

**DE LOCURA Y ANORMALIDAD:**

**LOS PROCESOS DETRÁS DE LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA LOCURA**

**ALUMNA: MARÍA JOSÉ GRÉ ALTERMATT**

**PROFESOR PATROCINANTE: PABLO ROJAS LÍBANO**

**MEMORIA PARA OPTAR AL TÍTULO DE PSICÓLOGA**

**FIRMA PROFESOR PATROCINANTE**

**12 DE JULIO, SANTIAGO DE CHILE**

"Si la salud es vida, la enfermedad no lo es menos; si la salud nos permite hacer cosas, de la enfermedad aprendemos; si la salud es acción, la enfermedad es reflexión; si la salud, cercanía, la enfermedad, perspectiva; si la salud, olvido, la enfermedad es recuerdo; si la salud es arrogancia, la enfermedad es humildad; si la salud nos acerca a la felicidad y nos endiosa, la enfermedad nos acerca a la comprensión del ser humano y al sentido de la vida".

(Pascual y Ballester, 1997, p. XVII)

## RESUMEN

El presente texto aborda la noción de enfermedad mental como un fenómeno construido socialmente. Se indaga, a partir de la revisión bibliográfica pertinente, cómo los procesos de normalización permiten la emergencia de lo que actualmente entendemos por enfermedad mental. Se enfatiza en la afectación de la identidad y los procesos de desobjetivación producto de una comprensión de la enfermedad mental a través de una óptica biologicista, fragmentada y medicalizante. Para finalizar, se destaca el papel de las alternativas psicosociales en el abordaje del sufrimiento humano, en vías a validar las diferencias individuales y despatologizar dicho sufrir. Para tal objetivo, se examinan los modelos explicativos de los problemas o dificultades psicológicas y se realiza una propuesta conceptual a los modelos existentes.

**Palabras claves:** enfermedad mental, normalización, identidad, desobjetivación.

## ÍNDICE

<b>I.</b>	<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>6</b>
	<b>A. Formulación del problema</b>	<b>10</b>
	<b>B. Objetivos</b>	<b>12</b>
	<b>C. Metodología</b>	<b>13</b>
<hr/>		
<b>II.</b>	<b>EL PROBLEMA DE LAS CORRESPONDENCIAS NECESARIAS: SU IMPACTO EN LA SUBJETIVIDAD</b>	<b>13</b>
	<b>A. Procesos de subjetivación y desubjetivación</b>	<b>15</b>
	<b>B. La estigmatización como proceso de desubjetivación</b>	<b>16</b>
<hr/>		
<b>III.</b>	<b>INTERSUBJETIVIDAD E IDENTIDAD: FUERZAS INSTITUIDAS E INSTITUYENTES</b>	<b>17</b>
	<b>A. La identidad como pertenencia a sí mismo</b>	<b>18</b>
	<b>B. Identidad y conducta: Los estereotipos</b>	<b>21</b>
<hr/>		
<b>IV.</b>	<b>NORMALIZACIÓN, PATOLOGIZACIÓN Y MARGINARIZACIÓN</b>	<b>22</b>
	<b>A. Tácticas de poder</b>	<b>23</b>
	<b>B. Identidades patologizadas</b>	<b>24</b>
	<b>C. Identidades marginarizadas</b>	<b>25</b>
	<b>D. Invalidación de la entrada al mundo social consensual</b>	<b>26</b>
<hr/>		

<b>V. MODELO CENTRADO EN LA ENFERMEDAD V/S MODELO CENTRADO EN LA DROGA</b>	<b>27</b>
<b>A. Modelo centrado en la enfermedad</b>	<b>27</b>
<b>B. Modelo centrado en la droga: una perspectiva para la acción transparente</b>	<b>28</b>
<b>C. La inercia ante el dolor: medicalización del sufrimiento subjetivo</b>	<b>30</b>
<b>D. Del control social a las relaciones sociales significativas</b>	<b>32</b>
<b>E. La relación clínica desde los distintos modelos</b>	<b>33</b>
<hr/>	
<b>VI. ALTERNATIVAS PSICOSOCIALES: EL MODELO CENTRADO EN LAS PERSONAS</b>	<b>36</b>
<b>A. Validación de las diferencias individuales: reconectando con la subjetivación y el sufrimiento subjetivo</b>	<b>36</b>
<b>B. Las alternativas psicosociales en el proceso de desestigmatización</b>	<b>39</b>
<hr/>	
<b>VII. CONCLUSIONES</b>	<b>41</b>
<hr/>	
<b>VIII. BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>44</b>
<hr/>	

## I. INTRODUCCIÓN

Cuando hablamos de “subjetividad” nos referimos -en términos de Bleichmar (2003 en Rosbaco, 2007)- a un repertorio simbólico construido por el individuo en interacción con su contexto histórico y social, a lo largo de su experiencia vital.

La subjetividad así comprendida, tiene diversas aristas, conformándose como un ámbito altamente complejo y de gran riqueza humana. En consecuencia, considerar las modalidades políticas e históricas mediante las cuales se nutre y define la sociedad para delinear a los sujetos integrables, es crucial para una comprensión más acabada de la mencionada subjetividad (Bleichmar, 2003 en Rosbaco, 2007) en términos más globales o colectivos.

No obstante, la sociedad actual no está compelida a recoger los elementos contextuales sociohistóricos al momento de diferenciar entre lo establecido como integrable (normal) y lo desviado (anormal). Por el contrario, la consideración de esta diferencia se ha ido acotando cada vez más hacia aspectos biológico-individuales, descartando en la práctica variables políticas e históricas (Moncrieff, 2008; Pérez, 2012). Tal reduccionismo termina por generar la sensación de estar desapropiado o restringido de los repertorios simbólicos representativos del sujeto, lo cual refiere un proceso de desubjetivación en curso, en tanto contraría al proceso de subjetivación.

En la línea de lo antes mencionado es que el presente trabajo se pregunta cómo el imperativo proveniente del contexto social (educativo, laboral, familiar, médico, entre otros) de cumplir con determinados estándares de normalidad en la conducta, ha terminado por afectar las identidades de las personas de una forma que podríamos llamar “desubjetivante”.

Para entender el proceso de subjetivación, Belgich (2006 en Rosbaco, 2007) plantea que es la “apropiación identificatoria que realiza el hombre de su pasado, su porvenir y su momento histórico social” (p. 13). En este sentido, tanto la subjetividad como la subjetivación involucran la capacidad de simbolización del sujeto: en el primer caso, implica repertorios construidos en interacciones, y en el segundo, un proceso de apropiación simbólica de dicho repertorios. A partir de la comprensión sugerida de subjetivación, es posible cuestionar el proceso contrario, donde la “política desubjetivante” ejercida desde el ámbito social permite que los repertorios y apropiaciones simbólicas del sujeto queden supeditadas a pautas impuestas por la sociedad, conferidas de un estatus de verdad objetivable.

La intersubjetividad, en términos de Berger y Luckmann (1993), explica en parte esta situación. Para dichos autores, el mundo socialmente compartido se construye a partir de

significados y subjetividades que son objetivadas. Tal ejercicio de objetivación puede pensarse análogamente a lo que Foucault (1990) llamara “normalización”, entendiendo este proceso como una práctica disciplinante, que busca reducir las diferencias intersujeto, volviéndolos predecibles e indiferenciados. De esta forma, el impacto subjetivo de estos imperativos sociales de normalidad -y la potencial influencia homogeneizadora que ejerce en la diversidad de expresiones subjetivas- es perfectamente relacionable con la creciente demanda de servicios psiquiátricos, neurológicos y psicológicos que se observa en la actualidad.

La normalización funciona como un primer paso para definir y establecer relaciones de poder entre las personas, entregando suficiente credibilidad social a especialistas para “medicar enfermedades mentales” que -como señala Moncrieff (2008)- se inscriben en una lógica médica encubriendo el control social que conlleva e implica, asimismo, una práctica moral (Foucault, 1967). Tal práctica moral excluye, margina y disciplina sujetos que al mismo tiempo son invalidados en un intento de homogeneización correctora.

La posibilidad del sujeto “enfermo mental” de participar en un mundo intersubjetivo se vería postergada -como distingue Foucault (1967)- por el paradigma positivista y la apariencia científicista con la que se encubre el proceso de normalización.

El llamarlo “apariencia científicista” surge de la revisión del fenómeno de la enfermedad mental. La enfermedad mental es totalmente anómala respecto de las enfermedades biológicas, médicas. En las así llamadas “enfermedades mentales” nos encontramos con prácticas escandalosas, como votaciones de “expertos” para definir la “enfermedad” (cfr. American Psychiatric Association, 1980). Así, los expertos aparecen más como fabricantes de enfermedades que como médicos (Encina, 2010). Prácticas como ésta serían totalmente innecesarias e infructíferas en caso de que estas enfermedades fueran equiparables a otras de índole biológica, caso en el cual serían necesarias únicamente técnicas de neuroimagen tales como la resonancia magnética funcional o espectroscópica (Agarwal, 2010 en Encina, 2010).

Oficialmente se nos dice que los trastornos han de tener un “origen demostrado” en la neurobiología. Así, el DSM-V indica en su caracterización de un trastorno mental:

*“Un trastorno mental es un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. (...) Un comportamiento socialmente anómalo (ya sea político, religioso o sexual) y los conflictos existentes principalmente entre el individuo y la sociedad,*

*no son trastornos mentales salvo que la anomalía o el conflicto sean el resultado de una disfunción del individuo, como las descritas anteriormente” (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013, p. 5).*

Lo anterior pone de manifiesto, por una parte, la subjetividad a la que se enfrenta la definición de una conducta anormal o desviada, ya que no existen los mecanismos para identificar desbalance químico alguno de forma empírica. Por ende, carece de bases biológicas suficientes para ser considerada, de forma independiente, una enfermedad. Por otra parte, nos permite notar la relegación al ámbito neurobiológico a la que se somete el trastorno mental con lo siguiente:

*“El abordaje para validar los criterios diagnósticos de las distintas categorías de los trastornos mentales se ha basado en los siguientes tipos de evidencia: factores validantes de los antecedentes (marcadores genéticos similares, rasgos familiares, temperamento y exposición al entorno), factores validantes simultáneos (sustratos neurales similares, biomarcadores, procesamiento emocional y cognitivo, y similitud de síntomas), y factores validantes predictivos (curso clínico y respuesta al tratamiento similares)” (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013, págs. 5-6).*

Tener en cuenta el espacio eminentemente subjetivo, de orden moral y social que se despliega al momento de diagnosticar, dar tratamiento y pronóstico a un ser humano, da una nueva perspectiva que integra la interpretación no reconocida a la que está sujeta el trabajo psiquiátrico. Junto con esto, es posible identificar la construcción narrativa centrada en la deficiencia y descripción de la enfermedad, asociable a efectos identitarios en el sujeto diagnosticado, como por ejemplo, la merma en la autoestima que conlleva el estigma de una identidad patologizada (Encina, 2010).

Las razones antes expuestas son algunos de los indicadores que manifiestan la necesidad de otorgar especial relevancia a esta temática que afecta a diversos grupos etarios, socioeconómicos y geográficos, expuestos al estatus de verdad en el que se posiciona el discurso psiquiátrico con sus tratamientos medicalizantes (Encina, 2010).

Agregado a lo anterior, a lo largo del desarrollo del texto ilustraremos por qué tradicionalmente se ha optado por una resolución medicalizante antes que por una solución psicosocial. Realizaremos una breve descripción del papel que han alcanzado las alternativas



psicosociales en el panorama social actual, las cuales lamentablemente tienen un carácter secundario como línea de tratamiento hasta la fecha. Encontraremos consecutivamente que el poder hegemónico de las empresas farmacéuticas en el tratamiento de las enfermedades mentales no necesariamente tiene que ver con la mejor salida al problema, sino más bien, con un acercamiento a la realidad desde un paradigma positivista, sin reconocer los aspectos subjetivos de dicho conocimiento (Pérez, 2012).

Si bien es probable que en el camino se abran más interrogantes que respuestas objetivas, aquello es parte de los resultados que se plantea la presente Memoria, -en el entendido que las posibles respuestas se enmarcan siempre desde la subjetividad misma de quien observa- por lo cual deja libertad a multiplicidad de respuestas posibles de ser consideradas y atendidas. La convicción radica en que con tal operar se permite la libre expresión de diversidad de subjetividades, las cuales en su heterogeneidad, dan cabida y espacio a la validación y reconocimiento de las diferencias, antes que a la marginarización, invalidación y disciplinamiento de las mismas.

El término marginarización proviene de la adjectivación de la palabra marginar, que la Real Academia Española (RAE) define como: “poner o dejar a una persona o grupo en condiciones sociales, políticas o legales de inferioridad”. Con este concepto, referiremos toda privación a una persona o a un sector de la población, del derecho de apropiarse de espacios públicos ligados a relaciones sociales significativas (Rosolato, 1995 en Rosbaco, 2007). La adopción de una política castigadora de las diferencias individuales, como medida correctora de estas últimas, tendería a continuar con el ciclo diagnóstico, en vez de transformarlo. En vez de privarse de las diferencias, la propuesta aquí planteada es favorecerse a través de ellas.

