

Valor humano del enfermo mental*

Conferencia

Resumen

En este artículo se sostiene que la no estigmatización y la defensa de los derechos personales de los enfermos mentales dependen esencialmente de que se reconozca que su trastorno psíquico constituye un déficit en su humanidad. Con ese objetivo se consideran tres puntos. En el primero se analiza qué es lo que se «asiste» psicológicamente en el «área de salud mental» y qué segmento de esa «asistencia» es estigmatizado; en el segundo se analiza cómo y por qué se ha pasado del modelo médico de la patología mental a la construcción social que afirma que la enfermedad mental es un mito (Th. Szasz, M. Foucault), entendiendo que esa afirmación debe ser cuestionada; en el tercero se afirma que el reconocimiento de que el déficit de autonomía personal de los diferentes tipos psicopatológicos está determinado por un proceso mórbido es lo que fundamenta el valor humano del enfermo mental.

Palabras clave

*Enfermedad mental
«Área de salud mental»
Estigma
M. Foucault
Enfermo mental
Autonomía personal
Valor antropológico*

Summary

This paper considers that non-stigmatization and the defense of personal rights of the mentally ill essentially depend on the recognition of their psychic disorder as a humanity deficit. Three points are considered. First, an analysis of what is 'cared for' from the psychological point of view in the 'mental health area' and what is stigma associated to in that process. Second, an analysis of how and why there has been a change from the medical model of mental disorders to the social construct that mental illness is a myth (Th. Szasz, M. Foucault), understanding that this idea should be challenged. Third, human value of the mentally ill is considered to be based of the recognition of the fact that the deficit of personal autonomy of different psychopathological types is determined by a morbid process.

Keywords

*Mental illness
"Mental health area"
Stigma
M. Foucault
Mentally ill
Personal autonomy
Human value*

Autor

Humberto Casarotti

Psiquiatra, neurólogo, médico legista.

Correspondencia:
Presidente Berro 2531
CP 11600 - Montevideo
humberto.casarotti@gmail.com
www.henriey.com

* Conferencia inaugural del X Congreso Uruguayo de Psiquiatría: «Psiquiatría y salud mental. Enfrentando el estigma», Montevideo, 19-21 de octubre de 2017.

En este artículo se sostiene que la defensa de los derechos personales de los enfermos mentales depende esencialmente de que se reconozca que su trastorno psíquico constituye un déficit en su humanidad y solo parcialmente de la corrección filantrópica de estigmas socioculturales. Además, se afirma que la existencia de ese déficit de autonomía causado por un desorden natural constituye el significado antropológico de la enfermedad mental.

Para desarrollar esos objetivos se consideran tres puntos. En primer lugar, se analiza qué es lo que se estigmatiza en la asistencia psicológica de la llamada «área de salud mental»; luego se examina la construcción social que entiende que la enfermedad mental es un mito y finalmente, se analiza por qué el padecimiento del enfermo mental constituye un valor humano fundamental.

1. Asistencia psicológica actual y estigma

¿Quiénes son «atendidos» psicológicamente?, ¿por qué?, ¿por quiénes?, ¿dónde?, ¿cómo?

A. La evolución de la asistencia psiquiátrica puede ser descrita como el haber ido pasando, a lo largo de dos siglos, de la percepción de formas psíquicas patológicas claramente deficitarias a formas menores, psíquicamente más reactivas. De ahí los términos utilizados: primero, el de alienado, cuando el «loco patológico» fue diferenciado del «loco de atar» que es todo hombre; segundo, el de enfermo mental, en la medida en que diversas estructuras psicopatológicas de severidad variable fueron siendo reconocidas como patología médica específica, la patología del hombre alterado no en su vitalidad, sino en su humanidad. Alguien interferido en su autonomía, pero que sigue siendo el agente inconsciente

de sus actos y coexistiendo en el mundo con los otros.

B. A lo largo del siglo xx tuvo lugar un cambio importante en cuanto al tipo de consultas atendidas en el campo psiquiátrico. Los psiquiatras que habían pasado del asilo del alienado al hospital del enfermo mental y del hospital a la comunidad de personas con sus derechos ciudadanos se encontraron trabajando cada vez más con patología mental menor y progresivamente, con casos de problemas no patológicos. En esta evolución, donde los conceptos psicoanalíticos jugaron un papel relevante, se fue minimizando la importancia y la necesidad del diagnóstico psiquiátrico, y el trabajo en el campo se fue desplazando de la enfermedad mental propiamente dicha a los conflictos y a los traumas, y de estos a las diversas formas del sufrimiento humano: pobreza, desempleo, violencia, discriminación, etc.

Esa evolución determinó que el campo de trabajo psiquiátrico sufriera una doble inflación por consultas no patológicas.¹ Una inflación de origen interno por aplicar los psiquiatras los conceptos de enfermedad mental a la humanidad en general («todos somos un poco neuróticos»), y una inflación externa cuando, retomando la vieja idea romántica de elogiar la irracionalidad del hombre, no se distingue la enfermedad mental de la condición humana en general.

Esa inflación del campo de trabajo llevó naturalmente a la inclusión progresiva de diferentes técnicos *psi* no psiquiatras con lo cual, hacia los años 80, lo que inicialmente era un «área psiquiátrica» pasó a ser y llamarse «área de salud mental».

¿Qué es lo que tiene lugar en el «área de salud mental»?² En Uruguay, utilizando datos objetivos parciales, puede estimarse hipotéticamente (cuadro 1) que para una población de 2.400.000 personas mayores de 18 años (no se considera la atención por debajo de esa edad), de acuerdo con una prevalencia de enfermedad mental de 13%, los enfermos mentales asistidos serían alrededor de 230.000. En cambio, el número de personas «asistidas»

corresponde a un mínimo del 22 %, es decir, más de medio millón de personas, las cuales son «atendidas» por 600 psiquiatras y un mínimo de 4000 psicólogos.

Cuadro 1

Uruguay - 2.400.000 > 18 años	
13 % prevalencia E. M. = 230.000	
«Área de salud mental» (22 % población general) = 500.000	
enfermedad mental (46 %) 230.000	«otros motivos de consulta» (54 %) 270.000
600 psiquiatras	4000 «psi»

Es decir que el «área de salud mental» es un campo de «atención psicológica» donde: a) los pacientes psiquiátricos son menos del 50 %; b) los conceptos psiquiátricos están desdibujados, y c) ocupado mayoritariamente por técnicos no psiquiatras.

