

Ximena Castro

Universidad Icesi

xcastro@icesi.edu.co

Salud mental sin sujeto. Sobre la expulsión de la subjetividad de las prácticas actuales en salud mental

Subjectless Mental Health. The Extraction of Subjectivity in Current Mental Health Practices

Saúde mental sem sujeito. Sobre a exclusão da subjetividade nas práticas atuais de saúde mental

Artículo de reflexión: recibido 27/09/12 y aprobado 01/03/13

Resumen

El artículo presenta una reflexión crítica en torno a ciertos discursos y prácticas propias del campo de la prevención y la atención en salud mental. Orientado por una perspectiva lacaniana, este ejercicio permitirá subrayar las paradojas de la “gestión” de la salud mental, cuya búsqueda de una mayor eficacia y eficiencia termina convirtiendo la salud en un objeto más de consumo. Esta misma reflexión arrojará luces sobre los efectos de la ideología de la evaluación y sus propósitos de medir, clasificar y protocolizar toda intervención, así como sobre los problemas derivados de una propuesta de salud mental como imperativo, apoyada en técnicas de adiestramiento conductual “para todos”. Tales consideraciones habrán de concluir con un llamado a la reivindicación de la subjetividad, consistente en la recuperación de un espacio para que el sujeto pueda responsabilizarse del goce que le procura su sufrimiento.

Palabras clave: Subjetividad, psicoanálisis, salud mental, psicología de la salud

Abstract

This article presents a critical reflection about certain discourses and practices characteristic of prevention and care in the mental health field. Based on a Lacanian perspective, this exercise will highlight the paradoxes of the “management” of health care, wherein the search for greater effectiveness and efficiency ultimately turns health care into one more consumer object. It will additionally shed light on the effects of the ideology of evaluation, with its intention to measure, classify and formalize every intervention, as well as on the problems arising from a proposal for mental health as imperative, supported by “universal” behavioral training techniques. This reflection will culminate in a call for a revindication of subjectivity.

Key words: Subjectivity, psychoanalysis, mental health, health psychology

Resumo

O artigo analisa alguns dos discursos e práticas próprias da prevenção e cuidado da saúde mental. Orientado pela perspectiva Lacaniana, o presente exercício ajuda a entender as contradições da “gestão” da saúde mental, visto que na procura por uma saúde mais diligente e eficiente acaba se tornando objeto de consumo. Permite além ter clareza quanto às conseqüências da ideologia da avaliação --e seus propósitos para medir, classificar e formalizar qualquer intervenção--, bem como dos problemas decorrentes de uma saúde mental, imperativamente apoiada por técnicas de treinamento comportamental “para todos”. Estas considerações devem conduzir à reivindicação da subjetividade, isto é, à recuperação de um espaço onde o indivíduo possa assumir a sua própria responsabilidade pelo sofrimento que o prazer possa lhe ocasionar.

Palavras-chave: Subjetividade, psicanálise, saúde mental, psicologia

“Pero ese yo normal, como la normalidad en general, es una ficción ideal.”

S. Freud (1937) Análisis terminable e interminable

Este artículo surge del interés por pensar la intervención psicológica en el campo de la salud mental en nuestro contexto social actual, tanto a nivel de los programas de prevención como de aquellos que proponen un diagnóstico y tratamiento psicológico. Las reflexiones críticas desarrolladas a lo largo del artículo se fundamentan en los resultados empíricos del proyecto de investigación *“Discursos y prácticas en salud mental”*, enmarcado en la línea de investigación *“Salud mental, instituciones y comunidad”* del Departamento de Estudios Psicológicos de La Universidad Icesi. El objetivo de este proyecto es indagar, desde una perspectiva epistemológica cualitativa (Gonzalez Rey, 1999), sobre la caracterización y configuración de las tramas de significación que se tejen en torno a la enfermedad mental y cómo estas inciden en las prácticas de promoción y atención en salud mental. El proceso investigativo sigue dos métodos: (i) Entrevistas a profundidad con profesionales de la salud, así como con pacientes beneficiarios de algún tratamiento o programa de prevención en salud mental y sus familiares, y (ii) Revisión y análisis de discurso de fuentes secundarias, tales como políticas, proyectos de ley, protocolos de atención, manuales, cartillas, campañas informativas, documentos audiovisuales, entre otros.

La reflexión que se expone a continuación gira en torno a la siguiente tesis de trabajo: las prácticas de intervención en salud mental en el mundo contemporáneo, dominado por las exigencias de gestión, estandarización, evaluación y medición, paradójicamente excluyen la dimensión de la subjetividad. La argumentación tiene el propósito de resituar y reivindicar el lugar del sujeto y la subjetividad en el centro de la discusión sobre el actuar profesional en salud mental. Para finalizar esta introducción, es necesario aclarar que esta reflexión tiene las características de un *“work in progress”*, que si bien retoma algunos de los hallazgos empíricos del proyecto anteriormente mencionado, en particular el análisis discursivo de algunos documentos, la discusión se centra en los aportes del psicoanálisis aplicado al campo de la salud mental (Laurent, 2000). Es desde este punto desde donde se abordan críticamente los discursos que dominan la escena de la salud y de la salud mental en la época actual.

El panorama de la salud mental en la sociedad actual: una aproximación crítica

Las transformaciones y desafíos en el campo de la salud mental en las últimas décadas en Colombia han sido estudiados principalmente desde una perspectiva epidemiológica con el propósito de identificar la prevalencia, morbilidad, mortalidad, así como el lugar que ocupan los “trastornos mentales” en términos de “carga de enfermedad” (Prieto, 2002; Posada, 1995, 1997, 2003). Los estudios epidemiológicos publicados, en su mayoría en el Observatorio Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud y Protección Social y sus equivalentes internacionales, disponibles en los repositorios digitales de la Organización Panamericana de la salud y la Organización Mundial de la Salud (OMS), constituyen el grueso del conocimiento hegemónico en torno a la definición, las políticas y estrategias de intervención en salud mental. Basta con una somera revisión de estos documentos para concluir que existe un lenguaje común, un lenguaje globalizado, que puede condensarse en los “mensajes claves” citados textualmente del Informe compendiado sobre la promoción de la salud mental de la OMS:

- Sin salud mental no hay salud.
- La salud mental es más que la ausencia de enfermedad mental.
- La salud mental está determinada por factores socio-económicos y ambientales.
- La salud mental está vinculada a la conducta.
- Las intervenciones efectivas en salud pública pueden mejorar la salud mental.
- La acción colectiva depende, por igual, de los valores compartidos y de la calidad de la evidencia científica.
- Un ambiente que proteja y respete los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales básicos, es fundamental para la promoción de la salud mental.
- Los vínculos intersectoriales son la clave para la promoción de la salud mental.
- La salud mental es asunto de todos (2004: 12).

A pesar de que el documento de la OMS reconoce la diversidad y pluralidad cultural respecto al significado de la salud mental, se introduce una definición que condensa un “significado universal de sentido común medular” de la “salud mental positiva”, la cual se distingue de aquella que se centraría en el mero tratamiento de los trastornos mentales. La salud mental se define entonces como un “estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente, y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (2004: 14). A partir de esta definición se desprende todo el marco de referencia de la OMS sobre la salud mental como asunto central de la salud pública, donde aquella es un valor en sí mismo en tanto contribuye a la salud general, al bienestar social, a la calidad de vida, a la sociedad y a la economía, incrementando el mejor funcionamiento social, la productividad y el capital social. Lo novedoso de esta perspectiva, en relación con las anteriores, es que se fijan ciertas parejas conceptuales que es importante resaltar en tanto aglutinan los nodos centrales de dicha formación discursiva:

- Salud mental y derechos humanos.
- Salud mental y capital social.
- Salud mental e indicadores (de gestión y evaluación).
- Salud mental y atención primaria.

Sin desconocer el valor y las buenas intenciones que subyacen a la unificación de las definiciones y principios que deben regir las políticas y programas en salud mental a nivel mundial, el propósito de la reflexión que acá se propone es señalar algunos lugares que aparecen ocultos por este paradigma dominante, así como sus consecuencias y efectos colaterales. Efectos que infortunadamente desembocan en prácticas en el campo de la salud mental donde el sujeto y su psiquismo quedan abolidos.

La “gestión” de la salud mental y sus paradojas

La primera vía para el abordaje crítico del campo de la salud mental en el mundo actual retoma uno de los pares conceptuales del documento de la OMS y se refiere a la “gestión (y evaluación) de la salud mental”. El término “gestión”

se ha extendido de forma subrepticia desde el mundo empresarial a casi todos los ámbitos de la vida cotidiana. “Decididamente, ‘gestión’ es hoy uno de los significantes-amo de nuestra realidad, el significante que gobierna la política, que interpreta y a la vez produce la significación de esa realidad” (Bassols, 2011: 242). Es así que no solo se habla gestión de los recursos o de los proyectos, sino también de gestión del conocimiento, de la cultura, del medio ambiente e, incluso, de la vida familiar. Más recientemente, en el campo psicológico se hace referencia a la gestión psicológica de la angustia, de la vida sexual, de la rabia y las emociones o gestión de las relaciones interpersonales. En salud mental, el término “gestión clínica y sanitaria” también se ha vuelto un lugar común. En términos generales, “gestión” es el nombre contemporáneo de lo que debe funcionar según una norma estadística; y la política, hoy reducida a la gestión, necesita de la lógica de la evaluación continua para justificar su eficacia. La evaluación, que complementa la gestión, no es meramente un instrumento ni una parte de un proceso metodológico, sino más bien su ideología más espontánea, tan espontánea que se da por sentada su validez en un acuerdo tácito entre políticos y expertos (Bassols, 2011).

El filósofo francés Jean Claude Milner (2006) se refiere al “gran secreto de la ideología de la evaluación” como una de los grandes engaños o imposturas del mundo contemporáneo. El propósito de tal engaño es tratar que dos palabras que tienen significados distintos (la medida y la ganancia, el valor de cálculo y el valor comercial) repentinamente sean sinónimas. La evaluación se convierte así en el modo actual por el que un poder, ya sea político, administrativo, internacional o local, ejerce su dominio sobre los saberes y prácticas culturales, pretendiendo definir la norma de lo verdadero. Así, aparecen en el horizonte las perturbadoras figuras de los “expertos evaluadores” que son presentados por el poder, así no lo reconozcan, como los consejeros que secretean al oído y dictaminan cómo se mide y qué es lo rentable a partir, muy probablemente, de las cantidades asignadas a sus evaluaciones burocráticas de impacto. La transposición ideológica consiste en hacer pasar por una medida objetiva, neutral, cifrada y factual, lo que es un mero y llano ejercicio de poder (Miller, 2005). La evaluación le otorga, entonces, al poder un estatuto de autoridad, pero se trata de una autoridad que a su vez no es susceptible de ser controlada: ¿quién evalúa la evaluación de los evaluadores? Se trata efectivamente de una impostura en tanto se sostiene la creencia en un

sistema de valoración objetivo, cristalizado en un sistema de evaluación fuera del cual no habría ninguna posibilidad de juzgar las actividades culturales, educativas, de investigación, los programas y proyectos sociales y sanitarios, entre otros. Sutilmente, la ideología de la evaluación, en su pretensión de generalizarse a todos los dominios de actividad, disimula y evidencia simultáneamente un anhelo de control universal, un poder que se extiende sin límites a todos los aspectos de la vida humana. “La ideología de la evaluación es la forma respetable de la ley de la jungla. No hace sino repetir el derecho del más fuerte, añadiéndole el disfraz de la exactitud y de la precisión” (Milner, 2006: 34).