Ahora bien, tal cuestionamiento pretende reformular la desubjetivación que se ha planteado de manera análoga al proceso de normalización, para plantear que es necesario devolver la subjetivación, o citando a Rosolato (1995 en Rosbaco, 2007), dar cabida a la reapropiación de los sujetos de “lo que son”, en vez de ser definidos externamente por “lo que no son” (p. 17). Una forma de hacerlo es a través de relaciones sociales significativas de calidad, que guardan un poder subjetivante clave para el desarrollo del sujeto (Rosbaco, 2007).

Será entonces, que se ahondará en alternativas psicosociales como una posible solución al problema de la desubjetivación de sujetos normalizados mediante la medicalización de su sufrimiento subjetivo -que sitúa el problema en sus cuerpos- atacando supuestamente su “patología”, dejándolos marginarizados y fuera de todo acceso al plano intersubjetivo.

## A. Formulación del problema

A continuación se presentarán cifras de trastornos mentales en el mundo, con el fin de problematizar al respecto, ya que en el desarrollo de esta memoria se ahondará en el impacto identitario del uso diagnóstico desde distintos modelos psiquiátricos, según son planteados por Moncrieff y Cohen (2005) y Moncrieff (2008).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) indica que para el año 2017 en el mundo existen más de 428,5 millones de personas afectadas por trastornos mentales, siendo la depresión el trastorno de mayor alcance (más de 300.000.000 de habitantes afectados). Asimismo, estas cifras integran trastornos como el de bipolaridad, esquizofrenia -además de otras psicosis-, demencia, discapacidades intelectuales y trastornos del desarrollo, como es el caso del autismo (OMS, 2017).

Además de reconocer la creciente carga y responsabilidad que conllevan las cifras relativas a los trastornos neuropsiquiátricos, la OMS (2011) atisba la insuficiente disposición de recursos y la desigualitaria distribución de los mismos en los diversos países. Lo anterior pone de manifiesto la necesidad en aumento de entregar atención a la salud mental, así como también el hecho que las medidas tomadas no logran dar una completa respuesta al asunto relativo a la “enfermedad mental”.

Sumado a lo anterior, la evidencia dispuesta por la OMS (2012) respecto a las tasas de enfermedad mental son contradictorias, dado que difícilmente llevan a conclusiones unívocas que expliquen el desarrollo de éstas de manera categorial según factores como el ingreso per cápita, nivel de desarrollo del país, entre otros.

Las cifras antes mencionadas, por sí mismas, son poco lo que nos pueden advertir como ya se ha revisado. No obstante el impacto de las cifras, las medidas tomadas no permiten subsanar la realidad que nos ofrece la OMS para el año 2017, respecto a los trastornos psiquiátricos. En este apartado se espera delinear las contradicciones que actualmente existen en el ámbito de la salud mental, específicamente en lo relativo a lidiar con el sufrimiento subjetivo.

Cobra relevancia por lo mismo, el hecho que especialistas de la psiquiatría y la medicina se han sumado a la empresa de derribar el mito de la enfermedad mental como un desbalance químico, aseverando que el desbalance es provocado por los fármacos psiquiátricos y no viceversa (Gøtzsche, 2014; Moncrieff y Cohen, 2005; Moncrieff, 2008).

Pese al contrapeso generado desde estos profesionales de la salud -que ponen de manifiesto un desconocimiento de los mecanismos involucrados exactamente en el desarrollo de las llamadas “enfermedades mentales”- la empresa psicofarmacológica sigue teniendo un gran impacto (Whitaker, 2015) precariamente evaluado a la hora de ser puesto en marcha su auge. Dada esta situación, en el desarrollo de este texto se indagará sobre el trasfondo que sustenta la concepción de la locura o sinrazón entendida como enfermedad.

La enfermedad mental, como tal, indica un aspecto de la identidad de las personas, lo cual involucra al mismo tiempo una noción política de sujeto (Encina, 2010). Tales implicaciones políticas, como el disciplinamiento, control y **normalización** de las personas en su actuar, posibilitan un perfil de ser humano docilitado, que será deconstruido para reflexionar en torno a la validación de las diferencias individuales (Goffman, 1970; Pérez, 2012).

Dentro de las repercusiones que tiene la implementación del concepto de enfermedad en la salud mental, se abordará aspectos correspondientes a la subjetividad de personas afectadas por un proceder caracterizado por la inercia ante el dolor (García, 2007) y la consiguiente medicalización del sufrimiento subjetivo (Pérez, 2012). Se transitará desde el modelo centrado en la enfermedad hacia el modelo centrado en la droga, para finalizar con una denominación personal de este último, a saber, el modelo centrado en las personas, nombre cuyas implicancias se discutirán en la parte concluyente del presente texto.

La indagación de los modelos explicativos de los problemas o dificultades psicológicas, permite distinguir mecanismos desarrollados por profesionales de la salud, con serias implicancias en la actitud social respecto de las conductas consideradas anormales. Un ejemplo de ello, aunque no el único, es la medicalización de la subjetividad y el padecer. Es mediante este recorrido que se puede entender el desconocimiento social y profesional, aparentemente ingenuo, relativo al trato del sufrimiento humano. En el acto de desconocer y patologizar el sufrimiento (tanto personal como colectivo), emerge la **marginarización**, específicamente, de la población que cumple con los arbitrarios estándares sujetos a estigmatización<sup>1</sup>. Una doble relevancia se levanta, tanto desde lo social como desde aspectos prácticos de la Psicología Clínica, para un proceder acorde a la sociedad actual y sus requerimientos.

Parte de las consideraciones éticas del presente texto, implican la aclaración de que no se espera influir en decisiones personales que puedan afectar el bienestar de la población, si

---

<sup>1</sup> Los estándares que permiten la estigmatización de los sujetos se abordan más en profundidad a partir de la página 13.

no que la pretensión es aportar al conocimiento actual en materias de salud mental. El presente texto se ha dispuesto como sustento para pensar los modelos detrás de un operar que margina. En este sentido, si el “enfermo mental” no es capaz de encontrar validación o un interlocutor plausible a través de su propio discurso -el cual es excluido- las preguntas que cabe hacerse son las que siguen: ¿Cuál es el mecanismo que habilita (a la vez que el que deshabilita) al loco a la inclusión?, ¿Qué dispositivos pueden pensarse para dicho efecto inclusivo, cuando se ha encontrado un mecanismo que lo excluye casi terminalmente en relación a sus diferencias, medicalizándolas?, ¿Es acaso el sufrimiento subjetivo concebible únicamente a partir de un desequilibrio químico?

La exposición de alternativas considerará las medidas psicosociales de afrontamiento del sufrimiento subjetivo, donde el punto de partida se encuentra en la aceptación de las diferencias individuales, sin descartar la posibilidad de una sana convivencia en sociedad por dicho motivo.

## **B. OBJETIVOS**

### **1) *Objetivo General***

Problematizar la noción de “enfermedad mental” a partir de desarrollos conceptuales referidos a la desubjetivación, identidad y normalización.

### **2) *Objetivos Específicos***

- A. Caracterizar el concepto de desubjetivación y sus implicancias posibles en las comprensiones de “enfermedad mental”.
- B. Describir la identidad como un proceso que se puede situar a la base de la presuposición de “enfermedad mental”.
- C. Caracterizar el proceso de normalización que posibilita el desarrollo del concepto de “enfermedad mental”.
- D. Describir alternativas posibles a la comprensión del fenómeno de la “enfermedad mental” desde la subjetivación y validación de las diferencias individuales.

### **C. Metodología**

El presente trabajo teórico da cuenta de una investigación bibliográfica, de alcance exploratorio-descriptivo (Hernández, Fernández-Collado y Baptista, 2006). El alcance exploratorio del presente texto está dado por la complejidad y diversidad de definiciones conceptuales, que dificultan la operacionalización de los términos de manera unívoca en la disciplina psicológica. Asimismo, se define como un trabajo descriptivo -en tanto caracteriza la enfermedad mental a través de conceptos como los de desubjetivación, identidad y normalización-. Se buscará realizar un desarrollo conceptual lo más exacto posible, de acuerdo con las consideraciones específicas de la presente temática.

La desubjetivación ha sido abordada desde el planteamiento de Inés Rosbaco (2007), quien ha abordado este fenómeno en adultos desocupados laboralmente y que es extrapolable a la desubjetivación sufrida en situación de estigma por “enfermedad mental”, siendo crítico el juicio médico al respecto.

La identidad ha sido conceptualizada a partir de una relectura de la autora de este escrito del planteamiento antropológico-social de identidad de Fredrik Barth (1998), de forma tal de trasladar su significado a uno de utilidad para la disciplina psicológica, cargado de un renovado potencial simbólico.

La normalización será desarrollada a partir de Foucault (1990) y se hará una propuesta personal, basándose en la caracterización que el mismo autor hace del “loco” en el año 1999.

Para finalizar, se hará una propuesta personal al modelo centrado en la droga, según ha sido desarrollado por Moncrief y Cohen (2005). Dicha propuesta implica denominar al modelo de una nueva forma, a saber, el modelo centrado en las personas.

Este escrito, de carácter documental, tiene como fuentes principales de información libros, artículos y tesis encontrados al alero del profesor patrocinante y de las necesidades de conceptualización surgidas en el desarrollo de la investigación.

La bibliografía de la cual se ha valido el presente estudio cualitativo ha sido revisada desde una óptica de la subjetivación y validación de la diversidad de subjetividades, siendo sus referencias bibliográficas principales las recién mencionadas.

## **II. EL PROBLEMA DE LAS CORRESPONDENCIAS NECESARIAS: SU IMPACTO EN LA SUBJETIVIDAD**

Se ha postulado que perspectivas esencialistas y/o reduccionistas nacen de la preconcepción de una correspondencia necesaria (Hall, 1985 en Briones, 2007) entre una praxis o relación social y una representación de tal práctica en términos de quién se es y a qué cultura se pertenece (Briones, 2007). Se confunde, arbitrariamente, pertenencia con conducta. Tal confusión impacta en la forma de vincularnos, regulando el actuar personal y colectivo, sólo por la pertenencia que se tenga a una categoría específica. Ello coarta la complejidad del sujeto, que pertenece simultáneamente a diversos grupos de características que lo representan y no son necesariamente excluyentes entre sí, como por ejemplo, ser mujer, de raza negra, creyente, trabajadora, madre e hija a la misma vez.

La estrecha preconcepción entre pertenencia y comportamiento, acarrea la posibilidad de estigmatización de los sujetos que no se correspondan con ciertos estándares esperados o con ciertas normativas sociales que representan una normalidad, como lo son el poseer un empleo, un determinado nivel educacional, una familia tradicional, vida social activa, entre otros. Esto es lo que Briones (2007) ha denominado como enfoques de correspondencia necesaria, los cuales -según Brubaker y Cooper (2005)- se rigen por un fuerte determinismo, basado en identidades impuestas y en prácticas sociales prescritas según las mismas identidades.

Tal determinismo de los enfoques de correspondencia necesaria termina por naturalizar (Hall, 1985 en Briones, 2007). La naturalización, situándonos en el ámbito de la psicología, en tanto política que equipara los trastornos psicológicos a una enfermedad médica (de orden natural), permite estigmatizar y anclar más rígidamente el distintivo de lo aceptable e inaceptable. Por el contrario, presentar los problemas psicológicos como dificultades no implica la estigmatización y pretensión de despolitización de la acción naturalizante (Pérez, 2008). Briones (2007) refiere a esta forma de presentar los problemas desde corrientes de pensamiento con un marcado anti-esencialismo, que desnaturaliza al mismo tiempo que propone historizar.

El diverso panorama antes expuesto, en relación a la forma de entender los trastornos psicológicos, no implica el desarraigo de esencialismos en la cotidianeidad. La naturalización en la actualidad es una ideología imperante, que desde la perspectiva de las **correspondencias innecesarias** adoptada por Hall (1985 en Briones, 2007), afecta las subjetividades y las estigmatiza. Así, los repertorios simbólicos propios de un sujeto, estarán mediados por una construcción social, histórica y política, que no podrá desasirse de la singularidad del individuo en cuestión (Bleichmar, 2003 en Rosbaco, 2007).

Las correspondencias necesarias obstruyen las perspectivas dignas de ser adoptadas no sólo en materias relacionadas a la salud mental, sino también en lo que respecta a asuntos comunes como, por ejemplo, las prácticas aceptables según sexo o género.

Según Barth (1998) se ven delimitadas no sólo ciertas prácticas sociales establecidas, sino que la incumbencia de cada quien en cada práctica es definida previamente conforme su sexo o género. De esta forma, se nos presentan en la vida cotidiana prácticas consideradas aceptables como si fueran categorías naturales e incuestionables.