C. La atención de esas poblaciones diferentes se lleva a cabo en los tres «espacios» que son necesarios, porque en ellos se cumplen las condiciones que hacen posible establecer la relación terapéutica. Condiciones necesarias que dependen precisamente del grado de la discapacidad mental central que el paciente padece, o sea, del grado de autonomía que ha perdido.

Actualmente el 98-99 % de quienes son asistidos en el «área de salud mental», de pacientes y de personas que consultan por problemas existenciales, lo hacen en el *espacio del consultorio*, es decir, donde la relación que puede establecerse es semejante a la que mantienen entre sí dos adultos autónomos y responsables. En muchos casos, cuando se requiere la integración de la familia en la recuperación del paciente, esa relación se vuelve de tipo parental (no paternalista). Por la forma en que se da la relación con quien consulta por lo general este espacio de atención no es estigmatizado e incluso es valorado

positivamente cuando el tratamiento es una forma de psicoterapia.

De todo el universo que es asistido psicológicamente, entre un 0.6-1.2 % es atendido por descompensaciones agudas en el *medio hospitalario de breve estadía* (servicios de urgencia/emergencia, salas o camas en hospitales generales, hospitales psiquiátricos). En algunos casos esa hospitalización, aun contando con el consentimiento de sus familiares, debe hacerse de modo involuntario, razón por la cual es un espacio de atención prejuiciado y discriminado.

Solo un número mínimo de las personas asistidas (entre un 0.4-0.8 %) requiere la atención «especial» que se lleva a cabo en el *medio hospitalario de larga estadía* y cada vez más, en la medida que se dispone de ellos, en formatos alternativos. Allí se atiende y protege con cuidados médicos y no médicos a las personas que lo requieren, ya sea por la evolución de su afección o bien por condiciones sociofamiliares extremas. Este espacio de atención, por lo que implica de institucionalización (de «internamiento»*), también es estigmatizado.

Es decir que en el «área de salud mental», de contenido y límites imprecisos, se asisten dos tipos de personas: enfermos mentales propiamente dichos y personas que consultan por estados psíquicos relacionados a conflictos existenciales. El concepto de salud mental es equívoco, ya que por un lado significa el de salud mental de no padecer una enfermedad mental y por otro, el de salud entendida como promoción de salud mental o «salud mental positiva».

D. Tomando en cuenta esta evolución es posible afirmar que hasta mediados del siglo xx lo que se asistía era prácticamente la patología mental propiamente dicha; y que, desde la segunda mitad del siglo xx a la actualidad, en la medida que se desdibuja la diferencia entre enfermedad y salud mental, se atiende a dos tipos de personas que sufren psicológicamente: a quienes padecen una enfermedad

* El término *internación* se usa en medicina para referirse al hecho de tratar a un paciente en un hospital por un breve tiempo (generalmente para llevar a cabo el tratamiento de cuadros agudos, por ejemplo, un acto quirúrgico). Cuando es utilizado en la asistencia psiquiátrica se convierte en un término equívoco, ya que refiere a dos de los espacios de atención necesarios según el momento evolutivo de la afección: el espacio de *hospitalización* (hospitales de corta estadía) y el espacio de *internamiento o institucionalización* (hospitales de larga estadía o formatos alternativos).

mental y mayoritariamente a quienes sufren por problemas existenciales.

Por esta evolución y por cambios en el contexto cultural las cuestiones relativas a la asistencia psicológica fueron siendo banalizadas y pasaron a ser tema de discusión en los medios de comunicación y en las redes sociales, lo que favoreció el desarrollo de estereotipos estigmatizantes.

Estigmas en relación con la patología mental

A. Las publicaciones sobre el estigma en relación con la patología mental son de dos grandes tipos.

En las que refieren los estigmas que sufren pacientes que padecen una enfermedad mental severa³⁻⁵ se observan tres limitaciones. Primero, son estudios de tipo social o psicosocial—lo cual es correcto, ya que el estigma es un fenómeno social—, pero se limitan a aplicar esos conceptos a la patología mental severa, es decir, solo a una parte de la población mentalmente enferma.

Segundo, esos análisis, aunque reiteran que los pacientes tienen que luchar contra los síntomas y las incapacidades resultantes de su enfermedad, sin embargo, no analizan cuál es el déficit específico que caracteriza a las diferentes enfermedades mentales. Tercero, aunque en esos trabajos se afirma que los pacientes tienen que luchar también contra los prejuicios por conceptos erróneos sobre la enfermedad que padecen, sin embargo, al hacerlo solo refieren algunas ideas populares sobre la patología mental, sin considerar la influencia negativa que sobre la enfermedad mental puede tener lo que piensan quienes trabajan en el área.

En otras publicaciones, en cambio, el problema es encarado con consejos ajustados a la realidad de la asistencia de la patología psiquiátrica.⁶

B. Los estigmas que son referidos tienen cierto fundamento en la realidad debido al

tipo de patología mental o bien por la forma en que se hace la asistencia. *Quiénes son estigmatizados* son los pacientes con diagnóstico de patología mental severa, habitualmente: episodios psicóticos agudos y formas de delirios crónicos, especialmente esquizofrenia. Son pacientes que, por la enfermedad mental que padecen, a veces deben ser tratados involuntariamente según el grado de autonomía disminuida; requieren ser apoyados e incluso sustituidos en sus decisiones según el nivel de impotencia que presentan, y excepcionalmente deben ser contenidos por la posibilidad de auto o heteroagresión. *Los espacios de atención estigmatizados* son los espacios hospitalarios, donde el paciente es limitado transitoriamente en su libertad de movimientos y en algunos casos, institucionalizado. *Los tratamientos estigmatizados* son los tratamientos de tipo somático: psicofármacos en general y especialmente los antipsicóticos, electroconvulsoterapia. No las diversas formas de psicoterapia. Y finalmente, *los técnicos estigmatizados* son los psiquiatras, quienes por su formación y responsabilidad profesional deben cumplir con el «tomar a cargo» la asistencia precisamente de los enfermos mentales severos que algunas veces deben ser hospitalizados y tratados con métodos somáticos.