En el ámbito de la actuación de las políticas en salud mental, el poder político sitúa todas sus esperanzas de normalización y adaptación en la pareja gestión-evaluación. Este recurso se hace especialmente acuciante y sintomático cuando se constata que cuanto más se “gestionan” recursos y personas en pie de igualdad, más escurridizo se torna el síntoma en su singularidad (Bassols, 2011: 242). Un ejemplo de esto es la proporción entre cantidad de recursos invertidos en los programas de prevención del embarazo adolescente, en el marco de políticas de promoción de la salud sexual y reproductiva, y la ineficacia de dichos programas. Se ha vuelto un lugar común encontrar titulares de prensa que señalan el fracaso de las políticas de salud, no solo mostrando cómo las cifras de embarazos precoces aumentan, sino también visibilizando el aumento de segundos embarazos en la adolescencia. Asimismo, la evidencia de los estudios publicados por la OMS sobre la efectividad de las intervenciones de la salud reproductiva en adolescentes en países en vías de desarrollo concluye que las intervenciones no tienen un efecto significativo en la conducta sexual (Speizer, 2003; Bennett, 2005; Magnussen, 2004). En este sentido, surge la pregunta sobre cómo puede interpretarse esta evidencia. Aparentemente, hay algo que se escapa a la pretensión universalizante del discurso del amo moderno: las medidas que apuntan a la homogeneización del goce, es decir, el ideal formulado “para todos” desde las instancias de poder, aparentemente produce sus excepciones y desechos. Probablemente, y sin percatarse de ello, los mismos documentos que sirven de base para la formulación de políticas públicas en salud mental señalan la gran paradoja de su gestión:

Cuanto más se gestionan recursos con el criterio prioritario de la eficacia a corto plazo, más el síntoma se hace escurridizo en su singularidad, más retorna de manera insidiosa como segregado del sistema, más este retorno repetido exige al sistema más y más recursos. (Bassols, 2011: 244).

Relacionado con el paradigma de la gestión de la salud mental, las políticas a nivel nacional e internacional mencionan entre sus fundamentos el par salud mental y capital social, el cual también vale la pena revisar críticamente. Varios informes mencionan que “hay datos que revelan la relación estrecha entre el capital social de una comunidad y la salud mental de sus miembros”. Por lo anterior, surge la inquietud sobre cómo creer en la supuesta científicidad de esta afirmación, cuando bien podría sostenerse la relación inversa entre estas dos nociones: ¿cómo no reconocer en esta afirmación, de nuevo, un supuesto ideológico disfrazado de científicidad empírica? La metáfora económica del “capital social” como signo de buena salud conduce, efectivamente, “a paradojas insolubles en la defensa ideológica de la gestión y evaluación de la salud mental”. (Bassols, 2011: 244).

En este mismo sentido, Galende (1997) describe el contexto histórico-político donde se gestan las transformaciones que configuran las políticas actuales sobre la salud:

Desde hace varios años, por vía de la transformación del Estado que llevan adelante las políticas neoconservadoras, éste abandona sus funciones de garante de la solidaridad social, tendiendo a retirarse tanto de la atención pública en salud como de la protección social. En el sector de la atención pública, ésta se limita a una cobertura de lo imprescindible, dirigida a los sectores más empobrecidos de la población (1997: 21).

La reducción de la responsabilidad estatal abre la ruta de entrada a los criterios del mercado al sector de la salud y, consecuentemente, a la reducción de la salud a su valor de consumo. Lo anterior redundando en la privatización de los riesgos y la promoción del avance de empresas médicas y los seguros privados de enfermedad. Por lo tanto, son las empresas las que deciden sobre la duración de los tratamientos, su frecuencia y sus métodos, desconociendo con ello los tiempos singulares del paciente, de su padecer, así como del juicio

clínico del profesional sobre los aspectos que deben orientar un tratamiento. Frente a esto, los profesionales de la salud mental deben adaptarse a nuevas modalidades de atención que están regidas por criterios de eficacia y eficiencia, en detrimento de otros principios terapéuticos respetuosos de la singularidad y de la responsabilidad subjetiva de quienes manifiestan una dolencia psíquica.

El dominio de la ideología de la gestión y de la evaluación en las sociedades contemporáneas, que sin duda ha permeado el campo de las políticas y programas en salud mental, no reconoce la subjetividad, a esa subjetividad que escapa al autoritarismo de la cifra y de la estadística. Es así como “la gestión” de la salud mental produce también un aplacamiento del sujeto. Teniendo en cuenta esta perspectiva crítica, no es de extrañarse que los programas de prevención en salud mental fracasen, sea para prevenir el suicidio, el embarazo precoz, el consumo de sustancias, entre otros. Ni la proliferación de los llamados “observatorios”, cuyo propósito es generar datos, reportes, encuestas y auditorías, ni la elaboración de manuales y técnicas destinados a lograr mayor auto-eficacia, podrán suplantar la dimensión subjetiva, dimensión que da cuenta de la relación del sujeto con su propio decir sobre aquello que padece, sobre sus propios actos y elecciones. La salud mental, antes que nada, es una cuestión de sujeto, donde la palabra no puede ni debe ser eliminada.

El furor de la clasificación o la condena del sujeto

A pesar de que el discurso promovido desde la OMS sostiene explícitamente la importancia del vínculo entre la salud mental y los derechos humanos, en las prácticas actuales en salud mental se evidencia una tendencia contraria a este principio. En Colombia, por ejemplo, los desarrollos de política en salud mental de los últimos años han coincidido, al menos en lo teórico, en promover una noción de salud mental amplia, resaltar sus implicaciones sociales, mostrar que la salud mental trasciende la enfermedad y al sector salud y poner el énfasis en lo comunitario y la atención primaria. Sin embargo, en la práctica las responsabilidades se han concentrado en el sector salud y en la atención de los problemas y trastornos mentales (Ministerio de Protección Social, Colombia, 2007).

En nuestro contexto, el *Manual estadístico de clasificación de enfermedades psiquiátricas* (DSM) tiene una aceptación generalizada y un uso casi universal. Si bien es cierto que esto facilita la realización de estudios comparativos y estadísticos a nivel

mundial, que a su vez fundamentan las políticas de salud mental, los efectos de este uso generalizado ha alimentado el anhelo de un diagnóstico automático, donde el juicio y el acto ético del profesional son suspendidos. El modelo diagnóstico DSM abre las puertas a la realización de diagnósticos automáticos a través de, por ejemplo, cuestionarios en línea, donde cualquier sujeto pueda autodiagnosticarse. De igual forma, la rotulación y el diagnóstico, que usualmente se hacen de forma precipitada a partir de una lista de chequeo de síntomas y signos, suele comunicarse al sujeto evaluado promoviendo una identificación de aquel con su padecimiento. No es sorprendente toparse con sujetos que asumen sus diagnósticos como rasgos definitivos y determinantes de su condición subjetiva: “soy bipolar”, “soy depresivo”, “soy esquizofrénico”, “soy adicto”. Esta identificación del ser con su padecer produce una identidad solidificada por el poder de un discurso científico que infortunadamente dificulta cualquier posibilidad de cambio de posición subjetiva, al tiempo que obstaculiza la inserción social de los sujetos diagnosticados.

Así lo afirma Ian Hacking (2006:161), quien a partir de sus investigaciones sobre las enfermedades mentales transitorias, concluye lo siguiente: “cuando se trata de seres humanos, clasificar puede ser una manera de construir gente (*making up people*)”. Hacking encuentra que las clasificaciones de las personas y sus comportamientos son dinámicas, esto significa que entre las clasificaciones y lo que se subsume bajo ellas se produce una interacción denominada efecto “bucle” (looping effect), a través del cual se puede llegar a una modificación de los sentimientos y comportamientos de las personas evaluadas y clasificadas, lo que a su vez repercute en las clasificaciones. Asimismo, alrededor de ellas surgen recursos e instituciones que cumplen lo que él denomina los imperativos actuales de la ciencia: (a) medicalizar (b) establecer el origen genético (c) transformar calidad en cantidad (d) biologizar (e) normativizar. (Hacking, 2006: 162)

Los imperativos que Hacking identifica pueden ubicarse fácilmente en las teorías neurobiológicas propuestas por los prestigiosos neurocientíficos Kandel, premio noble de medicina del año 2000, y Damasio (citados por Szwarc, 2005) cuyos principios ilustran con claridad de qué modo un problema de conducta se transforma en un problema médico. El primer principio sostiene que los problemas comportamentales que caracterizan las enfermedades psiquiátricas son problemas de la función cerebral, aun en los casos donde las causas de estos

desordenes son de origen ambiental. El segundo principio afirma que uno de los componentes que contribuye al desarrollo de las enfermedades es genético. El tercero se refiere a que el aprendizaje, incluido el que resulta de un comportamiento anómalo, produce modificaciones de la expresión genética. El cuarto principio propone que las modificaciones en la expresión genética, producidas por el aprendizaje, inducen cambios en las conexiones neuronales. Finalmente, el quinto principio sostiene que si la psicoterapia tiene efectos en el comportamiento, lo hace a través del aprendizaje, el cual produce transformaciones en la expresión genética, modificando así la fuerza de las conexiones neuronales e induciendo modificaciones estructurales de la forma anatómica de las interconexiones de las células nerviosas del cerebro. Por lo tanto, como la resolución de las neuroimágenes mejora incesantemente, eventualmente podría ser posible una evaluación cuantitativa de los efectos de la psicoterapia (Szwarc, 2005). Se constata así cómo el paradigma de las neurociencias, probablemente el saber científico que tiene un lugar hegemónico en el campo de la salud mental en la actualidad, resulta en una suerte de abolición del psiquismo y de la dimensión subjetiva.

Relacionado con lo anterior, producto de una investigación sobre los discursos y prácticas en torno a los llamados trastornos de la conducta alimentaria¹ y basada en entrevistas a profundidad con el personal paramédico y médico, así como en relatos testimoniales de pacientes que pasaron por un tratamiento hospitalario, se encontró lo siguiente (Martínez 2012):

- Las pacientes relatan cómo desde el comienzo se hizo un diagnóstico precipitado, donde en ningún momento se les preguntó por su historia de vida. Dicho diagnóstico (anorexia) se convirtió para ellas en un rotulo identitario estigmatizante (soy anoréxica). Al mismo tiempo, les determinó su comportamiento posterior y, por ende, no les ha sido fácil desprenderse de él. El tratamiento siguió un protocolo estricto, caracterizado por medidas de control y vigilancia, donde el saber médico se mantenía, literalmente, “guardado bajo llave”, y el personal de enfermería seguía las órdenes sin cuestionar los procedimientos ni atender al sufrimiento de las pacientes. Todas las pacientes refieren

¹ Esta investigación está inscrita en el Proyecto “*Discursos y prácticas en salud mental*” del Departamento de estudios psicológicos de la Universidad Icesi.

el particular modo con el que fueron despojadas de su condición de sujetos hablantes, y fueron infantilizadas y convertidas en un objeto por el protocolo de modificación de conducta.

