UFLO UNIVERSIDAD

FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y CIENCIAS SOCIALES

# Despatologización de los Trastornos Mentales: Un Análisis Integral del Impacto Histórico en la Sociedad y su Influencia en la Percepción y Tratamiento Actuales de las Enfermedades Mentales

**Estudiante:** Carvalho Gava, Fernanda

**Legajo:**

**Director/es:** Daniel, Ester

**Co-director/es:** Vodovotz, Gabriel

Tesis de Maestría presentada para acceder al título de Maestría en Psicología Social

**2024**

UFLO UNIVERSIDAD

# FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN DE OBRAS EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL DE LA UFLO UNIVERSIDAD

**RIUFLO** - *Repositorio Institucional de la Universidad de Flores* - fue creado para gestionar y mantener una plataforma digital de acceso libre y abierto para la difusión de la creación intelectual de la Universidad de Flores.

El autor cede a la Universidad de forma gratuita pero no exclusiva, los derechos de reproducción, de distribución y de comunicación pública de su obra, a través del RIUFLO. Por lo tanto, la Universidad adopta para los ítems allí depositados la Licencia Creative Commons atribución - no comercial 4-0 internacional que siempre requerirá que se cite la fuente y se reconozca la autoría. De solicitar otras limitaciones, el autor podrá detallarlas en forma expresa o a través de la elección de otro modelo de Licencia.

**Autorizo la publicación de la obra en el RIUFLO (seleccionar una opción):**

A partir del día de la fecha de aprobación de la Tesis [x ]

A partir de otra fecha, especificar: … / … / …

Lugar y fecha: 21/10/2024

Firma y aclaración del autor: Fernanda de Carvalho Gava

**Dedicatoria:**

Dedico este trabajo a mi pequeña Lis, con la esperanza de inspirarla a siempre seguir sus sueños. A mi mayor compañero e incentivador, Gustavo, quien nunca escatimó esfuerzos para que llegara hasta aquí. Y a mis padres, sin quienes nada de esto habría sido posible.

# Despatologización de los Trastornos Mentales: Un Análisis Integral del Impacto Histórico en la Sociedad y su Influencia en la Percepción y Tratamiento Actuales de las Enfermedades Mentales

**Resumen**

La presente tesis examina la despatologización de los trastornos mentales, analizando el impacto histórico de las percepciones y tratamientos psiquiátricos en la sociedad y su influencia en la actualidad. El estudio revisa cómo, históricamente, la psiquiatría ha contribuido a la marginalización de individuos al clasificar comportamientos y características como patologías, a menudo sin una base científica suficiente. Se destaca cómo el aumento exponencial de diagnósticos en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), de 179 en 1900 a 2032 en 2022, responde no solo a avances médicos, sino también a cambios en las dinámicas sociológicas y culturales. Se exploran los efectos del estigma social y la medicalización de la vida cotidiana, incluyendo cómo los medios de comunicación perpetúan estereotipos negativos sobre las personas con trastornos mentales, asociándolos con características como violencia e improductividad. La investigación concluye que la proliferación de diagnósticos psiquiátricos y el sobrediagnóstico, especialmente en niños, ha generado un impacto significativo en la percepción social de la salud mental, promoviendo una patologización innecesaria de comportamientos considerados normales. Las conclusiones destacan la necesidad de un enfoque más equilibrado y crítico en la psiquiatría moderna, que evite la medicalización excesiva y promueva una comprensión más inclusiva de las diferencias individuales. Se sugiere que las iniciativas educativas en escuelas y lugares de trabajo son fundamentales para reducir el estigma y fomentar una cultura de aceptación e integración social.

**Palabras clave:** Despatologización, trastornos mentales, estigmatización, medicalización, psiquiatría, salud mental, sociedad, sobrediagnóstico.

**INDICE**


| | | Pág. |
|---|---|---|
| 1.- INTRODUCCIÓN | …….. | 7 |
| 2.- ANTECEDENTES | …….. | 10 |
| 2.1 Evolución Histórica de la Psiquiatría: La Primera Revolución Psiquiátrica | …….. | 11 |
| 2.2 Impacto de los Tratados de Morel en la Construcción de la Identidad Psiquiátrica | …….. | 12 |
| 2.3 Contribuciones a la Teoría de la Degeneración: Un Análisis de las Categorías Iniciales de Morel | …….. | 13 |
| 2.4 La Evolución de las Teorías Causales: De la Degeneración al Anclaje Neurológico | …….. | 14 |
| 2.5 La Evolución de la Psiquiatría: De la Estigmatización a la Humanización | …….. | 15 |
| 3.- MARCO TEÓRICO | …….. | 23 |
| 3.1 Alineación y estigma social | …….. | 23 |
| 3.2 Comprensión biológica y social sobre los trastornos mentales | …….. | 24 |
| 3.3 Participación de la sociedad en el afianzamiento del estigma | …….. | 26 |
| 3.4 Consecuencias en la persona estigmatizada | …….. | 28 |
| 3.5 Estigmatización, categorización y la responsabilidad del estado | …….. | 31 |
| 3.6 La percepción patologizante y la dualidad que refuerzan los estigmas | …….. | 33 |
| 3.7 medicalización de los trastornos mentales | …….. | 35 |
| 4.- PLANTEO DEL PROBLEMA | …….. | 39 |
| 4.1 Objetivos De La Investigación | …….. | 41 |
| 4.2 Preguntas de investigación | …….. | 41 |
| 4.3 Justificación | …….. | 42 |
| 4.4 Viabilidad | …….. | 42 |
| 4.5 Consecuencias | …….. | 42 |
| 5.- METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN | …….. | 44 |
| 5.1. Método: | …….. | 44 |
| 5.2. Diseño: | …….. | 44 |
| 5.3. Participantes | …….. | 44 |
| 5.4. Técnicas de recolección de datos | …….. | 45 |

5.5. Procedimiento ……... **45**
5.6 Cronograma de Actividades ……... **47**
6.- ANÁLISIS Y RESULTADOS ……... **49**
7.- CONCLUSIONES ……... **57**
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS ……... **68**
ANEXOS ……... **74**
Anexos 1: Formulario Google Form ……... **74**
Anexo 2: Respuestas en Gráfico de Torta ……... **76**

## 1.- INTRODUCCIÓN

La despatologización, como concepto central en esta reflexión, invita a examinar cómo a lo largo de los siglos se ha relegado al individuo a los márgenes de la sociedad simplemente por no adaptarse a las normas impuestas por los ámbitos sociales, económicos, políticos y capitalistas contemporáneos. Aquellos que escapan a la definición de normalidad establecida por manuales de psiquiatría, medicina y psicología son frecuentemente estigmatizados y considerados problemas a resolver (Mascayano, 2015). Es imperativo dejar de asociar las diferencias individuales y las diversas formas de vivir y relacionarse con el mundo como indicadores de capacidad para estar en la sociedad.

La proliferación alarmante en los últimos años de diagnósticos psiquiátricos y patologías mentales en diversos contextos, como clínicas privadas, instituciones de salud pública, entornos educativos, religiosos y culturales, ha captado la atención y suscitada preocupación. Los medios de comunicación, tanto formales (periódicos y revistas) como informales (redes sociales), desempeñan un papel destacado en la difusión y amplificación de estos trastornos, generando una inclusión negativa y creciente de individuos con diagnósticos insuficientemente fundamentados.

Esta medicalización de la vida, evidenciada por el tratamiento indiscriminado de comportamientos desviados de la norma socialmente establecida como problemas a tratar, es una característica definitoria de la sociedad posmoderna (Mascayano, 2015). La psicología y la sociología se han dedicado a estudiar y comprender este fenómeno patológico social, donde comportamientos antes considerados naturales ahora son vistos como trastornos dignos de intervención.

Por tal motivo, esta investigación inició con una revisión bibliográfica de autores que, al percibir la creciente patologización, buscan comprender este fenómeno y critican el aumento desmesurado de diagnósticos psiquiátricos y el uso indiscriminado de psicotrópicos. Es crucial señalar el incremento exponencial en el número de diagnósticos y enfermedades psiquiátricas en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE),

pasando de 179 en su primera edición (1900-1909) a 2032 en su décima edición (1993-2022).

Este incremento no solo se debe a avances en sistemas médicos y tecnologías, sino también a la inclusión social de nuevas categorías patológicas, respondiendo a dinámicas sociológicas. La línea entre lo normal y lo patológico se ha diluido, relegando comportamientos, actitudes y sentimientos inherentes a la experiencia humana a la categoría de trastornos. La variedad conductual de los individuos, como la timidez, la introversión o preferencias personales, ahora se etiqueta como patológica, evidenciando una transformación en la conceptualización de la salud mental y la existencia humana.

En este contexto, es crucial comprender y cuestionar la relevancia y utilidad de la expansión desmesurada de categorías diagnósticas, considerando su impacto en la percepción y el tratamiento de los trastornos mentales en la sociedad actual, según los objetivos de nuestra investigación.

Al finalizar la investigación y teniendo en cuenta los resultados obtenidos, se ha llegado a una serie de conclusiones de gran relevancia para el presente estudio, de las cuales destacan que, a pesar de avances, aún existe un estigma significativo hacia personas con trastornos mentales, manifestado de forma más sutil pero igualmente perjudicial. El rechazo social lleva a la exclusión del entorno familiar, laboral y social, afectando no solo a los individuos, sino también a sus familias.

Además, Los medios de comunicación y los discursos sociales perpetúan estereotipos negativos sobre las personas con trastornos mentales, asociándolas con características como la violencia y la improductividad. Esto contribuye a la discriminación y dificulta la integración social. Aunado a esto, el sobrediagnóstico y la medicalización prematura, especialmente en niños, han aumentado, patologizando comportamientos normales y ampliando innecesariamente los diagnósticos psiquiátricos. Esta tendencia

puede ser contraproducente, afectando negativamente la salud mental y social de las personas.

Por los tanto, es crucial promover la educación y el diálogo sincero sobre los trastornos mentales para reducir prejuicios y fomentar la inclusión. Las iniciativas educativas en escuelas y lugares de trabajo son clave para desmantelar estigmas y fortalecer una cultura más comprensiva y acogedora. Y aunque se han dado pasos hacia una reforma psiquiátrica, la tendencia a la patologización y la influencia de intereses económicos y sociales han dificultado un progreso real.

## 2.- ANTECEDENTES

El surgimiento de la psiquiatría como una disciplina destinada a comprender y estudiar los misterios de la mente humana data del siglo XVIII, encontrando sus primeras raíces en la figura destacada de Philippe Pinel. El interés histórico por las diversas manifestaciones del comportamiento humano, tanto a nivel individual como social, ha sido un motor constante para la formulación de ideas y teorías. Hipócrates, en el siglo V a.C., emerge como uno de los primeros pensadores en explorar la mente humana, planteando la idea de que enfermedades como la epilepsia se originan en el cerebro, desvinculándolas de explicaciones espirituales previas (Caponi, 2009). Platón, siglos después, contribuye al pensamiento sobre la mente al postular un dualismo entre el cuerpo y la mente, una perspectiva que René Descartes retomaría en el siglo XVII.

Por otro lado, Parménides abogó por un enfoque monista, argumentando que la unidad fundamental, el ser, es la base de todas las cosas. Este enfoque monista ha resonado a lo largo del tiempo y se refleja en teorías modernas como el conductismo y el funcionalismo, así como en la filosofía de Spinoza, quien destacó la importancia del entorno en la formación de la identidad individual y el poder de afectar y ser afectado por el entorno circundante

A medida que estas concepciones filosóficas sentaron las bases para entender la mente, la psiquiatría emergió como una disciplina científica en el siglo XVIII con el objetivo de explorar y abordar los sufrimientos y patologías mentales. Philippe Pinel, reconocido como un pionero en este campo, marcó un hito al abogar por tratamientos humanitarios y el abandono de métodos coercitivos en el tratamiento de personas con enfermedades mentales. Desde entonces, la psiquiatría ha evolucionado en respuesta a los avances en la comprensión de la mente y las enfermedades mentales, y su historia refleja una constante búsqueda de métodos más efectivos y compasivos para abordar los desafíos de la salud mental. (Caponi, 2009)

## 2.1. Evolución Histórica de la Psiquiatría: La Primera Revolución Psiquiátrica

El siglo XII marca un cambio paradigmático significativo en la percepción y atención a las personas con sufrimiento mental. En este periodo, se desecha la noción de que estos individuos estaban poseídos por espíritus malignos, dando paso a lo que puede considerarse la primera revolución psiquiátrica. Este momento clave se caracterizó por el reconocimiento de los enfermos mentales, el establecimiento de hospitales psiquiátricos especializados, la formulación de métodos y técnicas de tratamiento, y la aparición de la figura del psiquiatra, encargado de supervisar y dirigir los tratamientos y la gestión hospitalaria (Jorland, 2006).

Johann Christian Reil (1759-1813), un pensador filosófico-especulativo, desempeñó un papel crucial en esta transformación al acuñar el término psiquiatra. Durante este periodo, también surgieron otras corrientes de pensamiento, como la ético-religiosa (donde se consideraba que la enfermedad mental resultaba del pecado), la moralizante (ligando la enfermedad mental a una vida emocional conflictiva) y la romántica (donde se valoraba la intuición por encima de la experiencia). Elementos de estas corrientes aún persisten hoy como indicadores de las posibles causas de los trastornos mentales (Caponi, 2009).

En 1857, Bénedict-Augustin Morel (1809-1873) introdujo la teoría de la degeneración, destacando la herencia como factor clave en las causas de los trastornos mentales. Su tratado, *Sobre las degeneraciones* abordó aspectos antropológicos y buscó comprender y tratar estas enfermedades. Posteriormente, en 1860, Morel continuó sus investigaciones con el libro Tratado de las enfermedades mentales, donde subrayó la conexión entre la herencia y la degradación de la raza, planteando la posibilidad de extinción en generaciones futuras afectadas por estas enfermedades mentales. (Morel, 1857)

## 2.2. Impacto de los Tratados de Morel en la Construcción de la Identidad Psiquiátrica

La comprensión de la relevancia de los tratados de Morel en la conformación de la identidad y el pensamiento predominante en la psiquiatría es esencial para este proyecto, ya que establecieron fundamentos que persisten en el discurso actual de esta disciplina. A pesar de las controversias y sesgos presentes en estos estudios, la psiquiatría contemporánea aún se apoya en conceptos neurológicos y trastornos cerebrales cuya validez sigue siendo objeto de debate.

Un aspecto crucial a examinar es el papel de la farmacología y la higiene social en este proceso evolutivo de la psiquiatría. La disciplina emergió como una respuesta social a aquellos que se desviaban de la norma. Morel propuso una intervención activa de los psiquiatras en la sociedad, instándolos a abandonar sus consultorios y adentrarse en la calle para identificar y tratar a individuos desviados según principios morales de higiene, profilaxis y tratamiento de afecciones agudas (Caponi, 2009).

El llamado de Morel a separar a estos individuos de la sociedad, utilizando métodos coercitivos si era necesario, refleja la urgencia de garantizar la seguridad pública y social. La higiene y la profilaxis moral se convirtieron en instrumentos de un fiscalismo hereditario, donde los psiquiatras asumieron el papel fundamental de prevenir la transmisión de rasgos considerados perjudiciales a las generaciones futuras.

En el contexto de la sociedad industrial burguesa, la psiquiatría proporcionó respuestas a la exclusión social. Las soluciones higienistas propuestas por Morel coincidieron con las necesidades de la época. Las ideas de degeneración, científicamente fundamentadas, desplazaron la percepción de que las desgracias individuales estaban arraigadas en lo social, político, económico y de salud pública. Se postuló que el problema residía en el individuo, no en la sociedad (Caponi, 2009).

La teoría de la degeneración se introdujo en un momento crítico para la psiquiatría, buscando respaldo científico sólido para otorgarle igual estatus y respeto que otras

disciplinas médicas. La clasificación etiológica propuesta por Morel, que abarcaba desde alienaciones hereditarias hasta diversas formas de locura, consolidó la posición de la psiquiatría como una ciencia que ofrecía explicaciones precisas y rigurosas sobre los fenómenos de la locura (Jorland, 2006).

### 2.3. Contribuciones a la Teoría de la Degeneración: Un Análisis de las Categorías Iniciales de Morel

Las primeras categorías de enfermedades mentales estudiadas por Morel, especialmente aquellas relacionadas con la herencia, desempeñaron un papel fundamental en el desarrollo y la cientificación de la psiquiatría. Estas categorías proporcionaron a los alienistas estudios detallados y fundamentos sólidos para respaldar y discutir casos clínicos, contribuyendo así a la legitimación de sus prácticas.