C. Con lo cual es evidente que el estigma al cual se hace referencia tiene que ver con un grupo numéricamente menor de pacientes, el de los enfermos mentales severos, que son menos de un 5-10 % de la población asistida en el área de salud mental. ¿Por qué, entonces, a pesar de los esfuerzos sostenidos de denuncia, de docencia y de convivencia con los pacientes, el estigma sigue siendo un problema difícil? Es que el estigma no se limita a los enfermos mentales severos, sino que de hecho se aplica a todo «lo médico» del campo asistencial.

¿Cuál es la fuente de esa estigmatización que se extiende a todo lo *iátrico*, lo psiquiátrico del campo de la atención psicológica?

Un factor de esa estigmatización general que sufre la psiquiatría es la existencia en el imaginario social y cultural de un *estereotipo*

* Problema que lleva a que los psiquiatras realicen diversas actividades, por ejemplo, el Congreso «contra el estigma» que esta conferencia inaugura.

que estigmatiza a la psiquiatría. Desde hace varias décadas ese estereotipo va más allá del estigma por las enfermedades mentales severas.

En ese estereotipo el área de atención de problemas psíquicos aparece distribuida en dos polos, de los cuales solamente uno es estigmatizado. En un polo aparecen los psiquiatras con sus enfermos mentales, con sus psicofármacos y sus tratamientos biológicos, donde la psiquiatría es referida una y otra vez como «represión, compulsividad, encierro y utilización de tratamientos no humanizantes e incluso contra los DD. HH». En el otro polo, en cambio, aparecen los integrantes de la comunidad *psi* con sus clientes y los problemas de la vida («psicopatología de la vida cotidiana»), como técnicos que no reprimen, sino que trabajan en la comunidad con personas libres y donde el diálogo psicoterapéutico es lo central.

En ese estereotipo: a) la psiquiatría y sus psiquiatras son relacionados con la enfermedad y sus limitaciones, con los tratamientos de tipo biológico y especialmente con la posibilidad de hospitalización y de tratamientos involuntarios (es decir, con todos los ítems estigmatizados); b) en cambio los técnicos *psi* son vinculados con la salud, con lo creativo del hombre, ya que en su mayoría se trata de personas sanas que conservan su autonomía, que consultan por problemas de la condición humana buscando progresar y con los cuales la relación es totalmente libre.

Ese estereotipo que ha impregnado el medio social ¿se origina por fuera de quienes trabajan en el área de la salud mental o tiene su fuente en el modo como muchos técnicos piensan la enfermedad mental?

Ese estigma que determina un contexto negativo para la psiquiatría nace de hipótesis que afirman: primero, que la enfermedad mental es un mito; segundo, que los motivos de consulta solo son formas de la dramática existencial humana y tercero, que el diagnóstico psiquiátrico no tiene fundamento ni razón de ser, ya que no hay una diferencia estructural

entre las vivencias llamadas normales y las patológicas.

Por todas estas razones para desestigmatizar la enfermedad mental es necesario reflexionar internamente para analizar críticamente esas hipótesis. Esa crítica debe fundamentarse en la realidad de que la enfermedad mental es un fenómeno natural.

2. El «hecho» psicopatológico es un fenómeno natural y no un mito creado por los psiquiatras

Evolución de la psiquiatría hasta mediados del siglo xx

La enfermedad mental fue descubierta en el siglo xvi en plena época demonológica cuando la Inquisición dominaba con su *Malleus maleficarum*.^{7,8} A la pregunta que en ese momento se hacían Paolo Zacchias, médico legista de la Rota Romana y John Weyer: Todas las personas consideradas «herejes o brujos» ¿son o no responsables de sus actos?, respondían que no. Y que no eran responsables no por estar su voluntad sustituida por la de un demonio, sino porque sufrían una desorganización de su vida mental. Vida mental que así se revelaba como un orden corporal, vulnerable. No eran malas personas ni endemoniados, sino personas interferidas en su vida personal facultativa por un desorden en su organización, desorden por el cual, en grado variable, no podían ser responsabilizados de sus actos. De ese modo se puso de manifiesto una nueva forma de enfermedad: la enfermedad mental caracterizada por un déficit no de la vida vegetativa, sino del hombre en su humanidad.

Dos siglos después, ese fenómeno natural es extraído finalmente de su crisálida sociomitológica pasando a ser objeto del saber y de la praxis médica.

Entre los siglos xix y xx se va haciendo evidente que la enfermedad mental pone de manifiesto que en el psiquismo facultativo se expresa la desorganización de una «realidad psíquica»

infraestructural, corporal, somatopsíquica. Organización corporal-mental que cuando se desorganiza sale de su silencio y se presenta como enfermedad mental, volviéndose el objeto del saber psiquiátrico. Objeto que por sus características ha sido y es interpretado básicamente de tres maneras.

Inicialmente, la enfermedad mental apareció en sus formas más deficitadas, las que son radicalmente diferentes a la condición común. En concepciones que hoy llamaríamos neurobiológicas se buscó y se busca la lesión cerebral (neurotransmisores, redes neuronales, etc.) que lo explique todo. De ese modo se construyó y se construye una psiquiatría que describe síntomas, que hace diagnósticos, con lo cual la enfermedad mental termina siendo pensada de causa y de naturaleza somática. Los llamados «somatistas» reducen el cuadro clínico a un síntoma basal o a una sumatoria de síntomas, interpretan esos síntomas como relacionados patogénicamente con áreas y dinamisismos cerebrales y tienden a excluir los factores psíquicos de la estructura del trastorno. A esta forma de interpretación médica que no reconoce que el hecho psicopatológico es un hecho específicamente mental, se le hace difícil separarse de la neurología.

Luego se fueron reconociendo formas patológicas menores, tan similares a la condición humana que son consideradas solamente como malas adaptaciones a los problemas de la existencia, y que se explican por la historia personal o por las dificultades del entorno. En esas concepciones «psiquistas» se entiende que la causa de la enfermedad es de naturaleza psíquica, siendo sus manifestaciones comprensibles; que el trastorno no tiene o solo mantiene relaciones paralelas con procesos somáticos generales o del sistema nervioso y que por lo mismo tienden a separarse de la patología médica.

