras propuestas críticas, como la representada por Florence Rosemberg, describían la enfermedad como una cuestión que constituiría un “acontecimiento biológico” a la vez que un “peculiar repertorio generador de construcciones verbales que reflejan la historia intelectual e institucional de la medicina, un aspecto de la política pública y la legitimación potencial de esta, un elemento potencialmente definidor de roles sociales, una sanción de normas culturales y un elemento estructurador en las interacciones médico-paciente” (Huertas 2011). Esta perspectiva asegura la enfermedad como un acuerdo social, como una especie de dispositivo acordado socialmente, existente mediante su categorización y con el desarrollo de un vocabulario que permite su existencia en el plano social, y en cuyo proceso está entrelazado el vocabulario que permite una intervención sobre ella, sobre la propia enfermedad (Huertas 2011). En consonancia con esta idea, las enfermedades son metáforas que condicionan el modo de ver y de referirnos a la realidad del cuerpo (Sontag 2003). Desde las epidemias como el cólera o la peste, a fenómenos como la tuberculosis del siglo XIX o las más modernas altas tasas de mortalidad producidas por el cáncer u otros tipos de enfermedades crónicas y degenerativas, siempre se han estructurado las formas de pensamiento colectivas alrededor de las enfermedades. Y la propia figura del enfermo también estaba condicionada por estas realidades.

En Estados Unidos, de la mano de Arthur Kleinman (Márquez Romero 2010), la antropología médica categorizó las enfermedades partiendo de varios factores que compondrían la experiencia completa de la enfermedad, desde su condición biológica y física hasta el impacto que tendría en los sujetos, así como las formas en que estos la relacionaban con sus mismos. Estas tres dimensiones para la comprensión de la enfermedad son denominadas como Disease, Illnes y Sicknes.

- *Disease*: La primera de estas categorías, disease (traducida como “patología” o “enfermedad”), haría referencia a los supuestos básicos que forman la enfermedad; es decir, a aquellas cuestiones objetivas y medibles, que tratan a la enfermedad como un ente natural concreto y objetivo. Esta sería la alteración de partes del cuerpo humano por medio de alguna enfermedad.
- *Illnes*: La segunda noción, illness (traducido como “padecimiento”), haría referencia a la experiencia y al sufrimiento que los afectados por las enfermedades padecen. El sujeto, como ser que experimenta cuestiones, siente la enfermedad bajo patrones distintos a la objetividad médica. Esta categoría no

tendría en cuenta los conocimientos que poseyese el sujeto, sino que el punto de análisis está situado en el paciente mismo en tanto que es un sujeto de una experiencia (Pazos Garciandía 2015).

- *Sicknes*: Por último, la noción denominada como sickness (traducida como “malestar”, pero entendida en un enfoque social). Esta dimensión analizaría la relación entre illness y disease y haría referencia a las condiciones relativas a los aspectos determinantes del entorno social en el que se desarrolla la enfermedad.

Las enfermedades, al igual que en el ejemplo del caso de los Azande y el granero que comentaba Evans Pritchard, poseen dos líneas de cuestión: una relativa a qué es, cómo es y otra, que apela a los sentimientos de los pacientes que la padecen, por qué a mí, por qué ahora. Esto podría ser un ejemplo de disease y de illness, una sería la explicación racional científica y la otra haría referencia a cómo esta afecta y atraviesa a los sujetos.

Byron J Good analizaría, en su teoría sobre las redes semánticas, como las categorías usadas para la descripción de la enfermedad no pueden verse como maneras objetivas de juicio sino como un conjunto de símbolos, experiencias y valores que el discurso pone en práctica. Un ejemplo de ello puede ser el del mal de corazón en Irán: el corazón no pasa a ser entendido como un simple órgano en nuestro cuerpo, sino como una metáfora, como un símbolo que condensa y explica ideas y valores. En el caso de la enfermedad mental, la cabeza, símbolo del racionalismo, del pensamiento y de la inteligencia, estaría dañada, generando malestar intelectual o irraciocinio. Cada vez que los sujetos hablan o toman parte de una discusión en la que se trata sobre la enfermedad se están poniendo en práctica mecanismos simbólicos de toma de posición hacia lo que pasó (pasado), y hacia donde se debería aspirar (futuro), así como a otras cuestiones, como el juicio moral que los sujetos hacen sobre una situación determinada (eso pasó por ser un buen padre o una buena madre, etc.). Nociones como la propia concepción de los síntomas psicológicos, los tratamientos o los diagnósticos no pueden ser separados del ambiente social en el que se enmarcan y, más concretamente, del plano moral y ético que articulan (Szasz 1970).

Ian Hacking (Huertas 2011) en los años de la década de 1990 introdujo novedades al estudio de las enfermedades mentales y a la locura. El objetivo de su investigación no fue la profundización de la dialéctica de la naturaleza social de las enfermedades

mentales y su construcción, sino la realidad de las condiciones y sucesos que deban darse para establecerse un diagnóstico que indique la existencia de una enfermedad mental (Huertas 2011). Hacking hablaba de la enfermedad mental como una realidad transitoria, relacionada con el ambiente cultural y con el contexto histórico y social en el que se producía, y cuya naturaleza sería de carácter efímero, apareciendo en un lugar y en un tiempo muy determinado para, o bien desaparecer sin dejar rastro, o bien reaparecer en otro lugar y en otras circunstancias, siempre por razones que tienen que ver con el ambiente cultural de la época y del país o en el contexto socio-geográfico en el que la enfermedad surge como tal (Huertas 2011). Para Hacking, la enfermedad era causada por la interacción de distintos vectores:

- El vector lingüístico, taxonómico: para establecer categorías y nombrar a la enfermedad, clasificando nosológicamente para establecer una diferencia entre estados de salud y enfermedades concretas.
- El vector de polaridad cultural: cómo las sociedades corresponden las polaridades de enfermedad/salud, positivo/negativo, bueno/malo. Estos comportamientos sociales de aceptación o rechazo serían parte indispensable de la ideología colectiva y, por ende, de la enfermedad.
- El vector de observabilidad: como se observa la enfermedad como algo patológico, es visible para la comunidad, es un comportamiento puntual que no requiere de tratamiento.
- El vector de liberación agregación: enfoque que defiende la idea de la utilización del comportamiento patológico para el reclutamiento social de los individuos que padecen la enfermedad.

Capítulo 3. Enfermedad y clasificación

Un síntoma cuantificable relativo a las formas de análisis estadístico, así como la estandarización de las evaluaciones psicopatológicas, es el elevado porcentaje de comorbilidad existente en los diagnósticos de la disciplina psiquiátrica (López-Santín, Molins Gálvez y Litvan Shaw 2013), es decir, la multiplicidad de enfermedades que se muestran en una misma persona (Esbec y Echeburúa 2015). El problema surge cuando los síntomas y diagnósticos que se perciben en el paciente y por el propio paciente, en

forma de explicaciones o sentimientos, no quedan integrados en totalidad, sino que una voz se impone sobre el resto. El estudio de los discursos, como en este caso el científico y sus categorías, posee una importancia capital debido a que es un producto histórico que se ha impuesto como una narrativa exitosa que hoy en día sigue condicionando nuestras interacciones sociales, así como la realidad que se vive dentro de las consultas.

Estudiar las categorías y discursos es necesario para establecer un análisis de su construcción histórica. Sucede entonces que esta taxonomía deja de ser un producto y se convierte en una fuerza productiva (Vásquez Rocca 2011) que comienza a ser el motor de la creación de enfermos mentales, por un lado, y de médicos profesionales capacitados para dar un diagnóstico e imponerlo al paciente, por otro (Braunstein 2014). Los diagnósticos psiquiátricos pasan entonces a ser fórmulas de estigmatización que definen a un conjunto de personas cuya existencia y conducta pasan a ser percibidas como antagónicas hacia el orden normalizado social (Vásquez Rocca 2011). Lo que establece esta taxonomía social es en realidad un instrumento de clasificación de seres humanos en función del grado de pertenencia o de implicación en relación al conjunto de la sociedad. Estos atributos negativos serían formaciones del imaginario colectivo centrados en categorías totalizantes existenciales, que analizan a las personas en base a *lo que son* y no a *las circunstancias que les hacen* (Rubio Arribas 2002). La biomedicina constituiría un factor principal en la cadena de producción ideológica, así como de la hegemonía que permea todos los aspectos de la vida cotidiana de las personas (E. Menéndez 2015), por ello, el estudio de estas categorías es tan importante en el análisis de esta problemática, debido a que esta forma de taxonomía pasa a ser una forma de percepción y autopercepción, que determina, tanto el sentimiento propio como el social. Fassin propone la necesidad de un abordaje de la cuestión de la exclusión social mediante el estudio de los procesos de subjetivación (Fassin 1999), los cuales serían una representación del mundo social de los sujetos a estudiar, que interaccionarían con las desigualdades sociales de formas objetivas (a nivel de acceso a diferentes medios o productos) y de formas subjetivas (mediante un despliegue de percepciones e ideas que condicionarán la manera en la que los sujetos se contemplan en el grupo). Junto con las ideas de Fassin para entender los procesos de subjetivación de las personas que padecen enfermedades mentales fueron fundamentales en sociología las tesis bourdieanas del estudio del habitus en materia de análisis del comportamiento e

interacción de los sujetos, así como el establecimiento de relaciones mutuas dentro de la Teoría del Campo Social (Bourdieu y Wacquant 1995).

Entre las voces críticas con este modelo clasificatorio, quizá una de las más destacadas sea la del psicólogo Néstor Braunstein, que asegura que este modelo clasificatorio además de crear, por un lado, los objetos que analizarán los psiquiatras, en este caso las personas catalogadas como “enfermas mentales”, a su vez, implantaría una visión, un lenguaje y un modo de percepción de la realidad dedicado a engendrar y clonar psiquiatras como agentes de clasificación del sistema propuesto (Braunstein 2014).