Dado que las subjetividades son un mecanismo posibilitador de la capacidad de simbolización -última que se va construyendo en todo el periodo vital de los seres humanos, aun cuando consigna como etapas cruciales la niñez y adolescencia (Bleichmar, 2003 en Rosbaco, 2007)-, la afectación de dichas subjetividades puede ser descrita a través del concepto de "violencia social" de Crettiez (2009, p. 324).

Crettiez (2009) entiende por violencia social una serie de sucesos o prácticas presentes en la estructura social de un Estado que implican a la vez una violencia física y simbólica. Contextualizando tal descripción al ámbito de los trastornos mentales, se entendería que los sujetos de un determinado Estado, en su vida cotidiana, están expuestos al daño físico que puede surgir de la política medicalizante asociada a la naturalización del problema (daño que puede expresarse como efectos secundarios del psicofármaco), y a la misma vez, se ligaría a la vulnerabilidad a la que se encuentran sujetos en relación a la normalización (violencia simbólica) de ciertas formas discursivas, de expresión, de estilo de vida, trabajo y familia, que quedarían por sobre otras maneras de vivir los ámbitos mencionados y que, por lo mismo, al ser diferentes se apartan de lo establecido o institucionalizado.

Dichas subjetividades se ven afectadas según se les explique a las personas su "trastorno" desde el orden de la biología, con lo cual tienden a sentirse más pesimistas respecto al pronóstico y terminan por adoptar, consecuentemente con ello, un rol de mayor pasividad en lo que respecta a su problema comparado con entregar una explicación causal de tipo psicológica (Lam y Salkovskis, 2007).

### **A. Procesos de subjetivación y desubjetivación**

Para una mayor comprensión de la subjetividad, es necesario ahondar en el proceso de subjetivación. Belgich (2006 en Rosbaco, 2007) refiere a este proceso como la apropiación que hace el sujeto de su historia vital, a través de la experiencia y la propia capacidad de simbolizar

y problematizar las diferentes maneras de posicionarse e identificarse con los distintos aspectos de la vida (Briones, 2007). Es en relación a esta capacidad que la desubjetivación, proceso contrario al de subjetivación, implica un daño en la capacidad reflexiva del sujeto, en tanto no ha sido dotado de las herramientas para cuestionar sus propios roles.

La desubjetivación, surge como fenómeno que se ha proveído, basalmente, de correspondencias innecesarias. Se liga, asimismo, con una actitud pasiva respecto a la posición del clínico (Lam y Salkovskis, 2007), aun cuando la correspondencia entre la “patología psicológica” y el individuo es impropia del mismo, o dicho en otras palabras, innecesaria.

Dentro de la imposibilidad de cuestionar los roles, como proceso primario en el desarrollo de la desubjetivación que, como ya adelantamos, surge a través de las correspondencias innecesarias, Anderson (1993) nos provee de algunos ejemplos en relación al estudio del nacionalismo. Este autor explica cómo se hace imprescindible, para la generación de un pensamiento nacionalista situado en la modernidad, “la alineación estructural de la memoria nacionalista” (Anderson, 1993, p. 15). De esta forma se producen convenciones en relación a la forma de historizar y de contar biografías o autobiografías modernas. El sentimiento de pertenencia, como consecuencia de la sensación de compartir una historia común, hace de amalgama y evita que las personas se cuestionen su nacionalidad.

El sentido de identificación con una determinada nación juega un rol en la vida de las personas, sus tradiciones, prácticas, hábitos y costumbres, en tanto es considerado como inmutable y eterno, por lo menos desde los orígenes de la comunidad (Hobsbawm y Ranger, 2002). Comúnmente, pasa inadvertido y tiende a instalar la innecesaria correspondencia entre una determinada nacionalidad y ciertos patrones comportamentales. Tal correspondencia levanta los cimientos primeros para la estigmatización.

## **B. La estigmatización como proceso de desubjetivación**

La estigmatización se entenderá para efectos de esta memoria, más acabadamente, como un proceso de desubjetivación o desapropiación de repertorios simbólicos que se vive como un sentimiento de *no poder*, cohabitando las sensaciones de imposibilidad y de impotencia respecto a transformar la realidad de su propia existencia, que somete a una única posición inamovible (Duschatzky y Corea, 2004, en Rosbaco, 2007). Tales sentimientos pueden surgir, asimismo, de la representación de anormalidad, que puede ser seguida por la



patologización de la identidad de un individuo, no necesariamente patológico (correspondencia, que tratada como necesaria, puede perfectamente ser innecesaria).

Un ejemplo que retrata más fidedignamente una situación de correspondencia innecesaria y el proceso de estigmatización al que se puede llegar, es la postura que argumenta que el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad hace de conductas normales, en la infancia o adolescencia, fenómenos anormales (Encina, 2010). Ello traería como consecuencia, una estigmatización y psicopatologización total y completamente innecesaria del afectado, sólo por no corresponder con las representaciones sociales referentes a los niños en el contexto escolar.

Frente a la desubjetivación (a la base de la estigmatización) -como desarrollaremos en el apartado siguiente- una sana intersubjetividad podría tomar un papel clave, altamente subjetivante. Esto porque, siguiendo a Berger y Luckmann (1993), la intersubjetividad conlleva el acto de compartir con otros los propios significados respecto del mundo, lo que permite distinguir diversas realidades y poder tener una mirada crítica por sobre una naturalista o esencialista como se describió anteriormente.

Ampliar la mirada puede ayudar a resolver asuntos tan importantes como lo es la estigmatización, la cual puede ser entendida como un reduccionismo en la forma de caracterizar a alguien, a través de nociones simplificadas que no dan cuenta de la complejidad del ser humano.

### III. INTERSUBJETIVIDAD E IDENTIDAD: FUERZAS INSTITUIDAS E INSTITUYENTES

El fenómeno de la subjetivación y desubjetivación, en tanto dialéctica, puede explicarse más a fondo entendiendo la dinámica de la subjetividad en su componente **instituido** e **instituyente**. Así, el primer componente (instituido) de la subjetividad se corresponde con lo establecido, mientras el segundo (instituyente) posibilita la creación, potenciación, autenticidad y singularidad del sujeto. Los mecanismos instituyentes, que entregan un sello característico a la subjetividad, van desarrollándose con el paso del tiempo y se encuentran fundamentados en los mecanismos instituidos de la subjetividad, que se inician a partir de las enseñanzas que otros nos ofrecen (Rosbaco, 2007).

Es en la medida que los adultos otorgan un sentido al psiquismo del niño que éste puede ir construyendo y elaborando su singular forma de pensar, sintiéndose en posición de apropiación de sí mismo y siendo cada vez más autónomo (Rosbaco, 2007). Es en ese

contexto donde la **intersubjetividad**, entendida por Berger y Luckmann (1993) como el proceso de compartir el mundo con los demás, cobra un sentido primordial: adoptando una gran fuerza instituyente o, por el contrario, coartando tal fuerza. En ese compartir el mundo se abre una posibilidad de transformar aspectos de la significación personal, apropiándose de elementos cruciales para la singularidad, que en caso contrario (es decir, cuando el acto de compartir el mundo es más bien precario o simplemente no se produce) podría conllevar una restricción de las posibilidades existenciales del sujeto. Lo anterior puede significar que más que compartir los significados personales con otro, se impongan y objetiven los conocimientos subjetivos.

En lo que respecta a la identidad, la apropiación de los aspectos instituyentes de la subjetividad es clave para la conformación de la misma. Sin embargo, la fuerza instituida de la subjetividad también toma un rol a la hora de conceptualizar la identidad personal y es posible pensar que ambas se retroalimentan. Un autor que puede ayudar a aclarar esta dialéctica entre las mencionadas fuerzas, aunque no lo explicita en los mismos términos, es Barth (1998). Este antropólogo se centra en la comprensión identitaria de los grupos étnicos, recabando elementos de la construcción social, que conjugan tanto aspectos contrastivos como dinámicos de la **identidad**.

En otras palabras, la identidad se jugaría justamente en su falta de estatismo y en su capacidad para formularse en relación a otros: las diferencias y semejanzas percibidas respecto de los demás. De esta forma, los contrastes de los que se vale la configuración identitaria, se conectan con la faceta subjetiva instituida. El dinamismo, por su parte, estaría mayormente ligado al carácter instituyente de la subjetividad, ya que no se define en sí mismo por la necesidad de contrastarse con el mundo externo<sup>2</sup>.

### **A. La identidad como pertenencia a sí mismo**

La **identidad** ha sido concebida por Barth (1998) desde un punto de vista macro, que considera siempre la cultura en la que está inscrito el sujeto. Tras leer las consideraciones de Barth (1998), se ha formulado un concepto de identidad diferente, que permite entender la identidad como propia del sujeto que se experimenta perteneciendo a sí mismo. En este

---

<sup>2</sup> En el apartado siguiente, y a partir de la página 22, se pondrá especial énfasis en el disciplinamiento de la diferencia y los mecanismos para mantener la existencia de la misma a raya, como forma de restituir el carácter instituido de la subjetividad antes que permitir su faceta instituyente.

sentido, la persona se apropia de elementos percibidos de la realidad, adoptando la sensación de que tales aspectos le pertenecen. Esto no descarta el hecho que la persona adquiera mayor complejidad perteneciendo a una cultura en particular, habiendo pertenecido a una o habiendo sido criado al amparo de unas reglas culturales específicas.

En vistas a analizar la construcción de identidad, Barth (1998) se posiciona desde una perspectiva que considera el fenómeno cultural como algo fundamental para dicha conformación, no sólo en términos de una construcción identitaria étnica, sino también pensando en unidades culturales<sup>3</sup> y las formas que dichas unidades tienen para diferenciarse y mantener sus fronteras. Así, la diferencia, y la posibilidad de describir tales diferencias, es primordial para cimentar la idea de identidad que aquí se manejará y que nace de una de las primeras aplicaciones (más postmodernas tal vez) de la visión antropológica de la cultura.

Ésta visión, si bien pudo ser considerada contraintuitiva en su época, abarca la historia de la etnicidad como una lucha étnica por la apropiación de su historia (Barth, 1998). Así, se superaría la perspectiva de la historia oficial, que se ofrece como anónima, preestablecida e invariable las más de las veces. Asimismo, se puede plantear que el sujeto constantemente se reapropia de su historia vital. Anderson (1993) es otro de los autores que, en relación al pensamiento y la memoria nacionalista, sirve de ejemplo para pensar la identidad de manera más amplia y renovada.

La identidad puede pensarse, considerando lo antes expuesto, como un fenómeno altamente complejo que no puede desligarse de la categorización selectiva de **estatus**, según se trate de un determinado sector de la población. Tales categorizaciones se establecen de forma exclusiva e imperativa, donde las sanciones asociadas a comportarse de forma tal que la identidad de la persona no calce con la pertenencia a su clase social, genérica o cultural correspondiente, es clave para la reproducción del sistema social (Barth, 1998). Un buen ejemplo a este respecto es cómo en la actualidad, y a pesar de no estar más catalogado como perversión según los manuales de psiquiatría, el travestismo masculino es usualmente situación de estigma para la persona que lo practica (Giddens, 1995).

---

<sup>3</sup> El autor habla de “unidades culturales” como una posibilidad significativa que se enfrenta al objetivo de salir del entrampado en el que los antropólogos sociales se enredan al hablar de sociedad, de forma altamente abstracta y sin describir los límites evidenciables de la misma. Así, Barth (1998) prefiere referir sin rodeos a unidades culturales (dentro de las cuáles también caben los grupos étnicos, aunque no únicamente), en tanto serían representaciones más pequeñas y más concretas para el posterior análisis de sus diferencias, contornos y conexiones históricas.

La reproducción del sistema social implica, por una parte, la integración de la diferencia bajo ciertos márgenes, según los cuales habrá promedios dependiendo de la categoría en cuestión (Barth, 1998). Ahora bien, los referidos promedios serán posibles para Barth (1998) en tanto haya una sujeción a la acción correctora. Giddens (1995), por otra parte, considera que “las diferencias pueden ser un medio de comunicación” (p. 118), más que un medio de limitación del entramado social. Sin embargo, la apreciación de Giddens (1995) no alude a la reproducción del sistema social en sí, sino a una actitud que intenta romper con la reproducción del entramado social y que pretende alentar la fuerza instituyente de la subjetividad.

La comprensión del fenómeno identitario que se desea explicitar aquí, enfatiza la relación con las **fuerzas instituyentes** de la subjetividad. Éstas se basan en el proceso de apropiación de lo que se considera característico de sí -entendido como proceso de subjetivación- que diferencia a la persona de los demás y le da un carácter particular. Sin embargo, es preciso no desconocer el peso asociado a los procesos de desubjetivación, muchas veces correlacionados con **fuerzas instituidas** de la subjetividad, que definen al sujeto según aquello que no lo caracteriza en forma diferencial (Rosolato, 1995 en Rosbaco, 2007).