La aproximación fenomenológico-estructural permitió salirse de esas dos concepciones extremas. Entendiendo que el psiquismo es la forma de la integración personal del organismo, se comprendió que la patología mental es una forma de organización de la existencia humana,

pero condicionada por una desorganización del orden mental infraestructural, es decir, un tipo de fenómeno natural, objeto específico de una rama de la medicina. la psiquiatría.⁹

Dentro del amplio campo de la salud mental, el objetivo de saber y de praxis de los psiquiatras es únicamente el de los síndromes psicopatológicos que ponen de manifiesto la desorganización de las dimensiones de la vida mental: las *desestructuraciones del campo de conciencia* (o patología mental «aguda», desde los trastornos del humor a la confusión mental) y las *alteraciones del sistema de la personalidad* (o patología mental «crónica», desde los trastornos de personalidad hasta las demencias). Síndromes psicopatológicos que por su realidad y consistencia siempre han estado presentes en todas las clasificaciones psiquiátricas.*

De acuerdo con la evolución de la psiquiatría es posible afirmar que hasta 1960 la enfermedad mental fue considerada un fenómeno natural, médico: la desorganización somática de un orden mental infraestructural, que en las conductas facultativas del sujeto ponía de manifiesto una disminución del poder de autonormatizar su existencia, poder que el hombre normal dispone. Con lo cual ese fenómeno real aparecía como un objeto de saber *en el cruce de las ciencias de la naturaleza y de las ciencias humanas*.

¿Cómo fueron pensados los fenómenos que la psiquiatría llama «enfermedad mental» a partir de mediados del siglo xx?

Durante la segunda mitad del siglo xx la hipótesis de que la enfermedad mental es un fenómeno natural y fundamento de la psiquiatría fue cuestionada por diversos autores (David Cooper, Ronald Laing, Thomas Szasz,¹⁰ Michel Foucault, Franco Basaglia, Erving Goffman,¹¹ etc.) y por movimientos sociales. Con lo cual el encuadre médico perdió validez, en la medida en que se fue dando una interpretación psicosocial de los fenómenos mentales mórbidos en la que se afirmaba

* Utilizando los conceptos de patología mental «aguda» y «crónica» de acuerdo con Henri Ey en su obra (cf. ref. 35).

que la enfermedad mental es un mito y que en consecuencia la psiquiatría como saber es un falso saber, una mistificación.

Ambas afirmaciones ameritan una breve consideración

Michel Foucault, uno de los mejores expositores de esa posición, cuando presenta en 1961 su tesis sobre la *Historia de la locura en la edad clásica*,^{12, 13} lo hace inicialmente con el título *Folie et déraison*. Con esos dos términos se refiere a dos realidades: con *folie* a la «locura de la humanidad», a la «chispa de la especie humana» y con *déraison*, a lo irracional en el hombre.

En capítulos sucesivos M. Foucault organiza un relato en el que muestra que algunos de los «locos» de la maravillosa locura» (*folie*) —que la pintura del Bosco y la alegoría de Brandt y otros imaginaban «embarcados en la nave de los locos»— fueron desembarcados para ser encerrados. Encerrados, primero físicamente, para controlar su «chispa», transformada en irracionalidad (*déraison*), la irracionalidad de los vagos, prostitutas, delincuentes, excéntricos, antisociales, etc., y luego más sutilmente dentro de las especies mórbidas creadas por los alienistas. Momento, dice el autor, en que la irracionalidad, «robada por los médicos», es interpretada y convertida en objeto de la medicina.

Y entonces M. Foucault, centrado en la idea de que no existen enfermos mentales, imagina *a priori* un «círculo antropológico».¹⁴ Lo que las personas sufren no es un trastorno corporal, sino una perversión social; no es una problemática individual, sino social, y de ninguna manera es una disminución de autonomía, sino, por el contrario, la manifestación de la verdadera libertad: la del movimiento libre de la irracionalidad.

Para Foucault la enfermedad mental solo es una ilusión creada por la Razón y como toda ilusión —dice— está cargada de contradicciones: a) el «loco» ha logrado su espacio, pero un espacio que es de exclusión física y de

especies nosográficas que lo estigmatizan; b) se lo afirma inocente de sus crímenes, pero se lo encierra en el determinismo de la causalidad material; c) se le quitan las cadenas, pero para encadenarlo a la voluntad del psiquiatra.

Las tesis de M. Foucault y de otros autores se contraponen punto por punto con las de la psiquiatría, porque para ellos la «enfermedad mental» no existe, no es un fenómeno natural, y lo que se llama «patología mental» es una creación artificial cuyo encare (porque no cabe decir «tratamiento») es exclusivamente social.

En relación con el extenso texto de Foucault es necesario hacer dos precisiones. Primero, coherente con su tesis central de que no existe un referente para «enfermedad mental», solo utiliza ese término para negar su realidad; según Foucault la enfermedad mental no existe, solo es una irrealidad creada por los psiquiatras, es decir, solo un mito. Segundo, por esa razón su trabajo no es propiamente una historia de la psiquiatría, sino una historia de «la irracionalidad del hombre», de la «locura» como chispa de su especie que es «encerrada por la Razón cuando se la llama enfermedad mental».

M. Foucault no escribe una historia de las vicisitudes del hecho psicopatológico como desorganización del cuerpo psíquico del hombre, sino una historia de las diferentes formas de control social de la conciencia represiva. Dos ideas históricas que corresponden a dos géneros de estudios históricos; una, a la historia que es «historia de la psiquiatría propiamente dicha» y otra que corresponde a la «historia de ideas que han tenido lugar en la psiquiatría».¹⁵ La idea que afirma que la enfermedad mental es un fenómeno natural es parte de la «historia de la psiquiatría», donde las ideas que se exponen se analizan de acuerdo con su significado intrínseco, se discuten y critican según su validez, se estudia cómo aclararon y aclaran los problemas psiquiátricos centrales así como su capacidad de generar investigaciones. En contraste, la construcción social de que la enfermedad mental es un fenómeno cultural forma parte de la «historia de las ideas que han tenido

* Cf. en Uruguay las discusiones en relación con la Ley de Salud Mental N.º 19.529, del 19/9/2017.

lugar en la evolución de la psiquiatría». Un género de historia donde se estudia el origen y la influencia de una idea, pero sin cuestionarse sobre su verdad o validez. Razón por la cual son ideas que es necesario criticar, ya que, en los asuntos humanos, en este caso en los asuntos psiquiátricos, las ideas con frecuencia cuentan no tanto porque sean argumentos fundados, sino por el poder que tienen de motivar, de movilizar. Ideas que, por lo mismo, generalmente no están abiertas a la discusión y que, aun cuando se vivencia que son erróneas, son difíciles de abandonar.