Dentro de este contexto, otros pensadores como Herbert Spencer y August Weismann también influyeron en las discusiones sobre los procesos hereditarios de las patologías mentales. Spencer, al estudiar la organización evolutiva de la psique, propuso que las asociaciones formadas en un individuo expuesto a situaciones repetitivas eran hereditarias y daban origen al instinto. Según su concepción, la memoria y la inteligencia surgirían como funciones secundarias a este instinto, postulando una jerarquía en el desarrollo psíquico.

Por otro lado, Weismann cuestionó la teoría de la herencia de caracteres adquiridos al predecir que las células germinales, portadoras de los caracteres hereditarios, pertenecían a un linaje independiente de las células somáticas. Esta perspectiva desafiante tuvo implicaciones significativas para la comprensión de la transmisión de características a través de las generaciones y contribuyó al debate sobre la herencia.

Contrariamente a las teorías que desafiaban la noción de degeneración, estos estudios reforzaron su visibilidad y la fortalecieron en el ámbito de la psiquiatría. Para Magnan y Legrain (1895):

> De hecho, es mérito de Morel haber señalado la transformación de las especies a través de la herencia, fenómeno patológico en virtud del cual los descendientes ya no presentan, después de un cierto número de generaciones, los mismos atributos que los ascendientes, sino nuevos atributos físicos e intelectuales fijos, inmutables, que los diferencian del tipo común de la especie y que configuran nuevos seres que él califica de degenerados... Esta concepción tomó una forma tan luminosa en la mente de Morel que pronto describió, en su tratado sobre las enfermedades mentales (1860) un nuevo grupo de locuras bajo el nombre de alienaciones hereditarias, un grupo muy vasto, el más amplio en su clasificación (p. 43).

Posteriormente, Magnan refinó la teoría de Morel, introduciendo una distinción crucial entre individuos predispuestos a enfermedades mentales debido a la degeneración y aquellos no predispuestos, pero también afectados. Esta distinción, centrada en el individuo degenerado, se convirtió en la base sobre la cual la psiquiatría construyó la noción del individuo desequilibrado. La teoría de la degeneración, así consolidada y adaptada, continuó influyendo en la comprensión de las enfermedades mentales y en la formulación de prácticas y políticas psiquiátricas.

### 2.4. La Evolución de las Teorías Causales: De la Degeneración al Anclaje Neurológico

El cambio semántico de lo degenerado a lo desequilibrado refleja una transición en la conceptualización de las enfermedades mentales, marcada por el anclaje neurológico patológico localizacionista. Este cambio buscaba describir y comprender las causas orgánicas de los trastornos mentales, estableciendo así las bases para los estudios posteriores en psiquiatría y neurología.

Se inicia el delineamiento de las características exógenas y endógenas que contribuyen a las enfermedades mentales. En el ámbito exógeno, factores como el consumo de alcohol, otras drogas, traumas y un estilo de vida desordenado son

identificados como posibles desencadenantes. En contraste, las causas endógenas se simplifican en una única condición: la predisposición genética.

El apogeo de la teoría de la degeneración persistió hasta 1895. A partir de entonces, nuevas explicaciones ganaron relevancia, como el alcoholismo, la neurastenia y, especialmente, la histeria, gracias a los estudios de Charcot y Freud. No obstante, es crucial señalar que la teoría de la degeneración no fue totalmente desplazada ni abandonada; sus vestigios continuaron influyendo en la psiquiatría y sirvieron como respuestas a movimientos sociales que abogaban por la limpieza social y la eugenesia.

En el contexto brasileño, Murilo de Campos, un psiquiatra del siglo XX, reflejó perspectivas discriminatorias al relacionar trastornos mentales con la raza. Su postura, compartida por muchos en la categoría psiquiátrica, sugería una supuesta superioridad racional blanca sobre una inferioridad afectiva negra. Esta visión prevaleció durante los siglos XIX y XX, contribuyendo a la estigmatización racial en el ámbito psiquiátrico.

Cesare Lombroso, destacado criminólogo del siglo XIX, llevó adelante estudios que buscaban establecer una conexión entre delincuencia y características morfológicas y fisiológicas. Su teoría, plasmada en *El delincuente*, afirmaba que los delincuentes eran seres atávicos y salvajes, nacidos con características físicas y psicológicas que los predisponían al crimen. Lombroso abogó por el castigo en lugar de la resocialización, sustentando una visión biológica y determinista de la criminalidad.

### 2.5. La Evolución de la Psiquiatría: De la Estigmatización a la Humanización

La concepción de Cesare Lombroso, en la que los criminales eran vistos como individuos innatamente predispuestos al delito, dejó una marca perdurable que persiste hasta hoy. La asociación entre locura y criminalidad establecida por Lombroso contribuyó al estigma que todavía afecta a aquellos que padecen trastornos mentales. Aunque permitió que las ciencias médicas ingresaran al ámbito jurídico, su legado discriminatorio prevalece en la percepción social actual. La visión de ciertas poblaciones, especialmente

negras y vulnerables, como intrínsecamente desequilibradas y propensas a la delincuencia, se deriva en parte de los estudios lombrosianos. Nombres prominentes como Campos y Lombroso contribuyeron significativamente a la perspectiva eugenista de la locura.

La historia de la locura y la psiquiatría experimentó cambios significativos a lo largo de los siglos. La visión inicial de la antigua Grecia, que consideraba a las personas delirantes como poseedoras de dones innatos y conexión directa con lo divino, evolucionó con los eventos históricos y la dinámica social. A partir del siglo IV a.C., Hipócrates desplazó la locura de la esfera mágica y sobrenatural a la esfera médica, abriendo la puerta a investigaciones más científicas.

En la Edad Media, con la influencia renovada de la Iglesia, las explicaciones médicas fueron eclipsadas nuevamente por interpretaciones demoníacas y sobrenaturales. Este período se caracterizó por hospitalizaciones masivas de individuos con comportamientos socialmente no aceptados, quienes fueron etiquetados como desviados y excluidos de la sociedad. A finales del siglo XVIII, Philippe Pinel, considerado el padre de la psiquiatría moderna, desempeñó un papel crucial al introducir una perspectiva médica sobre la locura.

Pinel revolucionó los métodos de tratamiento, reemplazando prácticas crueles y agresivas con enfoques más colaborativos y resocializadores. Eliminó castigos como sesiones de vómitos, sangrías y purgas, además de liberar a los pacientes de las cadenas que los mantenían atrapados. Su trabajo en el hospital de Bicêtre, en París, se basó en la observación sistemática de los pacientes y el análisis de los fenómenos perceptibles de la enfermedad en cada individuo, marcando así una transición hacia una psiquiatría más humanizada y centrada en el cuidado de la salud mental.

Philippe Pinel desempeñó un papel fundamental en la transformación del tratamiento de los trastornos mentales, introduciendo una perspectiva que consideraba factores físicos, hereditarios y morales en el desarrollo de enfermedades mentales. En su

enfoque, la alienación mental se conceptualizaba como una enfermedad orgánica sin lesiones estructurales o inflamaciones evidentes, y sus causas se atribuían a cuestiones físicas, hereditarias y, sobre todo, morales.

Pinel desarrolló el tratamiento moral, una pedagogía normalizadora que incorporaba horarios y rutinas estrictamente establecidos según las necesidades individuales de cada paciente. Este tratamiento también incluía medicamentos recetados exclusivamente por el médico responsable, en contraposición a la práctica anterior en la que cualquier profesional del hospicio podía administrar medicamentos. Además, se integraron actividades laborales y de ocio en el tratamiento, marcando un cambio significativo en la forma en que se abordaban las enfermedades mentales.

Estos cambios en la metodología de tratamiento allanaron el camino para el desarrollo posterior de la psicología y la psiquiatría. Pinel abrió la puerta a la observación y análisis de los fenómenos perceptibles de las enfermedades mentales, lo que permitió la creación de una semiología de los trastornos mentales, así como la elaboración de clasificaciones y enfoques clínicos específicos para cada caso y enfermedad. Su enfoque científico y metodológico sentó las bases para la interpretación de los signos expresados por los pacientes, incluyendo gestos, comportamientos, expresiones faciales, movimientos y emociones, como elementos fundamentales para comprender y tratar las patologías mentales.

Pinel (2007) explica la intencionalidad de su investigación:

> (…) me era necesario, por tanto, un estudio de los ideólogos franceses e ingleses para partir de un término fijo y expresar el carácter distinto de las diferentes especies de pueblos alienados, descartando de paso todo tema controvertido, toda discusión metafísica: la marcha seguida en todas partes de la historia natural me sirvió de guía, me aferré a los signos externos, a los cambios físicos que podían corresponder a las lesiones de las funciones intelectuales y

> afectivas: así son los rasgos de la fisonomía, los gestos. , los movimientos, que son como presagios del próximo estallido de una ola de manía; No se omitió la expresión de la fisonomía, que caracteriza el acceso en su apogeo o descenso, así como las diversas formas del cráneo relacionadas con lesiones de los sentidos internos, y que se convirtieron en objeto especial de mi investigación (p. 37).

Como se puede apreciar, Philippe Pinel destaca la necesidad de estudiar a los ideólogos franceses e ingleses para comprender las diferentes especies de personas alienadas. Su enfoque se basa en la historia natural, evitando debates metafísicos, y se centra en los signos externos y cambios físicos que podrían indicar lesiones en las funciones intelectuales y afectivas. Pinel destaca la importancia de la observación de rasgos como la fisonomía, los gestos y los movimientos, así como las formas del cráneo, como indicadores significativos en su investigación sobre las enfermedades mentales.

Hasta el momento, pensamos y construimos la trayectoria histórica de los entendimientos sociales frente a la locura, los padecimientos y las formas segregantes que la sociedad puede construir alrededor de lo que no es aceptado. Los siglos XII, XIII, XIX y XX mostraron un importante paso y cambio en los conceptos de cómo la sociedad entendía, apoyaba y discriminaba a los sujetos y sus condiciones. Un crecimiento que arrancó de la espiritualidad y de poderes sobrehumanos, hasta la total exclusión y estigmatización a través del aislamiento y de grandes internaciones, pues estos individuos pasaron a ser vistos como peligrosos, incurables y absolutamente improductivos.

Los personajes locos de las tragedias griegas representaban diferentes formas de la locura; los diálogos discurrían sobre ella, los personajes apuntaban causas u orígenes de la alienación, relataban delirios, cambios emocionales, estados de desorden afectivo, episodios de desadaptación social, de descontrol pasional. La actuación y las características de los personajes reflejan, a los ojos de hoy, perfectos cuadros clínicos de la locura. Pero aún es frecuente en la tragedia griega la designación de discursos y acciones con términos como locura, manía, delirio, desvarío, furor loco, entre otros.

La locura era descrita y reflejada como pertenencia de la sociedad y de la vida cotidiana, hecho que cambió bruscamente retirando, al máximo posible, al loco del convivir diario y del entendimiento social. Sin embargo, al final del siglo XX e inicio del siglo XXI, algunos importantes cambios en la visibilidad y cuidados comenzaron a surgir. Pero fueron cambios realmente relevantes en el sentido de la disminución de los estigmas y mejoras en la calidad de vida e integración social para esos sujetos, ¿o apenas formas políticamente más correctas de hacer las mismas violencias?

Franco Basaglia fue uno de los grandes representantes de esas reformas, e implementó, a corto plazo, reformulaciones en los sistemas de cuidado que representan, hasta hoy, una de las directrices más respetadas que es el de cuidado en libertad. Por siglos, enfermos, delincuentes, prostitutas, alcohólicos, ladrones y extraños compartían el mismo lugar, donde la diversidad de la naturaleza de su anormalidad venía apisonada y nivelada a un elemento común a todos: el desvío de la norma y de sus reglas, unida a la necesidad de aislar lo anormal de las interacciones sociales. Los muros del asilo limitaban, contenían y ocultaban al endemoniado, o loco, como expresión del mal involuntario e irresponsable del espíritu, junto al delincuente, expresión del mal intencional, responsable. (Basaglia, 1982).

Y así, el autor antes mencionado sustenta todo un trabajo y toda una lucha en el sentido de poder demostrar la inutilidad terapéutica de los grandes manicomios y la necesidad real de cuidar, tanto del trastorno, como del retorno a la sociedad. De ahí la opción por una práctica basada, desde el inicio, en la ruptura de todos los mecanismos institucionales que podían continuar reproduciendo la separación y el secuestro, hacia afuera de la vida social, de quien entraba en contacto con la institución, sea él ya un interno o un nuevo usuario.

El objetivo prioritario de los primeros hechos de la transformación institucional se volvió, así, la reconstrucción de la persona y de su identidad social: despedazar todas las normas que regulaban la dependencia personal del interno; reconstruir concretamente su

identidad como persona jurídica; recuperar los recursos económicos indispensables para su colocación en el circuito de las interacciones sociales; establecer las bases, irreversibles, de su condición de miembro del cuerpo social. En otras palabras, substituir la relación de tutela por una relación de contrato. (Basaglia,1982)

Desde ese momento en adelante, muchos pensadores, científicos, médicos y profesionales han trabajado sobre el pensamiento de nuevas formas de cuidado, tanto de los sujetos que sufren, como de la sociedad que los excluye. Apenas en la psiquiatría encontramos la expresión sobrevivientes, en el sentido de haber sido expuestos a los más diversos tipos de tratamientos psiquiátricos y, por eso, haber conseguido sobrevivir a ellos. Se vuelve importante, en ese momento, la explicación de lo que viene siendo trabajado, una vez que cuando colocamos ejemplos y/o casos clínicos, proponemos al lector la posibilidad real de sumergirse en hechos reales, sentir con más precisión todo lo que está siendo explicado y permitir, que, ese lector, amplifique aún más su conocimiento acerca del tema.

El análisis de casos clínicos, de la narrativa propia del estudio de caso, amplía el entendimiento y permite la consideración de otros puntos de vista no alcanzados por la simple escritura o revisión teórica de estudios. Este caso fue retirado del libro Anatomía de una Pandemia (Whitaker, 2017) donde él dedica un capítulo a los casos clínicos, en el cual hay narrativas de estos casos clínicos y formas de tratamientos utilizadas en esos pacientes.

No se podía continuar en el camino de la supervivencia, era preciso encontrar medios de vivir, de pensar, de sentir, de decidir…o sea, de restablecer el poder en las manos de aquellos que detienen el sufrimiento. Pensemos, también, como la propia psiquiatría modificó la percepción de la enfermedad mental, principalmente cuando pensamos en los últimos avances en los campos de investigaciones farmacéuticas y de los exámenes, en mapeos neurológicos y genéticos – lo hemos visto como una gama fuerte de trabajos e investigaciones, así como la publicación de muchos artículos científicos

acerca de la temática, y pensamientos sobre la carga y relevancia de trazos genéticos de los trastornos, llevando a una convergencia de esos pensamientos y estudios, a un intento de crear una hegemonía de la idea de una psiquiatría basada en evidencias.

Más adelante, terapéuticamente observamos la aplicación de esos estudios, que se transformaron en protocolos a ser administrados a los pacientes, con apuntamientos de las vías cerebrales afectadas por tales trastornos, lo que lleva a la utilización de fármacos, pues genéticamente tal patología ya presenta todo un pronóstico que será alcanzado se no es tratado.

En este punto, psicología, neurología y psiquiatría forman un paquete indisoluble que termina aprisionando al sujeto y se vuelven objetos mercantilistas de venta de cura, salud mental y bienestar. Tales enfoques cognitivos demuestran con claridad toda esa mercantilización del cuidado, con sus paquetes de tratamiento específicos para cada sufrimiento, sus juegos y actividades que prometen al sujeto el ajuste que debe hacer y al cual someterse, para alcanzar la normalidad. Al final, no podemos admitir que un niño de siete años aún no sea capaz de atar un lazo en sus propios zapatos. Como diría Canguilhem:

> No existe hecho normal o patológico en sí. La anomalía o el cambio no son, por sí mismas, patológicas. Ellas expresan otras normas de vida posibles. Si esas normas son inferiores a las normas específicas anteriores en cuanto a la estabilidad, a la fecundidad y a la variabilidad de la vida serán dichos patológicos. Si, eventualmente, se revelan, en el mismo medio o en un medio equivalente, superiores, serán dichos normales. Su normalidad viene de su normativa. Lo patológico no es la ausencia de la norma biológica; es otra norma comparativamente rechazada por la vida. (Canguilhem,1972, p. 64)

Ese progreso intervencionista y patologizante no es, necesariamente, una novedad. Lejos de eso, es algo que viene siendo pensadamente construido, principalmente por el

poder psiquiátrico en la búsqueda de mercado y, más aún, en la soñada respetabilidad en cuanto especialidad médica y, con eso, mostrar ciencia en los moldes de causa efecto, empujando para eso, muchas nuevas técnicas de diagnósticos y esquemas cada vez más rebuscados (pero que hablan y explican parcialmente y de la misma forma que explicaban las enfermedades psiquiátricas en el siglo XIX) en una búsqueda incesante de afianzar ciencia. E infelizmente, esa búsqueda tiene como única preocupación, el propio poder psiquiátrico, lo que coloca a los sujetos, una vez más, apenas como objetos de estudios e intervenciones cada día más precoces.