- En el discurso del personal médico y paramédico, y sin ningún sustento o referente científico serio, se mantuvo el condicionamiento biológico, cerebral y genético sobre la etiología de este “trastorno”; acompañado de cierto saber del sentido común con tintes moralistas y disciplinares. Asimismo, los profesionales de la salud entrevistados privilegiaron, como tratamiento de este tipo de trastornos, la hospitalización y la medicación de los pacientes, junto con el adiestramiento de su conducta a través de estrictas medidas de modificación comportamental (Martínez, 2012).

Acudiendo a los términos de Hacking, estos hallazgos permiten identificar el “efecto bucle” de las clasificaciones y de los comportamientos que derivan de ellas, delineando un dispositivo médico-científico que “fabrica gente”. Asimismo, los discursos del personal médico y paramédico ilustran con cierto detalle los “imperativos actuales de la ciencia”. Este es solo un ejemplo de cómo “se abre así un camino hacia un autoritarismo científico que dirá lo que es bueno, lo que es malo, y no solo lo que debemos hacer sino incluso cómo debemos ser desde la manipulación genética y conductista.” (Peteiro, 2010)

Por otro lado, es pertinente mencionar aquí lo que algunos autores han llamado el “mito de la ateoricidad”, para referirse a la pretensión de objetividad científica, supuestamente libre de valores, de los manuales de clasificación de las enfermedades, tales como el DSM V. (Matusевич y Pieczanski, 2009). La tendencia a la biologización de la psiquiatría, derivada de la corriente de pensamiento neokrepelinista², propone que los diagnósticos deben ser codificados y que se deben utilizar técnicas estadísticas en los procesos de investigación con el objetivo de aumentar la validez y la confiabilidad de las clasificaciones. Una de las consecuencias de este modelo es que neutraliza los aspectos diferenciales, anula las diversidades, y convierte en trivial la influencia de los componentes sociales en la práctica. La pretensión de objetividad, a través de la observación y la medición, se jerarquiza sobre lo subjetivo, que pasa a ser obstáculo para el desarrollo del conocimiento científico y que pos eso debe ser

² Corriente basada en algunas ideas de Emil Kraepelin, reconocido como el fundador de la psiquiatría moderna.

evitado a toda costa. Se sostiene entonces que no hay supuestos teóricos, valores, ni mucho menos creencias en las clasificaciones diagnósticas tipo DSM. Lo anterior en tanto se afirma que este manual, al estar basado en el método científico, es ateorico y libre de valores. No obstante, esta pretensión no es más que un mito, ya que el acto de observar está siempre influenciado por compromisos teóricos y presupuestos prototeóricos, además de que el lenguaje utilizado explicita una determinada forma de concebir el mundo y las observaciones son hechas por personas que también tienen una historia personal que determina la forma en que perciben los objetos observados (Sadler, Wiggings y Schwartz, 1994).

De nuevo se ve cómo el discurso científico, en su pretensión de legitimarse a través de la promoción de un cierto objetivismo ateorico, desconoce aquello que se escabulle de sus categorías clasificatorias, en este caso al sujeto que manifiesta un sufrimiento psíquico y que seguramente tiene algo que decir sobre dicho padecimiento. Es por esto que, cuando se escucha más allá de la cifra y de la observación “objetiva”, en muchos casos se evidencia que el padecimiento y malestar psíquico escapa a dichas clasificaciones. En palabras de Galende (2008: 43):

Este discurso psiquiátrico [refiriéndose al discurso psiquiátrico positivista] ha entrado en crisis. Su pretensión totalizante de sufrimiento mental, a la vez que supresión real del sujeto de ese sufrimiento, de su palabra y de su experiencia, lo ha puesto claramente a espaldas de las experiencias socioculturales que desmienten sus criterios, ven lo falso de su objetividad y develan lo esencial de su ética y la moralidad de sus prácticas.

La ilusión científicista y la medicalización de la vida cotidiana

La tercera vía crítica para abordar el panorama de la salud mental en las sociedades contemporáneas consistirá en algunos desarrollos teóricos del psicoanálisis de orientación lacaniana. En su Seminario XVII, “El reverso del psicoanálisis” (1967-1968), el psicoanalista francés Jacques Lacan plantea que, actualmente, el discurso de la ciencia opera como el discurso del amo y determina el lazo social. Lacan sitúa la tendencia universalizante y homogeneizadora del discurso de la ciencia como sigue:

Se trata del advenimiento, correlativo a la universalización del sujeto procedente de la ciencia, de un fenómeno fundamental cuya irrupción puso en evidencia el campo de concentración. ¿Quién no ve que el nazismo solo tuvo aquí el valor de un reactivo precursor? (Lacan, 1992).

Esto quiere decir que el discurso de la ciencia pretende hacer funcionar un “para-todos”, lo que necesariamente implica la supresión de las diferencias y el desconocimiento de la subjetividad, así como de la singularidad del goce y del deseo. En otras palabras, la lógica universalizante de la ciencia apunta a homogeneizar los modos de gozar, lo que se traduce en formulas generales para “vivir mejor y más feliz” siguiendo ciertas recetas derivadas de saberes expertos y sustentadas en rigurosos estudios estadísticos³. En esto, el libre mercado cumple un papel central, pues de acuerdo con lo que Lacan, siguiendo el camino abierto por Marx, conceptualizó como “el plus-de-gozar” del capitalista, la producción intensiva y generalizada del plus-de-gozar alimenta sin cesar la falta de goce constitutiva del ser hablante. A pesar de que la producción de nuevos bienes y objetos de consumo es ilimitada, las paradojas del mercado no terminan de resolverse. Al mismo tiempo, esto es acompañado de un imperativo de goce, traducido en un empuje a consumir y siguiendo literalmente el famoso slogan de una marca deportiva globalizada: “*Nothing is impossible*”.

De esta conjunción entre el consumismo y la tecnociencia nace lo que algunos psicoanalistas contemporáneos han llamado “el sueño cientificista” (Laurent 2011; Bassols 2012), el cual promueve una forma particular de representar y concebir el cuerpo. Se trata de un sueño promovido por algunos saberes dominantes de las ciencias naturales y la medicina en “el cual podríamos considerarnos como máquinas con un funcionamiento asegurado” (Laurent, 2011) ¿Qué pasa entonces cuándo la máquina falla? Sencillamente, la tecnociencia ofrece los medios para que las piezas sueltas o dañadas sean cambiadas y, de esa manera, asegurar una permanencia normativizada de los cuerpos-máquina.

³ Para Lacan, la universalización del discurso de la ciencia y la fascinación con la que seduce promueven efectos cada vez más evidentes en los procesos de segregación, debido al reordenamiento de los grupos sociales en torno al ideal científico. Es precisamente por esto que en su seminario de 1967-1968 habla de precursores respecto del nazismo y los campos de concentración.

Del lado de las neurociencias, uno de los saberes expertos que tiende a ocupar un lugar hegemónico en el mundo actual, se representa al cuerpo como una especie de máquina en la que se alteran los niveles de serotonina o dopamina. Los impresionantes avances técnicos en este campo, en particular la posibilidad de visualizar el funcionamiento cerebral a través de las imágenes obtenidas por resonancia magnética (IRM), han llevado a los investigadores a concluir que, prácticamente, todo comportamiento humano, tanto normal como patológico, tiene un correlato neuronal. Se construye así un conocimiento científico cuyo principal destino sería la legitimación del uso generalizado de psicofármacos, contribuyendo así a incrementar la brecha entre el sujeto, su historia y su padecer.

La oferta del medicamento es a la vez un ofrecimiento de desubjetivar el conflicto, atribuir su presencia a causas exteriores al sujeto y por lo tanto eximirlo de cualquier responsabilidad a la hora de entenderlo o tratarlo (Galende, 2008:11).

Asimismo, del lado de la genética, otro de los saberes científicos dominantes en la actualidad, se promueve el delirio del darwinismo social, tal como lo expresa el psicoanalista Mauricio Tarrab (2001) en su comentario sobre un artículo de prensa titulado “*Con un gen modifican la conducta de los ratones*”. El artículo retoma los resultados de una investigación publicada en la prestigiosa revista *Nature*, cuya conclusión se resume así: “...un ratón poco simpático y promiscuo, pasó a ser, por la fuerza de un gen inyectado, un animalito más sociable y fiel, una modificación del comportamiento social de un mamífero, fue lograda por primera vez”. Estos investigadores genetistas parecen haber demostrado, a partir de una modificación transgénica en ratones, que el comportamiento social tiene una base genética y sugieren que es posible hallar las bases genéticas del comportamiento humano: “...esto anticipa los tratamientos posibles del autismo y la esquizofrenia. Y puede ayudarnos a un mejor manejo sobre algunos niños antisociales”, plantean los científicos. Este ejemplo ilustra claramente cómo desde un saber científico, cuya legitimidad no se cuestiona, se producen creencias y prácticas que adquieren un poder de regulación y control de los cuerpos y de las relaciones sociales. Bien valdría la pena preguntarse sobre los efectos de este darwinismo social en las prácticas médicas en el mundo contemporáneo, así como sobre las representaciones del

cuerpo y la subjetividad que se derivan de este poderoso discurso científico. Según Laurent (2011):

La ilusión científicista consiste en soñar que un día, pronto, será posible calcular todo de una actividad humana reducida a comportamientos objetivables (...) La extensión de esta utopía en el campo de la medicina consume la medicina basada en la evidencia en la que, sin referencia al saber clínico como tal, expertos estadísticos calculan mediante la comparación de muestras homogéneas las variables que aseguran el éxito o el fracaso de los tratamientos.

La medicina basada en la evidencia (*evidence-based medicine*), cuyo sostén es la estadística, se legitima entonces como otro derivado del discurso de la ciencia, contribuyendo así, al igual que las neurociencias y la genética, a la anulación de la subjetividad en las prácticas médicas y de la salud en general. Por definición, el discurso de la ciencia no se interesa por la subjetividad ni mucho menos se preocupa por el sufrimiento subjetivo; como dice (Brousse, 2000: 32): “solo se interesa por éste si amenaza los progresos del saber que reduce la verdad al número y obstaculiza el avance de la reducción del sujeto del inconsciente al silencio de los órganos sobre los cuales opera”. Si partimos del supuesto de que el saber experto de la ciencia ocupa actualmente el lugar de amo en el discurso social, es pertinente preguntarse cuáles son los efectos de este discurso sobre el sujeto, y cómo él le pregunta al Otro sobre su ser y su malestar.