En este sentido, la idea de Foucault de que la enfermedad mental no existe forma parte de este segundo tipo de historia y su pensamiento ha influido e influye de modo importante, pero no porque corresponda a ideas verdaderas, sino por la capacidad que tiene de movilizar a quienes desean creer en ella. La construcción social de Foucault y de otros autores de que la enfermedad mental es un mito tiene importancia histórica, pero no por ser una idea propiamente psiquiátrica, sino porque se quiere creer en ella.

¿Qué fueron determinando esas afirmaciones en relación con la atención de la problemática psicológica? Inicialmente con el nombre de «antipsiquiatría» se dieron dos tipos de movimientos. Unos, nacidos en la psiquiatría misma, apuntaron a la corrección de malas prácticas psiquiátricas;^{16, 17} otros fueron destacando la importancia de lo social. Y progresivamente, en el medio asistencial y cultural, se fue entendiendo que la afirmación de que *la enfermedad mental es un fenómeno natural, médico* era una idea contingente, solo una construcción social, concluyendo apriorísticamente que los fenómenos que los psiquiatras llaman enfermedad mental solo son fenómenos culturales.

Ian Hacking¹⁸ señala los grados de adhesión que pueden tenerse respecto a la idea de que algo es una construcción social. Aplicados esos grados a la idea de que la enfermedad mental solo es una construcción social, se puede decir que un primer grado es el del historiador que sostiene que «la psiquiatría

es médica solo por contingencias históricas»; un segundo grado es el de los psiquiatras que piensan que la psiquiatría es médica, pero que «por corrección política» hay que aceptar que se afirme que no lo es; un tercer grado es de quienes trabajan para modificar la idea de que la psiquiatría es médica entendiendo que es una «mala idea»; un cuarto grado es el de quienes afirman que «es una idea que hay que desenmascarar por la función de represión social que cumple», y finalmente un quinto grado es el de los que adoptan actitudes activas de reforma social, buscando eliminar el término «enfermedad mental» y los espacios de atención hospitalarios, así como controlar el actuar de los psiquiatras, etc.*¹⁹

Por lo general, esos planteos, expuestos y defendidos en conferencias, publicaciones, congresos del campo de la salud mental, no son cuestionados, porque la idea de que la enfermedad mental no es un desorden corporal ha terminado por ser tolerada pasivamente, incluso por quienes piensan que la enfermedad mental es un fenómeno puramente neurobiológico.

La psiquiatría enfrenta actualmente el desafío de tener que invertir esa situación mediante una reflexión crítica donde el pensamiento psiquiátrico se examine a sí mismo. Es necesario sostener que lo que es una construcción social es afirmar que «la enfermedad mental es un fenómeno cultural». Que lo que hoy se dice es en realidad una afirmación enteramente *a priori* que sin fundamento en la realidad ha dañado seriamente la praxis psiquiátrica. Afirmación que si no es cuestionada provocará un retroceso cultural, llevando a la etapa de «agnosia» anterior al Renacimiento, es decir, cuando la enfermedad mental era desconocida.²⁰

Estado de cosas que debe ser analizado para fundamentar a la psiquiatría en su objeto específico dentro de la medicina: la enfermedad mental como el proceso mórbido natural, como la dialéctica que es de déficit psíquico y de reacción psíquica, de pérdida y de construcción. Realidad natural que el diagnóstico psiquiátrico objetiva cuando identifica

un caso psíquico problemático como un caso de enfermedad mental.

Por tres razones ese análisis no es actualmente una tarea fácil. Primero, porque la construcción social de que la enfermedad mental no es un desorden corporal impregna la reflexión psicopatológica haciendo prácticamente imposible dialogar sobre cuál es el objeto específico del saber y de la praxis psiquiátrica. Segundo, porque la coherencia que ese análisis exige se ve hoy dificultada por el hecho de que mientras las ciencias de la naturaleza se mantienen dentro del proyecto de la modernidad, las ciencias humanas lo hacen dentro del paradigma de la posmodernidad.²¹ Tercero, porque, como la enfermedad mental en su realidad es objeto de diversas ciencias, la praxis psiquiátrica implica el cruce de diferentes áreas del saber y la actuación de diferentes técnicos, es decir, encares multidisciplinares e interdisciplinares. Encares que con frecuencia son planteados de modo vago. Para salir de esos discursos vacíos se hace necesario realizar una crítica reflexiva de la equipotencialidad teórica y práctica que actualmente prevalece en el área de salud mental, lo que en los hechos significa devolver a la psiquiatría el lugar prioritario que le corresponde en el encare de la patología mental.

3. Valor humano del enfermo mental. ¿Por qué el sufrimiento del enfermo mental tiene significado antropológico?²²

Abandonando la ilusión de Foucault y retomando la historia de la psiquiatría es posible considerar dos hechos. Primero, ¿cuáles fueron las condiciones que hicieron posible el descubrimiento de la enfermedad mental?; segundo, ¿de qué manera se fue precisando el objeto específico de saber y de praxis que es la enfermedad mental? Dos hechos que analizados históricamente evidencian que la enfermedad mental solo pudo descubrirse y

su saber solo pudo desarrollarse en relación con el problema de los valores del hombre.

Descubrimiento tardío de la enfermedad mental^{23, 24}

Algunos cuadros de lo que constituye la patología mental aguda ya eran conocidos en la medicina hipocrática, pero lo eran sin especificidad mental, solo como un capítulo más de la patología general. Fue necesario que transcurrieran veintiún siglos, después del descubrimiento de la enfermedad vegetativa, para que a lo largo del Renacimiento se comenzase a visualizar la individualidad del hombre y por lo mismo a construirse una psicología propiamente individual. Fue entonces que las manifestaciones de lo que luego serán los tipos psicopatológicos comenzaron a ser percibidas como experiencias psíquicas: que eran diferentes a las experiencias normales (como pensamientos y actos difíciles de comprender, como reacciones sin plasticidad); que tenían relación con la patología, especialmente del sistema nervioso, y que eran vividas como «originándose» desde el interior del individuo, «endógenas».