Coloco un breve caso como pensamiento y análisis del retiro del poder de decisión de las manos del sujeto que sufre en las manos del médico: Así habría sido el curso de su vida con los medicamentos. Dieciséis años terribles, seguidos por 14 años bastante buenos con el Risperidal. Cathy cree que hoy esa droga es esencial para su salud mental y, la verdad, podría ser vista como la chica propaganda local en la promoción de las maravillas de ese remedio.

Sin embargo, si pensamos en el largo curso de su enfermedad, nos remontamos a su primera hospitalización, a los 18 años de edad, seremos forzados a preguntar: ¿tuvo ella una historia de vida perfeccionada por nuestro paradigma de tratamiento medicamentoso de los disturbios mentales, o será que empeoró su historia de vida? ¿De qué manera podría haberse desarrollado su vida si, al sufrir su primero episodio maníaco, en el otoño de 1978, ella no hubiese sido inmediatamente medicada con litio y Haldol, y si, en vez de eso, los médicos hubiesen intentando otros medios – reposo, terapias psicológicas etc. – para restaurar su sanidad? ¿O si después de estabilizarla por esos medicamentos, ella hubiese sido incentivada a deshabituarse de ellos? ¿Habría pasado 16 años entrando y saliendo de hospitales? ¿Habría sido incluida en el SSDI y permanecido en él desde entonces? ¿Cómo estaría hoy su salud física? ¿Cómo habría sido su experiencia subjetiva de la vida a lo largo de esos años? Y, si hubiera conseguido estar bien sin las drogas, ¿cuántas otras cosas habrían realizado en la vida? (Whitaker,2017).

# 3.- MARCO TEÓRICO

La base teórica de este estudio radica en la comprensión de la despatologización de los trastornos mentales y su impacto en la exclusión social y el estigma asociado a estas condiciones. Para lograr esto, se explorará la evolución de la psiquiatría, el papel del estigma social y el impacto de la patologización y medicalización de los trastornos mentales.

## 3.1. Alineación y estigma social

La alienación, según Pinel (2007), es una alteración de las funciones superiores que demuestra un trastorno de las funciones intelectuales. Pinel (2007) desaprobó cualquier estudio abstracto sobre lesiones e inflamaciones como causas de enfermedades mentales, enfocándose en cambio en los signos presentados para establecer el diagnóstico y el tratamiento. Este enfoque pone de relieve la importancia de la observación y la interpretación de los signos externos en la comprensión y el tratamiento de los trastornos mentales.

El estigma social juega un papel crucial en la exclusión y discriminación de las personas con trastornos mentales. Pinel (2007) destaca que las pasiones, que pueden manifestarse como ira, terror, dolor intenso o alegría repentina, están marcadas por variados espasmos de los músculos de la cara. Estos signos externos pueden ser indicativos de un trastorno mental y pueden contribuir al estigma y la discriminación.

La patologización y medicalización de los trastornos mentales también tienen un impacto significativo en la percepción y el tratamiento de estas condiciones. Según Pessotti (1996), la moralización insinuada en el Traité de Pinel tiene la intención de prevenir la locura. Sin embargo, esta moralización puede llevar a la patologización y medicalización de los trastornos mentales, lo que puede influir en la exclusión social y el estigma asociado a estas condiciones.

El tratamiento moral propuesto por Pinel implicaba ganarse la confianza de los alienados, establecer un canal de comunicación y tener un argumento persuasivo. Este enfoque colocaba al alienista en una posición de poder sobre la relación maestro-aprendiz, donde el alienista estaba dotado de una razón incuestionable y el alienado era una mera masa de maniobra. Aunque Pinel rompió las cadenas de los alienados y propuso la reducción de los métodos agresivos y violentos, estableció algo mucho más efectivo en el control: el poder psiquiátrico (Bercherie, 1989).

Étienne Esquirol continuó la práctica y la nosología de los trastornos mentales presentada por Pinel. Esquirol elaboró algunos términos con mayor precisión y propuso una comprensión más profunda de las categorías nosológicas. A través de muchos estudios, desarrolló una comprensión de la importancia de los factores psicológicos en la vida de las personas y sus devastadoras consecuencias en la salud mental. Esquirol entendió que las experiencias vividas por los pacientes adquieren valor y desencadenan reacciones.

Estos enfoques históricos de la psiquiatría han tenido un impacto significativo en la percepción y el tratamiento de los trastornos mentales. Han influido en la patologización y medicalización de los trastornos mentales, lo que puede contribuir a la exclusión social y el estigma asociado a estas condiciones. Al comprender estos enfoques históricos, podemos obtener una visión más profunda de cómo han influido en la percepción y el tratamiento de los trastornos mentales en la sociedad actual.

### 3.2. Comprensión biológica y social sobre los trastornos mentales

La evolución del pensamiento psicoanalítico, inaugurado por Freud y continuado por sus sucesores, desplazó la atención de los trastornos psicológicos de la herencia hacia interpretaciones y justificaciones biológicas. Este cambio no solo marcó una transformación en la comprensión de las causas de los trastornos, sino que también respondió a la

necesidad de preservar el estatus y mercado de la psiquiatría, que temía perder relevancia frente a otras disciplinas.

Paralelamente a este cambio en el enfoque médico, se fueron construyendo opiniones y comprensiones sociales sobre la locura, las cuales son cruciales dado que los seres humanos son seres sociales por naturaleza y no pueden vivir aislados de la sociedad. La visión social de los trastornos mentales ha estado históricamente marcada por el rechazo, la negación y el estigma, entendido como la asociación negativa que lleva a la estigmatización y, por ende, a la evitación social, aumentando las barreras para afrontar y superar las enfermedades mentales.

La manera en que se aborda y se habla sobre ciertas enfermedades genera miedo y estigma, contribuyendo a la marginación de los individuos afectados y dificultando la búsqueda de ayuda. La carga del estigma puede llegar a superar el impacto de la enfermedad misma en el funcionamiento social, emocional y laboral, especialmente cuando la condición del paciente está altamente estigmatizada y las tasas de morbilidad y mortalidad son relativamente bajas (Organización Mundial de la Salud, 2020). Este fenómeno repercute negativamente en la calidad de vida y contribuye a la perpetuación de desigualdades sociales.

El estigma se gesta en el momento en que se asocian ciertas características con determinadas personas, colocándolas en un grupo distinto e inferior. Este proceso desencadena la discriminación, una respuesta activa ante una mirada estigmatizante. Al definir la locura como algo negativo y al estigmatizar al individuo como desregulado, sucio, perdido y peligroso, la sociedad tiende a evitar, segregar, aislar, despreciar y negar, generando una discriminación que afecta profundamente la vida de quienes la experimentan.

La descalificación social frente a la estigmatización determina cómo los grupos sociales se relacionan con los individuos estigmatizados, otorgando poder a los no

estigmatizados para disminuir y explotar. El término estigma, acuñado por los griegos, originalmente hacía referencia a signos corporales que resaltaban algo extraordinario o malo sobre el estatus moral de quien los portaba. Estos signos, realizados con cortes o fuego en el cuerpo, marcaban a la persona como esclavo, criminal o traidor, indicando que debía ser evitada, especialmente en lugares públicos (Goffman, 1988). Este concepto histórico arroja luz sobre la profundidad del estigma social y la discriminación en el contexto de la salud mental, subrayando la importancia de abordar estos fenómenos en la investigación actual.

### 3.3. Participación de la sociedad en el afianzamiento del estigma

La participación activa de la población en la creación del estigma es fundamental, ya que este adquiere relevancia y significado únicamente cuando cuenta con visibilidad y respaldo social. En palabras de Goffman (1988), "la gente 'normal' construye el estigma en función de un grupo social y, con ello, también desarrolla una ideología para explicar la supuesta inferioridad de las personas 'marcadas'" (p. 16). Este proceso social de distinción entre nosotros y ellos gira en torno a la fantasía de controlar los peligros y riesgos que diferentes individuos podrían representar.

El estigma se manifiesta cuando elementos como el etiquetado, los estereotipos, la separación, la pérdida de estatus y la discriminación ocurren simultáneamente en un contexto de poder que permite que estos componentes se desplieguen (Link y Phelan, 2001). En este sentido, las relaciones sociales que involucran desigualdades de poder dan lugar a un sistema de interacciones basado en creencias formadas por la ignorancia, los prejuicios y la discriminación. Este entorno propicia la proliferación de acciones de etiquetamiento, estereotipos, separación, aislamiento social y pérdida de estatus, contribuyendo a que las personas excluidas sean percibidas cada vez más como abyectas y marginadas.

La mirada social hacia estos individuos también incide en la autoestigmatización, generando mayor sufrimiento, aislamiento y angustia. La internalización del estigma, cuando el individuo es consciente y acepta los estereotipos negativos asociados a su condición, agrava los síntomas de la enfermedad, especialmente en el caso de trastornos mentales. Este proceso conduce al aislamiento, la baja autoestima, la culpa y el autorreproche (Nascimento y Leão, 2019).

Por lo tanto, es crucial reconocer que el etiquetado, que implica asignar una característica específica a alguien, y los estereotipos, que constituyen generalizaciones sobre un grupo, están intrínsecamente vinculados al estigma y la discriminación. Como sostienen Link y Phelan (2001), etiquetar es el proceso social de seleccionar una característica particular y aplicarla a alguien, sin necesariamente indicar que esa persona realmente posee dicha característica. A partir de estas etiquetas utilizadas para estigmatizar a las personas, se generan estereotipos, dando origen al proceso de estereotipación. Estas etiquetas conectan a una persona con un conjunto de características desfavorables que constituyen el estereotipo.

La conceptualización de Goffman (1975) destaca que:

> Mientras el extraño está frente a nosotros, pueden surgir evidencias de que tiene un atributo que lo diferencia de otros que están en una categoría en la que podría ser incluido, incluso siendo de una especie menos deseable […]. De esta manera dejamos de considerarla una criatura común y total, reduciéndola a una persona dañada y disminuida. Tal característica es el estigma, máxime cuando su efecto y descrédito es muy grande […]. (p.32)

sobre el estigma, Goffman (1975) destaca cómo la presencia de un atributo distintivo puede transformar a una persona común en alguien percibido como dañado y disminuido. Este proceso tiene un impacto significativo en el individuo, contribuyendo al estigma y generando un efecto de descrédito considerable. Los estigmas, según Becker y

Arnold (1986), llevan a la exclusión social de aquellos que no se ajustan a las normas o transgreden tabúes sociales en una sociedad dada.

### 3.4. Consecuencias en la persona estigmatizada

La persona estigmatizada experimenta consecuencias perjudiciales en su vida, ya que se enfrenta al descrédito y desarrolla mecanismos de afrontamiento, como la huida, la negación o la mitigación. Estos mecanismos son estrategias para lidiar con la estigmatización y sus efectos adversos en la identidad y calidad de vida. El estigma afecta profundamente la construcción del autoconcepto, alterando el proceso social en el cual el individuo adquiere conocimiento y se forma a través de relaciones. Jones et al. (1984) señalan que el estigma modifica el desarrollo del autoconcepto, generando inseguridad y dificultades para establecer conceptos de sí mismo estables y coherentes.

La autoestima, como indicador crítico, refleja el impacto del estigma en la vida del individuo estigmatizado. Una autoestima más baja se asocia con sentimientos negativos e inapropiados, como depresión, ira, miedo y descontento. La construcción del autoconcepto, influida por la percepción de los demás, deja una huella negativa en la autoimagen y la autoestima, generando resultados adversos y sentimientos perjudiciales. Crocker y Major (1989) subrayan que “(…) individuos por pertenecer a una determinada categoría social son vulnerables a ser considerados desviados, objeto de daño o víctimas de discriminación, o tener resultados económicos o interpersonales negativos.” (p. 58)

En esto se destaca la complejidad de la realidad del individuo marcado, construida de manera única y diferente a la del no marcado. Esta construcción particular se desarrolla en el ámbito de lo peor, evidenciando carencias, incapacidad e incoherencia. El estigma, por tanto, no solo impacta la percepción de uno mismo, sino que también moldea las interacciones sociales y los resultados económicos, contribuyendo a la vulnerabilidad y discriminación de aquellos que son estigmatizados. Este análisis resalta la necesidad de

abordar los efectos del estigma desde una perspectiva integral, considerando sus múltiples dimensiones y consecuencias en la vida de las personas afectadas.

Las personas afectadas por trastornos mentales enfrentan una doble carga: por un lado, deben lidiar constantemente con los síntomas psicosomáticos que debilitan y perjudican su bienestar, y por otro, deben afrontar las visiones estereotipadas y discriminatorias que prevalecen en la esfera social. La relevancia del contexto social se manifiesta en la importancia de comprender la evolución histórica de la psiquiatría y los enfoques terapéuticos a lo largo del tiempo, lo que nos lleva a reflexionar sobre cómo estas personas han sido socialmente representadas.

Históricamente, las personas con trastornos mentales fueron estigmatizadas y consideradas peligrosas, llevando a su aislamiento en instituciones de atención que, lejos de proporcionar cuidado, generaban miedo y conducción al aislamiento y la muerte. La mayoría de quienes ingresaban a estas instituciones no lograban retomar sus vidas como antes de la hospitalización. Incluso en la actualidad, persiste “la locura como algo enigmático, por lo tanto, impredecible, que desencadena las ansiedades más primitivas en los trabajadores de la salud” (Prado et al., 2015, p. 12).

La imprevisibilidad asociada a los trastornos mentales refuerza en la imaginación social la idea de la incontrolabilidad de estas personas, presentándolas como sujetos impredecibles, indomables y capaces de comportamientos incontrolables. Algunos trastornos son más estigmatizados que otros, influenciados por estereotipos arraigados en la sociedad. Por ejemplo, la esquizofrenia se asocia con la cronicidad y la peligrosidad, mientras que los trastornos relacionados con el consumo de sustancias y la alimentación a menudo se perciben como culpa del propio paciente. Según Gray (2002):

> Es digno de mención que, en la comunidad en general, las personas con trastornos límite de la personalidad, esquizoides, adictos a sustancias ilícitas y alcohólicos, de hecho, desarrollan actitudes nocivas. Ciertos tipos de trastorno

> mental están más estigmatizados que otros debido a los estereotipos asociados, como los que afectan a personas con esquizofrenia o drogadicción, que pueden experimentar actitudes particularmente negativas por parte de los demás, basadas en creencias sobre el peligro, el comportamiento antisocial o el riesgo. La esquizofrenia está vinculada a la cronicidad y la peligrosidad, mientras que el alcoholismo, la drogadicción y los trastornos alimentarios se consideran culpa del propio paciente. (p. 27)

La estigmatización de ciertos trastornos conlleva actitudes nocivas en la comunidad, basadas en creencias erróneas sobre el peligro, el comportamiento antisocial o el riesgo. Ser percibido como incurablemente violento o culpable de su propio sufrimiento solo intensifica la discriminación y el sufrimiento de las personas afectadas. Este fenómeno recuerda a épocas pasadas donde las personas con enfermedades como la tuberculosis y la lepra eran estigmatizadas, culpadas moralmente y destinadas a lugares de aislamiento por carecer de la supuesta moral y ética necesarias para permanecer en la sociedad.

Aunque el conocimiento científico ha contribuido a reducir estos estigmas, persisten barreras significativas. El miedo y la vergüenza que rodean la búsqueda de ayuda médica para trastornos mentales continúan siendo desafíos importantes. Estas barreras representan obstáculos reales para el acceso a tratamientos y la reducción efectiva de la estigmatización social, subrayando la necesidad de abordar no solo los aspectos médicos, sino también los sociales y culturales para lograr un cambio significativo.

Cuando las personas son juzgadas más allá de sus enfermedades, implicando la atribución de culpa, se perpetúa la exclusión y se refuerzan los estigmas asociados a los trastornos mentales. La falta de comprensión acerca de las causas y síntomas de estos trastornos, combinada con sentimientos frecuentes de extrañeza y temor, agrava la discriminación. Es imperativo romper con estas interpretaciones y reducir significativamente la visión negativa hacia las personas afectadas por trastornos mentales.

### 3.5. Estigmatización, categorización y la responsabilidad del estado

En primer lugar, es esencial comprender que la subjetividad no es un constructo aislado y asocial, sino una producción constante y continua que se desarrolla a través de encuentros con otros individuos, con el entorno social y natural, y las experiencias compartidas. La subjetividad se forja en el registro social, donde cada valor, concepto o idea individual está moldeado por el entorno en el que el sujeto está inmerso. “La difusión de estos modos de subjetivación se da a partir de una serie de instituciones y prácticas vigentes en un determinado contexto sociohistórico” (Guattari & Rolnik, 1996, p. 14). Los modos de subjetivación, como procesos que constituyen objetos y formas de existir, se difunden a través de instituciones y prácticas en un contexto sociohistórico específico (Barros, 2009).