Si bien, por sí mismas, las **fuerzas instituidas** no implican necesariamente una connotación negativa, puesto que proveen -a través de una sana intersubjetividad- la posibilidad de integrar material simbólico de gran valor como lo es, por ejemplo, el legado cultural (Rosbaco, 2007), sí es relevante analizar los aspectos de dichas fuerzas que pueden llegar a adquirir un matiz desubjetivante para las personas que se constituyen a partir de las mismas. La política de emancipación descrita por Giddens (1995) permite dialogar con la diferencia. El punto de inflexión recae en la pregunta que refiere hacia lineamientos concretos que permiten pensar -más que en una única posibilidad de emancipación- en emancipaciones.

La subjetivación y las **fuerzas instituyentes** de la subjetividad permiten un diálogo con la política de emancipación. Tal política, dirige sus acciones hacia un terreno de autonomía personal y se relaciona para Giddens (1995) con la democratización del dominio público. Dicha democratización impacta en las relaciones interpersonales y viceversa. Sin la **autonomía** de acción, es imposible pensar en un proceso de subjetivación y en fuerzas instituyentes de la subjetividad.

En este sentido, pensar la identidad como una pertenencia a sí mismo, es pensar la identidad como un proceso que conlleva una autonomía de acción, incluso cuando se comprometan fuerzas instituidas de la subjetividad.

## B. Identidad y conducta: Los estereotipos

Los **estereotipos** ejemplifican un reduccionismo en la comprensión del sujeto que podría adoptar un **matiz desubjetivante**, definiéndolo principalmente según características prototípicas de una sola identidad homogeneizadora que lo representa parcialmente (como, por ejemplo, poseer una identidad masculina en el caso de una persona de sexo masculino) y no en relación a la complejidad que implica el fenómeno identitario en sí. Inclusive, la misma identidad sexual, como acápite de lo que sería la identidad en términos globales, es pensable a partir de diversidad de formas y cualidades asociadas a conductas que, al mismo tiempo, dan aspecto y apariencia a dicha identidad (Giddens, 1995).

No obstante, en la cotidianidad -en los medios de comunicación, publicidad, entre otros- se muestran representaciones de género más bien estáticas, que contrastan con la realidad y que se condicen con elementos instituidos de la subjetividad. Así, los elementos instituidos de la subjetividad pueden, por un lado, funcionar como receptáculo de aquella formación que es deseable transmitir generacionalmente y, por otro, refrenar la disposición propia del individuo a desplegar sus deseos respecto de sus propias simbolizaciones. Así, las personas temen actuar de una forma que contradiga, por ejemplo, la identidad de género que han construido y tienden a sentirse reacias a mostrar conductas que se correspondan con una identidad de género opuesta a la suya (Barth, 1998).

Tal encasillamiento o comprensión cerrada de la identidad del sujeto puede verse bien retratada en lo que respecta al sentido común operante para temáticas de salud-enfermedad mental, en la que tácitamente funciona una comprensión de la locura “como parte integrante de una distancia en el sufrimiento mismo de una cultura, reflejada en la locura que se habría integrado así en su fatal positividad” (Aceituno, 2011, p.22). Con lo anterior, el autor da cuenta de una forma de negación de una locura que sería inmanente a la cultura actual. Las personas se relacionarían con la locura como algo al margen o fuera de sí mismo. Pero, por supuesto, el alejamiento del sufrimiento en general levantaría una sospecha respecto al funcionamiento y la identidad construida por aquella sociedad -y sus individuos en particular-.

Una sospecha bien justificada dice relación con la exclusión practicada en la sociedad actual, en particular respecto al plano de la locura, cuestión que se abordará posteriormente<sup>4</sup> y con mayor profundidad, desde lo que Rosbaco (2007) ha concebido como **marginarización**.

---

<sup>4</sup> Ver página 24.

Se puede adelantar, por lo menos, lo difícil que se hace pensar en la exclusión como una experiencia separada de la identidad personal.

Si continuamos indagando en lo que respecta a la condición del **estatus** operando en la definición del loco, cuestión que nos da cuenta del **estereotipo** asociado a la concepción del mismo, este sería aquel desprovisto de un “estatus ocupacional” (Foucault, 1999, p. 21). Para la sociedad, dicho estatus, sería el atisbo primero de su fragilidad producto de su enfermedad mental (Foucault, 1999). El uso de tales palabras no es azaroso. Según la Real Academia Española la palabra “estatus” procede de la concepción de la “posición que una persona ocupa en la sociedad”, mientras que la “ocupación”, a la que refiere el régimen ocupacional, alude en el derecho al “modo natural y originario de adquirir la propiedad de ciertas cosas que carecen de dueño” (RAE).

En relación a la revisión de los significados antes planteados, respecto de las palabras estatus y ocupación, una interpretación posible para la comprensión del loco sería: aquel que no se halla en **posición de apropiarse** de las cosas (que para este caso serían tanto materiales como simbólicas), ni siquiera de sí mismo (en tanto repertorio simbólico). El plano intersubjetivo es por lo mismo crucial. Existe una necesidad de devolverle al loco sus propios repertorios simbólicos, afectivos, de pensamiento y acción, entregando la libertad a cada persona para gozar de sus repertorios sin que ello vaya en perjuicio de la libertad de los demás.

Es preciso, entonces, dejar que sus procesos instituyentes tengan cabida, en vez de instituir cada vez más su subjetividad (a través de distintos medios como hospitales, medicalización impuesta al paciente, entre otros). En palabras de Schütz (1993): “el establecimiento y la interpretación del significado están pragmáticamente determinados en la esfera intersubjetiva” (p. 103). Así, no es posible pensar en la apropiación de repertorios simbólicos, o en una identidad particular, sin la presencia de una intersubjetividad que la posibilite y que ojalá permita al sujeto libertad, entereza y salud.

#### **IV. NORMALIZACIÓN, PATOLOGIZACIÓN Y MARGINARIZACIÓN**

La idea de normalización es desarrollada por Foucault (1990) en el marco de su intento por comprender ciertas dinámicas carcelarias en las sociedades industriales desarrolladas, a finales del siglo XVIII. No obstante, dicha idea cruza el tema de la locura, incidiendo

directamente en nuestra forma de entender el ámbito de la salud mental. En este último ámbito, la normalización será entendida como un acto de homogeneización que se da en un contexto clasificatorio, es decir, que implica necesariamente una jerarquización y diferenciación de sujetos que, a la vez, buscan ser docilitados (Foucault, 1990). En este sentido, el eje clasificatorio en el que se desenvuelve la normalización tiene por objeto hacer de los sujetos entes más controlables y predecibles, persiguiendo el orden y la estabilidad del sistema.

La **normalidad** traza un término medio, una regla de funcionamiento mínimo u óptimo respecto de la cual los sujetos son comparados y definidos según dicho estándar (Foucault, 1990). La **normalidad**, en esos términos, funciona como un eje clave para definir reglas. Dichas reglas no están especificadas, necesariamente, de forma manifiesta. Así, se regulan aspectos que parecieran pertenecer a un terreno individual, como comportamientos y gestos, que terminan por corresponderse a una norma social en definitiva (Foucault, 1990).

Así, es esperable o normal que un ciego no lleve reloj. Contrariamente, no es esperable (ni normal) que llevando puesto un reloj haga gesto de mirar la hora. En este sencillo ejemplo se puede visualizar que la normalidad se situará en relación a una categoría o clasificación de sujeto, antes de trazar lo normal y anormal de dicho sujeto.

### **A. Tácticas de poder**

Otro fenómeno que opera desde la norma, para Foucault (1990), es la individualización en las sociedades actuales. Es decir, el referente social primero para lo individual sería lo normativo, y por ende, sería efecto de una táctica de poder. Tal táctica se vale, como ya se ha señalado, de estrategias de comparación entre sujetos. Como producto de dicha comparación, la desviación indicaría a los individuos apartados de la norma social, acercándose, desde esta lógica, a la sinrazón (Foucault, 1967). Así, lo razonable o no razonable estaría socialmente prescrito desde la norma, y ésta desde el poder.

Se ha considerado, desde el año 1790 aproximadamente, que el fenómeno de la locura ya no estaría asociado a la criminalidad sino más bien a la enfermedad (Foucault, 1999). Este prejuicio será comprendido aquí de forma diferente, de manera que en la actualidad la locura no se entendería únicamente en relación a la criminalidad, sino también a la enfermedad (Foucault, 1999). Esta nueva lógica -o este nuevo prejuicio en relación a la locura, como si

fuera explicable exclusivamente a partir de la enfermedad- tiene como efecto la exclusión<sup>5</sup> de los sujetos considerados “locos”.

El punto de inflexión que se desea profundizar aquí, dice relación con el momento en que la sinrazón, o el alejamiento de la norma social, se empieza a equiparar a **lo patológico**. Este tipo de registro del sujeto, como susceptible al “trastorno mental”, tiene distintas implicancias. Si bien Foucault (1990) menciona las lógicas de poder en las que se circunscribe la enfermedad (como el caso de un reglamento utilizado en Francia en el siglo XVIII para hacer frente a pestes), el foco de este trabajo y de este apartado en particular, estará puesto en el **control y disciplinamiento** de la población tildada como “enferma mental”.

## **B. Identidades patologizadas**

La temática relativa a la **patología mental** es de particular relevancia en la medida que se cruza con juicios morales (Foucault, 1967). Foucault (1967) explica esto a partir de la normalidad como una creación del hombre. La normalidad no es independiente de la óptica de quien defina dicha normalidad y, asimismo, la psicopatología del siglo XIX surge de una noción de normalidad. Sin un hombre normal, no habría hombre enfermo, siendo la enfermedad detectable en la medida que se compara con la normalidad o la salud de alguien más. Tales juicios tienen una procedencia social, por lo cual es posible entender que sin sociedad no existiría locura y que el correlato de la locura es de carácter social.

Para Foucault (1967), en realidad, ni siquiera habría una locura, sino más bien múltiples locuras. La multiplicidad de formas de la locura es, para este autor, efecto de la configuración social de la locura que permite albergar en cada persona una locura diferente. El nacimiento de la locura estaría, en resumidas cuentas, dado por la “adhesión imaginaria a sí mismo” (Foucault, 1967, p. 21). Dicha adhesión da cuenta de la imposibilidad de acceder a una realidad objetiva, en tanto la apreciación subjetiva del individuo no es totalmente equivalente a la apreciación intersubjetiva. Así, el loco podría, por ejemplo, considerarse a sí mismo como una persona en su sano juicio, cuestión que socialmente podría ser no correspondida en términos de apreciación.

Citando a Foucault (1967): “Los poderes de decisión se remiten al juicio médico; él y sólo él puede introducir a alguien en el mundo de la locura; él y sólo él permite distinguir al

---

<sup>5</sup> Que será revisada de forma más detallada en la página 24, en el apartado de *Identidades marginarizadas*.



hombre normal del insensato, al criminal del alienado irresponsable” (p. 93). Sin la posibilidad de acceso a una realidad en términos objetivos, es decir, sin la existencia de una locura en términos puros, se abre una vía subjetiva e intersubjetiva para acceder a la misma realidad que en este caso se corresponde con la apreciación (subjetiva) del médico psiquiatra y sus fundamentos en una intersubjetividad creada (e impuesta) desde el saber psiquiátrico en general.

La **identidad** del sujeto se vuelve **patológica** a manos de la interpretación de una entidad concreta, en este caso, la entidad psiquiátrica que daría un carácter formal a una apreciación informal. Esto permite el control y disciplinamiento de la población, supuestamente, detectada como “**patológica**”<sup>6</sup>.

### C. Identidades marginarizadas

La **normalización** y la consecuente posibilidad de **patologización** que trae consigo, conllevan un espacio de **marginarización**. Por **marginarización** se hace referencia al acto de marginar, que proviene de la adjetivación del mismo concepto (Rosbaco, 2007). En este sentido, se entenderá por **marginarización** la acción mediante la cual individuos o sectores de una población son despojados de su derecho legal de apropiarse de espacios públicos significativos, que permiten un vínculo social (Rosbaco, 2007). Rosbaco (2007) utiliza el término para referir a sectores desocupados laboralmente, por lo que si seguimos a Foucault (1999), entenderemos la conexión de la temática, tal como se desarrolla a continuación.

Para Foucault (1999) es en la medida que la sociedad se implementa a partir de coacciones y regulaciones, que posibilitan su existencia, que se genera un panorama de exclusiones. El loco sería el cuádruplemente excluido, ya del trabajo, del sistema de familia, de la producción discursiva y del juego (Foucault, 1999). Es en tal panorama de exclusiones, que la **identidad** del sujeto es entrevista, aunque de forma parcializada y estigmatizada.