Peteiro (2010) y Bassols (2011), en su interesante crítica a la alianza actual entre tecnociencia, poder y mercado, se refieren al “reduccionismo científicista” y sus efectos sobre la subjetividad. Se trata de un reduccionismo que comienza en el momento mismo en que se pretende aprehender el sentido o el significado de una experiencia subjetiva a través de procedimientos objetivables y empíricos: “una vez el reduccionismo científicista ha reducido el sujeto a un objeto cuantificable, la entrada de este objeto consumible en el circuito del mercado parece caer por su propio peso” (2011: 208). Una de las consecuencias de esta operación es la medicalización de la vida cotidiana o la extensión del mercado real al crear nuevas enfermedades y convirtiendo a los sanos en enfermos.

Actualmente asistimos a un “retorno de los ideales biologicistas de la antigua psiquiatría, por vía de de los tratamientos psicofarmacológicos y de la nueva esperanza en la genética y en las ciencias neurobiológicas para explicar la naturaleza de las enfermedades mentales” (Galende, 1997: 24). Las promesas de estas disciplinas científicas se acoplan armónicamente con los ideales de la época, los cuales promueven salidas rápidas y la ilusión de hallar una cura mágica o una respuesta completa frente al sufrimiento mental, cuyas causas se ubican siempre por fuera de la responsabilidad subjetiva o de las vicisitudes de la historia de individual.

Los grandes avances en el desarrollo de los psicofármacos a partir de la década de los 50 y de la biología molecular en los 80, han producido una revolución en el tratamiento de las enfermedades mentales, en particular la psicosis, la ansiedad, el trastorno del humor o del sueño. Desde la perspectiva crítica que se propone en este estudio, cuyo principal referente conceptual es la teoría psicoanalítica de orientación lacaniana, los efectos benéficos de esta revolución están fuera de discusión. La discusión acá propuesta girará en torno a otro efecto de esta revolución, el cual consiste en la extensión del consumo de este tipo de medicamentos por la población en general más allá de lo considerado como patología mental, cuestionando las mismas concepciones de salud y enfermedad (Cazenave, 2008).

La extensión del consumo de medicamentos psiquiátricos, y de la medicina en general, para situaciones cotidianas no consideradas tradicionalmente como patológicas, tales como el duelo, la menopausia, las disfunciones sexuales, la tristeza, etc., se debe principalmente a la transición entre un uso del medicamento con un objetivo curativo a un uso del medicamento para lo que se ubica discursivamente como condición de estar en el mundo; es decir, los psicofármacos contribuyen a crear un nuevo estilo de vida. Algunas propagandas de laboratorios médicos ilustran el viraje que ha dado el uso de los psicofármacos en el mundo actual: “La depresión es una condición común y puede afectar a cualquiera”, o “El TDAH (Trastorno por déficit de atención con hiperactividad) es una condición de todo el día. Por eso ofrecemos un tratamiento de tiempo completo”.

Según Cazenave (2008), la medicalización de la vida cotidiana constituye un doble movimiento: por un lado, ocurre una normalización de lo patológico, es decir, se retira la enfermedad de la categoría de lo patológico y se la introduce en

el terreno de la normalidad como parte constitutiva de la vida cotidiana y, por el otro lado, se observa la patologización de la normalidad. En este movimiento, los afectos y fenómenos cotidianos (angustia, la tristeza, el duelo o el insomnio, por ejemplo) se convierten en patológicos, transformándose en trastornos de ansiedad, depresión, síndrome del reposo, etc. Este doble movimiento de la medicalización de la vida cotidiana resulta en la creación de nuevas enfermedades. Así se ha evidenciado flagrantemente en las últimas versiones del DSM, criticado y denunciado por los mismos psiquiatras miembros de su comité redactor (Bassols, 2011). Este fenómeno ha sido retratado un documental con amplia difusión en Youtube, titulado “El marketing de la locura”. El video describe con mucha precisión el fenómeno de la inflación patológica con fines lucrativos, mostrando las estrategias de marketing de las grandes multinacionales farmacéuticas para dar la apariencia de que cualquier malestar es una enfermedad grave o un trastorno mental que precisa ser tratado adecuadamente. Esta argumentación va acompañada del cortejo cientificista, es decir, de la complicidad de diversas autoridades reconocidas en la materia y estudios en revistas prestigiosas. El resultado es que se ha triplicado el consumo de ansiolíticos, antidepresivos y el diagnóstico de trastorno bipolar en la infancia. (Castaño, 2009).

Otro ejemplo es lo que ocurre con el Trastorno de déficit de atención, con o sin hiperactividad (TDA-H) y registrado como enfermedad en el DSM desde la década de los ochenta. Para diagnosticar la enfermedad basta con que el médico, el maestro, o incluso los padres encuentren que el niño cumple con un número suficiente de ítems relacionados con dificultades en la concentración e hiperactividad de las funciones motoras. Desde los años noventa, como lo revelan varios informes epidemiológicos norteamericanos, este trastorno constituye una epidemia de proporciones altamente preocupantes. Fue así como la Ritalina⁴ se convirtió en uno de los medicamentos más consumidos en instituciones y universidades cuando los estudiantes se percataron del aumento en su rendimiento estudiantil una vez lo consumían.

Resulta pertinente preguntarse: ¿por qué calificar como trastorno un comportamiento tan frecuente en los niños de hoy? ¿Podría pensarse en algún tipo de relación entre la inquietud, la desatención infantil, la hiperactividad y

⁴ Nombre comercial del metilfenidato, sustancia utilizada para tratar el Trastorno por déficit de atención.

la hiperestimulación propia de nuestra época? ¿Por qué aumenta el número de niños desatentos e inquietos en la medida en que padres y maestros, atrapados ellos mismos en la hiperactividad de la época, tienen cada vez menos tiempo para compartir con ellos? Por otro lado, es importante señalar que la generalidad de los fenómenos que engloba este síndrome determina que este diagnóstico recaiga sobre una amplia gama de patologías infantiles, desembocando en un desdibujamiento de las fronteras entre lo normal y lo patológico y en una inclusión cada vez mayor de personas bajo el dominio de la medicalización.

Es llamativo constatar que una parte importante de las críticas respecto a la medicalización de la vida cotidiana proviene de médicos psiquiatras. Un ejemplo de esto es el movimiento gestado por el psiquiatra Juan Pundik en Europa, quien perdió su demanda ante la Comisión Europea para que no se permitiese dar Prozac a los niños. Desde entonces, Pundik preside la Plataforma contra la Medicalización de la Infancia bajo la convicción de que el problema actual en salud mental es “el abuso y el mal diagnóstico” derivado de la intolerancia generalizada a un comportamiento que se salga de la norma: “no atender en clase no es una enfermedad”, afirma Pundik. También señala que quienes derivan a los niños a un especialista son usualmente los profesores que tienen dificultades para mantener cierto nivel de disciplina y control entre sus grupos de clases, generalmente grandes y compuestos por niños que son muy diferentes entre sí (Hauser, 2009).

Relacionado con el furor de diagnóstico y el afán de predecir y controlar la conducta, recientemente la cadena de televisión franco-alemana “*Arte*” emitió un interesante documental titulado “*La infancia bajo control*” (Jaury, 2010). En él, la realizadora se aproxima de forma crítica a una serie de dispositivos médicos y psicológicos puestos en marcha en Canadá, Estados Unidos, Francia y Alemania, cuyo propósito es detectar tempranamente a futuros delincuentes. Esta práctica, promovida por las autoridades públicas hospitalarias y por prestigiosos institutos de investigación médico-psicológicos, se deriva de una teoría propuesta por Richard E. Tremblay, un distinguido y muy citado psicólogo e investigador de Montreal. Tremblay, según su propia presentación en el documental, “desmoralizado por la ineficacia de su trabajo con presos de cárceles”, se propuso “identificar desde la más temprana infancia factores conductuales predictores determinantes en comportamientos delictivos”,

porque “en la edad adulta ya no hay mucho que hacer, entonces es importante detectar este tipo de patrones de conducta desde la infancia... para prevenir y tener sociedades más seguras”. Es decir, se propuso plantear un modelo psicológico para detectar a futuros delincuentes; propuesta que infortunadamente ha encontrado eco, derivando en el diseño de programas de internación hospitalaria que acogen niños remitidos por padres o maestros por problemas de “conducta”, a fin de que sean sometidos a una serie de pruebas neuropsiquiátricas y neuropsicológicas y definir con precisión si sufren de “trastornos de conducta”, lo que sería predictor de un comportamiento delictivo o antisocial en la adolescencia y juventud. Por su puesto, la consecuencia lógica de tal diagnóstico es la prescripción de psicofármacos y el inicio de tratamientos de modificación de la conducta a pesar de que, aparte de los factores genéticos, también participan factores ambientales que inciden en este tipo de conductas. Las escalofriantes imágenes mostradas por el documental, niños conectados a maquinas o contestando tests y juegos absurdos en ambientes hospitalarios o laboratorios, ilustran de manera paradigmática los excesos de la medicalización como dispositivo de control en la sociedad actual. El documental ilustra la extrapolación abusiva que se da cuando juicios que son de orden moral e ideológico se hacen pasar como criterios médico-científicos, naturalizando ciertas categorías a fin de “fabricar gente”: la gente que conviene al orden público.

La medicalización en la actualidad se ha convertido en un poderoso instrumento de control social de la conducta, promoviendo un nuevo estilo de vida ligado a la felicidad, el confort y a una serie de valores promovidos por la cultura de masas contemporánea, como la juventud eterna, la actividad permanente, la seguridad y el hedonismo (Cazenave, 2008). El aplacamiento del sujeto por efecto del uso generalizado de los psicofármacos es evidente: tragarse la píldora de la felicidad tiene como efecto el silenciamiento del sujeto. Interrogarse sobre un síntoma o malestar subjetivo, ubicando la responsabilidad subjetiva en dicho sufrimiento, se vuelve cada vez más difícil en un “Mundo Feliz” donde hay un “soma” a la medida de cualquier padecer y viceversa⁵. Solo esperemos que la invención farmacéutica de la pastilla imaginada por el visionario Aldous Huxley, en 1931, no derive en la creación de una nueva categoría diagnóstica en la próxima edición del DSM.

⁵ “Soma” es el nombre que le da el escritor Aldous Huxley, en su novela “Un Mundo Feliz”, a un psicotrópico que no tiene efectos secundarios. Es algo así como la “droga perfecta” en tanto trae todos los beneficios de una sustancia psicotrópica (tranquilidad, armonía, bienestar) sin producir ningún efecto de malestar psíquico u orgánico.

La salud mental como imperativo: “Todos felices, luego todos sanos”

La cuarta vía crítica que seguirá esta reflexión sobre los abordajes contemporáneos en salud mental se refiere a la pretensión universalizante que se propone cuando se trata de promover la salud mental, así como el vínculo que existe entre este abordaje universalizante y los imperativos de la época actual, tal como se caracterizó en el apartado anterior.