Responsabilizar al individuo de todos los fracasos, imposibilidades y errores es un enfoque erróneo, ya que, en muchos casos, se trata de síntomas sociales más que de fallas individuales. Esta construcción de individualización se fortaleció con la formación de la burguesía y la lucha contra estados autoritarios, donde la conquista individual estaba vinculada al esfuerzo personal en un contexto de crecimiento del capitalismo, que priorizaba el beneficio individual y la máxima productividad. Aquellos que no cumplían con las expectativas productivas comenzaron a ser culpados por sus fracasos individuales, perdiendo así aprecio y espacio social.

Este cambio de paradigma se relaciona con el liberalismo económico, el crecimiento urbano a expensas de la actividad campesina, la difusión de las ideas ilustradas que enfatizaban la libertad y la razón, así como la valorización de la personalidad individual. También se observa en cambios en el papel del Estado, la separación de las esferas pública y privada, transformaciones en instituciones como la escuela y la infancia, y el establecimiento de una policía médica centrada en el bienestar y la higiene, priorizando la medicalización de la familia y la infancia (Barros, 2009).

Cuando nos referimos a trastornos mentales graves, inmediatamente nos vemos inclinados a categorizar a ciertos individuos en un grupo específico, caracterizándolos por comportamientos, pensamientos y acciones particulares. La mera idea de la locura activa sentimientos y pensamientos que nos llevan a imaginar a estas personas en un grupo altamente excluido y despreciado: el grupo de los locos, los incurables, aquellos considerados impredecibles, sin perspectivas positivas para el futuro, menos confiables, violentos e inestables.

Goffman (2022) menciona que:

> Mientras el extraño está frente a nosotros, puede surgir evidencia de que tiene un atributo que lo diferencia de otros que están en una categoría en la que podría ser incluido, incluso siendo de un tipo menos deseable –en un caso extremo, un Persona completamente mala, peligrosa o débil. Así, dejamos de considerarlo una criatura común y total, reduciéndolo a una persona dañada y disminuida. (p. 52)

destaca cómo, al encontrarnos con alguien percibido como extraño, se activa la tendencia a buscar atributos que lo diferencien negativamente, reduciéndolo de una criatura común y total a una persona dañada y disminuida. Este proceso se asocia fuertemente con la estigmatización de las personas afectadas por trastornos mentales graves, fusionando la idea de extraño, incompleto y peligroso con la noción de loco e incurable. Esta conexión crea uno de los estigmas más difíciles de superar para quienes sufren de trastornos mentales graves.

El individuo estigmatizado, al internalizar esta percepción, comienza a creer en su diferencia y a sentir que no pertenece al mundo normal y convencional, intensificando aún más las pérdidas y exclusiones que experimenta. Todos, incluso aquellos que son excluidos, están inmersos en una realidad social construida y moldeada por patrones de conducta, normas y valores, aceptados o rechazados. El sujeto estigmatizado como loco

siente que no encaja y fácilmente acepta su posición como un forastero en la sociedad pragmática. Este proceso de exclusión y autopercepción contribuye significativamente al estigma asociado a los trastornos mentales graves.

### 3.6. La percepción patologizante y la dualidad que refuerzan los estigmas

En la sociedad, existe una dualidad de percepciones que refuerza el estigma asociado a la salud mental. Se acepta que un individuo pueda embriagarse en un bar, participar en peleas y comportarse incómodamente, pero resulta inaceptable si ese mismo individuo se dedica a divagar sobre vidas y experiencias extraterrestres con otros seres. Las normas sociales ya existentes establecen límites que, de no respetarse, llevan al exilio social. Perry (1956) describe cómo la conciencia de la inferioridad crea un sentimiento crónico de inseguridad, generando ansiedad y, en ocasiones, envidia. La persona estigmatizada se encuentra en constante evaluación en contacto con aquellos no estigmatizados, aumentando el estrés, la desconfianza, el descontento, el aislamiento y los sentimientos de no pertenencia.

Los actos más comunes y cotidianos, como encender un cigarrillo o leer un libro, son percibidos como extraordinarios porque no se espera que una persona estigmatizada pueda tener actitudes normales o buen gusto. Los errores y desviaciones, cuando ocurren, refuerzan la percepción patologizante, creando un continuo de errores, equivocaciones y descalificaciones. La sociedad espera que quienes han sido estigmatizados cometan errores, y estos errores se valoran, ya que justifican su permanencia en la exclusión.

El estigma patologizante encierra al individuo en un ciclo interminable de errores, descalificaciones y desviaciones. Esto lleva a dos posibilidades: o los individuos estigmatizados se restringen a su endogrupo, viviendo una vida limitada e incompleta, o buscan excusas y formas de no identificarse con el grupo de excluidos. Ambas acciones son perjudiciales, ya que impiden al sujeto ser quien es, tener apoyo social y participar plenamente en la comunidad.

La autoridad, el poder y la jerarquía establecen el tono que todos los individuos sociales deben seguir. En situaciones como los experimentos de Milgram sobre la obediencia, se destaca cómo las personas pueden ser persuadidas a obedecer órdenes perjudiciales bajo la autoridad, sin incentivos económicos o morales. Esta sumisión a la autoridad ilustra cómo el poder jerárquico puede llevar a la ceguera y la perpetuación del estigma social. Moscovici (2011) expresó:

> Los experimentos de Milgram (1965) sobre la obediencia constituyen la ilustración más impresionante de este aspecto de la realidad. Es de público conocimiento que, sin el menor incentivo económico o moral para llevar a cabo las instrucciones, algunas personas fueron persuadidas a obedecer las órdenes de un experimentador que les pedía que aplicaran descargas eléctricas, supuestamente dolorosas, a personas desconocidas con las que no tenían ninguna relación. . . El hecho de que el experimentador les pidiera que actuaran en nombre de la ciencia era aparentemente una justificación suficiente. Prisionero en la red de la autoridad, representada, en este caso, por la competencia del científico, y excesivamente impresionado por la legitimidad de la investigación científica, un hombre tortura ciegamente al otro. (p. 52)

El análisis del contexto histórico revela que la construcción de nociones como el bien y el mal, lo adaptativo o inadaptable, la pertenencia o no, son construcciones sociales. La exclusión social de individuos con enfermedades mentales, delirios u otras formas de percepción del mundo consideradas diferentes, no es un fenómeno constante a lo largo de la historia. Hubo períodos en los que estas personas eran adoradas y buscadas debido a atributos que la sociedad consideraba valiosos, como poderes especiales o conexiones con misterios de la vida y la muerte.

Sin embargo, a medida que los valores de la sociedad cambiaron, dando más importancia al dinero y al poder, aquellos considerados insuficientes e improductivos fueron

excluidos y vistos como inútiles. La transformación en la percepción de estos individuos refleja la evolución de los valores sociales a lo largo del tiempo.

### 3.7. medicalización de los trastornos mentales

La visión de los trastornos mentales y de aquellos que se desvían del discurso normalizador ha sido moldeada por pensamientos, constructos sociales, acciones y formas de visibilidad a lo largo de la historia. La aceptación, exclusión, victimización o bienvenida de estos individuos ha dependido en gran medida de cómo se percibe y entiende su proceso de enfermedad. Por ejemplo, el origen de la enfermedad o la pérdida de función puede determinar la actitud de la sociedad hacia el individuo, al menos en los primeros años de vida.

Sin embargo, como adultos, la sociedad exige ciertos estándares a todos por igual. La independencia, la productividad y la sociabilidad son consideradas obligatorias y no negociables. Ya no importa tanto cómo se originó la enfermedad o la pérdida de función. Lo crucial es si el individuo adulto puede cumplir con las demandas de la vida y ser independiente. La falta de cumplimiento de estas expectativas lleva a la exclusión y al estigma, independientemente de la historia de la enfermedad.

Es fundamental comprender cómo la sociedad valora la independencia y la productividad, ya que esto impacta en la percepción y el tratamiento de aquellos que, debido a circunstancias particulares, no pueden cumplir con estos estándares. La carga social asociada con el cuidado de estos individuos, tanto en términos emocionales como económicos, contribuye a la perpetuación de la exclusión.

El peso de las dificultades que enfrentan los familiares de personas con trastornos mentales es considerable. No solo tienen que lidiar con el miedo, la inseguridad y la incertidumbre asociados con el trastorno, sino que también enfrentan gastos, consultas, informes, entrevistas y reuniones constantes. Estas responsabilidades intensifican la carga emocional y económica, contribuyendo a la complejidad de la situación.

La sociedad, influenciada por estigmas y patrones de visibilidad social, complica aún más el panorama. Por ejemplo, una persona sin trastorno mental que consume drogas puede ser rápidamente estigmatizada y etiquetada como enferma. Este estigma aumenta la patologización del individuo, dificultando su inclusión en la sociedad. La esquizofrenia, en particular, a menudo se percibe como peligrosa, lo que lleva a la medicalización obligatoria.

La medicalización, que implica el uso sistemático de medicamentos, se convierte en una estrategia para intentar restablecer la normalidad y la curación en el imaginario social. Sin embargo, este proceso tiene consecuencias significativas, ya que puede resultar en la pérdida de la humanidad, la autonomía y el poder de decisión del individuo. Las empresas farmacéuticas se benefician económicamente, pero los individuos afectados pueden perder su capacidad de independencia.

La observación de que la explotación a menudo está vinculada a actitudes hostiles hacia las víctimas destaca una hipótesis interesante: el menosprecio de las víctimas no es solo una consecuencia de la explotación, sino que también puede ser una causa. En otras palabras, las víctimas son menospreciadas porque son explotadas y maltratadas. Esta perspectiva desafía la idea tradicional de que los grupos débiles y devaluados atraen la explotación, sugiriendo que la hostilidad hacia las víctimas puede surgir como resultado de su situación de vulnerabilidad (Bramel, 1972)

El uso de adjetivos peyorativos y la exclusión de aquellos que no cumplen con los estándares socialmente establecidos por el grupo dominante son prácticas comunes en la sociedad. Aquellos que no logran alcanzar los objetivos imaginados por esta clase dominante son rechazados y marginados. Se implementan intervenciones, a menudo impuestas desde arriba, con el objetivo de restablecer la normalidad a cualquier costo, incluso a expensas del individuo afectado.

La presión social aumenta a medida que crece la necesidad de apoyo y la dependencia entre individuos. Este aumento de la dependencia conlleva a un aumento del control social sobre el individuo, disminuyendo su resistencia, autonomía y poder de decisión. Este proceso refuerza un mecanismo social que perpetúa la visibilidad y la conformidad en torno a estos individuos excluidos.

La conformidad se manifiesta a nivel individual, donde el propio sujeto comienza a creer en su propia incapacidad y dependencia, y a nivel social, donde la sociedad acepta como natural el proceso de restricción de la autonomía y toma de decisiones de estos individuos.

El poder coercitivo se aplica de diversas maneras en la sociedad, a través de diferentes orígenes y lugares. Se utilizan herramientas de disciplina para modelar y controlar los cuerpos, guiando el proceso de construcción de poder y estandarización de conductas. La disciplina busca incrementar las potencialidades individuales, pero al mismo tiempo, arrebata instantes de tiempo a los individuos, llevando a cabo una gestión del tiempo útil según estándares establecidos.

En este contexto, la medicalización y la imposición de normas y expectativas sociales contribuyen a la creación de sujetos dóciles, controlables y conformes. La sociedad, en su búsqueda de conformidad y normalidad, tiende a excluir y marginar a aquellos que no se ajustan a sus estándares preestablecidos.

La disciplina, según Foucault (2004), tiene como objetivo no solo aumentar las capacidades del individuo, sino también profundizar su sujeción y establecer una relación que haga al individuo más obediente y útil. Este proceso implica el control detallado de las operaciones del cuerpo y la imposición de una relación de docilidad-utilidad. Las técnicas de disciplina buscan someter constantemente las fuerzas del cuerpo y regular su comportamiento.

Es crucial destacar que el dominio e influencia de un individuo sobre otro dependen en gran medida de la naturaleza de la relación entre ellos. La existencia de un nivel de confianza es fundamental para que el proceso de control se lleve a cabo de manera más efectiva. Sin embargo, esta misma relación de confianza puede ser aprovechada para abusar del individuo, ya que, a medida que se corrompe la relación, se puede ejercer un mayor control sobre el comportamiento, los pensamientos y las acciones del individuo, a menudo justificado en nombre del amor, la protección y el cuidado.

## 4.- PLANTEO DEL PROBLEMA

La evolución histórica de la psiquiatría ha sido marcada por diversos paradigmas que han influido en la conceptualización y tratamiento de las enfermedades mentales. Desde la antigüedad hasta la actualidad, diferentes corrientes de pensamiento han moldeado la comprensión de la locura, su etiología y las estrategias terapéuticas asociadas. Autores como Hipócrates, Parménides, Philippe Pinel, y otros han dejado un legado que ha impactado la práctica psiquiátrica y la percepción social de los trastornos mentales.

A pesar de los avances significativos en la comprensión científica de las enfermedades mentales, persisten desafíos importantes en la percepción y abordaje de las mismas. El estigma social sigue siendo una barrera significativa para aquellos que sufren trastornos mentales, perpetuando visiones peyorativas y reduccionistas que se remontan a concepciones históricas como la teoría de la degeneración (Corrigan & Watson, 2002). Esta teoría, aunque ha evolucionado, sigue teniendo implicaciones en la actualidad, manifestándose en prejuicios que relacionan trastornos mentales con defectos morales o incluso características raciales.

La conexión entre la psiquiatría y la eugenesia, evidenciada en las obras de pensadores como Cesare Lombroso, ha dejado una huella persistente en la percepción de la enfermedad mental, especialmente en contextos de vulnerabilidad social (Jorland, 2006). La asociación entre ciertos grupos étnicos y la propensión a trastornos mentales resuena en discursos contemporáneos, evidenciando la necesidad de una revisión crítica de estos estereotipos arraigados. En este contexto, es esencial explorar cómo las concepciones históricas, especialmente aquellas que han influido en la relación entre psiquiatría y sociedad, continúan afectando la percepción, el diagnóstico y el tratamiento de los trastornos mentales en la actualidad (Angermeyer & Dietrich, 2006).

El presente estudio busca analizar críticamente las raíces históricas de la psiquiatría y su impacto en la construcción social de la enfermedad mental. Al entender cómo las ideas del pasado aún reverberan en el presente, podemos avanzar hacia enfoques más comprensivos y destigmatizadores en la atención de la salud mental. La investigación se sumerge en la intersección entre historia, psiquiatría y sociedad, con el objetivo de desentrañar y cuestionar las narrativas arraigadas que influyen en la percepción y experiencia de los trastornos mentales.

Además, La evolución histórica de la psiquiatría ha dejado una huella profunda en la percepción y atención de los trastornos mentales. A lo largo de los siglos, concepciones arraigadas han influido en la construcción social de la enfermedad mental, generando estigmas que persisten hasta la actualidad (Jorland, 2006). Este estudio se propone explorar críticamente la intersección entre la historia de la psiquiatría y su impacto en la sociedad, centrándose en cómo las nociones históricas continúan afectando la percepción, el diagnóstico y el tratamiento de los trastornos mentales.

Al comprender en profundidad cómo las ideas históricas han contribuido a la creación y mantenimiento de estigmas, así como a prácticas que afectan la autonomía y percepción de las personas con trastornos mentales, este estudio aspira a proporcionar perspectivas críticas que orienten hacia enfoques más comprensivos y destigmatizadores en la atención de la salud mental. La investigación se sumerge en la historia de la psiquiatría y su intersección con la sociedad contemporánea, buscando desentrañar y cuestionar las narrativas arraigadas que moldean la experiencia de los trastornos mentales en la actualidad.

## 4.1. Objetivos De La Investigación

**Objetivo General:**

- Analizar de manera integral el impacto de la despatologización de los trastornos mentales en la sociedad a lo largo de la historia, centrándose en cómo estas transformaciones influyen en la percepción y tratamiento de las enfermedades mentales en la actualidad.

**Objetivos Específicos:**

- Investigar la evolución de la psiquiatría, resaltando teorías y figuras clave que han influenciado la percepción y tratamiento de los trastornos mentales desde sus inicios hasta la actualidad.
- Analizar críticamente el papel del estigma social en la exclusión de personas con trastornos mentales, buscando comprender sus impactos negativos en la calidad de vida y el bienestar psicológico.
- Explorar el impacto de la patologización y medicalización de los trastornos mentales en la autonomía y percepción de las personas afectadas, así como en su interacción social, con el objetivo de comprender cómo estas prácticas contribuyen a la exclusión y al estigma asociado a las enfermedades mentales.