El trabajo sirve también como un elemento que, regulariza o estandariza al ser humano, valorizado bajo la óptica de la funcionalidad a nivel sociolaboral. Esto aumenta la complejidad del panorama dado que tempranamente, desde el proceso de normalización, se establece quiénes se corresponden con sujetos integrables y quiénes no. Así, quienes no sean adjudicados de un poder inherentemente social de “normalidad”, correrán el peligro en palabras

---

<sup>6</sup> En el apartado: *Modelo centrado en la enfermedad versus modelo centrado en la droga* (página 26), se profundizará más en estos mecanismos.

de Szasz (1994) del “aislamiento y ostracismo sociales, la pérdida de empleo, y el perjuicio para la familia y el status social [...] si los demás llegan a conocer su afección o diagnóstico” (p. 65), siendo excluidos y rezagados de múltiples instancias, viéndose dificultado para sobrellevar una vida común y por sobre todo, digna. En síntesis es posible argumentar que de la **normalización** surge y se permite la **patologización**, última que tiene como consecuencia la **marginarización** de los sujetos. El círculo disciplinante se completa así.

En el contexto de la locura es imposible pensar en un proceso de **marginarización** separado de la **patologización** del sujeto, ya que el acto de coartar la capacidad de acción de los sujetos -en este caso más que respecto a los espacios físicos, serían los espacios psíquicos que se verían desprovistos de validez social - tiene una fuerte ligazón con problemas de índole política que conecta a ambos conceptos: ¿Se considera a alguien loco en la medida que es excluido o se lo excluye en la medida que se lo considera loco?, ¿Es a partir de su cesantía que aparece el fenómeno de la locura o la locura lo deja cesante? La misma clase de preguntas es posible de ser formulada en los distintos aspectos de la exclusión. Una doble dirección aparece.

En este sentido, para Butler (1995 en Briones, 2007) el asunto político no se corresponde con el cuerpo o aspectos exteriores constitutivos, sino más bien con las prácticas de significado que delimitan lo establecido y desregulado, reconfigurando las identidades personales. Siguiendo el hilo argumentativo, se pueden entender las **identidades** personales **marginalizadas** como identidades que resaltan por el control y disciplinamiento explícito al que están sujetas por parte de una sociedad predominantemente **normalizadora**. En este contexto social se excluye una **psicopatología** que ha sido construida y definida por la sociedad misma, sujeta a la vez, a un control y disciplinamiento no evidente en la medida que es acatado con docilidad, y por ende, naturalizado.

#### **D. Invalidación de la entrada al mundo social consensual**

**Patologizar** al sujeto es una forma de impedir o coartar la entrada al *mundo social consensual* o a un criterio suficiente de realidad que permita a los sujetos relacionarse **normalmente**, **marginalizándolos** y dándoles un papel inactivo en la construcción de su propia realidad. En este sentido, la expresión de **marginarización** de Rosbaco (2007) es posible de ser complementada con la exclusión cuádruple del loco planteada por Foucault (1999), especialmente en el plano discursivo. El individuo loco y **marginalizado** carga con una

exclusión en el plano de la producción discursiva, donde su palabra es opacada y carece de sentido para los demás.

Junto con la negación del libre acceso al mundo intersubjetivo -desde la exclusión de la producción discursiva válida de aquel considerado loco (Foucault, 1967)- se niega la posibilidad que la persona encuentre justificación y un anclaje existencialmente significativo en su entorno social.

Una probable consecuencia de tamaña exclusión, es que la persona se explica su situación preferentemente a partir de *características personales*, psicológicas y biológicas. Se excluye así la posibilidad de entender que su historia de vida, social y particular, tiene un correlato necesario en la corporalidad física. En otros términos, se **desubjetiva** la historia de vida para convertirla en enfermedad en términos puros o, definitivamente, ambos fenómenos quedan como entidades absolutamente separadas y ajenas (Pérez, 2008).

## V. MODELO CENTRADO EN LA ENFERMEDAD V/S MODELO CENTRADO EN LA DROGA

### A. Modelo centrado en la enfermedad

Antes de entender el modelo centrado en la droga, el cual se defenderá, es importante comprender qué se entiende por modelo centrado en la enfermedad. Según Moncrieff y Cohen (2005) la psiquiatría ortodoxa ha planteado sus cimientos a través de una conceptualización psicopatológica del sujeto particular. La acción benéfica de la droga o psicofármaco<sup>7</sup> se sustentaría en sus efectos sobre la biología enferma y anormal del sujeto (Moncrieff y Cohen, 2005). De aquí se desprenden por lo menos dos problemas: por una parte, el cruce de la anomalía comportamental, mental o emocional, con la idea de enfermedad. Por otra, la deducción que de dicha “enfermedad mental” el camino farmacológico resulta ser curativo.

Desde esta perspectiva surgen dilemas éticos, ya que las enfermedades físicas no son equiparables a enfermedades mentales. El bienestar físico tiene implicancias y consecuencias diferentes que el bienestar psíquico, el cual integra aspectos políticos y valóricos (Pérez, 2012). Cuando hablamos de enfermedades físicas y de curas para las mismas, referimos a que la sustancia química (el “remedio”) es capaz de actuar de manera directa en las bases biológicas

---

<sup>7</sup> Se utilizarán droga y psicofármaco como sinónimos. No obstante, la palabra droga hace alusión de forma explícita y sin eufemismos, a lo mismo que refiere la palabra psicofármaco de una manera más formal.

de la enfermedad, las que además han sido detectadas previamente. El ejemplo más clásico es el modo en que un antibiótico ataca bacterias (Moncrieff, 2008). Sin embargo, no es posible hacer una analogía directa y extrapolar tales evidencias a un ámbito como el de la salud mental, dado que las supuestas bases neuroquímicas no son susceptibles de ser evidenciadas (Encina, 2010) y sólo se actúa en relación a una lista de conjuntos de síntomas lo suficientemente amplia como para que prácticamente cualquier persona pueda caer en algún ámbito diagnóstico.

En la línea de lo antes mencionado es apropiado destacar que actualmente la psicopatología se encuentra basada en múltiples teorías o modelos que intentan explicar los mecanismos implicados en la aparición y mantenimiento de las “enfermedades mentales” y su posible cura. Sin embargo, evidencias contradictorias a este respecto se pueden encontrar en teorías sencillas como es, por ejemplo, el caso del Modelo General de la Anhedonia (cfr. Salamone, Cousins & Snyder, 1997). Lo anterior hace de su aplicabilidad a la investigación y práctica clínica algo, como mínimo, incierto.

Datos como los revisados permiten elaborar preguntas respecto a: ¿Cuál es exactamente el estado químico que se corrige con los psicofármacos, más allá de la reafirmación tautológica de una supuesta “enfermedad mental”? La teoría del desbalance químico (Moncrieff, 2008) plantea precisamente un problema tautológico: la enfermedad se prueba como tal en la medida que hay un síntoma que responde a una medicación particular diseñada para tratar dicha categoría diagnóstica (por ejemplo, el caso del antidepresivo para tratar la depresión), ignorando en la práctica los mecanismos para establecer la supuesta enfermedad (Encina, 2010). Esto permite elucubrar un diseño de control social (Pérez, 2012) más que una cura química<sup>8</sup>.

## **B. Modelo centrado en la droga: una perspectiva para la acción transparente**

Moncrieff (2008), desde el campo de la psiquiatría, reconoció la imposibilidad de curar una supuesta “enfermedad mental” con psicofármacos. Así, la autora propone el abandono del modelo centrado en la enfermedad por la ineficacia que ha expresado en el tratamiento de los trastornos psiquiátricos y describe un nuevo modelo, centrado en la acción de la droga. Es a través del modelo centrado en la acción de la droga que habría mayor transparencia en

---

<sup>8</sup> En el subapartado *C. La inercia ante el dolor: Medicalización del sufrimiento subjetivo* del apartado V (página 29), se profundizará a este respecto.

relación al tratamiento recibido y no se esperaría un efecto terapéutico ni medicinal, sino más bien transitorio, a modo de análgico (Moncrieff, 2008).

El modelo centrado en la droga parte de la base que la sustancia aplicada al sujeto es la que crea un estado anormal en éste (Moncrieff, 2008). De esto se deduce que la normalidad y anormalidad de un sujeto se mide a partir de su estado basal (libre de drogas) y no a partir de una comparación con los demás (hecha a partir de la idealización de una manera de ser, tildada como “adecuada” por un grupo de poder específico). De este modo, si un sujeto consume cafeína, su alerta estaría alterada en relación a su estado de alerta basal. Dicho de otro modo, la “anormalidad” del estado de alerta se compara en relación a su propio estado “normal” de alerta, esto es, sin haber consumido cafeína y no respecto del efecto de la cafeína en los demás.

Actualmente, señala Moncrieff (2008), se ataca con medicamentos la enfermedad mental, incluso, si esta es inexistente<sup>9</sup>. De esta forma, se hace caso omiso en relación al sujeto tratado y su sufrimiento particular. Lo que se consigue con tal anulación, considerando que esta es una de las posibilidades de un operar con las características anteriormente descritas (aunque no la única consecuencia posible<sup>10</sup>), es hacer que el sufrimiento subjetivo se **corresponda innecesariamente** con una representación de anormalidad y/o enfermedad, invalidando la humana vivencia de dicho sufrir. El modelo centrado en la droga toma una mirada crítica a este respecto para proponer una toma de decisión informada y consciente, que considere la vivencia de la persona respecto de su sufrimiento subjetivo, el cual es leído como legítimo per se.

Dado que la alteración sobre la cual trabajan las mencionadas sustancias implican la experiencia subjetiva y el estado de conciencia (Moncrieff, 2008), a continuación se expondrá un argumento en relación a cómo explicarse la medicalización del sufrimiento subjetivo, el cual no pretende invalidar otras explicaciones posibles para este fenómeno, sino aportar al debate y la diferencia.

---

<sup>9</sup> Se entenderá por enfermedad mental inexistente la falta de pruebas o evidencia empírica para sustentar una anormalidad o deficiencia del funcionamiento bioquímico de un sujeto en particular.

<sup>10</sup> Junto con anular la experiencia de sufrimiento subjetivo, es preciso aclarar, que en el caso de la llamada “terapia psicofarmacológica” las consecuencias pueden ir más allá. En este sentido, un ejemplo bastante clarificador son los efectos adversos producto de la ingesta de psicofármacos, tales como son la somnolencia, insomnio, efectos gastrointestinales, cambios en el metabolismo, entre otros de mayor gravedad (cfr. Moncrieff, 2008).

### C. La inercia ante el dolor: Medicalizando el sufrimiento subjetivo

Es interesante revisar el concepto de dolor, y en particular el dolor psicológico, desde la vertiente jurídica. El punto de encuentro entre el sufrimiento y el ámbito jurídico, en este caso, tiene relación con la normalización a la que se halla sujeta el sufrimiento. En este mismo sentido García (2007) plantea respecto a “la inercia ante el dolor” (p. 26):

*“Para muchas personas y en muchas circunstancias, el sufrimiento, el dolor, puede llegar a ser una vivencia tan cotidiana que se vuelve costumbre, una rutina, es decir, algo mecánico, inconsciente, automático, indiferente. Este es un comportamiento o una actitud que fácilmente se encuentra en clínicas y hospitales, en el ejército o instituciones de fuerzas armadas en general. Pero es más frecuente en el personal de salud”* (p. 26).

Es a través de esta idea de inercia ante el dolor que propone García (2007) en relación a la precariedad de las condiciones materiales que se vive en Colombia en el ámbito de la salud, y que es potencialmente extrapolable a Chile (más específicamente en términos de recursos humanos disponibles<sup>11</sup>), que se puede entender esta experiencia para acercarse al fenómeno de la invisibilización del sufrimiento subjetivo a través de diversos medicamentos para el disciplinamiento de una subjetividad que no es permitida y ha sido delineada como no integrable para la sociedad actual, de ahí su conexión directa con la normalización. Podríamos decir que el valor subjetivo -humano- del sufrimiento, desaparece tras la categorización de “anormal”, la que a su vez es extinguida, controlada o disciplinada, y con ello normalizada, con sustancias químicas.

Una buena forma de ejemplificar la inercia ante el dolor (ajeno) es cómo el duelo se ha normado. Según el DSM IV (1994), transcurrido un periodo de 2 meses (si la persona sigue apesadumbrada por el duelo experimentado de forma que excede los parámetros establecidos como “normales”) puede diagnosticarse un desorden depresivo mayor. Una buena pregunta a este respecto es, ¿Cómo es posible que nadie se pregunte sobre lo importante que habría de ser la persona difunta para aquel que, tras dos meses de pesadumbre, no puede sino seguir

---

<sup>11</sup> El equipo de Salud Mental Y Psiquiatría Ambulatoria en atención secundaria están compuestos sólo por un médico psiquiatra y tienen como Estándar Nacional de Referencia un equipo por cada 40.000 usuarios de la Red de Servicios de Salud Mental y Psiquiatría, que no tiene distinción ni especialización etaria (Ministerio de Salud del Gobierno Chile, 2015). Tales cifras dan cuenta del deteriorado servicio que es capaz de implementar actualmente el servicio chileno de Salud Mental a su población.

apesadumbrado? Esta es la inercia ante el dolor que se ha querido retratar aquí, como parte integrante de una sociedad que medicaliza el sufrimiento subjetivo en vez de encararlo.