Las primeras descripciones de enfermedad mental tuvieron lugar en el contexto del Tribunal de la Rota Romana, es decir, en un contexto médico legal, debido a que la consecuencia central de toda forma de patología mental es el manifestarse como un déficit en la responsabilidad personal. Un déficit en la autonomía, que pudo ser captado porque la sociedad del Renacimiento, destacando la libertad del hombre y sus derechos, tenía que percibirse de la existencia de modos de ser humanos en los que el hombre aparece antropológicamente disminuido. Y disminuido en lo que Erasmo de Rotterdam, en su *Elogio de la locura*,²⁵ celebraba: la libertad del hombre, esa «demasiá», esa «locura de la humanidad» propia del «energúmeno» que es todo hombre.

Y esa percepción tuvo y tiene lugar en sociedades en que se vuelve posible percibir que los enfermos mentales contrastan con el

obrar de los hombres libres y responsables de sus actos. Porque si bien el obrar normal implica mucho de irracional, esa irracionalidad contrasta con la irracionalidad de la enfermedad mental. La irracionalidad del hombre normal es la del «loco de atar» que es, por ser centro de indeterminación, por ser creador de valores, de *sus* valores. El enfermo mental es quien por un desorden natural no puede acceder a esa «chispa de la especie» que es la autonomía, ese poder autonormatizarse, ese poder decidirse, según sus valores, por el bien o por el mal.

La enfermedad mental como objeto específico de la psiquiatría

A partir de fines del siglo XVIII y durante el siglo XIX esa interferencia en la autonomía fue descrita primero de modo genérico («eran alienados») y después, según diversas formas clínicas («eran enfermos mentales»). En esos cuadros se destacaba el déficit mental o condición negativa del trastorno que es la disminución de autonomía, pero no se captaba la presencia del sujeto que, como puede, sigue siendo agente de sus actos. Cuando se comprende que los términos «alienado» y «enfermo mental» son significantes evolutivos válidos que se refieren a alguien que padece una discapacidad mental, pierden el sentido peyorativo y estigmatizante con el que a veces son utilizados. El enfermo mental es un ciudadano, pero diferente en su capacidad de autonomía.

Hacia finales del siglo XIX progresivamente se fueron reconociendo e integrando formas menores de patología mental, semejantes a la condición humana en sus pasiones, emociones, reacciones. Fue allí que los descubrimientos psicoanalíticos demostraron la presencia del sujeto como «agente inconsciente de esos trastornos» y el esfuerzo personal para reorganizar su vida, en el nivel regresivo que se lo permite el déficit que padece. H. Ey²⁶ señala que a la incapacidad del cuadro clínico corresponde una estructuración hedónica de

la existencia, una movilización de mecanismos de defensa que expresan que el sujeto existe y que asume de modo positivo su modo de coexistir, interferido²⁷ (p. 487). Sin embargo, el descubrimiento psicoanalítico, unificando la patología y la salud mental a través del denominador común que es el Inconsciente, llevó a que se restase importancia al diagnóstico psiquiátrico, es decir, al método que permite establecer lo que es patológico y lo que no lo es.

En el movimiento siguiente, cuando la realidad de los trastornos esquizofrénicos hizo necesario proceder semiológicamente mediante el análisis estructural, la psiquiatría unificó ambas lecturas de la patología mental.²⁸ Análisis que considera al fenómeno psicopatológico en su totalidad, la de ser, por un lado, un déficit de autonomía y por otro, una lucha a veces desesperada del sujeto por coexistir.

Con lo cual la enfermedad mental se devela en su dialéctica de ser, por la desorganización de la infraestructura mental —somatopsíquica—, un fenómeno natural que debe ser estudiado por las ciencias de la naturaleza; por la lucha personal del paciente por la interferencia que sufre en su autonomía, un fenómeno antropológico, objeto de las ciencias humanas. Esa es la razón por la cual la psiquiatría si bien es una ciencia antropológica es, sin embargo, la menos antropológica, porque estudia la humanidad del hombre en quienes padecen una disminución de su poder específico: de su autonomía. Esta alteración, que constituye lo nuclear del objeto de la psiquiatría, requiere un método específico de diagnóstico, el que J. Piaget llamó precisamente el «método de los psiquiatras».²⁹

Objeto específico que manifiesta la inversión de la normal relación de represión consciente/inconsciente y que se diferencia de otros «objetos psíquicos» de estudio: a) de las manifestaciones psíquicas que acompañan las desorganizaciones de tipo neurológico (que estudia la neuropsicología); b) del análisis de la posible causalidad psíquica de las afecciones vegetativas (que estudia la orientación psicósomática de la

medicina); c) de las reacciones psíquicas que se pueden padecer frente al hecho de sufrir una enfermedad vegetativa (que estudia la «psicología médica»), y d) esencialmente de las variaciones psíquicas conflictivas de la condición humana que son normales, porque no son procesuales (objeto de la psicología y de la psicología social).

Un cuidadoso análisis de esos diferentes objetos formales permite precisar el carácter de interferencia en la autonomía que es el tipo de déficit mental que especifica a quien padece una enfermedad mental.³⁰

¿Cómo es el hombre? Los animales en ciertos niveles evolutivos también tienen un psiquismo, una psicoide. Especialmente aquellos que en grado variable pueden incorporar el tiempo de sus experiencias haciendo que su existencia sea una «historia natural».³¹ Incorporación que les hace posible salirse de la naturaleza de la especie para tener conductas más individuales, indeterminadas y plásticas. O sea, una historia natural indizada por la estructura del sistema nervioso que crea el medio de la relación con su entorno, una esfera de indeterminación del comportamiento. Estructuras cuya complejidad es creciente: sensitiva, perceptiva, hasta «ideógena» se podría decir y que en los vertebrados superiores dispone de las dos vidas mentales que implica el ciclo vigilia/dormir.