## 4.2. Preguntas de investigación:

¿Cómo ha evolucionado la psiquiatría a lo largo de la historia, destacando las teorías y figuras que han moldeado la percepción y tratamiento de los trastornos mentales desde sus inicios hasta la actualidad?

¿Cuál es el papel del estigma social en la exclusión de las personas con trastornos mentales y de qué manera afecta negativamente su calidad de vida y bienestar psicológico?

¿Cuál es el impacto de la patologización y medicalización de los trastornos mentales en la autonomía y percepción de las personas afectadas, así como en su interacción social, y de qué manera estas prácticas contribuyen a la exclusión y al estigma asociado a las enfermedades mentales en la sociedad contemporánea?

**4.3. Justificación:**

Esta investigación surge de la necesidad imperante de comprender el impacto histórico y contemporáneo de la despatologización de los trastornos mentales en la sociedad. La evolución de la psiquiatría y las prácticas estigmatizadoras han influido significativamente en la percepción y el tratamiento de las enfermedades mentales. Analizar críticamente estos aspectos ha contribuido a una comprensión más profunda de los desafíos actuales y a la identificación de posibles vías para mejorar la calidad de vida de las personas afectadas.

**4.4. Viabilidad:**

La investigación cuenta con la viabilidad necesaria debido a la disponibilidad de recursos académicos y la accesibilidad a fuentes históricas y contemporáneas. Además, se puede llevar a cabo mediante métodos de investigación documental y análisis crítico. La investigación se considera viable al basarse en la consulta directa a la población general brasileña. Este enfoque no solo simplifica el proceso de obtención de datos, sino que también promueve una mayor representatividad de las perspectivas comunes sobre estigma, tratamientos y percepciones en torno a los trastornos mentales. La participación directa de la población refuerza la conexión con las experiencias cotidianas y contribuye a resultados más aplicables y comprensibles para la sociedad en general. La accesibilidad y diversidad de opiniones obtenidas fortalecen la validez y relevancia de la investigación.

**4.5. Consecuencias:**

Los resultados de esta investigación han proporcionado información crucial para profesionales de la salud mental, formuladores de políticas y la sociedad en general. Al

comprender las consecuencias del estigma social y las prácticas de patologización, se podrán desarrollar estrategias más efectivas para reducir la exclusión y mejorar la calidad de vida de las personas con trastornos mentales. La investigación también contribuye al debate académico sobre la evolución de la psiquiatría y su impacto en la sociedad contemporánea.

# 5.- METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

## 5.1. Método:

La elección de un enfoque cualitativo, específicamente utilizando la metodología de Teoría Fundamentada (Grounded Theory), se justifica por la naturaleza exploratoria de la investigación (Goulding, 2002). Este método permite la construcción inductiva de teorías a partir de los datos recopilados, ofreciendo una comprensión profunda de los fenómenos estudiados, en este caso, la despatologización de los trastornos mentales y sus implicaciones históricas y contemporáneas.

## 5.2. Diseño:

El diseño de investigación fue de tipo exploratorio y descriptivo (García-A, s.f.). La naturaleza exploratoria permitirá un análisis detallado de la evolución histórica y las influencias contemporáneas en la percepción y tratamiento de los trastornos mentales. El enfoque descriptivo se empleará para analizar críticamente el papel del estigma social y las prácticas de patologización, proporcionando una visión clara de las consecuencias en la calidad de vida y el bienestar psicológico.

## 5.3. Participantes:

En la investigación se llevó a cabo entrevistas con ciudadanos brasileños que vivan en Brasil, mayores de 18 años, representativos de la población en general. El objetivo fue explorar y comprender la existencia de estigma asociado a las experiencias de trastornos mentales, así como evaluar las percepciones sobre el uso de medicamentos y tratamientos psiquiátricos. La inclusión de participantes de diversas edades y contextos sociales contribuyó a obtener una perspectiva amplia y representativa sobre las cuestiones abordadas en la investigación.

**5.4. Técnicas de recolección de datos:**

Se utilizó la técnica de entrevista semiestructurada para recopilar datos cualitativos. Esta elección se justifica por la capacidad de profundizar en las experiencias y percepciones de los participantes. Además, se emplearon preguntas cerradas para obtener datos específicos y comparables, contribuyendo así a la rigurosidad y validez del estudio.

**5.5. Procedimiento:**

La investigación comenzó con la identificación y selección de participantes. Se llevó a cabo entrevistas semiestructuradas con preguntas cerradas, asegurando una cobertura exhaustiva de los temas clave. El análisis de datos se realizó de manera inductiva, siguiendo los principios de la Teoría Fundamentada, para identificar patrones emergentes y construir teorías desde el mismo material recopilado.

¿Será que no es el momento de parar de continuar buscando causas y efectos, conexiones químicas, fallas en los sistemas cerebrales y pasar a pensar en cómo sería escuchar a los sujetos que sufren? ¿Cómo ellos sufren, qué los hace sufrir exactamente, qué es lo que más los incomoda y les causa dificultades o angustias? ¿Qué quieren ellos que suceda en su vida para que puedan ser, nuevamente, activos y participativos socialmente?

La investigación hecha en este estudio viene a intentar responder, o al menos señalar justamente ese punto de vista…el punto de vista de los sujetos y no de los dichos expertos en el asunto. Especialistas ya dijeron todo lo que deberían decir, cabe ahora, en este momento, escuchar a los que no son expertos, los que vivencian, de una forma o de otra, sufriendo en la piel o en la convivencia social, lo que piensa de ese asunto.

Esta investigación fue realizada en la forma de entrevista, con preguntas cerradas, de múltiple elección, envolviendo el tema de la patología al de la medicalización del sujeto y cómo esas situaciones afectaron o podrían afectar a quien las vivencia. El cuestionario fue compuesto de 10 preguntas, siendo ellas:

1) ¿Qué entiende usted por diagnóstico psiquiátrico?

– Algo muy necesario

– Algo que no es muy necesario

2) ¿Qué entiende usted por atención psicológica?

– Algo muy necesario

– Algo que no es muy necesario

3) ¿Qué entiende usted de medicación psiquiátrica?

– Son ellas que tratan los trastornos mentales

– Ellas hacen parte, a veces, del tratamiento de los trastornos mentales

4) ¿Ya hizo uso de medicación psiquiátrica?

– Sí

– No

5) ¿Ya hizo un control psiquiátrico?

– Sí

– No

6) ¿Qué entiende usted por diagnóstico psiquiátrico?

– Es algo necesario para el tratamiento y necesita ser hecho

– Puede existir o no, pues lo que importa son los síntomas que están causando sufrimiento

7) ¿Ya recibió algún diagnóstico psiquiátrico en algún momento de la vida?

– Sí

– No

8.a) Si su respuesta es sí, ¿qué sintió al recibir tal diagnóstico?

– Me sentí aliviado de cierta forma pues respondió mis preguntas

– Me sentí angustiado por saber que tengo algo y seré visto/nombrado de esa forma de ahora en adelante

8.b) ¿Cambió algo en su vida después de ser diagnosticado?

– Sí, empecé a vivir según mi diagnóstico

– No, seguí mi vida de la misma forma que antes del diagnóstico

9) ¿Cree usted que sería importante que el paciente sea escuchado por el médico en el momento de la realización del diagnóstico o esa es una función exclusivamente médica?

– Sí, me gustaría ser escuchado(a) y participar del proceso, o

– No, esa es una función médica y es él es él quien debe hacer mi diagnóstico.

10) ¿Usted se siente tranquilo y cómodo frente a una persona que tiene diagnóstico psiquiátrico?

– Sí

– No

Este cuestionario fue aplicado de forma remota, por internet, utilizando la herramienta Google forms.

**5.6. Cronograma de Actividades:**

Este cronograma proporcionó un marco general para el desarrollo de la tesis a lo largo del año 2024, con un enfoque específico en cada fase del proceso de investigación. Cabe destacar que la flexibilidad y adaptabilidad y han sido claves para abordar desafíos y ajustes necesarios durante el curso de la investigación.

| **1. Fase de Preparación (enero - febrero):** |
|---|
| Revisión bibliográfica exhaustiva sobre la despatologización de los trastornos mentales y sus implicaciones. Identificación y selección de participantes. |
| **2. Fase de Diseño (marzo - abril):** |
| Definición detallada de las preguntas de investigación y guía de entrevistas.<br>Elaboración y ajuste del marco metodológico. |
| **3. Fase de Obtención de Datos (mayo - julio):** |
| Entrevistas semiestructuradas con participantes seleccionados. |

| |
|---|
| Transcripción y organización de datos. |
| **4. Fase de Análisis (agosto - septiembre):** |
| Aplicación de análisis de contenido para identificar patrones y temas emergentes.<br><br>Desarrollo de categorías y conceptos fundamentales. |
| **5. Fase de Escritura (octubre - noviembre):** |
| Redacción de capítulos de la tesis, incluyendo introducción, revisión de literatura, metodología, resultados y discusión.<br><br>Revisión y ajuste continuo con asesor. |
| **6. Fase de Revisión y Finalización (diciembre):** |
| Revisión exhaustiva de la tesis.<br><br>Incorporación de retroalimentación del asesor.<br><br>Preparación para la presentación final. |
| **7. Presentación de la Tesis (diciembre):** |
| Defensa de la tesis ante el comité evaluador. |

## 6.- ANÁLISIS Y RESULTADOS:

Participaron en la investigación veintinueve sujetos, adultos, mayores de 18 años, de diversas nacionalidades. Todos respondieron de forma independiente, por deseo propio, sin interferencias ni sugerencias. Lo que se pudo constatar con las respuestas, al analizarlas, fueron los siguientes puntos:

- ***Pregunta 1: ¿Qué entiende usted por diagnóstico psiquiátrico?***

Todos los participantes (100%) respondieron afirmativamente a la primera pregunta sobre la necesidad de que existan diagnósticos psiquiátricos. Esto nos demuestra y refuerza cuánto el poder médico aún se impone socialmente y cómo es importante para las personas tener una nomenclatura específica sobre lo que sienten, especialmente en el campo psiquiátrico. "¿Se puede hablar de diagnóstico objetivo, fundado en algunos datos científicos concretos? ¿No se trata más bien de una simple etiqueta que – bajo las apariencias de un juicio técnico especializado – disimula más o menos bien su profunda significación discriminatoria?" (Basaglia, 1974).

- ***Pregunta 2: ¿Qué entiende usted por atención psicológica?***

La segunda pregunta mostró un alto nivel de importancia para las personas en la cuestión de los atendimientos psicológicos. El 96,6% de las personas respondieron que el tratamiento psicológico es algo muy necesario, lo que indica un gran compromiso de estos sujetos con la elaboración de sus sufrimientos y la búsqueda de un mayor entendimiento sobre sí mismos.

- ***Pregunta 3: ¿Qué entiende usted de medicación psiquiátrica?***

La tercera pregunta fue respondida por el 93,1% como que las medicaciones psiquiátricas son solo una parte del tratamiento de los trastornos mentales, mientras que solo el 6,9% entendió que las medicaciones son las responsables del tratamiento. El

porcentaje de individuos que comprenden que el tratamiento de los problemas psicológicos es amplio y diversificado fue considerablemente mayor, mostrando que ya existe una mayor comprensión en la población sobre la complejidad de los trastornos mentales y que su cuidado debe ser múltiple y variado. Una pequeña parte aún cree que todo el cuidado está en manos de la psiquiatría, lo que refuerza el poder psiquiátrico y sus males.

Foucault se refiere a estas acciones políticas implantadas en razón de la vida como objeto de poder – un poder que se preocupa por la vida y al mismo tiempo busca normalizarla – a partir de un nuevo concepto de población entendido desde su regularidad biológica. Por lo tanto, si la disciplina se ocupaba de los cuerpos individualmente dispuestos, el biopoder privilegia al cuerpo social. Es necesario, por lo tanto, proteger al cuerpo social, la vida de la población, para hacer viables tanto la producción como el consumo (Caponi, S. et al., 2013).

El control de los cuerpos y de la vida va más allá del control individual de quien sufre, convirtiéndose en un control social, donde se determina lo que será aceptado y lo que deberá ser retirado del paradigma de la normalidad. Lo que se desvíe de la regla deberá ser tratado, medicado y etiquetado. El poder proviene de la medicalización que promueve la patologización (etiquetado) que contribuye a los procesos de exclusión.

- ***Pregunta 4: ¿Ya hizo uso de medicación psiquiátrica?***

La cuestión número cuatro, que abordaba si el sujeto había hecho uso de medicación psiquiátrica, mostró que el 60,7% nunca había hecho uso y que el 39,3% había hecho uso de medicación psiquiátrica en algún momento de sus vidas. Es importante señalar que esta cuestión se refiere al uso de medicaciones psiquiátricas sin cuestionar el acompañamiento médico psiquiátrico, lo que plantea importantes reflexiones acerca del significativo porcentaje, casi el cuarenta por ciento, de personas que usan o han usado medicamentos controlados. Este dato refleja una posible banalización y/o extrapolación del

uso de psicofármacos, es decir, que estos medicamentos se utilizan incluso sin prescripción médica o diagnósticos.

En el momento en que los sufrimientos dejan de formar parte de nuestra historia para ser considerados en términos de déficit de serotonina o noradrenalina, entramos en el dominio de especialistas que definen nuestros padecimientos con diagnósticos específicos y limitan nuestras posibles opciones a una terapia privilegiada: la respuesta farmacológica. Este proceso nos inhibe de ejercer plenamente el gobierno sobre nosotros mismos, manteniéndonos en el registro de la minoría, de la obediencia cómoda a mandatos externos (CAPONI, S. et al., 2013). Resulta mucho menos costoso para el sujeto no sentir, adormecer, apagar que lidiar diariamente con los sufrimientos, los dolores, el insomnio... Este ha sido el proceso de apagamiento de los sentimientos producido en la posmodernidad, y los medicamentos psiquiátricos encajan perfectamente con estas anulaciones.

- ***Pregunta 5: ¿Ya hizo un control psiquiátrico?***

La pregunta número cinco aborda específicamente la cuestión de la búsqueda de un tratamiento psiquiátrico. Las respuestas demostraron que el 69% de las personas nunca han buscado y/o recibido un tratamiento psiquiátrico, mientras que el 31% ha recibido algún tratamiento con un psiquiatra. Estas respuestas no garantizan que quienes afirmaron haber recibido algún tratamiento psiquiátrico lo hayan hecho realmente con un profesional psiquiatra. Este es un punto interesante a destacar, ya que no todas las personas buscan tratamiento para sus sufrimientos psíquicos con psiquiatras. Muchos de ellos reciben estos tratamientos de sus médicos de familia, ginecólogos, entre otros. Esta investigación no se centró en esta cuestión, pero es un aspecto importante a analizar posteriormente.

Lo que podemos analizar en este momento con los datos capturados es una disparidad entre el número de personas que han afirmado tomar o haber tomado medicamentos psiquiátricos y el número de personas que nunca han recibido ningún

tratamiento psiquiátrico. Si el 69% de las personas afirmaron que nunca han recibido ningún tratamiento psiquiátrico y el 39,3% dijeron que ya han tomado y/o toman medicamentos psiquiátricos, esta cifra debería coincidir. Algo está ocurriendo con estas personas y con la sociedad que las lleva a medicarse, pero a la vez no buscar tratamiento con un psiquiatra. Esta automedicación refleja algo patológico, una falta, miedos, angustias que están siendo silenciados en lugar de ser atendidos.

- ***Pregunta 6: ¿Qué entiende usted por diagnóstico psiquiátrico?***

La siguiente pregunta busca saber sobre el entendimiento de las personas acerca de la importancia de tener un diagnóstico psiquiátrico. Si esto es relevante o si lo que realmente importa son los síntomas que causan sufrimiento. A esta pregunta, el 82,8% respondió afirmativamente sobre la importancia del diagnóstico, mientras que solo el 17,2% respondió que lo que realmente importa son los síntomas que causan sufrimiento. Este dato nos muestra la magnitud del poder que la medicina psiquiátrica ejerce sobre los sujetos.

La denominación diagnóstica es mucho mayor y más importante que el propio sufrimiento. Es más relevante nombrar la Depresión, por ejemplo, que centrarse en buscar alivio para la dificultad de levantarse de la cama todos los días y realizar las tareas. Es esencial identificarse como Bipolar en lugar de enfocarse en comprender y manejar las dificultades diarias de contener un estado de ánimo extremadamente desviado que incapacita la vida en comunidad.