Si bien la medicalización del sufrimiento (Pérez, 2012) no es el foco central de este trabajo (pero sí de forma más acotada es foco de este subapartado), es preciso mencionarla como consecuencia de una manera de operar que -como ya se mencionó- implica necesariamente ciertos aspectos:

- Primero, una distinción social clara entre lo considerado normal y anormal;
- Segundo, un supuesto conocimiento técnico de estrategias de funcionamiento frente a dichos eventos, problemas o circunstancias anormales de un individuo.

Esto, en sí, no constituye un problema. El asunto problemático aparece de la confusión de concepciones que se explica a continuación a través de la mirada de Pérez (2012). Este autor propone que existe una yuxtaposición entre la comprensión de normalidad y salud, conceptos que no significan lo mismo y no se implican de manera necesaria. Así, hábitos cotidianos y normales como el sedentarismo, dejar de ir al baño por encontrarse ocupado o dormir menos horas de las necesarias para estar descansado, no necesariamente se corresponden con hábitos saludables.

A partir de esta yuxtaposición -o comprensión errada de dos fenómenos distintos- se puede llegar a entender por qué ante situaciones tildadas de “anormales” se podrían llegar a adoptar medidas (aunque de manera errada) estimadas para la salud del individuo, aun cuando tal anormalidad podría ser saludable (como dormir las horas necesarias para estar descansado, ir al baño cuando se necesite y llevar una vida activa).

Explicada la confusión arriba mencionada, es posible entender que opera una política normalizadora y medicalizante cada vez que se intenta reestablecer el equilibrio químico de un sujeto que no ha sido sometido a dicho examen (Encina, 2010; Pérez, 2012). Si su “anormalidad” neuroquímica no está probada, mucho menos está probado que deba someterse a la ingesta de medicamentos para solucionar dicha anormalidad y mantenerse saludable, incrementar su salud o recuperarla, en el peor de los casos.

Dicho lo anterior, y retomando la idea de inercia ante el dolor ligada en la actualidad a la toma de acciones de control médico frente al sufrimiento humano, se puede decir lo siguiente: existe una complejidad en el hecho que frente al sufrimiento humano (susceptible de ser

considerado algo completamente normal) se tomen medidas estimadas para la “salud” de un individuo.

La mencionada confusión obliga a pensar en la relación médico-paciente<sup>12</sup> como eje de análisis, puesto que la acción medicalizante no surge desprovista de un contexto. En este sentido, y según los supuestos del modelo ortodoxo centrado en la enfermedad, la medicalización sería en sí misma “terapéutica” y, en buena medida, responsable de la “salud” de las personas que han sido sujetos de diagnóstico psiquiátrico. Esta es la idea que se busca deconstruir aquí, respecto al ámbito de la salud mental.

#### **D. Del control social a las relaciones sociales significativas**

Scull (2006) escribe en relación a la historia de la psiquiatría como una forma de control social, fenómeno así referido al menos hasta los años 70 y 80 con fuerza. En este sentido el modelo centrado en la enfermedad -señalado por Moncrieff (2008)- que se sustenta a su vez en la teoría del desbalance químico, que presupone a un individuo fuera de norma respecto al funcionamiento neuroquímico (“mentalmente trastornado”), implica una lógica de control social y normalización. De esta forma el malestar subjetivo y/o las diferencias individuales se ocultan mediante la droga psiquiátrica o medicamento. Este proceso de control social surge como *la mejor manera de hacer integrable a sujetos con una identidad patologizada*. Es decir, los márgenes en los que se hace integrable el sujeto, coinciden con los márgenes de la normalización.

La propuesta de éste trabajo es que, de hecho, hay una práctica de uso masivo de psicofármacos avalada *tal y como si curaran*. Tal práctica no es neutral, sino política, sobre todo considerando que no hay evidencia que sustente tal afirmación (Encina, 2010; Moncrieff, 2008). Por lo mismo, cabe reflexionar en torno a la reformulación de dicha empresa en términos de cómo se plantea, cuestión que implica repensar también la relación médico-paciente, como se ha señalado anteriormente. Las diferencias de acción y opinión, debieran ser respetadas por el médico psiquiatra tratante, quien sólo sería responsable de informar adecuadamente a su paciente y generar una receta (o no) a este según su decisión personal y percepción de una determinada necesidad.

---

<sup>12</sup> La relación médico-paciente será revisada con más detalle en el subapartado *E. La relación clínica desde los distintos modelos*.



Ahora bien, preguntas respecto a si el dolor psíquico puede ser tratado como síntoma de una enfermedad curable, o qué es lo política -e incluso- humanamente correcto, surgen a través de la comprensión crítica del modelo centrado en la enfermedad. El sufrimiento subjetivo, por ejemplo, para ser tratado en profundidad no sería medicalizado de no ser por el modelo de enfermedad que parece dejar falsamente solucionado el asunto en cuestión (Encina, 2010; Moncrieff, 2008).

De esta falta de solución surge la necesidad de ampliar la concepción al respecto, generando categorías más propicias y menos eufemísticas. Los psicofármacos son drogas inductoras de estados anormales que pueden ser más o menos aliviados de una situación problemática, pero bajo ninguna lógica equivalen a una terapia o cura química (Encina, 2010; Moncrieff, 2008). La mencionada cura se encuentra en un lugar interior mucho más profundo, existiendo la posibilidad<sup>13</sup> de ser rescatada por la persona a través de relaciones sociales significativas con otros seres queridos<sup>14</sup>, además de otras posibilidades o alternativas.

## **E. La relación clínica desde los distintos modelos**

Bascuñán (2005) plantea que han surgido distintos modelos de relación clínica, médico-paciente, que centran su atención en el grado de distribución de poder y responsabilidad respectiva de las partes involucradas. Dichos modelos no serán revisados, porque exceden el objeto de este escrito.

Bascuñán (2005), por su parte, cita a Gutiérrez (2001) para describir un tipo de relación clínica<sup>15</sup> que se ve influenciada tanto por las características del paciente, como por la situación clínica en sí. A esta propuesta se agregará, en este texto, las características personales del médico involucrado, las cuales serán detalladas en el transcurso de este subapartado. Dichas características tendrán un papel fundamental en la relación clínica, tanto como las características del paciente, y no exclusivamente las características de este último.

Si bien el modelo de relación descrito por Bascuñán (2005) involucra, en sus palabras, “una nueva visión del paciente, ahora capaz y autónomo, pese a estar enfermo” ( p. 12), deja

---

<sup>13</sup> Dentro de muchas otras posibilidades, que no serán revisadas aquí por asuntos de extensión y objeto de este subapartado en particular y del escrito en general.

<sup>14</sup> Como se revisará en el apartado VI, titulado, *Alternativas Psicosociales*.

<sup>15</sup> Ha sido escogida esta descripción de relación clínica en particular, porque se ha considerado como propia de este siglo y sus contradicciones e inconsecuencias, que retratan muy bien la experiencia de la relación médico-paciente.

espacio a elucubrar una visión aún estática del médico. Esto, primero, puesto que no se aborda una nueva visión del médico en la actualidad y, segundo, porque se delinea de forma explícita, más hacia el final de su estudio, la necesidad de cambio en el futuro de los médicos.

Una relectura crítica de Bascuñán (2005) permite poner de relieve la necesidad de integrar los elementos de la relación clínica en juego, a saber, paciente - situación clínica - historia familiar - circunstancias sociohistóricas - marco cultural - contexto político - médico. Dichos elementos, al ser reformulados en su totalidad darían entrada a superar una visión parcelada del fenómeno.

Un buen ejemplo respecto a esta visión parcelada es el estudio realizado por Bascuñán (2005). Se centra en establecer el nivel de satisfacción con los cambios en la relación médico-paciente de 44 médicos de la Región Metropolitana. Un somero análisis del estudio da cuenta de la visión pasiva de los propios médicos respecto a la percepción de su influencia profesional en la nueva manera de relacionarse, descrita como tecnificada, burocratizada y deshumanizada. Dicha visión externalizada de los hechos, responsabiliza mayormente a la sociedad y a los pacientes, enunciando una perspectiva parcial de los hechos.

En este sentido, Bascuñán (2005) aporta como novedad el plantear al médico en un rol de consejero “insustituible” (p. 15). En el estudio interpreta los datos cualitativos de las entrevistas orientadas a los médicos desde una lógica en la cual a futuro los pacientes bien informados serán buenos pacientes. Sin embargo, indica que en la actualidad este tipo de pacientes actúa más bien como una dificultad para su quehacer.

En otros términos, es través de sus discursos que se evidencia a estos profesionales médicos como poco participativos en el proceso de autonomía de los pacientes. Para efectos de retratar mejor dicha situación, resultan importantes las opiniones de médicos partícipes del estudio de Bascuñán (2005), quienes comentan: «Hay una sensación de estar en guardia por el cuestionamiento y desconfianza de pacientes» (p. 14), «obtienen datos en internet o en la prensa no especializada, lo que hace que incluso en muchas oportunidades cuenten con información mayor o más actualizada que la de los médicos» (p. 13).

Pareciera haber multiplicidad de factores que estarían afectando una relación facilitadora del proceso autónomo del paciente, como por ejemplo una relación aún jerarquizada según los conocimientos, descartando el conocimiento de sí del paciente para decidir respecto a su situación.

Ahora bien, a pesar de describir un contexto de relación médico-paciente general, la postura de Bascuñán (2005) es de particular relevancia. Esto, pese a no estar acotada a la

psiquiatría en particular, se condice con el hecho que clarifica los obstáculos con los que se enfrenta en la actualidad el modelo centrado en la enfermedad.

Dentro de los obstáculos del modelo centrado en la enfermedad, que se han identificado a través de una revisión crítica a la perspectiva de Bascuñán (2005), se puede mencionar que el sujeto es tratado como si su situación fuera objetivable (una enfermedad). Con esto se omite la acción, subjetividad y responsabilidad del observador de la situación, en este caso del médico tratante. Es más, a este respecto uno de los médicos entrevistados en el estudio de Bascuñán (2005) comenta: “somos dioses porque no podemos equivocarnos ni fallar” (p. 14). Tal enunciado deja fuera la humana capacidad de errar y hacerse cargo, y sitúa al problema como algo objetivo, más allá del ámbito de lo personal y subjetivo.

En la línea de lo antes mencionado, otro médico participante en el estudio de Bascuñán (2005) aseveró: “hay que bailar al son que nos pongan... debiera promoverse este tipo de discusión para participar tener presencia y que se escuche nuestra voz” (p. 15). Con estas frases se refiere a las expectativas que las personas depositan en el médico, y que es esperable existan respecto de especialistas en psiquiatría. Asimismo, se manifiesta en dichas palabras la subjetividad del médico tendiente a acomodarse a lo “supuestamente” esperado por el paciente, jugando a hacer de su papel una oferta poco significativa, contrariamente a lo señalado por Bascuñán (2005) respecto a su papel insustituible.

Junto con la desresponsabilización ilusoria del médico, y dado que en el ámbito de la salud mental hablar de enfermedad tiene implicancias estigmatizantes como ya se ha revisado anteriormente (Pérez, 2008; Szasz, 1994), la contradicción entre la supuesta “participación mutua de médico y paciente en la toma de decisiones” (Bascuñán, 2005, p. 12) y las prácticas de cómo se realizan esas decisiones, son relevantes de ser puestas de relieve. Es fácilmente evidenciable lo recién mencionado en el caso del diagnóstico, por ejemplo, que comúnmente no es considerado una decisión del paciente.

Como contraparte, la propuesta de Moncrieff (2008) de formular un modelo de atención centrado en la droga parece ser más concordante con la idea de entregar mayor protagonismo al paciente en la toma de decisiones clínicas de forma transparente e informada. Así, opera efectivamente la libertad de decisión del afectado. En este sentido no se puede obviar el papel informativo del médico, quien idealmente debiera involucrarse activamente en ayudar a tomar una decisión óptima para el bienestar del paciente, según las características de éste, sus necesidades y prioridades.

Si bien la propuesta enunciada por Bascuñán (2005) no logra satisfacer las necesidades del presente texto, puesto que se condice más bien con un modelo centrado en la enfermedad, sí permite evidenciar la postura argumental aquí esbozada respecto a la necesidad de transparencia en el actuar clínico, sobre todo en el trabajo con personas y su sufrimiento subjetivo. En el ámbito de la salud mental, patologizar el sufrir humano es una alternativa con la cual aquí se ha decidido explícitamente no transar, puesto la convicción de la eficacia de otras alternativas vigentes, a saber, las alternativas psicosociales.