El programa de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (OMS) define al conjunto de las enfermedades mentales alrededor de una clasificación establecida por grupos, desde el F00 al F99:

Nombre	Clasificación	Descripción
Trastornos mentales de origen orgánico.	F00 - F09	Son todos aquellos trastornos provocados, generalmente, por la degeneración de los tejidos y conexiones cerebrales debido a la edad. Entre las más comunes se encontrarían la demencia senil o el Alzheimer
Trastornos mentales y del comportamiento causados por consumo de sustancias.	F10 - F19	En esta categoría están incluidas todas las alucinaciones y alteraciones de la química cerebral provocadas por la intoxicación por medio de sustancias como opioides, alcohol, cannabinoides, sustancias alucinógenas o tabaco, entre otras.
Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes.	F20 - F29	La esquizofrenia es el cuadro más frecuente y más importante de este grupo. La gran mayoría de los trastornos delirantes no están

		relacionados con la esquizofrenia, aunque, debido a la heterogeneidad y a las diferencias que existen en este grupo, se hace difícil precisar diferenciaciones, las cuales se establecen basándose en la duración y distinguiéndose en dos grupos: los trastornos psicóticos agudos y los trastornos psicóticos transitorios..
Trastornos del humor.	F30 - F39	Dichos trastornos corresponden al grupo de perturbaciones conformadas por alteraciones en el humor o la efectividad. Estos trastornos están estrechamente relacionados con situaciones ambientales de estrés o ansiedad y provocan en los sujetos reacciones en el plano emocional y del humor, alterando la conducta general.
Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos.	F40 - F48	Esta categoría está conformada por trastornos de ansiedad que se desarrollan bajo situaciones ambientales muy concretas. Por ejemplo, si se sufre de una ansiedad fóbica a un objeto en concreto, , como, por ejemplo, a las arañas (aracnofobia), la presencia de dicho objeto liberará en el individuo una cantidad considerable de estrés que, en otras circunstancias similares pero

		sin la presencia de dicho objeto, dicho individuo se desarrollaría con total normalidad.
Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos.	F50 - F59	Estaría compuesto por síndromes como los trastornos relacionados con las conductas de ingesta de alimentos, como la anorexia o bulimia nerviosa, así como con trastornos sexuales, del sueño o alteraciones de la conducta relacionados con problemas y alteraciones fisiológicas
Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos.	F60 al F69	Esta gama de afecciones representa alteraciones descomedidas de conducta que la sociedad sentiría como propias de un individuo adulto, diferenciándose principalmente en el grado de desafección social.
Trastornos de la discapacidad intelectual.	F70 F79	Antes denominado como retraso mental. Estos trastornos están caracterizados principalmente por el deterioro de funciones cognitivas, lingüísticas y sociales durante las fases de crecimiento y desarrollo. Estos trastornos encajan en diferentes gradientes que se diagnostican a través de determinados exámenes y pruebas

Trastornos del desarrollo psicológico.	F80 - F89	Estos trastornos del desarrollo psicológico comparten una serie de características concretas como; la muestra de un deterioro de las funciones relacionadas con el sistema nervioso central, su aparición en la primera o segunda infancia y, por último, la progresión estable de las funciones afectadas.
Trastornos emocionales y del comportamiento.	F90 al F98	Trastornos que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia como es el caso de los trastornos hipercinéticos o de conducta y, en general, de las alteraciones conductuales y sociales expresadas durante estas épocas específicas de la vida.
Trastornos mentales no especificados.	F99	Categoría solo empleada a aquellas raras excepciones en las que no se puede cuadrar una determinada conducta con ninguna de las categorías anteriores. Es una categoría apenas usada en los diagnósticos modernos.

Capítulo 4. El estigma

El origen de la palabra estigma es griega, “*στίγμα*”, la cual hace referencia a una serie de “manchas” o marcas sobre la piel percibidas como características negativas, que señalaban a los individuos que las padeciesen. Estas manchas cutáneas estaban asociadas a signos corporales establecidos como catalizadores de un estatus moralmente

reprochable según la moralidad de quien los presentaba (Aretio Romero 2010). El “estigma” entonces podría definirse como *“el conjunto de consideraciones, imágenes, sentimientos y tendencias a actuar de las personas de una población hacia los sujetos que forman parte de un grupo señalado que poseen unas determinadas características, entendidas social y moralmente como negativas”* (López, Saavedra, y otros 2012). En el caso concreto de los trastornos mentales, los estigmas engloban a una serie de características relacionadas con la percepción que posee el grupo social frente a ellos, como los prejuicios que guían la opinión apresurada y normativa, así como las consecuencias que ello acarrea, expresándose normalmente en pérdidas de oportunidades sociales y laborales. Entre las muchas repercusiones que posee dicho fenómeno, es preciso remarcar el fuerte impacto en la subjetividad de las personas afectadas, repercutiendo muy negativamente en las formas de autoperibirse y autovalorarse (López, Laviana, y otros 2008).

Las formas en la que estas personas son imaginadas y sentidas por un amplio margen de la población son fruto de las imágenes sociales que se poseen de este fenómeno. Estas imágenes construirían un conjunto de pensamientos y sentimientos sustentados con estereotipos e ideas erróneas que adjudican una serie de comportamientos y características a las personas que los viven y sufren. La mayoría de estos prejuicios, como veremos a continuación, están casi totalmente basados en ideas relacionadas con la violencia y la imprevisibilidad de la misma (López, Saavedra, y otros 2012). Esto acaba siendo utilizado como un discurso deshumanizante que enfatiza en la incurabilidad y en la imposibilidad de que estas personas puedan vivir en un ambiente social, estableciendo así una justificación racionalizada hacia el rechazo generalizado que sentiría la mayor parte de la sociedad. Éstas imágenes sociales están compuestas por cuestiones específicas sobre la corporalidad de algunas enfermedades mentales, como movimientos o comportamientos considerados irracionales, así como con gran parte de figuras negativas asociadas a la locura, de la cual se separan tradicionales afirmaciones perniciosas, pero manteniendo un constante énfasis en la violencia y marginalidad social hacia las personas que las padecen (López, Saavedra, y otros 2012).

Uno de los mayores investigadores al respecto es el sociólogo Erving Goffman, quien definió el estigma ante todo como una categoría desacreditante proyectada sobre una serie de personas (Goffman 1963) las cuales quedarían marcadas y señaladas. Otras

enfermedades como el SIDA sirven para el análisis de estas problemáticas, añadiendo al estigma existente de las enfermedades mentales, causante del desconocimiento y temor, la capacidad de contagio que poseen. Como se ha visto en el primer capítulo, las enfermedades mentales son una realidad que ha acompañado a la humanidad prácticamente desde sus orígenes. Estas han sido expresadas, representadas y explicadas de diferentes formas que determinaban cómo estas serían tratadas. Si existe una dinámica que es propia de las sociedades modernas es la de que ésta es “*incapaz de aceptar e integrar a aquellos que no han sabido acomodarse al modelo estricto que la sociedad impone*” (Goberna Tricas 2004). Las nuevas dinámicas globales han creado un mundo cada vez más interconectado y dependiente, así como fluido y frenético. Algunos autores afirman que este modelo desmedido de competencia es el responsable de la creación de la mayoría de los trastornos psicológicos que sociedades anteriores no poseían (Viniestra-Velázquez 2008). La evidencia de la exitosa ocultación de enfermedades mentales por parte de muchas personas en ambientes laborales o sociales lleva a preguntarse sobre cuál es el factor clave que desemboca en las respuestas estigmatizantes que muchas personas sufren (Corrigan 2004).

En sociología se conoce como estigma al proceso social que conforma una identidad o rasgos concretos señalados como negativos, que forman parte de la identidad social de los sujetos (Aretio Romero 2010). Esta herramienta social permite a los sujetos crear clasificaciones rápidas basadas en aspectos físicos de las personas para establecer redes de socialización rápidas y exitosas. El estigma estaría mayoritariamente formado por rasgos negativos que condicionarían la existencia del sujeto de características muy marcadas que opacarían el resto de características de la persona. El estigma entonces es una categoría totalizante y totalizadora (Goffman 2001) que eclipsa toda la personalidad de los sujetos señalados y organiza la misma entorno a cuestiones arbitrarias. En el caso concreto de las enfermedades mentales, las personas son juzgadas en relación a una dimensión cerebral/intelectual, que constituye también una barrera que, bajo la infravaloración, dificulta la labor de conocer la identidad real de una persona estigmatizada (Aretio Romero 2010). Este proceso lleva a una deshumanización de las personas, vistas ahora como una categoría totalizante de su personalidad y dañina para el resto. En esta cuestión el lenguaje protagonizaría una labor muy importante a la hora de reproducir estas problemáticas. Por ejemplo, si una persona padece una enfermedad como el cáncer, lo normal es la expresión de sentimientos de solidaridad y

apoyo a su situación. Esta cuestión también es visible socialmente debido a campañas de márketing y ayuda, así como a la propia manera que usamos para referirnos a ese sujeto: “*padece de cáncer*” y no “*es una persona cancerígena*” (Sontag 2003). Por otro lado, esta cuestión choca de frente con cómo se perciben socialmente otras enfermedades menos “públicas”, aquellas cuya atención no llama a grandes campañas publicitarias o de ayuda, como es el caso de las enfermedades mentales. Aunque sea una cuestión ya señalada y que socialmente se está intentando modificar, la mayoría de las veces que nos referimos a personas que padecen una enfermedad mental es centrandó dicha enfermedad en la persona, es decir, al igual que se establecía en el caso de la persona que padece cáncer una diferenciación entre su enfermedad y el sujeto en la manera a que nos referíamos a ella, en el caso de las enfermedades mentales esta cuestión no sucede. Un ejemplo sería analizar cuál es la manera más común en la sociedad de referirse a una persona que padece esquizofrenia o depresión, la cual no será, en la mayoría de los casos “esta persona padece esquizofrenia/depresión” sino “esta persona es esquizofrénica/depresiva”. Esta diferenciación entre unas enfermedades u otras también se ha visto marcada por las leyes; al igual que para el cáncer, u otras enfermedades, no existen manuales de actuación y tratamiento específico hacia el paciente, sin embargo, en contraposición, sí existen leyes que permiten el internamiento forzado de personas que padecen esquizofrenia (Vásquez Rocca 2011), y ello es debido, principalmente, a que las enfermedades mentales son contempladas como enfermedades y comportamientos ante los que posee una línea firme de actuación al ser entendidas como posibles focos de peligrosidad y violencia. Y, todo esto es debido, al trato moral prejuicioso que se tiene hacia las enfermedades mentales.

El proceso de sumisión de ciertas personas a una serie de medidas que las abaten es, como ya hemos visto, una herramienta rápida de socialización, pero también constituye una construcción social de los individuos y las relaciones humanas. A su vez, este proceso no es, pues, decidido o desarrollado de manera individual en cada persona, sino que es el fruto de un proceso de normalización de las conductas y personas. Por ello, este proceso de normalización haría referencia a la imposición de una exigencia hacia una experiencia o realidad subjetiva (Pazos Garcíandía 2015) a un conjunto de individuos ajenos a las mismas. Este proceso social establecería entonces una dinámica dialéctica entre dos grupos; el de aquellos que poseerían el estigma, “los otros”, y el

grupo del cual se diferenciarían estos señalados, que quedaría conformado bajo lo que se construiría como la normalidad del ser.

Los procesos psicológicos de las personas que ven su existencia estigmatizada son complejos; por un lado, dichos estereotipos son interiorizados por medio del sistema de socialización y son autoincorporados a la existencia absoluta de la persona, asumiendo ciertas diferencias frente al grupo, pero, por otro lado, las personas estigmatizadas siguen siendo conscientes de que su personalidad no está determinada por cuestiones tan pequeñas dentro de su vasto rango de rasgos. Para autores como Romero el estigma, por tanto, sería un proceso social en el cual se constituirían dos roles en los que cada persona participaría, al menos en ciertos contextos y en algunas fases de la vida (Aretio Romero 2010). Otros autores, como Parsons, definen el estigma como una forma social mediante la cual se establece el proceso de diferenciación como una desviación del comportamiento normativo en la sociedad (Parsons 1966).

El psicólogo John Dovidio (Magallares Sanjuan 2011) escribe cómo los estigmas son categorías sociales sobre los cuales ciertas personas quedan referidas de manera simplificada y deshumanizante bajo unos determinados estereotipos. Estas categorías surgirían por una serie de pensamientos e imágenes negativas hacia un determinado grupo de personas, que acabarían siendo “expulsadas” del entorno social y marginadas a la otredad. Los análisis que estudian las respuestas que damos sobre los fenómenos de la existencia no pueden estar por completo basados en explicaciones biológicas debido a que esta articulación de respuestas responde a intereses y objetivos definidos socialmente. Actualmente no se maneja a nivel general una información veraz sobre los sentimientos y vivencias que poseen los enfermos mentales hacia sí mismos o hacia la enfermedad que los abate (Márquez Romero 2010), quedando este registro en manos ajenas, pero como sujetos dan significados y explicaciones a sus vivencias y condición, este padecimiento constituiría una relación social que pondría en relación los conceptos anteriores en un marco social concreto.