El campo de la salud mental, como aparece definido y delimitado por las políticas en la actualidad, se apoya en una serie de principios propuestos inicialmente en los años sesenta del siglo pasado. En esa década, la atención en salud mental pasó de un modelo meramente psiquiátrico a uno que se denominó “Salud Mental” (en mayúsculas). Esta reformulación significó un cambio en las teorías sobre la enfermedad mental, abriéndose a comprensiones aportadas desde disciplinas distintas a la psiquiatría y asumiendo las consignas de la prevención y promoción de valores en salud mental, incluyendo los criterios de la llamada Atención Primaria en Salud (APS). Igualmente, enfatizaba la importancia de la creación de redes comunitarias para la atención, oponiéndose así a los internamientos y a las prácticas manicomiales (Galende, 1997).

Sin desconocer el significado social e histórico de este importante progreso aportado por la reforma psiquiátrica y la inclusión de ideales de rehabilitación psicosocial, algunos autores visibilizan cómo detrás de estos ideales de la posmodernidad se esconde un discurso que integra las formas de contestación al interior mismo del discurso (Laurent, 2009). Lo anterior lleva a preguntarse por la posibilidad de pensar en una salud mental para todos ¿Existe la salud mental? ¿Es posible diseñar un montaje de salud mental colectivo o universal? ¿Hay alguna posibilidad de alcanzar normas comunes en salud mental?

Cuanto más globalizados son los ideales de la civilización, más comunes serán los espacios de civilización que antes permanecían separados, más se propondrá una norma para todos en un utilitarismo sin límites, más nos hará falta recordar que todo el mundo está loco. Es decir que cada uno hace obstáculo a la norma de todos (Laurent, 2009: 6).

Desde esta perspectiva crítica se retoma el provocador sintagma lacaniano “todo el mundo está loco”, reformulado por algunos psicoanalistas contemporáneos como “el delirio de normalidad” para referirse a la imposibilidad de alcanzar normas comunes. Esta perspectiva se opone a la idea habermasiana de proponer un ideal que, en nombre de la razón, sería soportable para todos. La eficacia comunicacional que desembocaría, por una acción precisa, en absorber toda particularidad en una gran comunicación general es muy debatible desde la perspectiva crítica psicoanalítica que aquí se propone. Ello conduciría a concluir que la definición universal de la salud mental no es posible o, lo que es lo mismo, que la salud mental no existe. Retomando el epígrafe de este artículo, Freud (1937), en un texto descrito por varios autores (Jandler, Person, Fonagy, 2004) como la condensación de su legado clínico, afirma que la normalidad es una “ficción ideal”. Basta con conocer la teoría freudiana posterior a 1920 para entender que en su modelo de aparato psíquico, el alcance de la homeostasis o de cualquier estado de equilibrio se ve truncado por fuerzas pulsionales más potentes que el principio de placer.

Tomar entonces este hilo argumentativo, propuesto desde la clínica y teoría psicoanalítica, conduce necesariamente a preguntarse por aquello que distingue lo normal de lo patológico, y por la posibilidad de una definición de la normalidad. Una referencia ineludible en este campo es Canguilhem (1971), quien sostiene que el pensamiento y la actividad médica serían incomprensibles sin los conceptos de “normal” y “patológico”. Planteándose la pregunta sobre si el estado patológico es solo una modificación cuantitativa del estado normal, este autor identifica tres diferentes concepciones que se enfrentan en el pensamiento médico: una perspectiva ontogenética, según la cual aquello que se ha perdido en el organismo puede restituirse o que aquello que entra en el organismo puede salir; una segunda que considera a la enfermedad como una perturbación del equilibrio orgánico; y, por último, otra que sostiene que lo normal y lo patológico estarían inscritos en la fisiología, pero solo con diferencias de grado y sin un corte claro entre ambas.

Si la medicina se basa en la biología y la fisiología, puede entonces afirmarse que el estado patológico es una mera modificación cuantitativa del estado normal, afirmación que introduce un cierto nivel de complejidad en tanto necesariamente implica la definición de unos límites entre lo patológico y lo sano. Un buen ejemplo de esto es el debate existente en la clínica psiquiátrica sobre si la enfermedad mental

puede ser concebida como una exacerbación de los rasgos de la personalidad o más bien como un proceso que implica una ruptura. La categoría del “borderline” o “personalidad limítrofe” aparece entonces como una salida posible de esta discusión.

Izaguirre (1999) introduce una distinción pertinente cuando se trata de definir lo normal y lo patológico. En los fenómenos físicos o químicos se encuentran las leyes que, para ser una ley, deben cumplirse en la totalidad de los casos siempre y cuando las condiciones estén adecuadamente establecidas. De forma diferente, en los fenómenos biológicos se introduce la estadística como criterio de validez. Allí, la norma se cumple en mayor o menor porcentaje de casos. La introducción de una mayor cantidad de variables complejiza el campo de estudio y los criterios pasan, de la formulación de leyes, a la creación de normas. En este sentido, una ley científica no es igual a una norma, y sobre estas últimas es importante resaltar que “surgen de la infracción que se constituye en el origen de la regulación, lo que es lo mismo que decir [...] que no hay norma si no hay infracción.” (Izaguirre, 1999: 254)

Existen entonces, según Izaguirre (1999), dos criterios posibles para introducir la idea de norma: aquello que designa caracteres promedio (descriptivo) o lo que es definido socialmente como un ideal (normativo). Así pues, el término de normalidad es equívoco, ya que puede referirse tanto al estado ideal que se desea restablecer, como al promedio o media normal en términos estadísticos. La tesis que se pretende defender en este manuscrito es que ambas acepciones son cuestionables y problemáticas. Ya en la historia de la medicina Claude Bernard y Bichat (citados por Izaguirre, 1999) problematizaron fuertemente la utilización de los promedios y la consecuente supresión de las oscilaciones propias de los fenómenos fisiológicos. En la actualidad somos testigos de cómo la primacía de la estadística en la enunciación de lo normal y lo patológico, tal como se manifiesta en la quinta edición del *Manual estadístico y diagnóstico de las enfermedades mentales* (DSM-V)⁶, ha llevado, no solo a una suerte de patologización de la normalidad a través de la creación de nuevas categorías diagnósticas con las cuales se clasifican sendos fenómenos de la cotidianidad social por su frecuencia estadística, sino

⁶ Manual que se publicará en mayo de 2013 por la American Psychiatric Association. Ver: <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx> La publicación de esta versión del manual ha creado numerosas polémicas en el seno mismo del gremio psiquiátrico a causa de la inclusión de categorías muy difusas como tipos específicos de trastornos de la personalidad, fobias o adicciones, las cuales son definidas en función de múltiples objetos. Ello solo agrega confusión a la hora de determinar un diagnóstico.

también a la desorientación diagnóstica y a la desaparición del juicio clínico como un elemento central de la práctica en salud mental.

En lo que se refiere al criterio estadístico de la normalidad, bien valdría la pena interrogarse sobre su verdadera utilidad en las prácticas de salud mental y por la ingenuidad cultural e histórica que está implícita, así como hacer un llamado para que surja una crítica rigurosa frente a cierto tipo de conclusiones falaces de índole causa-efecto a partir de correlaciones estadísticas.

En lo que respecta a la crítica de la noción prescriptiva o ideal de la normalidad, es pertinente resaltar la perspectiva histórico-discursiva que introduce Foucault (1976) sobre la enfermedad mental. Para el filósofo francés, entre el siglo XVI y el XVII, momento en el que se produce aquello que se ha llamado como el triunfo de la razón y se instala el discurso de la ciencia moderna, la locura se convierte en un fenómeno de orden público. De manera progresiva, a partir de allí, la locura se convierte en un fenómeno intolerable para los ciudadanos, acentuándose así la representación de la peligrosidad del loco: la locura se vuelve un motivo de sanción, de castigo y destierro de la vida en común. La locura hace su entrada en el dominio policial como nueva representación del mal, sustituyendo la función que cumplía el leproso en las sociedades europeas. El siguiente paso, o sea, el paso de considerar la locura como un asunto de salud y no como un asunto policial, será producto de la aparición de nuevos modos científicos de referirse al mundo, en particular del discurso médico, instalado ya en el siglo XIX como un saber y un método científico. Con la sustitución del policía y la aparición del médico comienza a surgir el concepto de salud mental.

Haciendo una lectura de la tesis foucaultiana desde el psicoanálisis, Pérez (2010: 10) sostiene que este tránsito de la locura, de ser asunto de policía para convertirse en fenómeno de salud, no implicó “ni la modificación absoluta de la concepción de la locura como fenómeno de orden público, ni la modificación, durante largos años, de las estrategias básicas de tratamiento de la locura”. Es decir, la locura sigue siendo hoy un fenómeno de orden público; y aunque las estrategias, mecanismos y dispositivos para controlar la perturbación del orden público se han perfeccionado, refinado y tecnificado, es difícil no reconocer el carácter policivo que les subyace. Para Pérez, “a pesar de este cierto refinamiento en las categorías para referirse al problema, ello no implica que ni la concepción, ni los dispositivos de tratamiento hayan variado en el fondo”.

La tesis de Foucault sobre la locura y sus construcciones discursivas tiene una importante resonancia con lo que plantea el psicoanalista francés Jaques-Alain Miller (2007: 119) en una fórmula provocadora: “La salud mental es el orden público”, reconociendo la vigencia en nuestro tiempo de los fundamentos del “gran encierro” de Foucault. Sin desconocer las especificidades de las nuevas invenciones y teorías sobre la locura, las cuales dieron paso a la investigación racional y científica en este campo, Miller argumenta que el criterio que opera en el mundo actual para definir la salud mental es la “capacidad para comportarse bien en la calle” y que, por el contrario, la señal por excelencia de perturbación mental es la dificultad para respetar las normas de conducta que rigen el comportamiento público. Siguiendo esta perspectiva crítica psicoanalítica, se podría sostener la tesis según la cual la normalidad, como parte integrante del mito de la salud mental, no existe. Lo que sí existe, y con una gran eficacia simbólica en las sociedades contemporáneas, es el ideal de adaptación al orden social imperante. Como consecuencia de esta preponderancia del ideal adaptativo, la salud pública, aparejada y sustentada en ciertos discursos cientificistas, opera como un instrumento de control social muy poderoso. Para sustentarlo, la siguiente parte de este documento contendrá dos ejemplos de cómo en nuestra época la salud mental se ha convertido en un imperativo de felicidad homogeneizante y de cómo el sujeto, quien tendría algo que decir sobre su malestar y bienestar, es nuevamente borrado.

La “conducta saludable” o sobre cómo portarse bien

El primer ejemplo se refiere al modelo dominante en lo que hoy se conoce como el campo de la psicología de la salud, y cuyo objetivo principal es la promoción de la salud. La gran mayoría de los programas de prevención y promoción de la salud se basan en el modelo cognitivo-conductual. Según Sánchez (2011: 13), en un texto recientemente publicado por el Colegio Colombiano de Psicólogos:

La promoción de la salud se ha desarrollado como una alternativa de intervención para la disminución de los índices de morbilidad asociados con los estilos de vida que afectan la salud de los individuos. Para lograr este objetivo, se han diseñado e implementado una serie de programas de promoción de la salud que implican diferentes actividades para distintos problemas, tales como el comportamiento agresivo; el uso y consumo de drogas legales y no legales como el tabaco, el alcohol, la marihuana y la

cocaína, entre otros; enfermedades de transmisión sexual como el VIH; embarazos no deseados; mal rendimiento académico, entre otros. [...] En general, se puede afirmar que el objetivo principal de estos programas es el entrenamiento, fomento y desarrollo de habilidades sociales, emocionales y morales que favorecen la adquisición, desarrollo y mantenimiento de comportamientos saludables.