- ***Pregunta 7: ¿Ya recibió algún diagnóstico psiquiátrico en algún momento de la vida?***

La siguiente pregunta se refiere al diagnóstico en sí mismo y si el participante ha recibido algún diagnóstico psiquiátrico a lo largo de su vida. El 69% de los entrevistados respondió que nunca ha recibido ningún diagnóstico psiquiátrico en sus vidas y el 31%

respondió afirmativamente. Nuevamente, surgen cuestionamientos acerca de las respuestas colectadas, ya que hubo una respuesta afirmativa respecto a la categorización diagnóstica pero también una disparidad en relación al no diagnóstico y la búsqueda de alivio sintomático mediante medicación. ¿Sería realmente importante y fundamental para la población el diagnóstico psiquiátrico y el seguimiento psiquiátrico, o las personas buscan, de hecho y constantemente, únicamente alivio para sus dolores, ya sean físicos o emocionales, siendo el uso de psicotrópicos una válvula de escape que cada vez se utiliza más?

- ***Pregunta 8.a: Si su respuesta es sí, ¿Qué sintió al recibir tal diagnóstico?***

La pregunta 8.A. fue respondida únicamente por aquellos que respondieron afirmativamente a la pregunta anterior, es decir, aquellos que han sido diagnosticados con algún trastorno psiquiátrico en algún momento de sus vidas. Lo que pudimos observar es que, para la gran mayoría, el 90,9%, recibir el diagnóstico causó un alivio y resolvió de cierta manera inquietudes y dudas que tenían sobre sí mismos. Solo para un pequeño porcentaje de los entrevistados, el 9,1%, el diagnóstico les causó angustia e incomodidad por pasar a ser vistos y nombrados según el trastorno.

- ***Pregunta 8.b: ¿Cambió algo en su vida después de ser diagnosticado?***

En la pregunta 8.B, seguimos cuestionando los posibles impactos emocionales y sociales de la nominación diagnóstica, y, a esta pregunta, el 72,7% respondió que, a partir de la recepción del diagnóstico, comenzaron a comportarse y vivir de acuerdo con ese diagnóstico. Esto desencadena y lleva a los sujetos a posiciones que a menudo incluyen angustias, desamparo y aislamiento social, pero, sobre todo, se busca una respuesta, una explicación científico-racional para todo sentimiento que escapa a la norma y a lo esperado. Basaglia (2005) explica que, en el momento de la observación médica, el loco es

objetificado, ya que, anteriormente, sus comportamientos eran "una presencia contradictoria en la realidad" (p. 146), y las personas a su alrededor aún esperan un cambio y lo exigen de él.

Después del diagnóstico, hay una autorización para la regresión, en la que se reafirma que algo se ha apropiado de su cuerpo y lo ha dejado enfermo, convirtiéndolo en objeto de intervenciones. Esta concepción de enfermedad adoptada por la Medicina se inspira en el paradigma mecanicista cartesiano, en el que el organismo es concebido como una máquina, dividida en piezas-órganos, y funcionando de manera mecánica. La vertiente organicista de la Psiquiatría busca encontrar un órgano que esté generando malestar para intervenir en ese defecto(Pessotti, 1996).

El 27,3% que respondieron que siguen sus vidas de la misma manera que antes de recibir el diagnóstico, a primera vista, muestran una forma más autónoma y singular de vivir sus vidas. Una forma basada en sus vivencias y experiencias, no en diagnósticos establecidos y aplicados. Nuestra sociedad actual prefiere definirse como 'enferma' antes que reconocer en sus propias contradicciones el producto del sistema en el que se basa. En cierto sentido, la enfermedad des-responsabiliza tanto a la sociedad como al individuo; el terreno de las competencias se vuelve confuso, sobre todo si la enfermedad conserva en sí una parte oscura de culpa, y la culpa, un indicio de enfermedad (Basaglia, 2005, p. 148).

- ***Pregunta 9: ¿Cree usted que sería importante que el paciente sea escuchado por el médico en el momento de la realización del diagnóstico o esa es una función exclusivamente médica?***

La próxima pregunta aborda la cuestión de cuán importante sería para el paciente participar o no en la realización del diagnóstico. Si sería relevante o no la participación del sujeto en el proceso diagnóstico, o si esta tarea debería continuar siendo única y exclusiva del médico psiquiatra. Para la gran mayoría, 87,5%, sería sí muy importante que el proceso

diagnóstico se realizara entre el médico y el paciente/sujeto. Sin embargo, para el 14,3%, no hay necesidad de que el sujeto sea escuchado y esta tarea diagnóstica es, en efecto, responsabilidad del médico psiquiatra encargado.

La permanencia de una relación terapéutica fundamentada en los principios biomédicos que valoran el saber del profesional en detrimento de las experiencias del usuario, fortalece una relación jerarquizada donde solo el médico sabe lo que es importante para la salud, convirtiendo al usuario en un objeto pasivo de intervenciones y despojado de conocimiento sobre su propia vida.

La elección de este tipo de procedimiento terapéutico es el resultado de una concepción de demanda psiquiátrica derivada de disturbios somáticos o psicológicos (Bezerra Júnior, 2001). Así, quedan bajo dominio médico las decisiones y los puntos más importantes sobre el sujeto. Aquél que realmente vive y sufre frente a la experiencia del sufrimiento se convierte en rehén del otro, perdiendo, con ello, más espacio para hablar y más poder. Cuanto más delegamos en el otro el poder sobre nosotros mismos, más perdemos espacios sociales y credibilidad, convirtiéndonos en infantilizados, segregados e invisibilizados.

- ***Pregunta 10: ¿Usted se siente tranquilo y cómodo frente a una persona que tiene diagnóstico psiquiátrico?***

Finalizando el cuestionario, se hizo la siguiente pregunta: ¿Te sientes tranquilo y cómodo cerca de una persona que tenga un diagnóstico psiquiátrico? El 93,1% respondió afirmativamente que sí, se sienten tranquilos frente a personas con diagnóstico psiquiátrico, pero el 6,9% respondió que no se sienten cómodos cerca de alguien con diagnóstico psiquiátrico. Este número puede parecer, a primera vista, pequeño e insignificante, sin embargo, no lo es. Tener casi un siete por ciento de personas que responden que se sienten incómodas frente a otras simplemente por el hecho de que estos sujetos tienen un diagnóstico psiquiátrico es preocupante.

En la pregunta no se especificó cuál sería el diagnóstico en cuestión. Podría ser desde un trastorno leve de inhabilidad social (como las fobias sociales, por ejemplo) hasta un trastorno grave esquizofrénico. No importó de qué estábamos hablando o cuestionando, bastó que la persona estuviera diagnosticada. Este desconcierto es lo que más ha ampliado y ayudado a las políticas segregacionistas y excluyentes.

El apoyo popular hacia la inadecuación de estos sujetos diagnosticados siempre ha sido una palanca que ha impulsado a las políticas olímpicas a invertir en tratamientos que sacaran a estos sujetos de los ciclos sociales. La definición de salud mental o salud psíquica, al estar directamente vinculada a la cuestión de lo normal y lo patológico, involucra la compleja discusión sobre la locura y todos los estigmas asociados a ella. La atribución de un diagnóstico psiquiátrico a una persona significa, en la mayoría de los casos, colocarlo en un espacio que puede ser iatrogénico.

## 7.- CONCLUSIONES

Trabajar, escribir, analizar y pensar sobre la visibilidad social y las oportunidades que el sujeto con trastorno mental tiene en nuestra sociedad hoy en día nos remite aún a las dificultades que enfrentaban en siglos pasados. No hemos superado, hasta hoy, la visión segregacionista y prejuiciosa hacia los sujetos y sus dificultades y diferencias. Aún tenemos miedos, dudas, angustias y desconocimientos que nos llevan a excluir y querer apartar a aquellos que no se ajustan o no se comportan de la manera esperada por la mayoría.

Estigmatizamos hoy de formas menos directas y más veladas, a través de bromas o excusas, y mantenemos socialmente la falta de receptividad y aceptación de las personas que llevan consigo diferencias. Esta no aceptación del sujeto con trastorno mental lleva a consecuencias y dificultades para el sujeto discriminado, pero no solo para él. La familia y la forma en que debe lidiar con el trastorno es la primera en la lista.

La exclusión del loco se ha perpetuado en el tiempo, de tal manera que, aún hoy, el tratamiento se realiza principalmente a través de la rotulación, el tratamiento de los síntomas con medicamentos y la manutención del enfermo en instituciones psiquiátricas, alejándolo del entorno familiar, del mercado laboral, de los vínculos sociales, en resumen, excluyéndolo de la vida en sociedad. Además, las crisis generan sentimientos negativos en el núcleo familiar y, incluso en momentos en que no se manifiestan abiertamente, continúan atormentando a sus miembros. Así, la preocupación por las recaídas se convierte en una constante compañera, dificultando aún más la aceptación del enfermo dentro del seno familiar, impulsando, de este modo, el círculo de exclusión y de no pertenencia social. Transformar esta mentalidad y esta realidad excluyente hacia lo diferente es un trabajo que debe hacerse todos los días.

El estigma, una palabra de origen latino (stigma), está relacionada con las marcas y cicatrices que se creaban a través de heridas profundas. En la antigua Grecia, los

esclavos y los criminales solían ser marcados con hierro al rojo vivo para ser identificados y separados de la sociedad. De este contexto surgió el concepto de estigma, que está vinculado a la idea de segregación, aislamiento y diferenciación.

Cuando hablamos de salud mental, los estigmas surgen principalmente a partir de la difusión de representaciones distorsionadas de las personas con trastornos mentales. Estas suelen estar asociadas a características negativas, como la violencia, la falta de compromiso, la ligereza y la improductividad.

De manera consciente y aplicada, los medios de comunicación ayudan a crear y reforzar el estereotipo de que las personas con enfermedades mentales tienen una mayor tendencia a ser violentas y pueden representar una amenaza para la sociedad. Los estereotipos, a su vez, alimentan el prejuicio, que estructuralmente se transforma en discriminación.

El estigma, por lo tanto, es un tipo de marca social que acaba desvalorizando al individuo. La persona estigmatizada termina siendo penalizada por su condición, ya que puede ser considerada peligrosa, violenta o simplemente inferior a los demás. Se convierte en un sujeto no deseado, prescindible, que, al estar en medio de la población denominada normal, resulta molesto.

Aunque hemos avanzado con políticas públicas en esta estigmatización, el progreso ha sido lento. Desmantelamos los manicomios, abrimos sus puertas y devolvimos a las personas a las calles, pero aún no hemos logrado integrarlas realmente en la vida cotidiana social. Según un estudio de la Asociación Británica de Salud Mental, 9 de cada 10 personas con trastornos de salud mental sienten que el estigma impacta negativamente en sus vidas. Además, el estigma puede contribuir al empeoramiento de los síntomas, dificulta la recuperación y también el pedir ayuda para enfrentar el problema. Existe aquí un temor por parte del sujeto a mostrarse emocionalmente enfermo, y ese temor, a menudo, proviene

de la estigmatización. De este miedo derivan varias variables, siendo una de ellas la medicalización errónea.

Muchas veces, el estigma no es evidente. En la mayoría de los casos, se manifiesta de forma sutil, aunque muchas personas también utilizan términos ofensivos o despectivos hacia quienes tienen algún tipo de trastorno mental. Los impactos psicológicos de la estigmatización nunca son pequeños, ya que los individuos que padecen trastornos mentales tienden a desarrollar baja autoestima, internalización de creencias negativas sobre sí mismos, aislamiento, desesperanza, vergüenza y dificultades para encontrar empleo, seguridad y lugar social.

La concienciación, sin duda, es el primer paso para cambiar este escenario. Establecer un diálogo sincero sobre los trastornos mentales es una forma de sensibilizar, educar y aumentar la tolerancia. Las estrategias que implican el contacto social también promueven la reducción del prejuicio, además de impactar positivamente a las personas con trastornos mentales, empoderándolas, impulsando su autoestima y posibilitando, de hecho, un lugar en la sociedad.

Los programas educativos realizados en entornos colectivos, como empresas y escuelas, son una buena manera de difundir información a públicos específicos. En las escuelas, el trabajo de deconstrucción de estigmas relacionados con la salud mental debe realizarse tanto con los alumnos como con los educadores, para establecer una estructura sólida contra el prejuicio y, sobre todo, contra la patologización de los sujetos.

Hoy en día, hemos observado un aumento preocupante en las solicitudes escolares de diagnósticos para niños cada vez más pequeños, así como una medicalización precoz de estos niños. La información asociada a la práctica permite que tanto los alumnos como los profesores revisen sus comportamientos y conviertan el espacio escolar en un lugar más inclusivo y acogedor, menos patologizante. La internet también puede desempeñar un papel interesante al momento de difundir información y desactivar numerosos estigmas.

No debemos olvidar la era digital en la que vivimos, ni simplemente demonizarla. Al ser un medio presente en casi todos los lugares y para casi todas las personas, la internet puede y debe ser una herramienta de apoyo, estudios y divulgación en favor de una salud mental inclusiva y desmitificada. Hoy en día, tenemos sitios y páginas extremadamente comprometidas con el bienestar físico, social y emocional, lugares donde se encuentran redes de apoyo, significado y pertenencia.

Sin embargo, aún estamos lejos de alcanzar una verdadera reforma psiquiátrica. El DSM-5 es un ejemplo de cómo avanzamos dos pasos hacia adelante y retrocedemos siglos con el regreso de pensamientos basados en diagnósticos y patologizaciones. La ambición excesiva en las neurociencias ha abierto un nuevo espacio para la amplificación desregulada de diagnósticos. Nada en contra de las neurociencias, al contrario, nos ayudan a comprender enfermedades críticas y extremadamente importantes como el Parkinson y las demencias.

Sin embargo, en el campo de las enfermedades del alma o emocionales, poco se aprovecha efectivamente. La búsqueda precoz y preventiva en el campo de la psiquiatría también ha demostrado ser fallida y preocupante. En lugar de ser la clave para evitar la agudización o cronificación de los trastornos, está resultando ser una nueva ventana para la patologización y medicalización de sujetos cada vez más jóvenes. Hoy en día, por ejemplo, se están diagnosticando bebés de manera cada vez más prematura y sometiéndolos a las más diversas intervenciones.

Mujeres y hombres en edad fértil son aconsejados a concebir a una edad más temprana debido a la posibilidad de tener bebés con autismo. La mirada patologizante y medicalizante de los educadores sobre los niños justifica la inclusión de cada vez más niños en los amplios y vagos criterios de los manuales diagnósticos actuales. Jugar con el sistema diagnóstico puede llevar a todo tipo de consecuencias no deseadas. Si no

podemos confiar en el impacto de lo nuevo, es mejor no cambiar lo antiguo. Incluso al revisar todo con el mayor cuidado posible, no hay forma de predecir el futuro.

La única apuesta segura es que, si algo puede salir mal, es probable que lo haga. La historia reciente del DSM nos enseña que cualquier cambio estará sujeto a mala interpretación y mal uso inesperado bajo la presión de los fabricantes de medicamentos, los servicios educativos y las demandas de invalidez del sistema jurídico. Si hay una brecha posible que incentive un beneficio, alguien la cruzará. Habiendo resistido la prueba del tiempo, el antiguo probado y aprobado solo debe ser alterado por una buena causa (Frances, 2016).

No podemos seguir creando y ampliando las barreras diagnósticas de manera indiscriminada. Para una verdadera reforma psiquiátrica, necesitamos responsabilizarnos por lo que producimos. La ampliación de los diagnósticos debería haber sido cuidadosamente evaluada antes del lanzamiento de un libro que se considera, a nivel mundial, como un manual a seguir. Como esto no se hizo correctamente, hoy en día vivimos una epidemia de trastornos psiquiátricos, entre ellos los más diagnosticados: TDAH (Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad), Autismo y Trastorno Bipolar.

Este sobrediagnóstico lleva a estigmas, que conducen a aislamiento y, a menudo, a pérdidas sociales irreparables. “Si la psiquiatría hubiera sido honesta con nosotros, la epidemia podría haberse detenido hace mucho tiempo. Los resultados a largo plazo habrían sido divulgados y discutidos, y esto habría disparado alarmas sociales." (Whitaker, 2017). Por el contrario, la psiquiatría ha contado historias que han protegido la imagen de sus medicamentos, y estas historias de hadas han llevado a causar daños en una escala enorme y terrible. Cuatro millones de adultos estadounidenses menores de 65 años reciben hoy en día asistencia de la SSI o del SSDI, al considerarse incapacitados por enfermedades mentales.

Uno de cada 15 adultos jóvenes (de 18 a 26 años) se considera funcionalmente perjudicado por enfermedades mentales. Alrededor de 250 niños y adolescentes son añadidos diariamente a las listas de la SSI por enfermedades mentales. Son cifras alarmantes, pero la máquina generadora de la epidemia sigue funcionando, con niños de 2 años ahora siendo tratados en nuestro país por trastorno bipolar (Whitaker, 2017). Estos datos fueron proporcionados por el autor hace casi diez años, pero podemos actualizarlos con facilidad. Son números preocupantes que necesitamos tomar en serio.