Una investigación enfocada hacia las diferentes narrativas que se daban en una Unidad de Enfermedad Mental en Cataluña (Márquez Romero 2010) demostraba que, muchos sujetos veían cómo su ansiedad, con respecto a la incertidumbre y el temor de haber sido diagnosticados como los primeros síntomas de la enfermedad, aminoraban cuando dichas vivencias podían ser expresadas hacia personas que sentían que les

escuchaban. En esta misma investigación se podía observar cómo los sujetos utilizan, como símbolo dominante, terminología psiquiátrica empleada por la biomedicina, para dar explicaciones y respuestas hacia las preguntas que se formulaban para saber porqué habían sido trasladados a ese lugar. Otro estudio realizado en 2012 (López, Saavedra, y otros 2012) demuestra cómo la categoría de “loco/loca” es asumida por un público mayoritario como aquella específicamente relacionada con comportamientos impulsivos y violentos. Los resultados destacaron cómo las personas también proyectaban bajo el término “enfermo mental” características de violencia o falta de control sumado a connotaciones y términos clínicos y médicos. Por último, la imagen de “depresión” mostraba una recepción completamente distinta, al ser catalogada como pasividad, tristeza y desasosiego. La depresión es sentida como una serie de características ajenas a la enfermedad mental, más relacionada con los factores exógenos y ambientales, mientras que la locura posee un carácter mucho más performativo, ligado a una serie de comportamientos violentos. La enfermedad entonces no es vista socialmente como un padecimiento, sino como una característica de comportamiento violento. Tristeza, malestar, incompreensión son atribuidos a la depresión, mientras que la locura es sentida como una actitud vital (López, Saavedra, y otros 2012). Estas investigaciones señalan como los pacientes se adscriben y se relacionan con el "sick role" (Zick Varul 2010) y (Herzlich y Pierret 1988), que sería “el rol del enfermo”, es decir, las formas en las que las personas se sienten y se relacionan, ya sea con el medio como consigo mismas, cuando están adscritas a la categoría de enfermo, concepto estrechamente relacionado con la segunda dimensión de la enfermedad de Kleinman, *illness* o cómo los enfermos se relacionan y sienten la enfermedad al margen de las explicaciones de los médicos.

En su obra, Erving Goffman diferencia entre tres diferentes tipos de estigmas: tribales, físicos y estigmatizantes de mancha de carácter (Goffman 1963):

1. *Estigmas tribales*. Serían aquellas cuestiones relacionadas con la asignación de símbolos o sentimientos de pertenencia y de no pertenencia basados en cuestiones como la raza, la cultura, el idioma o la nacionalidad (Marichal y Quiles 2000).
2. *Estigmas físicos*. Estarían basados en categorías perceptibles a simple vista y asociadas a daños o malfuncionamiento del cuerpo, como malformaciones, minusvalías o problemas relacionados con el peso,

como la obesidad o la extrema delgadez, en casos de anorexia o de bulimia.

3. *Estigmatizantes de “mancha de carácter”*. Por último, Goffman señala las categorías estigmatizantes denominadas “*las manchas del carácter*” (Goffman 1963), que serían todas aquellas cualidades reconocidas como negativas, quedando señalada la persona que las cometiese, como ocurre, por ejemplo, con las personas que han ejercido el hurto (robo/ladrones) o han consumido enfermizamente estupefacientes un (drogas/drogadictos).

Los estereotipos son considerados sociales debido a que representan la aceptación colectiva de una serie de supuestos sobre un grupo concreto de personas. Sin embargo, esto no significa que sean útiles o eficientes, al posibilitar a las personas establecer una opinión rápida, que condicionará en una determinada actitud y expresión, hacia unas determinadas personas estereotipadas (Hamilton & Sherman en (Corrigan 2004). Se ha defendido esta cuestión como una forma en la que la naturaleza ha preparado a las personas para huir de riesgos, por ejemplo, si una persona a la que socialmente se conocería como “mala pinta” se acerca a alguien, las probabilidades de que los estereotipos relacionados con la clase, la raza o el género influyan negativamente en el desarrollo de la interacción son elevadas, incluso cuando era altamente improbable que se diese una situación conflictiva. Esta respuesta, sin embargo, no puede reclamarse desde una perspectiva naturalista, ya que se obvia y naturaliza el hecho de que determinadas personas posean un estatus corporal que de manera casi instantánea e irracional genera una sensación de peligro. Según (Corrigan 2004) los individuos tenderían a relacionarse en el universo social en función de la imagen propia de cada sujeto, o de su grupo, la cual sería entendida como contraria a la imagen de otros grupos, juzgados como una competencia. En esta teoría se daría una explicación al estigma, el cual sería la respuesta del grupo sentido y entendido hacia sí mismo como normal frente al grupo de los enfermos mentales, diferenciados con respecto a otras dolencias en cuanto estas son juzgadas desde el miedo y la incompreensión.

Los estigmas estarían marcados por un proceso de construcción lógica caracterizado por tres partes: la primera, la creación de estereotipos; la segunda, la formación de un prejuicio; y, en tercer lugar, la discriminación a los sujetos que cumplieren ambas cualidades, forjando un proceso de estigmatización. La palabra

estereotipo posee su origen en las palabras griegas *στερεός* (sólido, como en “estéreo” y “colesterol”) y *τύπος* (impresión, molde, como en “tipo” y “tipadora”). Esto hacía referencia a los moldes utilizados en las imprentas y a las formas estereotípicas con las que nos referiríamos a poblaciones extensas de personas. Establecer una definición concisa de este fenómeno no es del todo sencillo. McGarty, Yzerbyt y Spears (Gómez Jiménez 2007) describen el estereotipo mediante tres características, que el estereotipo es un mecanismo de simplificación y ayuda de la explicación social, que es una afirmación compartida por un grupo social y, por último, que constituiría una herramienta de ahorro de energía (Gómez Jiménez 2007). Un prejuicio entonces sería la evaluación negativa del estereotipo hacia un grupo o personas determinadas, utilizando los mecanismos de simplificación y totalización del mismo. Floyd Allport (1919) advirtió a este respecto, que la categorización sirve como forma de agrupación de información de forma simple para una más rápida adaptación al medio permitiendo la identificación rápida de información mediante categorías (Gómez Jiménez 2007). En último lugar, la discriminación emergería como sentimiento de desigualdad frente a la manera de relacionarse con personas sentidas como pertenecientes a otro grupo o categoría (Aretio Romero 2010). La discriminación sería el sentimiento desarrollado a raíz de señalar unas determinadas características en una persona o grupo de personas mediante el estigma y la proyección de un atributo negativo a dicha característica de manera simple y generalizada por medio del prejuicio.

Estos fenómenos sociales encajarían en el análisis del filósofo francés Foucault con respecto al biopoder donde la vida comenzaría a ser un hecho reivindicado como un objeto político; vida entendida por procesos biológicos como alimentación o respiración. El biopoder se desplegaría mediante la impolítica y la anatomo-política (Toscano López 2008). La impolítica son regulaciones encaminadas al control de especie humana, control de poblaciones biológicas mediante la muerte o el nacimiento. La anatomo-política, por otro lado, hace referencia al sometimiento de los individuos a través de sus cuerpos como en las cárceles, escuelas o fábricas. Uno de los aspectos fundamentales de la teoría de Foucault es la relación que se establece entre el poder y la vida, que asume como una cuestión definitoria de la modernidad, lo cual es cuestionable, ya que, de unas maneras u otras, todas las sociedades han establecido códigos y políticas que determinaban aspectos de la vida (Foucault 2017). Según Fassin (1999) ese rasgo definitorio de las sociedades occidentales se encontraría con la

formación de la estructura estatal, que organizaría las lógicas médicas bajo patrones de sistemas de producción. Fassin defiende la biolegitimidad, alegando que el biopoder moderno es más un “poder de la vida” que un “poder sobre la vida”: lo que supone una definición de los problemas en términos corporales o biológicos y legítima reivindicaciones del ser humano en cuanto a ser vivo.

Sea cual sea la teoría que creamos que más se amolda a una explicación correcta del fenómeno discriminatorio tratado en este apartado, no debemos olvidar que la cuestión del estigma ha sido una situación repetida a lo largo de la historia; los leprosos y excluidos medievales pasaron, con el paso de los siglos, a transformarse, engrosando las filas de los desposeídos, disidentes o sujetos irracionales, sentidos como contrarios a todo sentimiento de sociedad digna. Todas estas personas han sido víctimas del estigma y la discriminación realizado bajo el pretexto del conocimiento científico objetivo y desprejuiciado (Stucchi-Portocarrero 2013). A pesar de ello, este proceso no ha afectado a las sociedades de la misma forma debido a cambios culturales, sociales e históricos que se desarrollan constantemente.

Para entender mejor las dimensiones en las que opera esta cuestión se crearon diferentes grados del estigmas recogidos, que son resumidos en tres rangos: estigma estructural, estigma social y estigma internalizado (Muñoz, Sanz y Pérez-Santos 2011).

Estigma estructural	Esta categoría hace referencia a toda la serie de tratos relacionados con una conducta discriminatoria en el ámbito institucional, como leyes u organismos estatales.
Estigma social	Este estigma es aquel instaurado en el imaginario colectivo del conjunto de la población, ocupando en este grupo realidades como el trato de las familias, los cuerpos de seguridad, el personal sanitario, los medios de comunicación o los actores del plano laboral, entre otros.
Estigma interiorizado	Estaría formado por los sentimientos que cada sujeto sufre de este estigma y cómo la persona reacciona y desarrolla su vida en relación al estigma. Los sentimientos de inferioridad o procesos de autoestigma estarían relacionados con la manera en la que los sujetos entienden su realidad y en cómo han sido socializados en un contexto de estigma.

Estigma estructural

El estigma estructural está compuesto por todas aquellas cuestiones vinculadas con el trato desigual a una tipología concreta de personas; en este caso, el trato destinado a las personas con enfermedades mentales, por parte de las instituciones gubernamentales e institucionales, conformando un conjunto de normas, políticas y procedimientos de entidades públicas o privadas que restringirían los derechos, libertades y oportunidades de las personas de este colectivo (Corrigan, Markowitz y Watson en (Mora-Ríos y Bautista 2014). Esta serie de medidas desiguales mantendrían diferencias en el acceso a determinados recursos, como la justicia o servicios sociales, y estimularía las desigualdades sociales.

A nivel judicial lo primero que se debe tener en cuenta es el reconocimiento de las personas con enfermedades mentales como personas que padecen de una discapacidad a nivel legal, es decir, aunque físicamente no puedan presentar atributos meramente visibles que en otras formas de discapacidades serían más claras, como, por ejemplo, el uso de silla de ruedas, muletas, bastones o la percepción por parte de los demás del propio estado físico, las personas con enfermedades mentales son personas que sufren una discapacidad. Por otro lado, esta reivindicación de la discapacidad no puede entenderse, ni ir acompañada, de tratos desfavorables. Es en esta dicotomía donde se tiene que mover la administración política para establecer una serie de medidas que reconozcan la realidad de las personas con enfermedades mentales sin que por ello se vulneren sus derechos como seres humanos y como ciudadanos. A nivel de problemas legales, la relación que se ha descrito durante todo el trabajo entre la enfermedad mental con la delincuencia o actitudes más irracionales y violentas hace que, en numerosas ocasiones, se llegue a malentendidos con las fuerzas de seguridad del Estado que reproducen actitudes estigmatizantes ante los sujetos. Junto con esta problemática, aún pueden reconocerse figuras legales que empañan la figura de los enfermos mentales, como leyes estigmatizantes o estrategias judiciales, que asumen a estas personas como incapaces de medir sus actos. Por otro lado, los sistemas penitenciarios apenas poseen capacidad de hacer para frente a la terapia o seguimiento de la misma en caso de ingreso de una persona con enfermedades mentales.