Sánchez (2011: 14) describe cómo los programas de promoción de la salud se basan en diferentes teorías, tales como la teoría del aprendizaje social, las teorías de cambio conductual, la teoría de sistemas o la teoría transaccional de cambio ambiental, así como en las investigaciones sobre desarrollo pro-social, entre otras; también detalla que los tipos de intervención son experimentales o cuasi-experimentales con mediciones pre-test y post-test. Luego, enumera los instrumentos y técnicas estandarizadas que se utilizan en las intervenciones y concluye parcialmente: “todas las características de los programas de prevención de la salud, descritas hasta aquí, son condiciones necesarias para que dichos programas sean efectivos”. Lúcidamente continúa introduciendo la falibilidad del modelo: “sin embargo, también se han encontrado programas que presentan estas características y cuyos resultados no indican efectividad.” (p. 14). Y da como ejemplo los programas destinados a prevenir el uso de sustancias y el suicidio. Argumenta entonces que el problema de la efectividad se debe a la imprecisión en los métodos, técnicas e instrumentos de medición:

[...] la falta de estudio de los datos de comparación con otras escuelas o con datos de líneas de base cuantitativas con respecto a los números de eventos disciplinarios antes y después del programa con el salón y la escuela, muestra que no incluyen mediciones ni indicadores específicos en las conductas de salud. Muchos de estos estudios no proveen confiabilidad ni validez de las medidas usadas (p. 14).

En últimas, según Sánchez, la ineffectividad de estos programas protocolarios se debería a los métodos e instrumentos de medición. Lo llamativo, si se lee esto desde una perspectiva crítica, es que en ningún momento se define que un “evento disciplinario” comprenda algo más que un *checklist*, el cual muy probablemente

se deriva de una validación conjunta de pares que no se preguntan jamás por el sustrato moral-disciplinario e ideológico que subyace a la operacionalización de dicha conducta. Mucho menos se describe que una “conducta saludable” trascienda la prescripción implícita que se lee en entre líneas: “prohibido fumar”, “prohibido hacerse daño”, “sea racional”, “manténgase atento y bien informado”. Esto evidencia una determinada concepción de sujeto psicológico, la cual no es explícita, y que consistiría en un sujeto racional capaz de entender los buenos motivos que le da el otro para portarse bien, es decir, un sujeto adiestrable a través de programas y protocolos derivados de estudios que sostienen tesis como esta:

La evaluación e interpretación de de la información implica el uso de habilidades y de ciertos criterios para la elaboración de juicios, que consideren de forma acertada el riesgo de una conducta no saludable. Esto implica que el individuo realice procesos evaluativos que faciliten el cálculo de probabilidades o predicción de valores, y un constante monitoreo en la relación con los objetos fuentes de información para que él posea una estimación adecuada que corresponda con el riesgo de un comportamiento que pueda afectar su salud (Sánchez, 2011: 20).

De no ser por la palabra “individuo”, pareciera que el autor estuviera refiriéndose a la programación de una máquina capaz de hacer cálculos infalibles de riesgos posibles. Por fortuna, el psicólogo concluye el capítulo reintroduciéndonos en el campo de lo humano (un grupo de escolares de sexto y séptimo grado de secundaria), con un mensaje esperanzador en medio de tanta “conducta no saludable”:

Este estudio permitió afirmar, con un nivel de significancia del 95% que la intervención con el currículo en espiral basado en estrategias pedagógicas de promoción y prevención en salud permite el desarrollo de habilidades para el procesamiento de información [...] Así mismo, este estudio contribuyó a la formación de estudiantes que tengan una mayor probabilidad de tomar decisiones en cuanto a la protección de su propia salud, lo que implicó para los estudiantes el aprendizaje de herramientas cognitivas que les permiten estar más atentos a la información que reciben [...] Es así como se establece el uso de herramientas cognitivas para la toma de decisiones razonables en cuanto a la protección de la salud (Sánchez, 2011: 25).

Es por esto que se afirmamos que el discurso hegemónico de la psicología de la salud es un claro ejemplo de cómo se construye la equivalencia entre salud (mental), racionalidad y normalidad. De esta forma, la salud pública se convierte en el vigilante de la salud mental, construyendo un sujeto-máquina procesador de información con mayor capacidad de memoria y atención, impidiendo la anormalidad o singularidad que está implícita en la existencia humana. Como bien señala Nepomiachi (2004), la promoción de la salud mental, desde la perspectiva cognitivo-conductual, está orientada por el sueño de los pioneros de la ciencia psicológica, es decir, hacer de la psicología una ciencia natural, de tal modo que su objetivo fuera establecer las leyes de control y predicción de la conducta humana a fin de ayudar a la sociedad en sus esfuerzos por prevenir los problemas de adaptación.

Se trata de un montaje cuyo imperativo exige aprender y cuyo cumplimiento, el aprendizaje, es índice de salud, si entendemos que estar sanos es estar adaptados a la realidad. Estar sanos es aprender a empujar las pueritas y saber apretar los botones para alcanzar los objetos de la satisfacción [...] Se trata de técnicas que alimentan la idea de un estado de plenitud del ser, que sostiene la creencia de que 'todo es posible' (p. 2).

La psicología positiva o sobre cómo programar las variables determinantes de la felicidad

El segundo ejemplo proviene de los hallazgos empíricos y las conclusiones de una teoría psicológica norteamericana que ha ganado fuerza en la última década, conocida como “psicología positiva” (Carr, 2007). Esta teoría está permeando varios campos de la disciplina psicológica, principalmente la psicología de la salud, la psicología organizacional y la psicología comunitaria. Según Seligman (2002, citado por Carr, 2007) “el principal objetivo de la psicología positiva es comprender y facilitar la felicidad y el bienestar subjetivo”. Continúa Carr con su definición:

En este contexto, la felicidad y el bienestar se refieren a sensaciones positivas como la alegría y o la serenidad y a estados positivos como los que suponen la fluidez o la absorción. Como empresa científica, la psicología positiva se centra en comprender y explicar la felicidad y el bienestar subjetivo y en predecir con precisión los factores que influyen en esos estados (Carr, 2007: 23).

Partiendo de la clasificación de las emociones positivas realizada por Seligman (2002: 24), Carr (2007) afirma que “el objetivo fundamental del estudio de las emociones positivas y la felicidad es encontrar una manera sencilla de distinguir con claridad los afectos positivos y negativos”. La manera sencilla consiste entonces en citar un número importante de estudios cuantitativos, los cuales se han propuesto medir los afectos positivos y negativos a través de pruebas estandarizadas producto de una validación psicométrica de la más alta calidad científica. Estos estudios llevan a Carr (2007: 25) a afirmar conclusiones como la siguiente:

Se han hecho varios descubrimientos importantes sobre la afectividad positiva y negativa (Watson, 2000, 2002). La afectividad positiva está correlacionada con la personalidad extrovertida y la afectividad negativa está correlacionada con la personalidad neurótica. Las correlaciones entre la afectividad y los principales rasgos de la personalidad son importantes y van de 0.4 a 0.9.

A partir de los hallazgos estadísticos también se ha encontrado que la afectividad positiva está asociada a una “actividad física regular”, a “dormir adecuadamente”, a una “vida social rica y con amistades íntimas” y al esfuerzo por lograr “objetivos valorados”:

En consecuencia, es probable que la afectividad positiva se pueda mejorar haciendo ejercicio físico con regularidad, siguiendo el patrón de sueño regular y adecuado, haciendo y manteniendo amistades sólidas y viendo con frecuencia a los amigos y esforzándose por lograr objetivos que tengan valor personal (Watson, citado por Carr, 2007: 28).

Estaríamos de acuerdo con la afirmación de Carr sobre la sencillez, por no decir simplicidad, del método usado por la ciencia de la felicidad. Es interesante resaltar la referencia constante a la regularidad, al modo adecuado de comportarse, a la importancia de esforzarse por alcanzar la norma estadística; afirmación que no estaría exenta, desde nuestro punto de vista, de un sustrato ideológico propio de nuestra época.

En el primer capítulo de su libro, titulado “Felicidad”, Carr continúa introduciéndonos a la cuestión de la felicidad a través de un método científico-

estadístico pleno de correlaciones interesantes, fruto de los hallazgos de investigaciones hechas en las más prestigiosas universidades del mundo anglosajón. Con bastante claridad descriptiva, Carr presenta los ítems de la Escala de satisfacción con la vida y la Escala de felicidad de Oxford revisada, ilustra el Modelo de componentes del bienestar subjetivo y el esquema de la Teoría de ampliación y construcción de emociones positivas, a la vez que nos explica por qué la identificación de factores que contribuyen a la felicidad “no es tarea fácil” ya que “no siempre el placer y la búsqueda de placer pueden conducir a la felicidad”. El ejemplo que trae Carr para ilustrar esta tesis (que sería novedosa si Freud no la hubiera formulado ya en 1920 en su *Más allá del principio de placer*), es que “un placer repetido a corto plazo como fumar tabaco o consumir otras sustancias pueden causar una infelicidad a largo plazo asociada a la enfermedad” (p. 39). Luego nos trae múltiples hallazgos correlacionales, así como las conclusiones que deriva de ellos. Solo citaremos algunos que se consideran llamativos por su contundente sencillez, utilizando los términos de Carr:

Todas la pruebas indican que el 50% de la variación de rasgos básicos de la personalidad como la extroversión y el neuroticismo se pueden deber a factores genéticos” (Paris, 1996; Riemann y otros, 1997).

[...] este sorprendente resultado [a partir de un estudio con gemelos idénticos] nos permite llegar a la conclusión de que punto fijo de la felicidad es hereditario en un 98% (0,55/0,54) (p. 42l).

También se ha visto que ciertos factores culturales y sociopolíticos desempeñan un papel importante para determinar la felicidad (Triandis, 2000) [...] Las culturas donde hay igualdad social tienen unos niveles medios de bienestar subjetivo más elevados. El bienestar subjetivo es mayor en las culturas individualistas que en las colectivistas (p. 43).

En la figura 1.4 se puede ver que las personas casadas con más felices que las divorciadas, las separadas o las solteras (Myers, 2000) Sin embargo, las menos felices son las que están atrapadas en un matrimonio desgraciado. (p. 44).

La evolución ha hecho que reaccionemos ante una pérdida con unas emociones más intensas que ante una ganancia de la misma magnitud porque esto era adaptativo para nuestros antepasados (Buss, 2000) (Carr, 2007: 60).