## **VI. ALTERNATIVAS PSICOSOCIALES: EL MODELO CENTRADO EN LAS PERSONAS**

Tras lecturas reiteradas de autores como Arciero (2002), Berger y Luckmann (1993), Briones (2007), Foucault (1967; 1990; 1999), Giddens (1995), González y Pérez (2007), Kirsch (2010), Merleau-Ponty (1945), Pérez (2012), Read y Haslam (2006), Rosbaco (2007) y Szasz (1994), se ha podido reflexionar respecto al tema que aquí convoca. Más allá de su diversidad, estos autores han dejado las condiciones para la elaboración de una relectura respecto al tema de las alternativas psicosociales (a pesar de que no se aluda con estas palabras por todos los autores citados). Por lo mismo, en ocasiones que no sean citados estos autores en este apartado de *alternativas psicosociales*, se podrá entender que se abre cabida a una nueva mirada, a través de la revisión del posicionamiento establecido por los mencionados autores.

### **A. Validación de las diferencias individuales: reconectando con la subjetivación y el sufrimiento subjetivo**

Dicho lo anterior, las alternativas psicosociales serán entendidas aquí como una oportunidad para convivir con la diferencia antes que disciplinarla. Estas alternativas permiten un aprendizaje y cambio en el sujeto que no responde a la misma lógica con la que la medicina científica responde a las enfermedades físicas. En el caso de las alternativas psicosociales, lo primordial es que dan cabida al despliegue de la capacidad interna del sujeto para integrar su experiencia del entorno y convertirla en un “sentido de unidad” (Arciero, 2002, p. 62). La psicoterapia, junto con diversidad de otras alternativas diseñadas con un fin terapéutico explícito o no, abren cabida a esta experiencia.

En términos de Arciero (2002), llegar a aquel sentido de unidad sería algo que estaría mediado por la regulación emotiva del individuo, puesto en relación con los otros y el mundo. Esta unidad de significado trascendente, daría coherencia interna al sujeto. Ahora, la pregunta por la unidad de significado trascendente, como un encuentro con una fuente de sentido terapéutica para el individuo, no deja de ser compleja en sí misma.

Puesto que la calidad de las relaciones sociales son en buena medida determinantes del autoestima de las personas, surgen como un factor crucial de subjetivación (Rosbaco, 2007). En otros términos, la pregunta por el sentido y significado trascendente es una interrogante que no puede ser formulada al margen de los vínculos significativos que se forjan en el “aquí y ahora” (Berger y Luckmann, 1993, p. 37).

Reconectar con la subjetivación, intersubjetividad y validación del sufrimiento subjetivo, antes que con su superficial supresión, encamina a las personas a opciones de cambio e inclusión de las diferencias individuales (que se tornan colectivas). Esto acrecienta la posibilidad de aliviar el sufrimiento personal, favorecer alternativas subjetivantes y terapéuticas para las personas, en vías a desestigmatizar el sufrimiento y el diagnóstico de una “enfermedad mental”.

En la línea de lo antes mencionado, Kirsch (2010) establece algo esclarecedor en relación al logro de un objetivo terapéutico, esto es, que está fuertemente mediado por la confianza y expectativa personal que se tiene respecto al proceso, incluso antes de que este sea llevado a cabo. En su estudio, Kirsch (2010) citó a otro estudio realizado el año 80 por el National Institute for Mental Health en los Estados Unidos. En este último se indicó que independiente del tratamiento (farmacológico o psicoterapéutico), antes de recibir el tratamiento, quienes se sentían más optimistas al respecto terminaban con mejores resultados.

En relación a lo expuesto por Kirsch (2010) se puede desprender que la diferencia respecto a la alternativa de elección (teniendo en consideración que una alternativa no excluye la otra, dado que puede considerarse la terapia psicológica y tratamiento farmacológico a la misma vez) es, junto a los efectos adversos, de índole política.

De esta forma es posible establecer, por un lado, que la perspectiva psicosocial involucra un proceso de subjetivación a través de la relación significativa con otros (Rosbaco, 2007). Tales relaciones permiten, a su vez, experiencias de cambio personal en las cuales el sujeto puede decidir deliberadamente respecto a la apropiación o reapropiación de nuevos símbolos y significados mediante los cuales interpretar la experiencia, encontrando su propia forma -renovada- de relacionarse con el mundo.

Así, por ejemplo, quien percibía el mundo de manera amenazante, puede reencontrarse con significados asociados a la sensación de protección y resguardo en la relación con otros significativos, que son parte del mundo a la misma vez y, por lo tanto, modifican la connotación previa existente respecto a la noción de mundo y su relación con éste. El sujeto puede volver a trabajar para que se desarrollen las condiciones de experimentación de una seguridad, confianza y protección personal, en consonancia con su capacidad elástica de rearmarse como persona en un mundo en constante cambio.

Por otro lado, si bien la experiencia con la psiquiatría no necesariamente implica una vivencia desubjetivante -en el sentido que la persona podría considerar dicha experiencia como un momento en el que efectivamente recibió ayuda y amparo del profesional a cargo-, lo que se quiere problematizar aquí, se condice con la desubjetivación que conlleva el modelo médico de enfermedad aplicado al ámbito psiquiátrico que se ha profundizado en el apartado anterior y que deja en un papel secundario al paciente en cuestión.

Tal modelo médico, evidentemente, no es aplicado de forma independiente de sus profesionales en psiquiatría y sus pacientes. Es por esta razón que antes se introdujo el tema de la relación clínica. Asimismo, esta postura busca responsabilizar a ambas partes involucradas en la relación médico-paciente, con el objeto de que las subjetividades/identidades en juego no sean patologizadas innecesariamente. En vistas a generar dicha imparcialidad, se pretende visualizar a los individuos en términos integrales, incluso, reconociendo la ignorancia actual de las bases científicas exactas del sufrimiento o locura.

Dado que lo que aquí se ha propuesto es no disciplinar la diferencia, no se pretende cambiar un modelo por otro de manera tajante, sino más bien estar informados y conscientes a la hora de tomar una decisión. Es probable que en la actualidad el modelo de enfermedad esté quedando obsoleto lentamente y de forma gradual. Incluso, podría defenderse el modelo centrado en la enfermedad de forma completamente válida. Sin embargo, es preciso buscar mecanismos y herramientas que permitan sustentar dicha decisión, así como aquí se ha definido y defendido criterios bajo los cuales aportar al desarrollo del modelo basado en la droga.

Es importante agregar, que una vez que se emprendió este objetivo, resultó irrevocable lo siguiente: más que defender uno u otro modelo -en el desarrollo de la revisión mencionada- el modelo basado en la droga se reformuló para adoptar un nombre que como autora me acomoda más, este es el modelo centrado en las personas. Este modelo implica, como ya se

dijo anteriormente, la responsabilización de las personas (siempre y cuando hayan tenido el acceso a información suficiente que le permite tomar una decisión consciente, esto es, sin omitir el contexto bajo el cual se toma su decisión en particular). Este modelo será esbozado y no se podrá terminar de profundizar de forma total en este escrito, dado la amplitud que abarca el modelo centrado en las personas y la extensión limitada del presente trabajo.

El modelo centrado en las personas acuña la libre apropiación de repertorios simbólicos como decisiones del sujeto que configuran su capacidad de transformar la realidad de su existencia. Considera, según se indicó, su condición de sujetos integrales, lo que significa que su libre apropiación se liga también con el lugar político-individual y biológico-social que ocupa como sujeto de decisión y derecho. Concientizar estas decisiones, es parte del interés fundamental que levanta esta memoria en sus principios y que hace, concluyentemente, al modelo centrado en las personas su foco fundamental.

## **B. Las alternativas psicosociales en el proceso de desestigmatización**

Las alternativas psicosociales se instalan como posibilidad de entrada a pensar en lo psicológico y social como elementos inseparables que desestigmatizan -en palabras de Read y Haslam (2006, Capítulo 11)- la manera de acercarse a las personas que cargan con el prejuicio y discriminación producto del diagnóstico psiquiátrico.

La desestigmatización propuesta por estos autores (Read y Haslam, 2006) es de especial relevancia puesto que implica ahondar en la calidad de vida de las personas que, hasta antes de afrontar una nueva modalidad de tratamiento (no médica), estaban sujetos a padecer efectos secundarios producto de la ingesta de psicofármacos o a ser perjudicados o criticados por los demás. Tales efectos altamente estigmatizantes como, por ejemplo, la somnolencia excesiva o el aumento de peso, están asociados a una visión negativa de las personas que recibe un diagnóstico psiquiátrico.

Como contraparte, las alternativas psicosociales aportan positivamente en el afrontamiento de diagnósticos psiquiátricos, aumentando tanto la percepción de autocontrol de las personas, como la confianza en el cambio. En esta línea, Read y Haslam (2006), citan un informe hecho por el Instituto de Salud Mental de Estados Unidos (1980) en el cual se establece que está mayormente estigmatizado el tratamiento médico o ser tratado en un entorno médico que recibir medidas alternativas.

Asimismo, medidas como la psicoterapia de grupo suelen desecharse con pretextos como la diversidad de diagnósticos, siendo que las personas justamente disminuyen sus prejuicios respecto de sus diferencias -como bien resaltan Read y Haslam, (2006)- en la medida que se relacionan unas con otras. En este sentido toda instancia que permita a las personas establecer lazos sociales significativos, ya sea través de meditación, psicoterapia u otras instancias que permitan establecer redes de apoyo en las personas, han de ser de suma utilidad como alternativa de cambio o posibilidad de subjetivación.

Una diferenciación de utilidad entre estos dos tipos de alternativas que es clave en el proceso de elección, orientado a recibir el mayor beneficio según las necesidades de la persona, tiene relación con una idea planteada por Geekie (2006, Capítulo 12), en específico en el ámbito de la psicosis que es extrapolable a otros diagnósticos. Este autor hace referencia al proceso de anulación que remite a las personas a sentir que sus intentos de narrar su propia experiencia han sido socavados, infravalorados o ignorados del todo. Por una parte, la psicoterapia sería una instancia en la cual la experiencia anulada podría tomar un nuevo matiz, en términos de recibir una respuesta distinta y, por otra, la meditación podría implicar la percepción de validación desde un plano diferente al verbal, sólo por poner algunos ejemplos dentro de un abanico bastante amplio de posibilidades o medidas alternativas al tratamiento médico tradicional.

Kirsch (2010) anunció que, incluso, alternativas a la terapia tradicionalmente conocida como libros o audios de terapia, también han mostrado ser efectivos en estudios clínicos. Por ende, es posible desprender que las alternativas psicosociales, en el siglo que estamos viviendo, debieran incluir medidas que consideren también las redes sociales y medios que hasta hace poco habrían resultado inimaginables en el tratamiento del sufrimiento personal. Más que adular una medida en perjuicio de otra, es preciso que las personas tengan la libertad de decidir lo mejor para sí mismas en vistas a resolver sus necesidades profundas, de una manera subjetivante.

Ahora bien, se torna imprescindible recalcar que la diversidad de alternativas existentes son incapaces de abarcar todas las necesidades personales al mismo tiempo. Si bien un audio de terapia puede ser de gran ayuda, probablemente no supla la necesidad de relacionarse de manera física y presencial. Por lo mismo, a la hora de valorar una alternativa puesta en relación con otra, es preciso incluir a la persona y su necesidades particulares en un momento y lugar determinado. De lo contrario, probablemente estaremos poniendo en juego un enfoque de correspondencias necesarias, estigmatizando e invalidando las diferencias individuales y



colectivas, como si de ellas no hubiera ningún provecho u oportunidad para la humanidad y su desarrollo en términos integrales.

## VII. CONCLUSIONES

Hasta la elaboración de este apartado concluyente, se ha podido identificar un recorrido extenso hasta la aparición de un entendimiento o aproximación alternativa a lo que sería la “enfermedad mental”, junto con una propuesta comprensiva y despatologizadora del sufrimiento humano. Tal camino ha incluido una caracterización aclaratoria de lo que actualmente -desde disciplinas de la salud mental- se entiende por enfermedad mental.

Desde una perspectiva crítica se ha comprendido la enfermedad mental a partir de conceptos como el de desobjetivación, marginarización, patologización, estigmatización, medicalización del sufrimiento subjetivo e invalidación de las diferencias individuales, procesos que a su vez se explican a través de la normalización. Dicha normalización ha sido criticada en tanto manifiesta una violencia simbólica. La mencionada crítica, no significa que la normalización deje de existir, si no más bien la necesidad de que su operar sea concientizado. Cada vez es posible pensar en más mecanismo inclusivos de diversidad de subjetividades, a modo de una política de emancipación, que permita la democratización del dominio público.

La propuesta de este trabajo espera aportar a la generación de nuevas indagaciones respecto a la temática de la locura, sus construcciones personales, históricas, políticas y socioculturales, así como también, a los diversos abordajes posibles de la misma, que se adecúen más a las necesidades de las personas. Dado el carácter exploratorio y descriptivo del presente trabajo, no se pretende llegar a conclusiones taxativas, sino profundizar en las posibilidades de acción que se pueden ejercer en la práctica clínica en salud mental.