Estigma social.

Hoy en día, a diferencia de otras partes de la historia, se puede vivir enfermo durante periodos prolongados de tiempo. Lo que a lo largo de la historia de la humanidad eran periodos de sufrimiento o de enfermedad, cuyas dos únicas salidas eran superar la enfermedad, con mayores o menores secuelas, o la muerte, a causa de la misma, ahora, se ha convertido en otra realidad, pues nos encontramos en otro paradigma totalmente distinto, donde gran número de personas, a lo largo del mundo, se enfrentan a periodos de enfermedad muy extensos. Esta característica de la época moderna hace que ciertas enfermedades sean “implantadas” a los sujetos. Las enfermedades mentales son especialmente sensibles a este fenómeno, pues la enfermedad también se ha pasado al terreno de lo privado. La visibilidad que poseían otras enfermedades como la peste o el cólera, con cientos de muertos y afectados en las calles fue desapareciendo. La estigmatización permea y se extiende desde el panorama de lo público (el trabajo, los amigos) a lo privado (el círculo familiar). Esta adaptación de la estigmatización ha ocasionado que, en ocasiones, la culpa comience a atribuírseles a los padres y madres o al ambiente laboral, con una responsabilidad con respecto a la enfermedad del enfermo, así como con su cuidado. Esto genera una sensación de tensión que puede aumentar los conflictos, así como la probabilidad de sufrir enfermedades mentales entre los progenitores (Jones en (Magallares Sanjuan 2011)).

Arnaiz y Uriarte señalan cómo las conductas generales de la sociedad con respecto a las personas que padecen una enfermedad mental han empeorado en los últimos tiempos. Algunas actitudes parecen haberse vuelto más estigmatizadoras en las últimas décadas, entre otras cosas, debido a una reproducción de una imagen estereotipada de este colectivo entre la sociedad, destacando en este sentido el papel crucial que han protagonizado en este proceso los medios de información a gran escala (Arnaiz y Uriarte 2006). Gracias a la capacidad de información instantánea que poseemos hoy en día debido a la difusión de la tecnología y las telecomunicaciones, es necesario, en casi la totalidad de aspectos de la vida, estudiar la presencia y responsabilidad que poseen los medios de comunicación en cualquier proceso social, así como en la creación de sentimientos y opiniones. Nancy (Signorielli 1989) estudia el fenómeno en relación con las apariciones de personajes con enfermedades mentales en programas de radio

televisión prime-time¹⁰. Las conclusiones demostraron una serie de resultados que ayudaban a la comprensión de cómo son representadas las personas con enfermedades mentales en la televisión, tanto en la ficción como en programas de actualidad; el 72 % de las personas representadas enfatizaban su carácter violento, siendo casi el 10 % representados como asesinos seriales, el 8,2 % resaltaban la historia de vida de los sujetos fuera de la enfermedad mental. En el terreno de la ficción, ya sea en series o películas de géneros como la acción o la comedia, apenas el 3 % de los personajes en pantalla poseía una enfermedad mental, siempre siendo esta una figura secundaria u hostil (Signorielli 1989) y (Magallares Sanjuan 2011). Otro estudio realizado en 2002 (Coverdale, Nairn y Claasen 2002) se enfocó a la investigación de cómo los medios escritos representaban a las personas con enfermedades mentales y cuyos resultados mostraron cuestiones interesantes para entender las características y magnitud del fenómeno, como la inmensa predominancia (93 % del material analizado) de representaciones centradas en la delincuencia y peligrosidad a la hora de describir la situación de una persona con un trastorno mental. Del material seleccionado en los casi cuatro años dedicados a la investigación y recogida de información en periódicos y revistas neozelandesas, con una muestra aproximada de 600 artículos, se podía comprobar cómo en más de 370 de esos artículos se hablaba y representaba a los enfermos mentales como peligrosos y problemáticos para la sociedad. Otro estudio realizado en 1996 por Geoffrey Wolff y basado en la recolección de opiniones en distintos sectores de la población civil británica, reveló que, ante una serie de entrevistas realizadas acerca de cómo se sentirían si una persona con una enfermedad mental viviera cerca su casa, la amplia mayoría de las personas encuestadas respondió negativamente ante la idea de tener como vecinos a personas que padeciesen dichos trastornos, alegando que aumentaban las probabilidades de sufrir violencia (Wolff, y otros 1996). Por último, los análisis de Donald L. Diefenbach (Diefenbach 1997) llevados a cabo durante dos semanas en los telediarios de diferentes cadenas de televisión, demostraron cómo la forma de representación de las personas con trastornos mentales estaba siempre relacionada con sus conductas violentas y su peligrosidad. Las conclusiones afirman que la representación de las personas con enfermedades mentales en los medios de comunicación es aquella especialmente enfatizada en sucesos

¹⁰ Los análisis se centraron en el estudio de programas televisivos emitidos en horario de máxima audiencia entre los años 1969 y 1985 en la televisión estadounidense. La muestra completa constó de 1.215 programas y 3.616 personajes principales entre los que se daban series policíacas, sitcoms o programas de entretenimiento general.

relacionados con la peligrosidad de sus acciones. La representación, así como en las explicaciones que se desarrollan de los sucesos, muestran a estas personas como a sujetos que no pueden controlar sus impulsos asesinos y criminales (Sieff 2003).

Investigar cómo esta discriminación y, criminalización, compone y da forma a la realidad social del medio laboral general de las personas que sufren estigmatización es de un gran interés y utilidad. Al igual que percibimos y estudiamos el valor y la satisfacción que se pretende perseguir en las sociedades capitalistas con respecto al trabajo y al sentimiento de utilidad (Romero Caraballo 2017), debemos observar cómo ello impacta en las personas que no poseen actividades laborales fijas, ya sean de forma precaria, itinerante o que no poseen dicha actividad, y cómo ello impacta en su forma de percibirse y relacionarse con el medio. Trabajos como los realizados por José Buendía estudian, desde una perspectiva psicológica, el desempleo como la principal antítesis del empleo, es decir, como la meta óptima con la cual se nos socializa desde las instituciones educativas, la familia o los medios, bajo fórmula teleológica que queda interrumpida cuando el desempleo irrumpe y se establece o prolonga, liberando sentimientos de inutilidad y fracaso en los sujetos (Buendía 1990). Otros estudios, como los realizados por Marie Jahoda, han estudiado las funciones del empleo a la hora de administrar y organizar el tiempo vital, mostrando la importancia que representa para las personas el poseer un empleo para regular su actividad de forma constante y cotidiana, permitiendo mantener una actividad con contactos sociales fuera del núcleo cotidiano familiar y, además, influyendo en el estatus y en la motivación en la vida personal (Jahoda 1982). Una de las características más importantes de la realización de una actividad laboral sería el impacto psicológico de pertenencia a una red de relaciones sociales enmarcadas en un lugar definido y bajo una determinada función dentro de una estructura social determinada y reconocida que aportaría un sentimiento de dominio, control y seguridad (Farguín 1987). La discriminación laboral se expresa de dos formas, directa e indirecta (Magallares Sanjuan 2011)

1. La discriminación directa hace referencia a todas las formas de discriminación y vejación activa que se dan en el ambiente laboral, como, por ejemplo, insultos, amenazas, burlas, etc., por el simple hecho de presentar características que puedan entenderse como anormales o fuera de lo común.

2. La discriminación indirecta, por otro lado, se expresa en políticas y formas de negación de acceso al ambiente laboral fruto de una interiorización de la exclusión debido a un desarrollo histórico que enfatizaba dicha conducta como políticas de empleo y estructurales que niegan el acceso de personas que no cumplieren con unos ciertos estándares morales y estéticos (Magallares Sanjuan 2011).

. Independientemente de cuál sea el tipo de discriminación laboral, en la mayoría de casos se ha evidenciado una significativa reducción de las relaciones sociales, lo cual afecta a su vez al ambiente laboral, que al erosionarse degenera en una situación de pauperización y de acceso a menor renta por parte de los sujetos.

Estigma interiorizado

Finalmente, el estigma interiorizado o autoestigma (Arnaiz y Uriarte 2006) es el proceso de cómo las reacciones de las personas que pertenecen a un grupo estigmatizado vuelven las actitudes estigmatizadoras contra ellas mismas (Aretio Romero 2010). Y esto es lo que les ocurre a las personas con enfermedades mentales que reflejan y proyectan los prejuicios que llevan el estigma sobre sí mismas, causando una espiral de autodestrucción. Dentro de este fenómeno son distintas las formas en las que se ha investigado cómo actúan los sujetos. Por un lado, nos encontramos con conductas relacionadas con una autoestima mermada consiste en aislarse socialmente, a su vez, hay otras personas que actúan ante la injusticia con ira, así como con incomprensión y desasosiego. Y también, nos encontramos con que otras personas evitan, mediante estrategias de “camuflaje”, que las personas del entorno sepan de la existencia de trastornos en ellos, optando por el encubrimiento como forma de evitar un rechazo social. Pero una realidad que comparten todas situaciones es que el padecimiento pasa a ser, cada vez más, una parte de la identidad social de estos sujetos estigmatizados (Menéndez. 2018).

Hablamos de estigma interiorizado cuando hacemos referencia a todas aquellas cuestiones estigmatizantes, a todos esos estereotipos que el sujeto ha asimilado y que pasan a ser parte de su forma de percibirse a sí mismo, tanto en la sociedad como en la intimidad. Al igual que los procesos que hemos tratado con anterioridad con respecto al estigma, éste también se nutre de estereotipos, prejuicios y procesos de discriminación,

que son aplicados hacia la propia persona. La persistente carga social que plantea la realidad de ser un sujeto estigmatizado condiciona los autoconceptos de estas personas, haciendo que compartan y estén de acuerdo con los estereotipos falsos y dañinos que le son atribuidos (Muñoz, Sanz y Pérez-Santos 2011). De las diferentes dinámicas en relación a los procesos de estigmatización que se viven diariamente, esta es, sin duda, la más perniciosa, a la vez que es la más difícil de tratar, debido a la atención individualizada y constante que requieren los sujetos así como la dependencia del ambiente social para la recuperación y la propia cooperación del enfermo, que precisa de una motivación propia que le lleve a aceptar su condición y terapia.

Capítulo 5. Salud mental en España

La realidad que presenta nuestro país con respecto a las problemáticas expresadas a lo largo de este trabajo no muestra un panorama especialmente favorable con respecto a nuestro entorno. España, un país europeo de casi 47 millones de habitantes y ocupa el puesto 43 a nivel mundial en PIB per cápita (Expansión. s.f.), sin embargo posee una realidad anómala con respecto a su entorno en cuestión al trato que se ejerce, mediante políticas o recursos económicos, destinados a todo lo que concierne a la salud mental de su población. Esta problemática representa un verdadero reto, ya sea por los inconvenientes históricos a los que nos enfrentamos como sociedad, como las problemáticas que determinan cómo enfocamos y tratamos el problema, hasta como entendemos la salud, en sus diferentes formas. En la sociedad española, la salud es un derecho que muchos consideran como la gran conquista del estado de bienestar moderno. Esta cuestión ha sido una batalla constante que aún se libra en la opinión pública, la cual mantiene un debate constante alrededor del modelo médico y el papel de las administraciones públicas que se debería adoptar y fomentar.