Debemos preguntarnos y hacer un análisis crítico del momento en que dejamos de observar y dar apoyo familiar y social a las travesuras y comportamientos desregulados propios de la infancia y la adolescencia, y empezamos a etiquetarlos, diagnosticarlos y medicarlos. Parece que ya no hay espacio para los errores y deslices, para los niños traviesos que intentan matarse saltando de los árboles o realizando maniobras radicales en sus patines y skates, para los adolescentes más introspectivos y góticos que ven la vida y el crecimiento con mayor profundidad y pesimismo (características de esta etapa de la vida y de muchas otras en las que atravesamos cambios), para las experimentaciones ocasionales, los sentimientos confusos y perturbadores en las noches de domingo.

Ninguna experiencia parece ser natural o pasajera; todas poco a poco ganan estatus nosológico y son categorizadas para luego ser tratadas.

> Una sociedad puede ser analizada como un sistema de normas, valores y reglas que estructuran formas de acción y juicio en sus aspiraciones de validez. En este caso, se comprenderá en su procesualidad de interacción entre hechos y normas, lo que nos llevaría a una noción actualmente hegemónica de crítica como exposición de contradicciones performativas entre fundamentos normativos y realizaciones prácticas. Sin embargo, esta crítica trae consecuencias importantes en la limitación de su objeto, ya que nos vincula a la defensa de los fundamentos normativos presupuestos dentro de la situación actual. Trae consigo la reducción de los

horizontes de transformación al espacio de los posibles supuestos por el actual, dado que toda crítica solo tendría validez por ser, de alguna manera, inmanente a la situación criticada (Dunker & orgs, 2023).

La reducción de horizontes y de vida. De posibilidades para los sujetos, pues las demandas y exigencias sociales por la normalidad y la productividad cierran el cerco alrededor de estos individuos, exigiendo cada vez más y permitiendo cada vez menos. Si debemos estar felices todo el tiempo, falta espacio para la tristeza, que poco a poco se va patologizando por no ajustarse a esta normalidad impuesta. Si no producimos riquezas suficientes para viajar al extranjero cada año, nos deprimimos y nos sentimos incapaces e insuficientes, y entonces medicalizamos esta carencia, esta búsqueda que, en la mayoría de los casos, ni siquiera era nuestra.

Patologización y medicalización de la vida, de los sentidos, de las vivencias, de las faltas, de los engaños y desengaños. En el mundo posmoderno olvidamos analizar, ponderar y criticar. Aprendemos a entorpecer y enmascarar, diagnosticar para dar sentido a lo que no alcanzamos - soy autista y por eso no consigo socializar, ahí está mi respuesta, o soy bipolar y por eso no consigo ser feliz en mis relaciones. Justificamos diagnosticando y nos escondemos detrás de ese diagnóstico cuando los tenemos. Claro que no podemos generalizar, en la ciencia no decimos ni siempre ni nunca, pero ha sucedido de esta manera de una forma preocupante.

Medicalizamos para no sentir, para detenernos, para anular. Es mejor adormecer los sentimientos que vivenciarlos. Sufrir ha sido una opción cada vez menos válida, menos aceptada. Este mundo instagrameable, perfecto y feliz nos atrapa cada día más. Es urgente ser feliz y perfecto, es necesario publicar esa perfección. Si no es real, finjo que lo es, me engaño y nuevamente, me entorpezco. También es necesario que tenga agilidad y control de habla para colocarme en las redes sociales visuales de videos cortos. Me expongo, hablo y pongo lo que considero correcto y con esto, me viralizo y millones de personas

toman como verdades algo que ni siquiera yo creo. Este mundo fabricado, creado y desregulado afecta, angustia y señala, aún más, lo que debe ser corregido en cada uno para que este forme parte.

> El poder disciplinario es, de hecho, un poder que, en lugar de apropiarse y retirar, tiene como función principal 'adiestrar'; o, sin duda, adiestrar para retirar y apropiarse aún más y mejor. No ata las fuerzas para reducirlas; procura ligarlas para utilizarlas en un todo. En lugar de doblar uniformemente y por masa todo lo que está sometido, separa, analiza, diferencia, lleva sus procesos de descomposición hasta las singularidades necesarias y suficientes. 'Adiestra' a las multitudes confusas, móviles, inútiles de cuerpos y fuerzas para una multiplicidad de elementos individuales: pequeñas células separadas, autonomías orgánicas, identidades y continuidades genéticas, segmentos combinatorios. La disciplina 'fabrica' individuos; es la técnica específica de un poder que toma a los individuos al mismo tiempo como objetos y como instrumentos de su ejercicio (Foucault, 2014, p.43).

Hemos avanzado en puntos importantes, como cuando cerramos los manicomios y buscamos nuevos dispositivos de apoyo, tratamiento y acogida. Sin embargo, hemos caminado muy poco hacia la verdadera pertenencia e inclusión, especialmente en las expresividades veladas llenas de estigmatizaciones, exclusiones y prejuicios. Las palabras construyen sentido. Según su uso, pueden promover la democratización y la inclusión de aquellos sujetos que se encuentran en alguna situación de vulnerabilidad, o, por el contrario, pueden contribuir a la retirada de derechos y consolidar aún más estigmas y exclusiones. Las relaciones sociales entre los grupos sociales se basan, prioritariamente, en las relaciones expresivas, de habla, de inclusión y de movimientos.

Estos posicionamientos aún hoy se fundamentan mucho más en las diferencias a ser señaladas que en los intentos de inclusión y pertenencia. La naturalización de las formas estigmatizantes sigue siendo una realidad y se muestra aún propagada en el día a día

social. Avances y retrocesos siempre han caminado juntos en todas las construcciones sociales, y es por eso que, aún hoy, es tan necesario escribir, hablar y estudiar sobre las formas de prejuicio y exclusión.

La información social transmitida por cualquier símbolo particular puede simplemente confirmar aquello que otros signos nos dicen sobre el individuo, completando la imagen que tenemos de él de manera redundante y segura. Ejemplos de esto son los distintivos en la solapa que atestiguan la participación en un club social y, en algunos contextos, el anillo que un hombre lleva en su mano. Sin embargo, la información social transmitida por un símbolo puede establecer una pretensión especial a prestigio, honor o posición de clase deseable: una pretensión que no podría haber sido presentada de otra manera o, si lo fuera, no podría ser aceptada de inmediato. Tal signo es popularmente llamado 'símbolo de estatus', aunque la expresión 'símbolo de prestigio' puede ser más precisa, ya que el primer término se emplea de manera más adecuada cuando el referente es una determinada posición social bien organizada.

Símbolos de prestigio pueden ser contrapuestos a símbolos de estigma, es decir, signos que son especialmente efectivos para despertar la atención sobre una discrepancia degradante de identidad que rompe lo que podría, de otro modo, ser un retrato global coherente, con una reducción consecuente en nuestra valorización del individuo (Goffman, 2022). La medicalización y la patologización de la vida aún son esperadas y deseadas, ya que se muestran extremadamente ventajosas económicamente y descartan del medio social lo que la sociedad no desea ver o lidiar. Los símbolos marcadores de estatus necesitan de los estigmatizantes para que la rueda del poder gire. Mientras no existan políticas públicas generales (en salud, educación, seguridad social, finanzas, empleo) que aborden la cuestión en su totalidad, promoviendo de hecho todas las inclusiones necesarias y no solo manteniendo la carga sobre la salud, ya que esta es solo una faceta de la resolución, no conseguiremos realmente reducir desigualdades y prejuicios.

El estigma es algo profundamente elaborado y complejo, creado a partir de innumerables puntos, y por eso necesita ser destruido en todos sus aspectos. No basta con discutir si la depresión o la esquizofrenia son trastornos, síntomas o enfermedades mentales, sino que necesitamos discutir formas en las que un individuo extremadamente ansioso, con fobia social generalizada, pueda trabajar, dónde sería menos aversivo para este individuo estar, y así poder producir, cooperar y participar en la vida cotidiana. Si nos mantenemos únicamente en la esfera de salud/enfermedad, nunca podremos salir de la burbuja estigmatizante, de las vidas que quedan paralizadas ante sus diagnósticos y de los informes que arrinconan e inviabilizan aún más cualquier posibilidad de retorno al medio social.

La gula se convierte en un trastorno mental, las epidemias de bipolaridad y déficit de atención, el luto visto como depresión o melancolía, nuestras pasiones motivadoras y estimulantes se transforman en adicciones, y la enfermedad médica se confunde sistemáticamente con trastornos mentales. “El DSM-5 confundirá aún más la confusa división entre enfermedad médica y mental al introducir el nuevo diagnóstico de ‘trastorno somatoforme’ y darle una definición vaga y fácil de llenar. Los resultados serán tasas drásticamente elevadas de trastorno mental en los tres grupos de pacientes: aquellos con enfermedades menos comprendidas (como la fibromialgia) y aquellos cuyos síntomas físicos aún están lejos de ser explicados, pero que en el futuro mostrarán una etiología clara (como la esclerosis múltiple) (Frances, 2016).

Es decir, o nos comprometemos con nuestra conducta clínica frente a los sujetos que sufren y nos buscan, o recurriremos, como siempre, a la hipermedicalización y a la hiperdiagnosticación de los individuos. Los movimientos que hacemos para la consolidación de políticas públicas generales y efectivas no pueden cesar, ya que son ellos los que regulan y exigen, cotidianamente, formas mejores y más humanas de cuidar y pensar el lugar de cada uno. Estos lugares tienen patologías claramente definidas (como el cáncer), aquellos cuya enfermedad tiene causas existentes, y es importante señalar esto.

La sociedad es plural, mixta, y por eso, ofrece y abre espacio para que todos los individuos produzcan y se expresen. Sin embargo, para que este espacio realmente exista y prospere, la cuestión central y primaria debe ser el cuidado y no la dominación y el poder sobre los cuerpos domesticados:

> Podemos concluir que la persistencia del uso de los neurolépticos, a pesar del conocimiento exhaustivo de los daños que producen, se debe a que este medicamento cumple exactamente con los objetivos para los cuales fue inicialmente creado: llevar calma y controlar la agitación dentro de las salas de los hospitales psiquiátricos; perpetuar el tratamiento para las personas que están fuera del manicomio y son consideradas crónicamente perturbadas; conseguir que los pacientes se muestren indiferentes a lo que ocurre con ellos dentro o fuera del hospital psiquiátrico (Amarante & orgs, 2018).

A este punto, se suma la patologización de los sujetos, pues es ella la que asegura la medicalización y la eterna perpetuación del poder médico sobre los cuerpos. Solo cuando rompamos definitivamente con las estructuras que patologizan y marginan a los sujetos, podremos construir una sociedad verdaderamente inclusiva, donde el cuidado y la dignidad humana prevalezcan sobre la dominación y el control.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS


Amarante, P., Pitta, A. M. F., & Oliveira, W. F. (Orgs.). (2018). *Patologização e medicalização da vida: epistemologia e política* (1.ª ed.). Zagadoni.

Amarante, P. D. C. (1996). *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Editora Fiocruz.

Amarante, P. (Coord.). (1995). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Editora Fiocruz.

Angermeyer, M. C., & Dietrich, S. (2006). *Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: a review of population studies.* Acta Psychiatrica Scandinavica, 113(3), 163-179.

Basaglia, F. (1982). *L'istituzione negata: Rapporto da un ospedale psichiatrico* (2ª ed.). Einaudi.

Basaglia, F. (2005). *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Garamond Universitária.

Basaglia, F. (1985). *A Instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. Edições Graal.

Becker, G., & Arnold, R. (1986). *Stigma as a social and cultural construct*. En Ainlay, S. C., Becker, G. y Coleman, L. M. (Eds.), The dilemma of difference: A multidisciplinary view of stigma (pp. 39–57). Nueva York: Plenum Press.

Berger, P. L., & Luckmann, T. (1973). *A construção social da realidade*. Editora Vozes.

Bercherie, P. (1989). *Los fundamentos de la clínica: Historia y estructura del saber psiquiátrico.* Manantial

Berrios, G. E. (1987*). Bénédict Augustin Morel: A biography. History of Psychiatry,* 22(2), 203-220.

Bramel, D. A. (1972). *Dissonance theory approach to defensive projection.* Journal of Abnormal and Social Psychology, 64, 121-129.

Caponi, S. (Org.). (2019). *Uma sala tranquila: Neurolepticos para uma biopolítica da indiferença*. LiberArs.

Caponi, S. [et al.]. (Orgs.). (2013). *A medicalização da vida como estratégia biopolítica*. LiberArs.

Canguilhem, G. (1972). *Le normal et le pathologique* (2ª ed.). Presses Universitaires de France.

Crocker, J., & Major, B. (1989). *Social stigma and self-esteem: The self-protective properties of stigma.* Psychological Review, 96(4), 608–630

Caponi, S. (2009). *La teoría de la degeneración de Morel y la psiquiatría ampliada*. Scientiae Studia, 7(3), 425-445.

Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002*). Understanding the impact of stigma on people with mental illness.* World Psychiatry, 1(1), 16-20.

Carvalho Amarante, P. D. (1996). *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Editora Fiocruz.

Correia Jesuino, J., Mendes, F. R. P., & Lopes, M. J. (Orgs.). (2015). *As representações sociais nas sociedades em mudança*. Editora Vozes.

Freire, P. (2021). *Pedagogia do oprimido* (79.ª ed.). Paz e Terra.

Frances, A. (2016). *Voltando ao normal: Como o excesso de diagnósticos e a medicalização da vida estão acabando com a nossa sanidade e o que pode ser feito para retomarmos o controle*. Versal Editores.

Freitas, F., & Amarante, P. (2015). *Medicalização em Psiquiatria*. Editora Fiocruz.

Gray, R. (2002). *The social accounting project and Accounting Organizations and Society Privileging engagement, imaginings, new accountings and pragmatism over critique*. Accounting, organizations and society, 27(7), 687-708

García Argueta, I. (s.f.). *Investigación exploratoria, descriptiva, explicativa y correlacional.* Universidad Autónoma del Estado de México, Facultad de Medicina, Licenciatura en Nutrición1.

Goffman, E. (1975). *Frame analysis: An essay on the organization of experience.* Harvard University Press

Goffman, E. (1988). *Erving Goffman: Exploring the interaction order.* Polity Press; Northeastern University Press.

Goffman, E. (2021). *La presentación de la persona en la vida cotidiana* (2.ª ed., 4.ª reimp.). Amorrortu.

Goffman, E. (2022). *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada* (4.ª ed.). LTC.

Goffman, E. (2022). *Estigma: La identidad deteriorada.* Buenos Aires: Amorrortu.

Goulding, C. (2002). *Grounded Theory: A Practical Guide for Management, Business and Market Researchers.* Sage Publications.

Guattari, F., & Rolnik, S. (1996). *Micropolítica: Cartografías del deseo*. Tinta Limón,

Guggenbuhl-Craig, A. (2004). *O abuso do poder na psicoterapia: e na medicina, serviço social, sacerdócio e magistério*. Paulus.

Jodelet, D. (2005). *Loucuras e representações sociais*. Editora Vozes.

Jones, T. H., Highet, R. J., Blum, M. S., & Fales, H. M. (1984). (5Z,9Z)-3-alkyl-5-methylindolizidines from Solenopsis (Diplorhoptrum) species. Journal of Chemical Ecology, 10, 1233-1249

Jorland, G. A (2006) *Higiene pública em França e Inglaterra: um estudo comparativo.* In: Caponi, S. & Lecointre, M. R. (Org.). Estudos de filosofia e história das ciências biomédicas. São Paulo: Discurso, 2006. p. 255-76.

Lancetti, A., & Orgs. (2007). *Saúde Loucura, Saúde mental e Saúde da Família* (2.ª ed.). Editora Hucitec.

Linares, J. L., & Selvini, M. (2015). *O sofrimento psicológico e o maltrato relacional como fontes de psicopatologia*. Zagodoni.

Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). *Conceptualizing stigma*. Annual Review of Sociology, 27, 363–385.

Livingston, J. D., & Boyd, J. E. (2010). *Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis*. Social Science & Medicine, 71(12), 2150-2161.

Magnan, V. & Legrain, P.M (1895) *Les degénérés. Etat mental et síndrome épisodiques*. París, Rueff

Mascayano Tapia, Franco, Lips Castro, Walter, Mena Poblete, Carlos, & Manchego Soza, Cristóbal. (2015). *Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones.* Salud mental, 38(1), 53-58. Recuperado en 30 de noviembre de 2023, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252015000100008&lng=es&tlng=es.

Moffatt, A. (1984). *Psicoterapia do oprimido: ideologia e técnica da psiquiatria popular* (5.ª ed.). Cortez.