Después de un largo recorrido por toda suerte de factores, variables y modelos, donde se evidencia un fuerte sesgo evolucionista-darwinista, junto a una preponderancia de la explicación genética del comportamiento humano y un científicismo fundamentado en la psicometría y la estadística, Carr finaliza su capítulo con un listado de “Estrategias para aumentar la felicidad”, no sin fundamento científico si se juzga a partir de la larga lista de los nombres más citados en la literatura científica de la disciplina psicológica: Argyle (2001); Seligman (2002); Diener y otros (1999); Buss (2000); Myers (1992); Lykken (1999).

El paradigma de la psicología positiva de Carr y otros autores se ha convertido en un referente importante en la psicología de la salud y en la psicología organizacional, especialmente en el área de la salud ocupacional. El estilo explicativo pesimista-optimista propuesto por Peterson y Seligman (1984, citado por Velasco, Botero y Londoño, 2011) se ha convertido en el eje de las explicaciones e intervenciones en lo que respecta la prevención y la promoción de la salud. El tipo de articulación que se construye en esta formación discursiva es entonces: Personalidad extrovertida (fuerte determinante genético) → estilo de pensamiento optimista → persona feliz que encuentra recursos para optimizar su bienestar y su calidad de vida → adopta y promueve conductas saludables (Todo esto en un modelo de espiral positivo que se retroalimenta)

Al volver la felicidad un objeto de análisis estadístico, la psicología positiva, probablemente sin percatarse de ello, contribuye a la reproducción de un discurso ideológico que propone soluciones de tipo “para-todos” (ser feliz como todo el que se comporta de tal manera y consume tales cosas) que se construyen así un imperativo de nuestra época. Bien valdría la pena preguntarse por el reverso de este discurso o por sus efectos paradójicos; el énfasis en el componente genético no deja de ser inquietante. Será el sujeto, una vez más, quien a través de su sufrimiento psíquico, ya sea bajo la forma de inhibición (hoy llamada “trastorno de personalidad por evitación”), síntoma (hoy “trastornos”

de toda índole), angustia (hoy conocida con el nombre “ataque de pánico”) o pasajes al acto (hoy llamados “trastornos de conducta”), quien irrumpirá en Un Mundo Feliz. Será, una vez más, el sujeto que no marcha al ritmo de los tiempos como todo el mundo, quien se manifestará para recordarnos que la condición humana no es programable; como bien lo dice el filósofo Georges Steiner (2004: 2 citado por Morao 2005), en una entrevista sobre los desafíos que hoy enfrenta la cultura occidental, al referirse al triple horizonte de las ciencias:

Y en tercer lugar, y esto es lo que me da más miedo, la neuroquímica del yo, de la conciencia. Un gigante como Francis Crick, uno de mis antiguos colegas, descubridor con Watson de la estructura del ADN, afirma que el yo surge de una combinación de azúcar y carbono [...] En un laboratorio de estudios sobre memoria en Edimburgo, se habla ya de implantar una memoria completa a los enfermos afectados por Alzheimer o la senilidad. Uno duda entre alegrarse y horrorizarse [...] ¡¡¡Piensen en una conciencia preprogramada!!!

Para concluir: ¿de qué sujeto estamos hablando?

La conclusión lógica de este artículo es proponer algunas ideas sobre cómo pensar la reinscripción del sujeto y la subjetividad en el corazón de las prácticas en salud mental. Se ha sostenido a lo largo del artículo, con apoyo de algunos autores provenientes del campo del psicoanálisis, la tesis sobre “cierta degradación de la vida subjetiva” (Nepomiachi, 2004) o “aplastamiento de la dimensión subjetiva” (Gallo, 2011) operada por ciertos discursos y prácticas en salud mental, tanto a nivel de la prevención como del diagnóstico y tratamiento. Una de las preguntas que surgen a lo largo de este recorrido crítico es: ¿cómo se entiende aquí sujeto? ¿Qué concepción de subjetividad subyace a esta reflexión crítica? Se procurará construir una respuesta acudiendo a dos registros conceptuales distintos, con la esperanza de que ella sirva, principalmente, para alimentar la continuidad de un debate y sin pretender aquí una revisión exhaustiva de ambos conceptos.

La primera referencia conceptual proviene de la psicología, en particular de la vertiente histórico-cultural. Los autores de esta forma de entender “lo psicológico” defienden la introducción de las categorías de sujeto y subjetividad en el centro de sus teorizaciones. Es conocida la referencia del psicólogo norteamericano Jerome Bruner (1990), cuando en su crítica a la revolución cognitiva imperante en

la psicología, sostuvo que paradójicamente la ciencia psicológica, en su afán por devenir científica, paga el costo de la deshumanización de la mente. Tomando distancia de la escuela ginebrina, Bruner se identifica con los planteamientos de la psicología soviética de Vygotsky, fundando en el continente americano una forma de concebir el desarrollo de la mente sin darle la espalda al lenguaje y a la cultura.

A pesar de los interesantes planteamientos de Bruner, la psicología se ha visto fuertemente influenciada por el modelo derivado del cognitivismo más duro, aquel que se fundamenta en la metáfora computacional y que reduce lo social y lo cultural a un ambiente que provee información para los individuos, quienes la procesan y construyen esquemas de pensamiento, con los que, a su vez, tramitan la información proveniente del medio. Sin embargo, vale la pena indicar que hacia los márgenes de la disciplina psicológica, principalmente en el área de la psicología social, hay investigadores y autores, no sin reconocimiento, que reivindican y defienden la noción de subjetividad. Uno de ellos es Fernando González Rey, quien desde la década de 1980 desarrolla investigaciones en psicología desde una perspectiva social-crítica y desde una epistemología cualitativa donde la subjetividad y su constitución, a través de la construcción de sentidos y significados, es una referencia constante. Al presentar el término de “subjetividad social”, González Rey (2002: 78) intenta romper con la idea muy arraigada en los psicólogos de que la subjetividad es un fenómeno individual. Desde este punto de vista:

Los procesos sociales dejan de ser considerados externos a los individuos o como bloque de determinantes consolidados que adquieren el estatus de lo “objetivo” frente a lo subjetivo individual y se convierten en procesos de un sistema complejo, la subjetividad social, de la cual el individuo es constituyente y, simultáneamente, constituido.

El sujeto que intenta rescatar González Rey no pasa por la idea de control de este sujeto sobre el mundo, sino por la idea de su “capacidad de opción, de ruptura y de acción creativa”; es decir, por la idea de que su acción actual y sus efectos constituyen su propia subjetividad, “y no causas que aparecen como elementos externos de la acción” (p. 95). Creemos que este autor proporciona una definición útil de subjetividad, pues permite pensar la

reinserción del sujeto en las prácticas de salud mental en la medida que sus investigaciones e intervenciones le dan un lugar central a la voz de los sujetos y las construcciones narrativas que dan sentido a sus prácticas.

La segunda referencia conceptual sobre el sujeto y la subjetividad es la que provee el psicoanálisis, en su vertiente lacaniana⁷. Esta concepción proporciona, no solamente unos referentes teóricos que enriquecen una mirada crítica y una posición política necesaria en el contexto actual, sino que además tiene propuestas novedosas de intervención en contextos institucionales y comunitarios, que trascienden la práctica privada de consultorio. El sujeto del psicoanálisis es el que introdujo Freud: el sujeto dividido por el inconsciente, “aquel evanescente, que no sabe lo que dice, que se oculta, que se esconde, que solo puede aparecer en los cortes, los equívocos, los traspies del discurso o en sus síntomas” (Sanin, 2011: 164) El sujeto del psicoanálisis no puede identificarse ni con el individuo ni con el “yo”, ya que este último es solo una instancia psíquica basada en una identificación especular e imaginaria, es decir, en el desconocimiento. El sujeto del psicoanálisis es también, por definición, un sujeto social en tanto es un efecto del significante; el sujeto surge en la articulación significativa y por esto es efecto del Otro del lenguaje. Pero tal vez lo más importante, en el marco de la reflexión sobre la salud mental, es que el sujeto del psicoanálisis es un sujeto que se manifiesta también en sus síntomas. Los síntomas son respuestas subjetivas frente a la imposibilidad estructural de decirlo todo sobre la relación sexual. Los síntomas histéricos, por ejemplo, fueron los que condujeron a Freud tras la pista de lo inconsciente, íntimamente imbricado en su teoría con la sexualidad, entendida como el empuje constante a la satisfacción pulsional. Para Freud, los síntomas no solo eran mensajes cifrados dirigidos a otro y susceptibles de ser descifrados a través de una escucha particular, sino que también eran satisfacciones sustitutivas, es decir, los síntomas entrañaban una forma de goce pulsional.

El síntoma, en últimas, es lo que define al sujeto en su singularidad. El sujeto del psicoanálisis es un sujeto definido por las coordenadas de los significantes del Otro y por su posición singular de goce:

⁷ En otro artículo de mi autoría (actualmente en evaluación) desarrollo en profundidad la concepción de sujeto en la teoría psicoanalítica lacaniana. En este texto solo retomo algunas ideas centrales.

En efecto, aunque pueda parecer sorprendente, en psicoanálisis lo que dice el sujeto de su síntoma constituye el síntoma mismo [...] a diferencia del síntoma médico o psiquiátrico, el síntoma en sentido analítico no es objetivo, y no puede ser apreciado desde el exterior; la evaluación misma de la curación es también tributaria del testimonio del paciente. Estamos a mil leguas de la práctica médica contemporánea, que tiende cada vez más a pasar de interrogar al paciente, para extraer en cambio del cuerpo un conjunto de cifras. De hecho, hasta la emergencia del psicoanálisis, el objetivismo de los mejores psiquiatras les conducía a considerar a las mujeres histéricas como simuladoras y a sus enfermedades como imaginarias (Miller, 2004: 3).

En la época actual existe una tendencia a eliminar los síntomas y sustituirlos por trastornos, evacuando la subjetividad y la singularidad de cualquier forma de intervención en salud mental. Desde el psicoanálisis lacaniano se hace una apuesta por el sujeto y se sigue la orientación del síntoma, sin que esto conlleve a una rotulación diagnóstica estigmatizante. El psicoanálisis es una práctica subjetiva por excelencia:

Donde la voz que sufre es escuchada, pero en lugar de completarla por otro que tiene soluciones, las suyas, que jamás serán las del sujeto en su singularidad, el psicoanálisis propone un partenaire particular, otro que no existe, e inscribe un lugar de vacío allí donde otras formas de intervención instalan los objetos sociales (Brousse, 2002: 3).

Es allí donde se proponen soluciones de tipo universal “cada uno hace obstáculo a la norma de todos. Hay siempre una x que hace obstáculo al ‘para todos’” (Laurent, 2009: 6) En el ámbito de prevención, el sujeto introducido por el psicoanálisis también puede tener un lugar, tal como escribe Irizar (2012) al referirse al fracaso de ciertas campañas de prevención del VIH en hombres que practican sexo con hombres. Según la autora, los motivos que se dan desde las administraciones públicas y las organizaciones civiles para explicar la persistencia y aumento de ciertas prácticas de riesgo (“*Bareback*”⁸ o “*serosorting*”⁹, por ejemplo),

⁸ Sostener, intencionalmente, relaciones sexuales sin el uso del preservativo.