Las mejoras en el campo de la salud mental desde esta reforma psiquiátrica de 1986 han sido, en general, escasas. Cuando en la década de 1960 se comenzaron a introducir reformas en los sistemas psiquiátricos de gran parte de los países de Europa y en los Estados Unidos, dichos cambios coincidieron con un período de cuestionamiento contracultural que llevo, entre otras muchas cosas, al repensamiento del modelo asistencial manicomial con el que se trataba a la población “enferma” y cuyas mayores

conquistas fueron la ratificación de leyes que reformaban esta arcaica institución, pero en ese mismo periodo histórico y social, España se encontraba todavía en un régimen dictatorial muy receloso con los cambios sociales y cívicos que se producían fuera de sus fronteras. No será hasta el año 1986, once años después de la caída de la dictadura, cuando que apruebe la Ley General de Sanidad, que solidificaba los esfuerzos que se venían realizando desde las posiciones críticas dentro de la medicina desde principios de la década de 1980 (Giménez Muñoz 2012). Esta nueva situación se dará en un contexto histórico marcado por el primer gobierno socialista después de la transición política a un sistema democrático, así como un cuestionamiento de las estructuras de poder franquistas aún existentes en las instituciones médicas de servicios a los pacientes con enfermedades mentales.

De la Ley General de Sanidad de 1986 y de la implementación de la reforma psiquiátrica española nos separan treinta y cuatro, y a pesar de lo revolucionaria que esta fue en su época, aún quedan muchos inconvenientes en el camino para pensar que esta problemática situación se ha resuelto. En España hay menos de 5 trabajadores especializados en psicología por cada 100.000 habitantes trabajando en el sistema de atención sanitaria pública (Carrión Ribas y Redolar Ripoll 2018), estando la media a nivel europeo alrededor de los 18 especialistas por 100.000 habitantes. Esto supone una gran barrera de acceso y atención para las personas cuyo nivel económico no permita la búsqueda de terapia de calidad fuera de las instituciones públicas. No tratar a tiempo un caso de enfermedad mental hace que las probabilidades de sufrirlo en el futuro, así como la manera de encararlo se dificulten de manera peligrosa. Por ello, es necesario disponer de un cuerpo de especialistas destinados a la prevención y seguimiento de trastornos mentales, pues *“En España más del 50 % de las demandas de atención primaria tienen relación con motivos psicológicos”* (Burgueño en (La Sexta 2019). A su vez, España es uno de los pocos países de la Unión Europea que no posee la especialidad de Psiquiatría de la Infancia y Juvenil (Cortés 2019), lo cual es especialmente delicado tratándose de un sector de población cuyo tratamiento exitoso y en tiempo de trastornos mentales es clave para el desarrollo adulto futuro, así como para su tratamiento. Por último, son numerosos los casos documentados de abusos cometidos en centros hospitalarios por parte del personal por medio de tratamientos más extremos, como la inmovilización forzosa o la obligación de consumo de medicamentos, como situaciones más cotidianas de abuso de autoridad o infantilización de paciente, el cual

siente no ser dueño de su propia voluntad y cae en un proceso de sentimiento de pérdida de autonomía y libertad (Muñoz Escandell (Coord) 2019) (Gracia y Rodríguez Sendín 2014). Informes como el realizado por FEDEA muestran como, entre el año 2007 y 2012, los trastornos mentales y del comportamiento fueron la quinta causa de muertes en el plano sanitario en España, que acompaña a un sorprendente aumento en el número de trastornos mentales como ansiedad y depresión en personas mayores de cincuenta y cinco años (Observatorio de la Sanidad Fedea 2014).

Esta serie de problemáticas y dificultades no solo se encuentran en la salud, sino que atraviesan transversalmente diferentes instituciones y dinámicas de la sociedad. En relación con el ámbito de la justicia y, debido a la percepción general de las enfermedades mentales asociadas con la delincuencia o la violencia, la justicia y los cuerpos y fuerzas de seguridad del Estado suelen tener incidencia con estas problemáticas. Una de las principales dificultades que nos encontramos ante las actividades policiales es el incumplimiento del artículo 763¹¹, que regula los procedimientos por los cuales una persona es puesta bajo custodia de las autoridades por motivo de salud mental. Los ingresos a las instituciones y traslados siguen, aunque sea una cuestión más próxima a la salud que a la labor de vigilancia, siendo acompañados por operativos de los cuerpos y fuerzas de seguridad del Estado. Otra problemática es que, aunque la Observación General nº 1 del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad del 2014 (Muñoz Escandell (coord) 2020) reconoce la igualdad de personas con discapacidad a nivel jurídico, el nivel de acceso a la justicia sigue siendo completamente desigual para los casos en los que se manifiestan enfermedades mentales.

Cuestiones como la inimputabilidad y la enajenación mental, como una figura jurídica de la cual se abusa por parte de muchos abogados para conseguir mejores tratos con la justicia, estigmatiza y reproduce la imagen de enfermo sin control que no es dueño de sus actos violentos (Muñoz Escandell (Coord) 2019).

Reclamar derechos de trato o garantías legales puede verse como una actitud rebelde ante la autoridad, siendo tratada con mayor contundencia o con una dosis mayor de medicamentos, haciendo que en numerosas ocasiones los internos prefieran no causar

¹¹Este artículo permite que los médicos sean los que deben aprobar ingresos mediante documentos exprés. Más información en el Anexo 1.

dichos “problemas” para no empeorar la situación (Muñoz Escandell (coord) 2020). Por último, es necesaria la creación de un sistema de integración de las personas con trastornos mentales al sistema penitenciario debido que en el sistema penitenciario se agravan seriamente las condiciones de la enfermedad debido al ambiente hostil y a la falta de seguimiento psicológico de calidad que se da en los ambientes disciplinarios como las prisiones.

Por otra parte la influencia y protagonismo que poseen las estructuras familiares en estos casos es muy importante. Las personas con enfermedades mentales suelen, en gran número, sufrir problemas graves en el ámbito social y familiar debido a un gran abanico de cuestiones. Por un lado este hecho se debe tanto a los efectos de la misma enfermedad (tienen menos motivaciones, baja autoestima, depresión, desórdenes del pensamiento, episodios psicóticos, etc.) como la sensación de falta de apoyo y comprensión que se recibe, por parte del sujeto, su ambiente (Benbow 2009). Esta serie de sentimientos pueden darse por factores como la incomprensión, ya sea por parte de la persona afectada como por el resto del grupo familiar. Otro foco de tensión puede estar relacionado con la capacidad económica que posean las familias; si la dolencia afectó a un miembro económicamente clave del núcleo familiar la situación puede suponer una notable pérdida de la calidad de vida del grupo, debido a que los subsidios y ayudas por parte de las administraciones públicas suelen ser insuficientes para mantener el estilo de vida anterior al diagnóstico. A esta problemática se añadiría la de la posible necesidad de contar la figura de una persona contratada, más o menos profesionalizada, y ajena a la familia, que desarrollase funciones de cuidado, así como de la familia que se dedicara al mantenimiento del miembro enfermo. Y, por otro lado, esto también refleja otra realidad, y es que el problema que padecen muchas personas con enfermedades mentales a la hora de poder ser cuidados, se ve agravado si, como ocurre en un amplísimo repertorio de enfermos mentales, estas personas son mayores o con escasos recursos.

La depresión, a pesar del desconocimiento social que se posee de ella, en términos generales, recibe, sin embargo, mejores respuestas y ayuda, por parte de la población, en parte debido a un sentimiento de apiadamiento y vulnerabilidad. Por otro lado, enfermedades como la esquizofrenia, producen respuestas mucho más negativas por parte del espacio social, familiar o laboral debido a una mayor imagen de violencia y descontrol (Putman en (Magallares Sanjuan 2011). Esto demuestra dos cuestiones, por

un lado, el papel fundamental que posee la estructura familiar a la hora de brindar apoyo, tanto económico como en los cuidados, así como la ayuda en el tratamiento y el seguimiento del enfermo. Y, por otro lado, esto también refleja otra realidad, y es que el problema que padecen muchas personas con enfermedades mentales a la hora de poder ser cuidados, se ve agravado si, como ocurre en un amplísimo repertorio de enfermos mentales, estas personas son mayores o con escasos recursos.

Si analizamos, por otra parte, la cuestión del trabajo, la perspectiva no es más positiva; la crisis laboral que arrastra la sociedad española, y en especial su precarizada juventud, desde 2008 constituye una de las principales razones de aumentos de casos de depresión y ansiedad, entre otros, en nuestro país. Esta situación de deterioro, en las personas que padecen enfermedades mentales las dificultades se incrementan a la hora de realizar la búsqueda de un empleo, y, como es obvio, el trabajo es importante para la autoexpresión y autopercepción, ayudando a la motivación, así como a la sensación de utilidad y al orden mediante la rutina. Al igual que percibimos y estudiamos el valor y la satisfacción que se pretende perseguir en las sociedades capitalistas con respecto al trabajo y al sentimiento de utilidad (Romero Caraballo 2017), debemos observar cómo ello impacta en las personas que no poseen actividades laborales fijas, ya sean de forma precaria, itinerante o que no poseen dicha actividad, y cómo ello impacta en su forma de percibirse y relacionarse con el medio. En la actualidad, el trabajo es un elemento integrador para la sociedad (Blanch 1999), por lo tanto, el trabajo es un elemento clave para la socialización y reproducción en las sociedades capitalistas modernas. Por ello, este determina en gran medida la estabilidad y la salud psicológica de las personas actualmente (Observatorio de la Sanidad Fedea 2014).

Las personas que padecen enfermedades mentales poseen innumerables dificultades a la hora de acceder a este mercado laboral. Esta situación repercute en la autoestima, y, al no poder ejercer una actividad laboral los sentimientos de utilidad hacia uno mismo quedan mermados, al igual que lo referente a la autonomía y al control económico del sujeto. Estas cuestiones crean un círculo vicioso en donde el paciente queda “inmovilizado” socialmente, repercutiendo negativamente en su enfermedad y dificultando tanto su recuperación como la capacidad de encontrar un empleo y su autoestima.

Resulta también necesario realizar un breve análisis desde una perspectiva de género. Esta problemática excede con creces el motivo principal de este trabajo, por lo que en este aspecto se afrontará de forma breve una problemática profunda y amplia, que atraviesa toda la problemática del estigma social hacia las enfermedades mentales.

La última encuesta realizada por parte del Instituto de la Mujer en 2006 con motivo de estudio de la violencia de género, se reconocía que las mujeres que padecían de alguna discapacidad vivían con mucha mayor frecuencia situaciones de abuso sexual y violencia de género; un 13 % de las mujeres de este colectivo eran consideradas técnicamente como mujeres maltratadas, frente al 9,6 % general de la población española. A su vez, el 8 % de las mujeres con discapacidad reconocían en sus testimonios ser víctimas de violencia machista frente al 3,6 % del total de mujeres (Aretio Romero 2010). A su vez, existen diferencias a la hora de padecer ciertos trastornos dependiendo del género de las personas, siendo las mujeres, en general, el mayor grupo social en sufrir enfermedades relacionadas con los trastornos de la alimentación con casi un 90 % (Guarda Torner en (Muñoz Escandell (coord) 2020).

El CERMI (Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad) también afirmó que las mujeres padecen un número significativo de violencias relacionadas con la minusvalía y con la enfermedad mental (Centro nacional de epidemiología. 2017). A estas problemáticas es necesario sumarles la mayor probabilidad de que las niñas y las mujeres jóvenes puedan sufrir abusos y maltratos durante la infancia y adolescencia que les ocasionen un grave trastorno en el futuro (Vilardel en (Aretio Romero 2010).