Morel, B. A. (1857). *Tratado sobre las degeneraciones físicas, intelectuales y morales de la especie humana*.

Moscovici, S. (2011). An essay on social representations and ethnic minorities. Social Science Information, 50, 441-46.

Moscovici, S. (2011). *Psicologia das minorias ativas*. Editora Vozes.

Nascimento, L. A., & Leão, A. (2019). *Estigma social y estigma internalizado: la voz de las personas con trastornos mentales y los enfrentamientos necesarios*. Historia, Ciencia y Salud, Río de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 103-121.

Nascimento, A. R. A., Gianordoli-Nascimento, I. F., & Antunes-Rocha, M. I. (Orgs.). (2019). *Representações sociais, identidade e preconceito: estudos de psicologia social*. Autêntica Editora.

Organización Mundial de la Salud. (2020). *Estadísticas sanitarias mundiales 2020: monitoreando la salud para los ODS, objetivo de desarrollo sostenible.* Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Pagot, A. M. (2012). *O louco, a rua, a comunidade: as relações da cidade com a loucura em situação de rua*. Editora Fiocruz.

Prado, S., Dubert, J., & Barja, J.L. (2015). *Characterization of pathogenic vibrios isolated from bivalve hatcheries in Galicia, NW Atlantic coast of Spain. Description of Vibrio tubiashii subsp. europaensis subsp. nov*. Systematic and Applied Microbiology, 38, 26-29.

Pessotti, I. (1996). *O século dos manicômios*. Editora 34 Ltda.

Perry, A. (1956) *El estado absolutista*. Siglo XXI Editores. 15ª Edición

Pessotti, I. (1996). *O século dos manicômios (The century of manicomies).* Editora 34

Pinel, J. P. J. (2007). *Biopsicología (*6ª ed.). Pearson Educación.

Pinel, P. (2007). *Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental ou a mania*. Editora da UFRGS.

Pitta, A. (2016). *Hospital: dor e morte como ofício* (7.ª ed.). Hucitec Editora.

Safatle, V., Silva Junior, N., & Dunker, C. (Orgs.). (2023). *Patologias do social: Arqueologias do sofrimento psíquico* (1.ª ed., 5.ª reimp.). Autêntica.

Thornicroft, G., Brohan, E., Rose, D., Sartorius, N., & Leese, M. (2009). *Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey*. The Lancet, 373(9661), 408-415.

Tundis, S. A., & Costa, N. R. (Orgs.). (2001). *Considerações sobre terapêuticas ambulatoriais em saúde mental*. In *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil* (pp. 134-169). Editora Vozes.

Viana, A. L. d. A., & Ibañez, N. (Orgs.). (2009). *Saúde, Desenvolvimento e Território*. Editora Hucitec.

Vieira, E. M. (2002). *A medicalização do corpo feminino*. Editora Fiocruz.

Vinicius, P. (2021). *Antitarja preta*. Buzz.

Whitaker, R. (2017). *Anatomia de uma pandemia: pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental*. Editora Fiocruz.

Zorzanelli, R., Bezerra Jr, B., & Costa, J. F. (Orgs.). (2014). *A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea*. Garamond.

# ANEXOS

**<u>Anexo 1:</u> Formulario de Google Form enviado a los participantes del estudio.**

## Patologías y medicalización del sujeto

La información de este formulario será recabada para fines de la investigación relacionada con el impacto de la despatologización de los trastornos mentales en la sociedad y cómo estas transformaciones influyen en percepción y tratamiento de las enfermedades mentales en la actualidad.

mentesacademicas.asesores@gmail.com Cambiar cuenta

No compartido

* Indica que la pregunta es obligatoria

**1. ¿Qué entiende usted por diagnóstico psiquiátrico?**

- Algo muy necesario.
- Algo que no es muy necesario.

**2. ¿Qué entiende usted por atención psicológica?**

- Algo muy necesario.
- Algo que no es muy necesario.

**3. ¿Qué entiende usted de medicación psiquiátrica?**

- Son ellas que tratan los trastornos mentales.
- Ellas hacen parte, a veces, del tratamiento de los trastornos mentales.

**4. ¿Ya hizo uso de medicación psiquiátrica?**

- Sí.
- No.

**5. ¿Ya hizo un control psiquiátrico?**

- ◯ Sí.
- ◯ No.

**6. ¿Qué entiende usted por diagnóstico psiquiátrico?**

- ◯ Es algo necesario para el tratamiento y necesita ser hecho.
- ◯ Puede existir o no, pues lo que importa son los síntomas que están causando sufrimiento.

**7. ¿Ya recibió algún diagnóstico psiquiátrico en algún momento de la vida?**

- ◯ Sí
- ◯ No.

**8 A. Si su respuesta anterior fue es sí, ¿Qué sintió al recibir tal diagnóstico?**

- ◯ Me sentí aliviado de cierta forma pues respondió mis preguntas.
- ◯ Me sentí angustiado por saber que tengo algo y seré visto/nombrado de esa forma de ahora en adelante.

**8 B. ¿Cambió algo en su vida después de ser diagnosticado?**

- ◯ Sí, empecé a vivir según mi diagnóstico.
- ◯ No, seguí mi vida de la misma forma que antes del diagnóstico.

**9. ¿Cree usted que sería importante que el paciente sea escuchado por el médico en el momento de la realización del diagnóstico o esa es una función exclusivamente médica?**

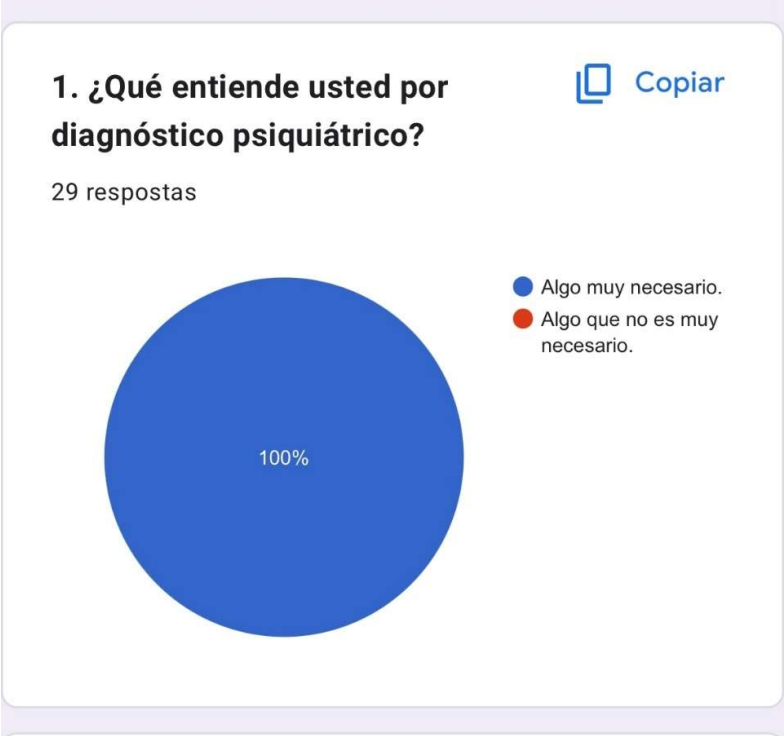
- ◯ Sí, me gustaría ser escuchado(a) y participar del proceso.
- ◯ No, esa es una función médica y es él es él quien debe hacer mi diagnóstico.

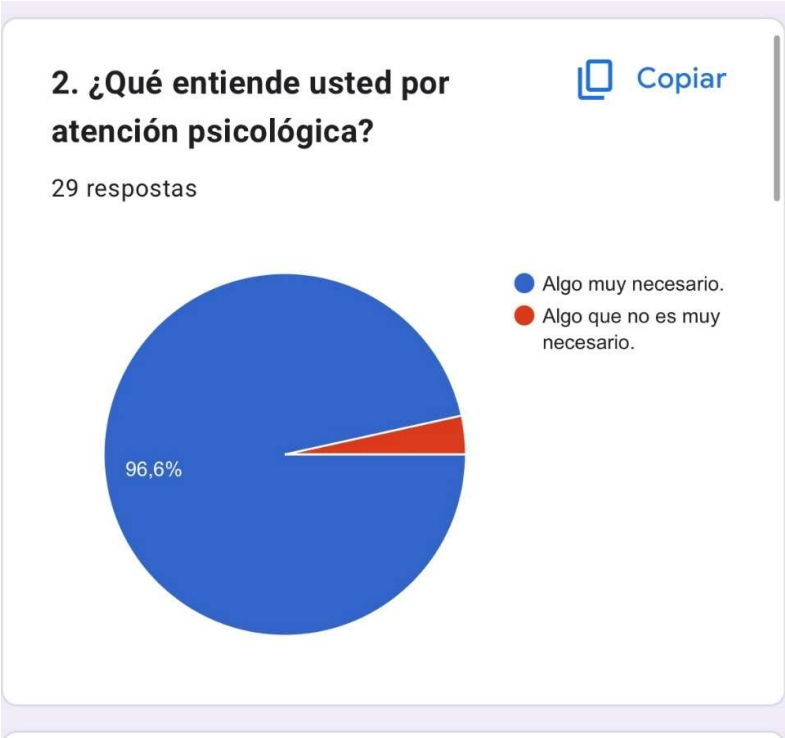
**10. ¿Usted se siente tranquilo y cómodo frente a una persona que tiene diagnóstico psiquiátrico?**

- ◯ Sí.
- ◯ No.

Siguiente  Borrar formulario

**<u>Anexo 2:</u> A continuación, presentamos las respuestas obtenidas y representadas en forma de gráfico de torta.**

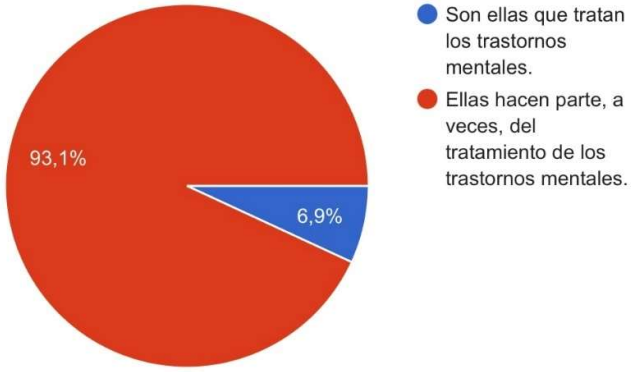


**3. ¿Qué entiende usted de medicación psiquiátrica?**

Copiar

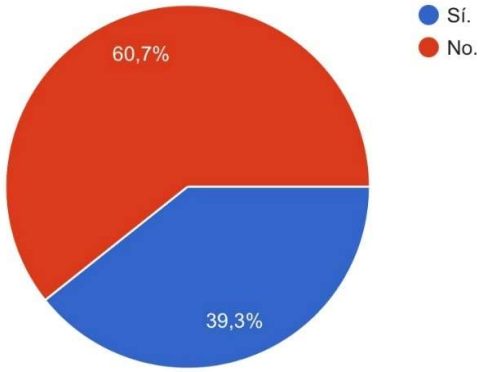
29 respostas




**4. ¿Ya hizo uso de medicación psiquiátrica?**

Copiar

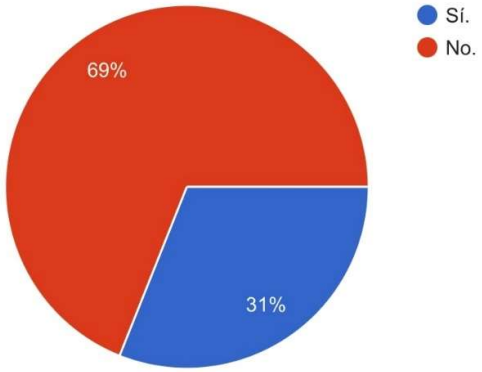
28 respostas



**5. ¿Ya hizo un control psiquiátrico?**

Copiar

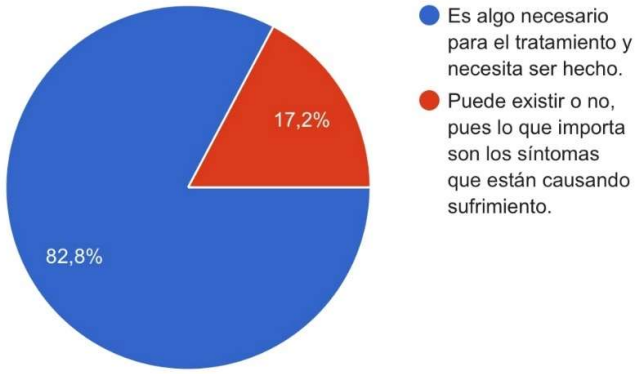
29 respostas




**6. ¿Qué entiende usted por diagnóstico psiquiátrico?**

Copiar

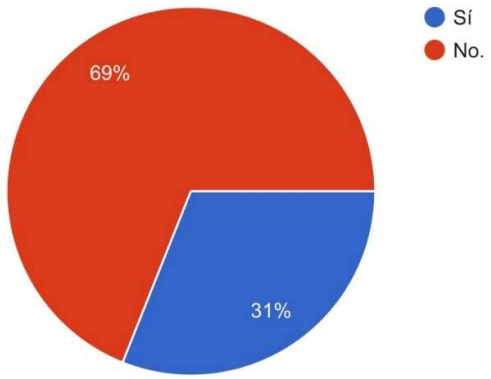
29 respostas



**7. ¿Ya recibió algún diagnóstico psiquiátrico en algún momento de la vida?**

Copiar

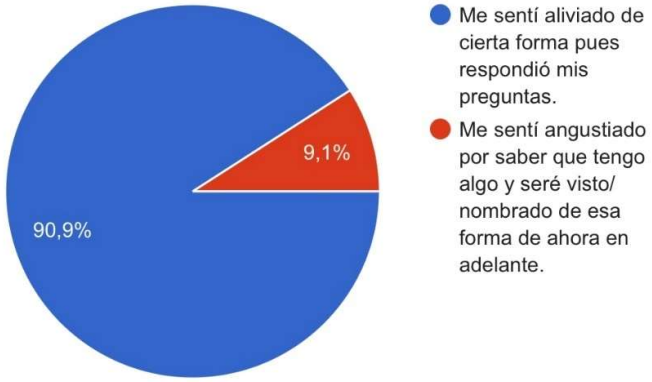
29 respostas




**8 A. Si su respuesta anterior fue es sí, ¿Qué sintió al recibir tal diagnóstico?**

Copiar

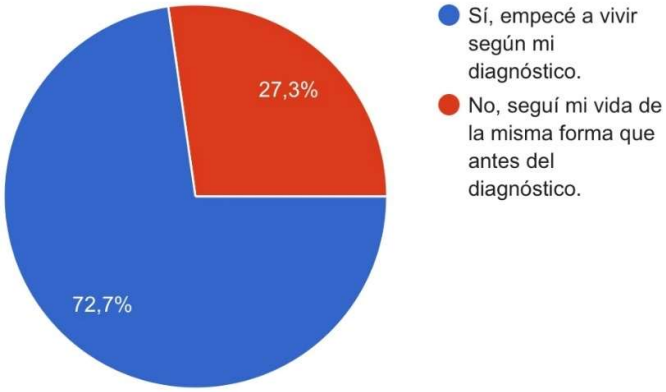
11 respostas



**8 B. ¿Cambió algo en su vida después de ser diagnosticado?**

Copiar

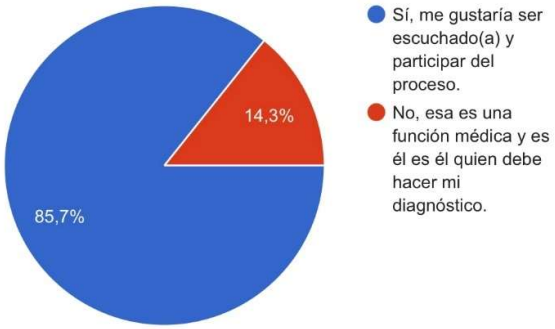
11 respostas



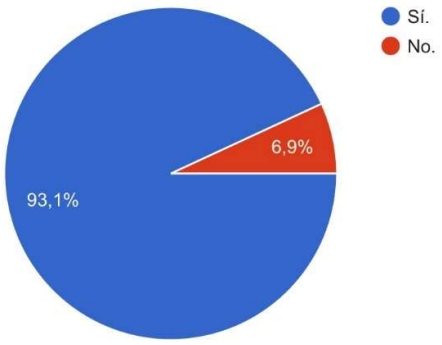

**9. ¿Cree usted que sería importante que el paciente sea escuchado por el médico en el momento de la realización del diagnóstico o esa es una función exclusivamente médica?**

Copiar

28 respostas



**10. ¿Usted se siente tranquilo y cómodo frente a una persona que tiene diagnóstico psiquiátrico?**

Copiar

29 respostas