En ese contexto, se percibe como prioritario el papel decisivo de la relación clínica entre el profesional de salud y el paciente, en sus roles respectivos. Así, la información entregada por el profesional de salud es clave para que el paciente pueda tomar una decisión subjetivante, que incluya su particularidad en un clima que valide su individualidad y sufrimiento o malestar subjetivo.

Asimismo, la noción de intersubjetividad facilita el acceso a entender, de manera más concreta, la referencia a la validación de las diferencias individuales. Compartir los propios significados que se tiene del mundo con otros significativos -siendo el emisor considerado un interlocutor plausible y con derecho a ser escuchado- abre espacio a una terapéutica

sensibilizada al sufrimiento como experiencia humana. La actitud de escucha al otro, junto con una adecuación a las necesidades del afectado, permiten que la exploración del médico o profesional tratante pueda ser más efectiva en la relación clínica.

Los problemas de la vida cotidiana, así como el dolor en el ámbito psíquico, no logran ser abordados a cabalidad desde la comprensión médica de enfermedad fisiológica. Las nociones normalizadoras y reduccionistas, que pretenden atomizar la experiencia personal en fragmentos -que no dan cuenta de la totalidad y globalidad de un individuo-, no permiten un equilibrio ni estabilidad, porque desconectan al sujeto de la experiencia que tiene de sí y la descompone en partes que no dan cuenta de su unidad e integridad. Este podría ser un factor de mantención o de incremento en las atenciones en salud mental, que puede ser abordado desde otras perspectivas, despatologizadoras y que generen un clima de validación del sufrimiento humano.

La preocupación por el *modus operandi*, en particular de profesionales de la salud mental, surge de la discusión ya mencionada, sobre el tratamiento de la locura como enfermedades mentales equiparables a enfermedades médicas y las consecuencias aparejadas a tal proceder.

Tener en cuenta que “la medicina” -entendida de forma más amplia que los psicofármacos- es la que debe ajustarse a los requerimientos personales de quien está sufriendo, es un acercamiento más adecuado a los requerimientos actuales de la sociedad, donde la capacidad de decisión informada es significativa. Tal es la esencia del modelo centrado en las personas, que se ha acuñado para efectos de entender -a través de un cambio en el lenguaje empleado- que el foco de la salud mental y sus profesionales ha de ser el sujeto y la relación que despliega con su entorno sociocultural e histórico-político, considerando su cuerpo, cogniciones, emocionalidad y subjetividad en vías a encontrar un punto de equilibrio.

El mencionado punto de equilibrio implica considerar la relación clínica médico-paciente de forma mucho más dinámica en la actualidad. Las personas se sienten en derecho y libertad de ser proactivos respecto de su propio proceso de sanación, favoreciendo la autenticidad de acción en la relación clínica. En dicho contexto, es preciso reformular el rol del médico tratante, de manera tal que se adecue a los requerimientos actuales de la relación clínica.

Las alternativas psicosociales toman, asimismo, un papel central en una comprensión equilibrada del fenómeno del sufrimiento humano cuando son autónomamente elegidas por la persona afectada<sup>16</sup>. Éstas alternativas se relacionan con una visión más activa y favorecedora

---

<sup>16</sup> Por lo mismo, no se ha dedicado el escrito a una descripción exhaustiva de éstas alternativas.

de la salud mental, en tanto desestigmatizan las posibilidades del sujeto en una relación clínica de profesional tratante a persona.

Desde la psicología y el campo de la salud mental en general, es importante tomar conciencia de los cambios sociales y la pertinencia de adecuar los tratamientos ofrecidos a las nuevas necesidades de las personas, según el contexto en el que estas se encuentran. Esto es una perspectiva subjetivante e instituyente. De dicho proceder, entendido como un modelo centrado en las personas, se puede esperar una disminución en los efectos estigmatizantes asociados al diagnóstico psiquiátrico, así como una identidad y autoestima libre de prejuicios o estereotipos relativos a la enfermedad mental. Implica un cambio en el lenguaje, utilizando un lenguaje más humano que admita el sufrimiento.

Sumado a la mirada despatologizadora señalada, un trabajo multidisciplinario permite destinar los esfuerzos personales de quien sufre, de manera tal que su problema sea visualizado integralmente. Un enfoque de correspondencias innecesarias puede ser de utilidad, ya que facilita el entendimiento de la multicausalidad de un problema, en tanto somos seres sociales, históricos, políticos, psicológicos, emocionales y biológicos. Por lo mismo, las resoluciones han de integrar y requerir la diversidad de aspectos que componen al individuo, junto con entender concretamente qué significa para esa persona su sufrimiento. Lo anterior, además de un interés por la subjetividad del otro, requiere de preguntas que se orienten a explorar dichos significados personales.

Dentro de los mencionados aspectos que componen al sujeto, se subentiende que los psicofármacos no sanarán el problema que da trasfondo al sufrimiento, ya que no es posible entenderlo exclusivamente como un problema biológico. No obstante, la elección del proceder más adecuado se remite a un proceso que corresponde al sujeto afectado en cuestión y a la información que reciba de parte del profesional tratante. Es esperable en la actualidad, y desde un modelo centrado en las personas, que el profesional tratante se interese en indagar sobre los efectos del tratamiento (sea social, psicológico o biológico) en la persona afectada.

Este texto espera ser un insumo para futuras indagaciones que permitan dar profundidad y un conocimiento más acabado a esta temática que concierne directamente a la salud mental desde la disciplina psicológica. La revisión bibliográfica llevada a cabo permite aseverar que es necesaria mayor investigación sobre abordajes saludables del sufrimiento y los problemas psicológicos, que permitan acercamientos integrales al sujeto en su sociedad y cultura particular, asumiendo las diferencias individuales como condición preexistente de sujetos autónomos a la hora de decidir por su bienestar, de una manera informada.

## VIII. BIBLIOGRAFÍA

1. Aceituno, R. (2011). *Futuro anterior. Estudios de historia de la psiquiatría y del psicoanálisis*. Santiago: Editorial Universitaria.
2. American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders*. Washington DC: American Psychiatric Association.
3. American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders (Third Edition) DSM - III*. Washington DC: American Psychiatric Association.
4. Asociación Americana de Psiquiatría (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM - 5*. Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría.
5. Anderson, B. (1993). *Comunidades Imaginadas: Reflexiones sobre el origen y la difusión del nacionalismo*. México: Colección Popular.
6. Arciero, G. (2002). *Estudios y Diálogos sobre la identidad personal: Reflexiones sobre la experiencia humana*. Buenos Aires: Amorrortu.
7. Barth, F. (1998). *Ethnic groups and boundaries: The social organization of culture difference*. Waveland Press.
8. Bascuñán, M. (2005). Cambios en la relación médico-paciente y nivel de satisfacción de los médicos. *Revista médica de Chile*, 133(1), 11-16.
9. Berger, P. y Luckmann, T. (1993) *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
10. Briones, C. (2007). *Teorías performativas de la identidad y performatividad de las teorías*. Recuperado desde [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1794-24892007000100004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1794-24892007000100004&script=sci_arttext)
11. Brubaker, R. y Cooper, F. (2005). Más allá de la identidad. *Repensar los Estados Unidos para una sociología del hiperpoder*, 178-208.
12. Crettiez, X. (2009). *Las formas de la violencia*. Waldhuter.
13. Encina, E. (2010). *¿Déficit Atencional o Diagnóstico Comodín? Estética de poder, estatus de verdad y diagnóstico clínico*. Recuperado desde <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/111748>
14. Foucault, M. (1967). *Historia de la locura en la época clásica* (Vol. 2, p. 309). México: Fondo de cultura económica.

15. Foucault, M. (1990). *Vigilar y Castigar. Nacimiento de la prisión*. Buenos Aires: Siglo XXI.
16. Foucault, M. (1999). *Estética, ética y hermenéutica: Obras esenciales, Volumen III*. Buenos Aires: Paidós.
17. García, G. A. (2007). Derecho a la vida digna El concepto jurídico del dolor desde el Derecho Constitucional. *Revista Opinión Jurídica*, 6(12), 15-34.
18. Geekie, J. (2006). Escuchar las voces que oímos. La comprensión de los clientes de las experiencias psicóticas. En Read, J., Mosher, L. R., & Bentall, R. P. (Eds.). *Modelos de locura: aproximaciones psicológicas, sociales y biológicas a la esquizofrenia* (pp. 181-195). Barcelona: Herder.
19. Giddens, A. (1995). *La transformación de la intimidad*. Madrid: Cátedra
20. Goffman, E. (1970). *Estigma: la identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.
21. González, H. y Pérez, M. (2007). La invención de los trastornos mentales. *¿Escuchando al fármaco o al paciente?* Madrid: Alianza.
22. Gøtzsche, P. C. (2014). Why I think antidepressants cause more harm than good. *The Lancet Psychiatry*, 1(2), 104-106.
23. Hernández, R., Fernández-Collado, C. y Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación* (4ª edición). México, D.F.: McGraw Hill.
24. Hobsbawm, E. y Ranger, T. (2002). *La invención de la tradición*. Barcelona: Editorial Crítica.
25. Kirsch, I. (2010). *The emperor's new drugs: Exploding the antidepressant myth*. New York: Basic Books.
26. Lam, D. C., & Salkovskis, P. M. (2007). An experimental investigation of the impact of biological and psychological causal explanations on anxious and depressed patients' perception of a person with panic disorder. *Behaviour research and therapy*, 45(2), 405-411.
27. Merleau- Ponty, M. (1945/1985). Fenomenología de la percepción Título original: *Phénoménologie de la perception*. Barcelona, 1985: PlanetaAgostini.
28. Ministerio de Salud del Gobierno de Chile, (2015). *Red de Servicios de Salud Mental y Psiquiatría*. Recuperado desde <http://web.minsal.cl/salud-mental/>
29. Moncrieff, J., & Cohen, D. (2005). Rethinking models of psychotropic drug action. *Psychotherapy and psychosomatics*, 74(3), 145-153.

30. Moncrieff, J. (2008). *The Myth of the Chemical Cure: A Critique of Psychiatric Drug Treatment*. Basingstoke, Hampshire, UK: Palgrave Macmillan.
31. Organización Mundial de la Salud. (2017). *Mental disorders*. Recuperado desde <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/en/>
32. Organización Mundial de la Salud. (2012). *Nigeria: WHO statistical profile*. Recuperado desde <http://www.who.int/countries/nga/en/>
33. Organización Mundial de la Salud. (2012). *United States of America: WHO statistical profile*. Recuperado desde <http://www.who.int/countries/usa/en/>
34. Organización Mundial de la Salud. (2012). *India: WHO statistical profile*. Recuperado desde <http://www.who.int/countries/ind/en/>
35. Organización Mundial de la Salud. (2012). *Chile: WHO statistical profile*. Recuperado desde <http://www.who.int/countries/chl/en/>
36. Organización Mundial de la Salud. (2011). *Mental health Atlas 2011*. Recuperado desde [http://www.who.int/mental\\_health/publications/mental\\_health\\_atlas\\_2011/en/](http://www.who.int/mental_health/publications/mental_health_atlas_2011/en/)
37. Pérez, C. (2012). *Una nueva antipsiquiatría: crítica y conocimiento de las técnicas de control psiquiátrico*. LOM Ediciones.
38. Pérez, M. (2008). *¿Son los trastornos psicológicos enfermedades como otra cualquiera?* Recuperado desde [http://www.infocop.es/view\\_article.asp?id=1838](http://www.infocop.es/view_article.asp?id=1838)
39. Read, J. & Haslam, N. (2006). La opinión pública dice: pasan cosas malas que pueden hacer que perdamos el juicio. En Read, J., Mosher, L. R., & Bentall, R. P. (Eds.). *Modelos de locura: aproximaciones psicológicas, sociales y biológicas a la esquizofrenia* (pp. 165-179). Barcelona: Herder.
40. Rosbaco, I. (2007). *Marginalización y procesos de desubjetivación*. Recuperado desde el sitio Web del Centro de Investigaciones María Saleme de Burnichon de la Universidad Nacional de Córdoba [http://clinicadelosocial.weebly.com/uploads/6/6/9/1/6691816/4.\\_marginarizacion.pdf](http://clinicadelosocial.weebly.com/uploads/6/6/9/1/6691816/4._marginarizacion.pdf)
41. Salamone, J. D., Cousins, M. S., & Snyder, B. J. (1997). Behavioral functions of nucleus accumbens dopamine: empirical and conceptual problems with the anhedonia hypothesis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 21(3), 341-359.
42. Schütz, A. (1993). *La construcción significativa del mundo social. Introducción a la sociología comprensiva*. Barcelona: Paidós.
43. Scull, A. (2006). *The insanity of place/the place of insanity: essays on the history of psychiatry*. Routledge.

44. Szasz, T. (1994). *El mito de la enfermedad mental*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
45. Whitaker, R. (2015). *Anatomy of an epidemic*. New York: Broadway Books.