Aún así, muchos hombres también han visto su vida mental afectada debido a pérdida de trabajo y sentimientos de minusvalía e inutilidad debido al fuerte componente patriarcal de valores relacionados con el mantenimiento económico y la hombría que se ejerce sobre muchos varones a día de hoy. Los roles sociales impuesto hacia ambos géneros, como el ideal de belleza femenino y las tareas del hogar, o la necesidad de mantenimiento del hombre como benefactor familiar, hacen que aumenten los trastornos cuando estos condicionantes interiorizados no se cumplen, atacando a la autoestima y a la forma de autoperibirse y allanando el terreno para la aparición de trastornos mentales como, pueden serlo, los trastornos de alimentación o depresión. El papel de los medios de comunicación, a la hora de presentar las diversidades corporales

crea, en muchas personas, una frustración con respecto a su apariencia, debido a la falta de modelos realistas (Muñoz Escandell (coord) 2020). El “Decálogo de buenas prácticas sobre el fomento de la autoestima y la imagen corporal en los medios de comunicación” advertía de la importancia que tenía la televisión en la creación de una imagen para las personas; sobre todo, para las más jóvenes, y cómo esto está relacionado con la mayoría de casos de trastornos nerviosos de la alimentación y otros trastornos relacionados con la imagen propia (Fundación imagen y autoestima 2012).

Paralelamente a que el modelo manicomial para el tratamiento de enfermedades mentales dejaba de implementarse y entraba en una profunda decadencia, en el sistema de salud español comenzó a forjarse otro sistema de asistencia en forma de redes de asistenciales (en forma general de ambulatorios) que comenzaron a prestar servicio a un cada vez mayor volumen de personas (Martínez Hernández 2006). Este nuevo modelo establecería el antiguo control “represivo de las cárceles para locos” en forma de una distribución de sustancias para favorecer la conducta de los individuos. El manicomio comenzó a ser invisible, cotidiano y normalizado, a la vez que se encontraba cada vez más presente en la sociedad debido a la creciente receta y suministro de psicofármacos en todas las capas sociales.

A principio de la década de 1950 tuvo lugar uno de los hechos considerado entre los “12 momentos definitivos de la historia de la medicina en el s XX” (Le Fane en (Valverde Eizaguirre y Inchauspe Aróstegui 2017), que consistió en la sintetización de una sustancia conocida como clorpromazina que comenzaría a ser suministrada a los pacientes que presentaran cuadros clínicos como la demencia o la esquizofrenia. Ese fenómeno marcaría el inicio de una serie de debates que hoy en día continúan alrededor del uso que se debe dar a ciertas sustancias, como es el caso de los antidepresivos o antipsicóticos. Desde entonces se han repetido periódicamente pruebas y experimentos con los distintos medicamentos que han ido introduciéndose en el mercado, coincidiendo los resultados en cuestiones referidas con la recaída de los sujetos, la cronicidad de las enfermedades o la incapacidad. Y todo ello ha venido a evidenciar que en las sociedades industriales se ha dado un verdadero y drástico aumento en el consumo de antidepresivos, los conocidos como ISRS (Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina) e ISRN (Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Noradrenalina) (Martínez Hernández 2006).

La nueva antipsiquiatría de la década de 1990 ha centrado sus esfuerzos en la crítica al abusivo número de pastillas recetadas para tratar las enfermedades mentales. Esta nueva visión de la problemática que representa la farmacopea destinada a los tratamientos de las enfermedades mentales, opta por un enfoque crítico por medio de la validación y aceptación científica de ciertos fenómenos, como es el caso de los procesos experimentales en salud mental, abogando por una postura que reivindica la creación de unos estándares básicos de actuación por parte del personal psiquiátrico, con el objetivo de proteger a la ciudadanía de efectos secundarios de malas prácticas relacionados, sobre todo, con la receta desmedida de medicamentos (Pérez-Soto 2012). Este movimiento estuvo muy enfocado hacia dos cuestiones; la primera fue la apuesta por una perspectiva crítica hacia la tradicional investigación neurológica y la validez de los experimentos realizados en el terreno de la mente (Cea-Madrid 2016); y, la segunda, la segunda cuestión fue la constante crítica hacia el negocio de las grandes farmacéuticas y su responsabilidad en la creación de cada vez medicamentos más potentes y extendidos. Esta crítica se enfocaba hacia la, cada vez mayor, presencia de medicamentos sustituibles en la vida cotidiana, que se cuestiona como una vuelta a las lógicas psiquiátricas obsoletas por parte de la psicología moderna (Pérez-Soto 2012).

Capítulo 6. Análisis de datos y conclusiones

Como se ha podido comprobar a lo largo de este trabajo, las enfermedades mentales constituyen ejes complejos de numerosas aristas que condicionan aspectos clave de cómo entendemos la realidad

Tradicionalmente una de las explicaciones más extendidas alrededor de las enfermedades mentales hacía referencia a una deformación de la moral de un individuo que no podía contener su voluntad (Jones en (Magallares Sanjuan 2011). Al igual que otras enfermedades, como la peste, la lepra o la tuberculosis (siendo las dos primeras asumidas como castigos divinos hacia la corrupción y pecados terrenales y la segunda como una representación de la debilidad (Sontag 2003)) las enfermedades mentales eran categorizadas desde una perspectiva moral; es decir, que la explicación y, por tanto, el trato y la cura que se ofrecía para entender a las mismas, era de tipo moral.

En España, así como en la mayoría de países del mundo, existe una latente y viva contradicción dentro del campo de la salud mental. Las enfermedades mentales afectan a alrededor del 25 % de la población, entre casos crónicos y casos únicos y puntuales en la vida de una persona, sin embargo, los recursos destinados a dicha causa son alrededor del 4 % del PIB (Torres Cubeiro 2017). Torres Cubeiro reivindica el concepto de la “alfabetización de la salud”. La OMS recoge la definición de “Alfabetización en Salud” como aquellas *“habilidades sociales y cognitivas que determinan el nivel de motivación y la capacidad de una persona para acceder, entender y utilizar la información de forma que le permita promover y mantener una buena salud”* (Fallon & Luna en (Torres Cubeiro 2017). Esta necesidad por el desarrollo de la denominada “alfabetización” tendría varias razones de ser; la primera sería la enorme brecha entre el conocimiento científico y en cómo este conocimiento se aplica de forma inmediata en la sociedad; y, la segunda, sería lo que Jorm define como *“mental health literacy”* (Jorm 2008), que fue empleado para mostrar la distancia que separa el conocimiento social común, sobre las enfermedades mentales, frente al conocimiento científico de las mismas. Por último, nos encontramos con los sentimientos de vergüenza, rechazo y estigma tan presentes en el ambiente social de la mayoría de personas con trastornos mentales.

La analfabetización social que caracteriza el conocimiento alrededor de estas enfermedades hace que procesos de diagnóstico o de reconocimiento de las enfermedades en contextos familiares lleven a retrasos tremendamente perjudiciales para los sujetos que las padecen (Torres Cubeiro 2017). El estigma, pues, sería en este punto una de las mayores brechas que separaría el conocimiento integral e integrado de las enfermedades mentales de la percepción errónea y oscurantista que se posee toda la sociedad. El estigma sería reflejo de una normalidad impuesta e irreal (Goffman 2001).

Parte de estas problemáticas son debidas a cómo el sistema sanitario continúa basándose en modelos de tipo biológico (Cazorla Palomo 2014), obviando enfoques más completos y profundos que pueden mejorar la forma en la que nos encontramos y tratamos con esta realidad, como es el enfoque biopsicosocial¹². Este sistema holístico¹³,

¹² Este término fue acuñado por primera vez por el psicólogo norteamericano George Engel, quien estudió la relación existente entre las enfermedades y la cultura, el ambiente social y el estado psicológico del paciente, además del propio estado biológico de salud (Ruíz Mitjana 2020).

íntimamente relacionado con la disciplina antropológica, aboga por comprender y estudiar de los fenómenos, en este caso relacionados con la salud mental, alejándose del reduccionismo biologicista del modelo biomédico tradicional en pos de un entendimiento menos determinista y enfocado al malestar físico, dando un papel más activo al paciente en el tratamiento, ofreciendo a su vez, a la familia y al ambiente social, protagonismo en el tratamiento del paciente (Ruíz Mitjana 2020).

El objetivo de nuestras acciones debe ser un trabajo múltiple, dedicado a varias facetas que componen el problema; por una parte, se deben dedicar esfuerzos en materia de concienciación para abandonar la victimización y el rol de enfermo que lastra el tratamiento en materia de autopercepción del sujeto, más allá de una categoría, a la cual se ha ligado toda su existencia; y, por otra parte, se deben a su vez sumar esfuerzos para desarrollar de planes de apoyo mutuo para el tratamiento de enfermedades mentales (Activa't per la Salut Mental 2018) en los que se contemple la existencia de grupos de ayuda mutua (GAM); es decir, formas de ayuda voluntarias y comunitarias para ofrecer ayuda y soporte emocional ante situaciones adversas de este tipo. Para ello, se requerirán una serie de medidas de acompañamiento y supervisión a la hora de realizar cualquier intervención comunitaria en este plano;

- Una de las cuestiones que mayor trascendencia posee es la de brindar una serie de herramientas tanto al sujeto como a la familia y al contexto social que ayuden a comprender y saber reaccionar ante las situaciones que se puedan derivar de una enfermedad mental
- La segunda cuestión sería hacer a los individuos más protagonistas de su propia recuperación, es decir, reconectar a los pacientes consigo mismos a la hora de desarrollar métodos y terapias efectivas para su padecimiento.
- Desarrollo de espacios para brindar una ayuda comunitaria psicológica para las necesidades afectivas de los sujetos en una búsqueda para un empoderamiento, empatía y comprensión.
- Seguimiento y evaluación del plan.

¹³ Del griego *ὅλος* que significa “totalidad, conjunto”, etc.; es un enfoque epistemológico que aboga por la comprensión total de un fenómeno mediante el dialogo de las distintas ciencias y disciplinas que lo estudian.

Jorm demostró la diferencia entre el auto reconocimiento de ciertos malestares que forman parte de una enfermedad mental en un cierto grupo de personas y un reconocimiento de las etiquetas que el DSM¹⁴ posee hacia esos dichos padecimientos. El conocimiento social del DSM y los tratamientos científicamente contrastados estarían en discrepancia; es decir, la imagen que maneja el público general sobre las enfermedades deben cambiar, para lo que es necesario educar a esa población en relación a lo concerniente a los pacientes de enfermedades mentales. Las campañas de concienciación alrededor de las enfermedades en el ambiente social deben partir de un previo estudio de cómo la comunidad las entiende o sabe acerca de las mismas, ya que de lo contrario es altamente probable que constituyan un inmenso fracaso (Jorm 2008).