Pero, cuando se quiere comprender cuál es el psiquismo que le posibilita al hombre existir como persona, esa mirada evolutiva de abajo hacia arriba por complejificación sucesiva no es posible. Las diferencias que introduce el lenguaje son de tal magnitud que obligan a invertir la mirada. Preguntarse cómo es el hombre solo puede tener respuesta si se hace en su propio nivel. Eso es lo que se ha venido logrando de tres maneras: mediante la creación de hipótesis psicológicas, por el estudio del desarrollo psíquico humano y especialmente por el análisis estructural de la patología mental. Este análisis de la desorganización de la vida mental constituye el método principal para conocer la organización del psiquismo.

¿Por qué el padecimiento del enfermo mental vale humanamente?³²

El hombre enfermo mental es una persona cuya estructura psíquica está desorganizada por un proceso mórbido. La enfermedad mental es un experimento natural que devela la infraestructura somatopsíquica que hace posible el obrar de la persona. Esa desorganización proporciona una imagen privilegiada del hombre, ya que objetiva lo que es lo específicamente humano: su libertad. La enfermedad mental aparece interfiriendo con la autonomía personal que el hombre desarrolla en el medio humano del lenguaje y de las emociones humanas. Ese desarrollo, por un lado, le permite determinar su existencia, es decir, establecer las normas que van a regir su vida personal y por otro, le hace vivenciarse «obligado» a justificar sus actos.

La enfermedad mental, más allá de los diferentes síntomas con que se manifiesta (intelectuales, emocionales, angustia, depresión, conductas desordenadas, fobias, obsesiones, experiencias alucinatorias, pensamientos delirantes, etc.), se devela siempre como «trastornos de la voluntad». Trastornos de la voluntad que a veces son vividos como déficit, como una impotencia para querer, para hacer y para decidir y otras veces en forma «positiva» como impulsiones, fuerzas o tendencias que escapan al control. En ambas formas la libertad se objetiva cuando se ha perdido.

La libertad con que el hombre vivencia su actuar no puede ser objetivada, y buscar hacerlo es un intento contradictorio. Pero no por eso la libertad es una ilusión, sino que, por el contrario, es lo que formatea el diálogo moral, la vida de relación que como personas los hombres mantienen entre sí. Normalmente las personas construyen la vida de relación en medio de un verdadero «comercio moral» donde los actos son considerados en sus motivos, razones, excusas y donde se acepta la posibilidad de la sanción y de la reparación.

El enfermo mental aparece interferido en ese «diálogo moral». Lo que significa que la enfermedad mental altera al hombre en lo

más nuclear de lo humano: en su libertad, es decir, en su autonomía y responsabilidad. Así, el enfermo mental objetiva indirectamente la libertad del hombre: afectado específicamente en su humanidad ofrece a los otros por su sufrimiento el testimonio negativo del valor pleno, que los demás poseen. La enfermedad mental, interfiriendo con los movimientos facultativos personales libres, objetiva por la negativa que el hombre es creador de valor.

Actualmente esto es reconocido en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas (CRPD),³³ ratificada en 2017 por 172 Estados.

La Law Commission of Ontario,³⁴ de acuerdo con la CRPD, plantea el problema de qué principios y consideraciones tienen que tomarse en cuenta cuando se considera qué limitaciones tienen las personas con discapacidad para hacer sus propias elecciones. Del análisis e interpretación de ese texto que hacen Michael Bach y Lana Kerzner (y del resumen de Laurie Graham) cabe destacar que su objetivo es sostener que los enfermos mentales conservan toda su autonomía personal; que no se especifica cuál es la discapacidad propia de los enfermos mentales; que cuando señalan cómo proceder para facilitar la autonomía de los pacientes psiquiátricos se ven obligados a reconocer que esta autonomía está interferida. Razón por la cual reconocen tres estatutos (o grados) en relación con la capacidad de decidir que tienen los enfermos mentales: primero, el estatuto de quienes son legalmente independientes, porque, por sí mismos o con asistencia, pueden apreciar la información y las consecuencias previsibles de su decisión; segundo, el estatuto de quienes pueden decidir, «apoyados» (*supported*) por personas que pueden interpretar su voluntad y tercero, el estatuto de quienes requieren un facilitador (*facilitated decision-making*), «lo cual —dicen— no constituye un juicio sobre su capacidad cognitiva, sino simplemente señalar que no son legalmente independientes».

Es decir que, aunque el objetivo de la Law Commission de Ontario es buscar que no se incapacite legalmente al paciente psiquiátrico

y que decida el máximo de lo que puede decidir, en los hechos se ven obligados a reconocer que la enfermedad mental interfiere con la autonomía. Interferencia que, para Bach y Kerzner determina tres estatutos en relación con la capacidad de decidir, en otras palabras, tres grados de incapacidad: la necesidad que el paciente psiquiátrico puede tener de ser «asistido», de ser «apoyado» o de ser «sustituido».*

Es que cuando se debe adoptar una medida práctica, cualquiera sea la perspectiva o posición teórica que se tenga, es imposible no aceptar la interferencia que los enfermos mentales sufren en su autonomía personal. La realidad —como lo afirma H. Ey— es que «el enfermo mental se volvió objeto de la psiquiatría en la medida en que se manifestaba como un hombre como los otros, pero a la vez inferior a los otros en su estructura psíquica». (Cf. ref. 27, p. 483).

El enfermo mental en su sufrimiento, en su pasión, en su padecer una disminución de su autonomía por enfermedad, objetiva la libertad que el «bien organizado psíquicamente» tiene.

Por eso H. Ey señala: «Afirmar que el enfermo mental está alterado en su humanidad, debe entenderse [...] no en el sentido de que ha perdido la raíz de su humanidad como núcleo profundo y común de nuestra existencia, sino en el sentido de que ha perdido el coronamiento de su humanidad, en tanto en cuanto es la forma razonable de su existencia personal». (Cf. ref. 27, p. 503). Y esa pérdida objetiva la autonomía y la responsabilidad del hombre normal.