⁹ Una suerte de ruleta rusa con personas portadoras del virus VIH.

a pesar de las campañas de prevención, son: el agotamiento en la prevención, el relajamiento porque se ha cronificado la enfermedad, y/o el consumo de drogas recreativas. Sin embargo algunos estudios cualitativos muestran que los motivos expresados son mucho más variados y complejos. Cuando se escucha a los sujetos se abre un horizonte de motivaciones: soledad y carencias afectivas, necesitar un creciente número de encuentros con otros hombres como mecanismo para conocer al ‘príncipe azul’, sexo riesgoso como muestra de amor, erotización del riesgo, rebeldía contra las normas que promueven continuamente el uso del condón, evadir la conciencia de vivir con VIH, entre otras. Cada sujeto tiene, finalmente, sus motivos, y el modo en que las políticas e intervenciones en salud abordan este problema consisten en el escándalo, la condena moral o los intentos por reeducar o modificar las conductas.

Los desafíos que plantea la prevención ponen en evidencia que las campañas de información, aunque necesarias, no son suficientes cuando lo que está en juego es el modo de goce de los sujetos, que no es alcanzado por dichas campañas. La información debe ser clara, directa y precisa, pero aun así hay que saber que la información de un sujeto depende también de cómo se enlaza con otros aspectos relativos a su organización libidinal, a su deseo y su goce que son “saberes no sabidos”, es decir, inconscientes. El sujeto mantiene una relación complicada con su satisfacción. El modo de goce del sujeto, junto con otros factores personales y sociales, estaría implicado en el hecho constatado de que la información sobre la prevención nunca es suficiente. (Irizar, 2012: 2)

El psicoanálisis, desde Freud, nos enseña que la salud no es siempre la prioridad para el sujeto, mostrándonos cómo el sujeto se satisface justamente en el mismo lugar donde se topa con algo que le hace daño. Si se parte de esta premisa, cualquier intervención en salud mental orientada por el psicoanálisis deberá dar cabida al sujeto del inconsciente, uno por uno, para que se haga responsable del goce que está en juego en sus síntomas, en sus actos y repeticiones, para que partir de esta particularidad, de su singularidad, pueda apostar de forma decidida por su deseo... y reinventar su lazo con el otro.

Referencias

- Bassols, M. (2011). *Tu Yo no es tuyo. Lo real del psicoanálisis en la ciencia*. Buenos Aires, Argentina: Tres Haches.
- Bennett, S.E. y Assefi N. P. (2005). Programas de prevención del embarazo entre adolescentes en la escuela: revisión sistemática de los estudios clínicos controlados aleatorizados. *Journal of Adolescent Health*, 36(1), 72-81
- Brousse, M.H. (2000). De quoi souffre-t-on? Mental: *Revue de la EuroFederation de Psychanalyse*, (7).
- Bruner, J. (1990). *Actos de significado: Más allá de la revolución cognitiva*. Madrid, España: Alianza.
- Canguilhem, G. (1971). *Lo normal y lo patológico*. Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI.
- Carr, A. (2007). *Psicología positiva: La ciencia de la felicidad*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Freud, S. (1937). Análisis terminable e interminable. En *Obras Completas*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Fonagy, P., Sandler, J, Person, E., (2004) *On Freud's "Analysis Terminable and Interminable"*. New York, EE.UU: Karnac Books.
- Foucault, M. (1976). *La historia de la locura en la época clásica*. México: Fondo de cultura económica.
- Galende, E. (1997). *De un horizonte incierto. Psicoanálisis y salud mental en la sociedad actual*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Galende, E. (2008). *Psicofarmacos y salud mental. La ilusión de no ser*. Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial
- Gallo, H. (2011). Salud mental para todos versus el caso único. The Wannabe. *Revista de la Nueva Escuela Lacaniana*, 8, 2-10.
- Gonzalez Rey, F. (2002). *Sujeto y subjetividad: Una aproximación histórico-cultural*. México D.F., México: Thomson.
- Gonzalez Rey, F. (1999). *La investigación cualitativa en psicología: Rumbos y desafíos*. Sao Paulo: Educ.
- Guimón, J. (2004). *Eficacia de las terapias en salud mental*. Bilbao, España: Desclée Debrower.

- Hacking, I. (2006). Making up people. En T.C. Heller (Ed.). *Reconstructing individualism: Autonomy, Individuality and the Self in Western Thought*. (pp. 161-171). Stanford University Press.
- Hausser, U. (2009). Niños hiperactivos y con déficit de atención: Tiempo de despertar. *Magazine a Fondo*, XL, 34-39.
- Huxley, A. (1998). *A Brave New World*. Londres: Harper Publishers.
- Irizar, L. (2012). *Los obstáculos de la prevención*. *Red de Psicoanálisis y Medicina*. Barcelona. <http://redpsicoanalisisymedicina.blogspot.com.es/2012/07/los-obstaculos-en-la-prevencion.html>
- Izagirre, G. (1999) Salud y enfermedad. En Yospe, J. y Izagirre, G. *Salud mental y psicoanálisis* (pp. 253-259). Buenos Aires, Argentina: Eudeba.
- Izagirre, G. (1999) Programas de salud mental: Definiciones. En Yospe, J. y Izagirre, G. *Salud mental y psicoanálisis* (pp. 253-259). Buenos Aires: Eudeba.
- Jaury, M.-P. (2010). *L'enfance sous contrôle*. Documental de 52'. Producido por Point du Jour, Intuitive films, Arte France, Société Radio Canada y CNRS Images.
- Lacan, J. (1992). *El Seminario, Libro 17. El reverso del psicoanálisis*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Lacan, J. (1998). *Proposición del 9 de octubre de 1967*. Barcelona, España: Petrel.
- Laurent, E. (2000). *Psicoanálisis y salud mental*. Buenos Aires, Argentina: Tres Haches.
- Laurent, E., Furman, M., Scheinkestel, A., Skiadaressis, R., Yellati, N. (2007). Algunas consideraciones sobre la articulación entre la psiquiatría y el psicoanálisis. En Laurent, E., Skiadaressis, R., Yellati, N., Scheinkestel, A., Furman, M. *Psiquiatría y psicoanálisis. Diagnóstico, institución y psicofármacos en la clínica actual* (pp. 17-30). Buenos Aires, Argentina: Grama.
- Laurent, E. (2011). La ilusión científicista, la angustia de los sabios. *Revista Freudiana*. (62), Barcelona.
- Martínez, L. y Castro, X. (2012). "Representaciones sociales de los médicos y el personal paramédico respecto a los trastornos de la conducta alimentaria". Tesis de pregrado en Psicología, Universidad Icesi.
- Matusevich, D. y Pieczanski, P. (2009). Algunos elementos del pensamiento bioético en psiquiatría: de Auschwitzh al DSM V (pasando por Siberia). En J.C. Fantin y P. Fridman (Comp.) *Bioética, salud mental y psicoanálisis*. Buenos Aires, Argentina: Polemos.

- Miller, J.A. (2004). De la utilidad social de la escucha. *Virtualia: Revista digital de la Escuela de la orientación lacaniana*, 10, 2-5.
- Miller, J.A. (2006). La era del hombre sin atributos. *Virtualia: Revista digital de la Escuela de la orientación lacaniana*, 16, 2-20.
- Miller, J-A., Milner, J-C. (2004) *¿Desea usted ser evaluado?* Málaga: Miguel Gómez ediciones.
- Miller, J-A. (2007). Salud mental y orden público. En: *Introducción a la clínica lacaniana*. Barcelona, España : ELP/RBA Libros.
- Milner, J-C. (2007). *La política de las cosas*. Málaga: Miguel Gómez ediciones.
- Ministerio de Protección Social (2007). *Política Nacional del Campo de la Salud Mental Documento-Propuesta para Discusión y Acuerdos*. Bogotá, Colombia: Ministerio de Protección Social.
- Morao, M. (2005). La tendencia actual a eliminar los síntomas. *Virtualia: Revista digital de la Escuela de la orientación lacaniana*, 13, 2-8.
- Nepomiachi, R. (2004). Imagen, satisfacción y desubjetivación. *Virtualia: Revista digital de la Escuela de la orientación lacaniana*, 12, 2-3.
- Organización Mundial de la Salud (2004). *Promoción de la salud mental: Conceptos, evidencia emergente y práctica*. (2004) Informe compendiado. Departamento de salud mental y abuso de sustancias de la OMS: Organización Mundial de la Salud, Fundación Victorian para la promoción de la salud y la Universidad de Melbourne.
- Pérez, J.F. (2010). Acerca del concepto de salud mental. En: Ruiz L., Adolfo. *El silencio de los síntomas: la salud mental*. Serie Cursos Introdutorios No. 3. Medellín: Ed. NEL-Medellín.
- Peteiro, J. (2010). *El autoritarismo científico*. Barcelona, España: Miguel Gómez Ediciones.
- Posada, J., Torres, Y., Calderon, H., Rojas de Botero, M. (1995). *Estudio nacional de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas- Colombia 1993*. Bogotá: Ministerio de Salud.
- Posada, J., Borda, Y., Oviedo, D., Oviedo, E. (1997). Utilidad de un nuevo instrumento para la evaluación de la calidad de la atención en salud mental. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, XXVI.3.

- Posada, J., Aguilar, S., Gaxiola C., Gómez L. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados preliminares del estudio nacional de salud mental, Colombia 2003. *Revista Colombiana de psiquiatría*, XXXIII.4.
- Prieto, A. (2002). Salud mental: Situación y tendencias. *Revista Salud Pública*, 4 (1), 74-88.
- Sadler, J.Z., Wiggins, Schwartz, M.A., O.P.; (Eds). (1994). *Philosophical Perspectives on Psychiatric Diagnostic Classification*. Baltimore, EE.UU: The Johns Hopkins University Press.
- Sánchez, H. (2011). Heurísticos y sesgos cognitivos en la toma de decisiones respecto a la adopción y/o abandono de la conducta saludable. En *Avances y perspectiva en psicología de la salud*. Bogotá: Colegio Colombiano de Psicólogos.
- Sanin, A.L. (2011). Perspectivas metodológicas en la investigación psicoanalítica de los fenómenos psicosociales. Ideas para un debate. En D.P Carmona (Comp.) *El asunto del método de la investigación psicoanalítica* (pp. 152-168). Medellín, Colombia: Universidad de Antioquia.
- Speizer I.S., Magnani R.J., Colvin C. E. (2003). La efectividad de las intervenciones de la salud reproductiva en adolescentes en países en vías de desarrollo: revisión de la evidencia. *Journal of Adolescent Health*, 33(5), 324-348
- Szwarc, S. (2005). Subjetividad y paradigma. *Virtualia: Revista digital de la Escuela de la orientación lacaniana*, 13, 2-8.
- Tarrab, M. (2001). Un lazo social inédito. *Virtualia: Revista digital de la Escuela de la orientación lacaniana*, 2, 2-14.
- Velasco, M., Botero, P., Londoño, C. (2011). *Recursos psicológicos: Afrontamiento, optimismo y calidad de vida*. *Avances y perspectivas en psicología de la salud*. Bogotá, Colombia: Colegio Colombiano de Psicólogos.