Pescosolido inició en la década de 1990 un proceso de investigación alrededor de la toma de decisiones por parte de los sujetos en el marco de la salud y el estigma. Las investigaciones llegaron a la conclusión de que la toma de decisiones no se planteaba de manera racional. Compartir públicamente la tenencia de una enfermedad mental sigue estando relacionada a sentimientos de vergüenza y descredito, dificultando enormemente las labores de tratamiento y visibilización. Los espacios donde se comparte esa información también son distintos, siendo el 90 % de las familias informadas, mientras que, por ejemplo, en el ambiente laboral, alrededor del 45 % de las personas deciden comentarlo en su trabajo (Torres Cubeiro 2017) solo cuando el sujeto percibe que va a recibir posturas comprensivas y de apoyo. Esta situación de ocultamiento se da principalmente por dos razones (Corrigan 2004); por un sentimiento de repulsa hacia un hipotético etiquetaje social como “enfermo” o “loco” y, por otro lado, por una sensación que amenaza la propia autoestima del sujeto. Por ello, un diagnóstico a tiempo, facilitado por las personas que padecen las dolencias, junto con un adecuado tratamiento, es clave para la recuperación y cura, así como la prevención de conductas peligrosas derivadas de esta situación, como al automutilación o el suicidio (OMS 2004) Por todo lo expuesto, es necesario entonces dar una importancia vital de redes sociales sólidas y de calidad para la mejora de las condiciones de salud de los sujetos (Cazorla Palomo 2014), y hacer hincapié en la importancia que tiene el investigar, cómo los sujetos perciben, sienten y explican la enfermedad para

¹⁴ DSM cuyas siglas en inglés significan *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) es una guía realizada por la Asociación Americana de Psicología (APA en inglés) para el diagnóstico y explicación de los trastornos mentales.

complementarlo, por otro lado, con un análisis de su entorno con cuestiones de la biomedicina convencional.

Las redes sociales son importantes, pero, al igual que descubrió Durkheim con sus trabajos alrededor del suicidio, estas pueden en ocasiones ser perjudiciales y agudizar el problema que se pretende solucionar. No es preciso tratar a estas formas de socialización como panaceas infalibles (E. L. Menéndez 2012), sino estudiar las formas en las que estas se expresan y reaccionan frente a las problemáticas estudiadas para así obtener respuestas para un tratamiento más exitoso. Estos prejuicios nacerían de ideas como lo aceptado bajo la normalidad y aquello fuera de esta categoría. Estos atributos serían repartidos de forma desigual entre distintas capas y contextos de la sociedad, por lo que, a la hora de realizar cualquier investigación al respecto, es preciso investigar cómo estos valores son expresados en el contexto donde se adscribe el sujeto que posee la enfermedad (Foster en (De Noronha 1994).

Resulta paradójico cómo en España, el aumento en el conocimiento que se posee sobre las enfermedades mentales crece cada día más, mientras que las campañas y medios utilizados para su erradicación son cada día menos eficientes (Torres Cubeiro 2017). El desarrollo de las campañas de concienciación, así como los medios utilizados para tratar estas enfermedades no están relacionadas con lo que nuestros conocimientos dicen en materia de sanidad u educación, al enfocar el problema de manera simplista, centrada en el paciente y en aspectos puramente biológicos. Es necesario unificar criterios y fomentar la investigación multidisciplinaria del problema. Además, estos conocimientos deben ser implementados de manera múltiple en diferentes estratos sociales, ya sea en investigación, como en trabajo social o en la educación; ello supone que el enfoque que debe seguirse debe ser total e integrado, utilizando todos los conocimientos recogidos en las diferentes ciencias y disciplinas de las que disponemos y aplicarlos, de manera crítica, a la realidad social.

En definitiva, se debe realizar un esfuerzo que aspire a la normalización del fenómeno de la locura para el correcto tratamiento y bienestar de los sujetos, pero, a punto de finalizar, cabría de nuevo preguntarnos a qué nos referiríamos con normalización de la locura. Pues a la necesidad de crear propuestas concretas y cambios educacionales y estructurales, tanto en la sociedad como en las instituciones, para que toda la sociedad pueda intervenir, positiva y activamente, a favor de las personas con

necesidades de ayuda para su salud mental, y que estas personas enfermas sean ayudados sin dejar de ser reconocidos y respetados como personas funcionales y humanas, para poder ejercer sus derechos humanos sin riesgos de padecer de conductas sociales que dificulten y agraven su condición, ya de por sí dolorosa.

Bibliografía

Activa't per la Salut Mental. *Guía para los Grupos de Ayuda Mutua de Salud Mental en primera persona*. Informe de intervención social., Barcelona: Generalitat de Catalunya, Salut Mental Catalunya y la Federación Veus, 2018.

Allport, Floyd H. «Behaviour and experiment in social psychology.» *The Journal of Abnormal Psychology*. Vol XIV. N 5., 1919: 297-306.

Álvarez Martín, Elena. «Estimación de los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) atribuidos al VIH/sida en España.» *Escuela Nacional de Sanidad.*, 2012.

Aretio Romero, Antonia. «Una mirada social al estigma de la enfermedad mental.» *Cuadernos de trabajo social.*, 2010: 289-300.

Arnaiz, Ainara, y J.J. Uriarte. «Estigma y enfermedad mental.» *Norte de salud mental* n° 26, 2006: 49-59.

Aztarain Díez, Javier. «El cuerpo teórico de la psiquiatría de la ilustración.» En *El nacimiento y consolidación de la asistencia psiquiátrica en Navarra (1868-1954).*, de Javier Aztarain Díez, 41-60. Pamplona: Gobierno de Navarra, 2005.

Aztarain Díez, Javier. «La asistencia psiquiátrica anterior al siglo XVIII.» En *El nacimiento y consolidación de la asistencia psiquiátrica en Navarra (1868-1954).*, de Javier Aztarain Díez, 25-31. Pamplona: Gobierno de Navarra., 2005.

Bachiller, Santiago. «Exclusión, aislamiento social y personas sin hogar. Aportes desde el método etnográfico.» *Zerbitzuan*, 2010: 62-73.

Balbuena Rivera, Francisco. «R. D. Laing: un “rebelde” que desafió el orden psiquiátrico imperante.» *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 2011: 679-691.

Basaglia, Franco. *La institución negada*. Barcelona: Barral Editores S.A., 1970.

Benbow, Sarah. «Societal Abuse in the Lives of Individuals with Mental Illness.» *Canadian Nurse*. 01 de Junio de 2009. <https://canadian-nurse.com/en/articles/issues/2009/june-2009/societal-abuse-in-the-lives-of-individuals-with-mental-illness> (último acceso: 21 de Agosto de 2020).

Blanch, Josep. «Psicología social del trabajo.» En *Tratado de psicología social. Perspectivas socioculturales.*, de M.Aguilar y A.Reid, 210-238. Barcelona-Mexico D.F.: Anthropos, 1999.

Bourdieu, Pierre, y Loïc J.D. Wacquant. *Respuestas. Por una antropología reflexiva.* . Mexico D.F.: Editorial Grijalbo, 1995.

Braunstein, Néstor. *Clasificar en psiquiatría.* Madrid: Siglo XXI- Biblioteca Nueva, 2014.

BSHQ. *Biblioteca Social Hermanos Quero.* 09 de Diciembre de 2006.

<https://www.bsquero.net/2006/12/09/historia-de-la-antipsiquiatria/> (último acceso: 03 de Julio de 2020).

Buendía, José. «Psicopatología del desempleo.» *Universidad de Murcia. Anales de psicología,* 1990: 21-36.

Carrión Ribas, Carme, y Diego Redolar Ripoll. *Universitat Oberta de Catalunya.* 28 de Diciembre de 2018. <https://www.uoc.edu/portal/es/news/actualitat/2018/316-retos-mundo-sanitario.html> (último acceso: 11 de Agosto de 2020).

Cazorla Palomo, Josep. «Las relaciones sociales en salud mental: estudio sobre la percepción del impacto de las redes sociales en la mejora de la autonomía de las personas con diversidad mental y la relación con el trabajo social.» *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social. N.21,* 2014: 161-176.

Cea-Madrid, Juan Carlos. «Materiales para una historia de la antipsiquiatría: balance y perspectivas.» *Teoría y Crítica de la Psicología. N 8,* 2016: 169-192.

Centro nacional de epidemiología. *Salud Mental y Salud Pública en España: Vigilancia epidemiológica.* Informe técnico en materia de salud., Madrid: Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Economía y Competitividad y Ministerio de Sanidad, Servicios, 2017.

Corrigan, Patrick. «How Stigma Interferes With Mental Health Care.» *American Psychologist ,* 2004: 614-625.

Cortés, Nacho. «"Psiquiatría Infanto-Juvenil no es especialidad MIR por la incompetencia del Ministerio de Sanidad".» *ConSalud.es,* 24 de 11 de 2019.

Coverdale, John, Raymond Nairn, y Donna Claasen. «Descriptions of mental illness in print media: a prospective national sample.» *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry.,* 2002: 697–700.

Cuba, María Sofía, y Jimmy Campuzano. «Explorando la salud, la dolencia y la enfermedad.» *Rev Med Hered,* 2017: 116-121.

De Noronha, Marcos. «La aproximación de la psicología a la etnología.Producto e historia.» *Anales de Salud Mental,* 1994: 125-143.

Desviat, Manuel. «La reforma psiquiátrica. 25 años después de la Ley General de Sanidad.» *Rev Esp Salud Pública. N.5,* 2011: 427-436.

Diefenbach, Donald L. «The portrayal of mental illness on prime time television.» *Journal of community psychology*, Vol. 25, No. 3. University of North Carolina at Asheville., 1997: 289–302.

Dr.Viglioglia, Pablo A. «Historia de Pinel y la liberación de los dementes.» *Rincón de la cultura. Act Terap Dermatol*, 2004.

ENSE. *Encuesta Nacional de Salud ENSE. Salud Mental*. Información Sanitaria, Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social , 2017.

Esbec, Enrique, y Enrique Echeburúa. «El modelo híbrido de clasificación de los trastornos de la personalidad en el DSM-5: un análisis crítico.» *Actas españolas de psiquiatría*, 2015: 177-186.

Expansión. «España: Economía y demografía.» *Expansión. Datos macro*.
<https://datosmacro.expansion.com/paises/espana#:~:text=Su%20capital%20es%20Madrid%20y,14%20por%20volumen%20de%20PIB.&text=El%20PIB%20per%20c%C3%A1pita%20es,ranking%20de%20PIB%20per%20c%C3%A1pita>. (último acceso: 20 de Agosto de 2020).

Farguín, Leonardo. «Stress y desempleo.» *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría. Vol VII N.21*, 1987: 265-276.

Fassin, Didier. «La patetización del mundo. Ensayo de antropología política del sufrimiento.» En *Cuerpos, deficiencias y desigualdades.*, de Mara Viveros Vigoya y Gloria Garay Ariza, 31-41. Bogotá: Facultad de ciencias humanas de la universidad de Santa Fe, 1999.

Foucault, Michael. *Historia de la locura en la época clásica*. Madrid: Fondo de cultura económica, 2018.

—. *La verdad de las formas jurídicas*. Barcelona: Gedisa editorial, 2017.

Fundación imagen y autoestima. *Decálogo de buenas prácticas sobre el fomento de la autoestima y la imagen corporal en los medios de comunicación social y la publicidad*. Barcelona: Fundación imagen y autoestima., 2012.

Galton, Francis. «Eugenics: Its definition, scope, and aims.» *The American Journal of Sociology. Volumen X*, 1904.

Giménez Muñoz, María del Carmen. «EL gobierno socialista y la atención a la salud mental: la reforma psiquiátrica (1983-1986).» *HAOL, Núm. 27*, 2012: 19-28.

Goberna Tricas, Josefina. «La enfermedad a lo largo de la historia.» *Index Enferm*, 2004: 47-53.

Goffman, Erving. *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1963.

—. *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu editores, 2001.

Gómez Jiménez, Ángel. «Capítulo 8. Estereotipos.» En *Psicología social*, de Francisco Morales, Miguel C. Moya, Elena Gaviria Stewart y Isabel Cuadrado Guirado, 213-241. Madrid: McGRAW HILL, 2007.

González de Rivera, José Luis. «Evolución histórica de la Psiquiatría.» *Psiquis*, 1998: 183-200.