4. Conclusiones

Quienes trabajan en la compleja «área de salud mental» cuando luchan por desestigmatizar a la Psiquiatría, es decir, a los enfermos mentales y el trabajo de los psiquiatras, deben hacerlo desde adentro. Esfuerzo que implica examinar lo que piensan sobre la realidad de la enfermedad mental y su diagnóstico, sobre

* Niveles de incapacidad reconocidos por los diferentes Códigos Civiles, por ejemplo, el uruguayo en las figuras de la «interdicción parcial o inhabilitación» (donde el curador asiste al paciente en su voluntad) y de la «interdicción total» (donde el curador sustituye la voluntad del incapacitado).

la posición de la psiquiatría entre las ciencias médicas y antropológicas y en consecuencia precisando el trabajo de los psiquiatras diferenciándolo de lo que hacen otros técnicos.

Es de ese modo que los psiquiatras pueden y deben completar el «nacimiento» de la psiquiatría, nacimiento que solo se consumará cuando los diferentes técnicos acuerden en una hipótesis de trabajo³⁵ que esté fundamentada en los hechos clínicos, que sea coherente y heurística, y que especifique claramente el lugar de la enfermedad mental y de la psiquiatría entre las ciencias de la naturaleza y las ciencias humanas.

Referencias

1. **Ey H.** Folie et monde moderne. In: Comment vivre demain? Rencontres Internationales de Genève. Neuchâtel. De la Baconnière; 1964, 69-111.
2. **Casarotti H.** Legislación en «psiquiatría» y «salud mental» en Uruguay. Rev Psiquiatr Urug 2015; 79(2):137-151.
3. **Rüsch N, Angermeyer MC, Corrigan PW.** El estigma de la enfermedad mental: conceptos, consecuencias e iniciativas para reducirlo. European Psychiatry (ed. esp.) 2006; 13:165-176.
4. **López M, Laviana M, Fernández L, López A, Rodríguez AM, Aparicio A.** La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental: una estrategia compleja basada en la información disponible. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 2008; 28(101):43-83.
5. **Corrigan PW, Watson AC.** Understanding the impact of stigma on people with mental illness. World Psychiatry 2002; 1:16-20.
6. **Sartorius N, Gaebel W, Cleveland HR, Stuart H, Akiyama T, Arboleda-Flórez J, et al.** WPA guidance on how to combat stigmatization of psychiatry and psychiatrists. World Psychiatry 2010; 9:131-144.
7. **Kramer H, Sprenger J.** Malleus Maleficarum (El martillo de las brujas). Traducción española de Miguel Jiménez Monteserin. Valladolid: Maxtor; 2010.
8. **Zilboorg G, Henry GW.** Historia de la psicología médica. Buenos Aires: Hachette; 1945.
9. **Casarotti H.** The “mental feature” in mental illness: difficulties that this reality poses for diagnosis and classification. Trends Psychiatry Psychother, 2013; 35(2):87-98.
10. **Szasz Th.** El mito de la enfermedad mental, Buenos Aires: Amorrortu Editores; 1994.
11. **Goffman E.** Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Buenos Aires: Amorrortu; 1970.
12. **Foucault M.** History of Madness. London and New York: Routledge; 2009.
13. **Foucault M.** Historia de la locura en la época clásica. México: Fondo de Cultura Económica; 1967.
14. **Ey H.** La conception idéologique de “L’histoire de la folie” de M. Foucault. Journée annuelle de l’Evolution Psychiatrique. Toulouse, 1969. Evolut. Psychiat. 1971; 36:243-258.
15. **Scruton R.** Modern Philosophy. An Introduction and survey. New York: Penguin Group; 1994.
16. **Ey H.** L’anti-psychiatrie (Son sens et ses contresens). Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Psychiatrie (1), 37005 A30, 1974:11
17. **Ey H.** A propos du numéro spécial de “La Nef” sur l’anti-psychiatrie (L’embarquement des psychiatres dur la nerf des fous). Evolut. Psychiat. 1972; 37:271-294.
18. **Hacking I.** The social construction of what? Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press; 2000.
19. Asamblea Instituyente (Uruguay). Propuesta Anteproyecto Ley de Salud Mental, 2015.
20. **Ey H.** Défense et illustration de la psychiatrie. Paris: Masson; 1977.

21. **Sokolowski R.** Introduction tu Phenomenology. Cambridge: University Press; 2000.
22. **Ey H.** Anthropologie du “malade mental”. Information Psychiatrique 1951; (48):891-896.
23. **Ey H.** Introduction à la psychiatrie. Histoire de la psychiatrie. Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Psychiatrie (1), 37005 A10, A20, A30, 1955.
24. **Ey H.** La naissance de la psychiatrie (Centenaire de l’Hôpital du Vinatier). Actualités Psychiatriques 1977, 5:9-24.
25. **Erasmus de Rotterdam.** Elogio de la locura. Madrid: Espasa Calpe; 1972.
26. **Ey H.** Vers un modèle de compréhension et d’explication du processus schizophrénique. In: Ey H. (ed) La notion de schizophrénie (Séminaire de Thuir, 1975). Paris: Desclée de Brouwer; 1977, pp. 244-263.
27. **Ey H.** La psychiatrie, science fondamentale de l’homme. Esprit 1956; 24:482-503.
28. **Minkowski E.** Traité de psychopathologie. Paris: Press. Univ. France; 1966.
29. **Flavell JH.** La psicología evolutiva de Jean Piaget. Buenos Aires: Paidós; 1968.
30. **Ey H.** La posición de la psiquiatría dentro del marco de las ciencias médicas (La noción de «enfermedad mental»). En: Estudios Psiquiátricos 2008; I(4):67-82.
31. **Ey H.** Des idées de Jackson à un modèle organo-dynamique en psychiatrie. Toulouse: Privat; 1975.
32. **Ey H.** La conciencia 5.^a parte: El devenir consciente (la organización del ser psíquico y el problema de los valores humanos). Traducción de la 2.^a edición francesa. Buenos Aires: Polemos; 2013, pp. 367-432.
33. United Nations (Division for Social Policy and Development Disability). Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD); 2010.
34. A new paradigm for protecting autonomy and the Right to legal capacity. Commissioned by the Law Commission of Ontario, prepared by Michael Bach Lana Kerzner (summary by L. Graham), 2010.
35. **Ey H.** Outline of an organo-dynamic conception of the structure, nosography, and pathogenesis of mental diseases. In: Natanson M (ed). Psychiatry and Philosophy. Berlin: Springer-Verlag; 1969, pp. 111-161.