Gracia, Diego, y Juan José (Directores) Rodríguez Sendín. *Conflictos éticos en Psiquiatría y Psicoterapia*. Guía de práctica y ética médica., Madrid.: Fundación de Ciencias de la Salud., 2014.

Herzlich, Claudine, y Janine Pierret. «De ayer a hoy: construcción social de enfermo.» *Cuadernos médico sociales N. 43*, 1988.

Horton, Richard. *The Lancet*. 04 de Septiembre de 2007.

[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(07\)61243-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(07)61243-4/fulltext) (último acceso: 01 de Septiembre de 2020).

Huertas, Rafael. «En torno a la construcción social de la locura. Ian Hacking y la historia cultural de la psiquiatría.» *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 2011: 437-456.

Huertas, Rafael. «En torno a la construcción social de la locura. Ian Hacking y la historia cultural de la psiquiatría.» *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 2011: 437-456.

Huertas, Rafael. «Salud pública y salud mental. El nacimiento de la política de sector en psiquiatría.» *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. Vol. XI.* , 1991: 73-79.

Jahoda, Marie. *Empleo y desempleo: Un análisis socio-psicológico*. Madrid: Ediciones Morata S.A., 1982.

Jorm, Anthony F. «Mental Health Literacy. Public knowledge and beliefs about mental disorders.» *British Journal of Psychiatry*, 2008: 396-401.

La locura: Una breve introducción Madrid Alianza editorial 2013

La Sexta. *La Sanidad Pública necesita 7.200 psicólogos para que España tenga un servicio de salud mental digno*. 22 de Febrero de 2019. https://www.lasexta.com/noticias/sociedad/la-sanidad-publica-necesita-7200-psicologos-para-que-espana-tenga-un-servicio-de-salud-mental-digno-video_201902225c7018fd0cf2812925f28d69.html (último acceso: 11 de Agosto de 2020).

López, Marcelino, Francisco Javier Saavedra, Margarita Laviana, y Andrés López. «Imágenes de la “locura”, la “enfermedad mental” y la “depresión” en la ciudad de Sevilla.» *Psychology, Society, & Education. Vol.4*, 2012: 151-168.

López, Marcelino, Margarita Laviana, Luis Fernández, Andrés López, Ana María Rodríguez, y Almudena Aparicio. «La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible.» *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. Vol. XXVIII, n.º 101*, 2008: 43-83.

López-Santín, Jose M., Ferran Molins Gálvez, y Lia Litvan Shaw. «Trastornos de personalidad en el DSM-5. Una aproximación crítica.» *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 2013: 497-510.

Magallares Sanjuan, Alejandro. «El estigma de los trastornos mentales: discriminación y exclusión social.» *Quaderns de Psicologia. Vol 13. N 2*, 2011: 7-17.

Marichal, Fátima, y M^a Nieves Quiles. «La organización del estigma en categorías: actualización de la taxonomía de Goffman.» *Psicothema*. Vol.12, 2000: 458-465.

Márquez Romero, M^a Isabel. «De las narrativas de la locura: ¡Yo no estoy loco! ¿Por qué estoy aquí? Aproximación a las narrativas de enfermedad en una unidad de salud mental.» *Perifèria. Revista de recerca i formació en antropologia*. Número 12, 2010: 1-25.

Martínez Hernández, Ángel. «La mercantilización de los estados de ánimo. El consumo de antidepresivos y las nuevas biopolíticas de las aflicciones.» *Política y Sociedad*. Vol. 43, 2006: 43-56.

Menéndez, Eduardo L. «Antropología Médica. Una genealogía más o menos autobiográfica.» *La Gazeta de Antropología*, 2012.

Menéndez, Eduardo. «Las enfermedades ¿son solo padecimientos?: biomedicina, formas de atención “paralelas” y proyectos de poder .» *Salud Colectiva*, 2015: 301-330.

Menéndez, Eduardo Luis. «Antropología Médica. Una genealogía más o menos autobiográfica.» *La Gazeta de Antropología*, 2012.

Menéndez., Eduardo L. «Autoatención de los padecimientos y algunos imaginarios antropológicos.» *Desacatos* 58, 2018: 104-113.

Mora-Ríos, Jazmín, y Natalia Bautista. «Estigma estructural, género e interseccionalidad. Implicaciones en la atención a la salud mental.» *Salud Ment vol.37 no.4 México*, 2014: 303-312.

Muñoz Escandell (coord), Irene. *Informe sobre el estado de derechos humanos en salud mental 2019*. Madrid: Confederación salud mental España, 2020.

Muñoz Escandell (Coord), Irene. *Informe sobre el estado de derechos humanos en salud mental 2018*. Madrid: Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA, 2019.

Muñoz, Cristóbal Ovidio, Diego Restrepo, y Doris Cardona. «Construcción del concepto de salud mental positiva: revisión sistemática.» *Pan American Journal of Public Health*, 2016: 166-173.

Muñoz, Dr. Manuel, María Sanz, y Dra. Eloísa Pérez-Santos. «Estado del conocimiento sobre el estigma internalizado desde el modelo socio-cognitivo-comportamental.» *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud. Volumen 7*, 2011: 41-50.

Observatorio de la Sanidad Fedea . *El sistema de salud en España en perspectiva comparada*. Observatorio de la Sanidad Fedea , 2014.

OMS. «Constitución de la organización mundial de la salud.» Constitución., 1946.

OMS. *Invertir en salud mental*. Ginebra: Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias, Organización Mundial de la Salud, 2004.

—. OMS. 2004. <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr44/es/> (último acceso: 09 de 07 de 2020).

OPS. *Organización Panamericana de Salud.*

https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7305:2012-dia-mundial-salud-mental-depresion-trastorno-mental-mas-frecuente&Itemid=1926&lang=es#:~:text=Se%20calcula%20que%20el%2025,Am%C3%A9rica%20Latina%20y%20el%20Caribe. (último acceso: 10 de Agosto de 2020).

Parsons, Talcott. *Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Iztapalapa.* 1966.

<http://sgpwe.izt.uam.mx/pages/egt/Cursos/TeoSocClalll/> (último acceso: 14 de 07 de 2020).

Patel, Vikram, y otros. «No health without mental health.» *The Lancet.* Vol. 370, 2007: 859-877.

Pazos Garcandía, Álvaro. *Conceptos clave de antropología médica en terapia ocupacional.* Madrid: Editorial Síntesis, 2015.

Pérez-Soto, Carlos. *Una nueva antipsiquiatría. Crítica y conocimiento de las técnicas de control psiquiátrico.* Santiago de Chile.: LOM Ediciones., 2012.

Peset, José Luis. «La revolución hipocrática de Phillippe Pinel.» *Asclepio*, 2003: 263-280.

Reich, Wilhelm. *La psicología de masas del fascismo.* Madrid: Enclave de libros., 2020.

Romero Caraballo, Martha Patricia. «Significado del trabajo desde la psicología del trabajo. Una revisión histórica, psicológica y social.» *Psicología desde el caribe. Volumen 34, n.º 2*, 2017: 120-138.

Rubio Arribas, Javier. «Proceso de construcción de un estigma: La exclusión social de la drogadicción.» *Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*, 2002.

Ruíz Mitjana, Laura. «Modelo biopsicosocial: qué es y cómo entiende la salud mental.» *Psicología y Mente.* Marzo de 2020. <https://psicologiaymente.com/psicologia/modelo-biopsicosocial> (último acceso: 1 de Septiembre de 2020).

Salaverry, Oswaldo. «La piedra de la locura: Inicios históricos de la salud mental.» *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* , 2012: 143-148.

Sanjurjo Castela, Gabriel, y Saray De Paz Ranz. «Acerca de Pinel, el Hospital de Zaragoza y la Terapia Ocupacional.» *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*, 2012: 81-94.

SEMI. «Sociedad Española de Medicina Interna.» *Sociedad Española de Medicina Interna.* <https://www.fesemi.org/informacion-pacientes/hemeroteca-salud/enfermedades/salud-y-enfermedad-que-son> (último acceso: 2020 de Julio de 21).

Sieff, Elaine. «Media frames of mental illnesses: The potential impact of negative frames.» *Journal of Mental Health.* Vol.12, 2003: 259-269.

Signorielli, Nancy. « The stigma of mental illness on television.» *Journal of Broadcasting & Electronic Media.*, 1989: 325-331.

Sontag, Susan. *La enfermedad y sus metáforas.* Buenos Aires: Taurus, 2003.

Stolkiner, Alicia. «Tiempos "postmodernos": Procesos de ajuste y salud mental.» En *Políticas en salud mental.*, de Osvaldo Saidon y Pablo Troianovski, 25-53. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1994.

Stucchi-Portocarrero, Santiago. «Estigma, discriminación y concepto de enfermedad mental.» *Revista de Neuro-Psiquiatría*, vol. 76, núm. 4, 2013: 218-223.

Szasz, Thomas S. *Ideología y enfermedad mental*. Buenos Aires: Amorrortu editores, 1970.

Torres Cubeiro, Manuel. «Contradicciones en Salud Mental: Estigma, Alfabetización en Salud Mental y Revelación (o no) del Diagnóstico de un Desorden Mental.» *Sociología y tecnociencia*, 2017: 92-111.

Toscano López, Daniel Gihovani. «El bio-poder en Michael Foucault.» *UNIVERSITAS PHILOSOPHICA*, 2008: pp. 39-57.

Valverde Eizaguirre, Miguel A, y José A Inchauspe Aróstegui. *El uso de antipsicóticos en la psicosis. Alcance, limitaciones y alternativas*. Madrid: Cuadernos técnicos. Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2017.

Vásquez Rocca, Adolfo. «Antipsiquiatría. Decostrucción del concepto de enfermedad mental y crítica al concepto de la "razón psiquiátrica".» *Nómadas. Critical Journal of Social and Juridical Sciences*, vol. 31, núm. 3, 2011.

Villatoro, Manuel P. «El vergonzoso secreto de EE.UU.: la esterilización de miles de discapacitados antes que los nazis.» *ABC*, 25 de Abril de 2017.

Viniegra-Velázquez, Leonardo. «La historia cultural de la enfermedad.» *Revista de Investigación Clínica*. Vol.60.N.6., 2008: 527-544.

Wolff, Geoffrey, Soumtra Pathar, Tom Craig, y Julian Leff. «Community Attitudes to Mental Illness.» *British Journal of Psychiatry.*, 1996: 183-190.

Zick Varul, Matthias. «Talcott Parsons, The sick role and Chronic illness.» *Body & Science*. vol.16, no.2., 2010: 72-94.

Anexos

Anexo 1: El siguiente texto es extraído del código penal español en el Libro IV de procesos especiales. Capítulo II. De los procesos sobre la capacidad de las personas:

Artículo 763. Internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico.

1. El internamiento, por razón de trastorno psíquico, de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí, aunque esté sometida a la patria potestad o a tutela, requerirá autorización judicial, que será recabada del tribunal del lugar

donde resida la persona afectada por el internamiento. La autorización será previa a dicho internamiento, salvo que razones de urgencia hicieren necesaria la inmediata adopción de la medida. (...)

3. Antes de conceder la autorización o de ratificar el internamiento que ya se ha efectuado, el tribunal oirá a la persona afectada por la decisión, al Ministerio Fiscal y a cualquier otra persona cuya comparecencia estime conveniente o le sea solicitada por el afectado por la medida. (...). En todas las actuaciones, la persona afectada por la medida de internamiento podrá disponer de representación y defensa en los términos señalados en el artículo 758 de la presente Ley. En todo caso, la decisión que el tribunal adopte en relación con el internamiento será susceptible de recurso de apelación.