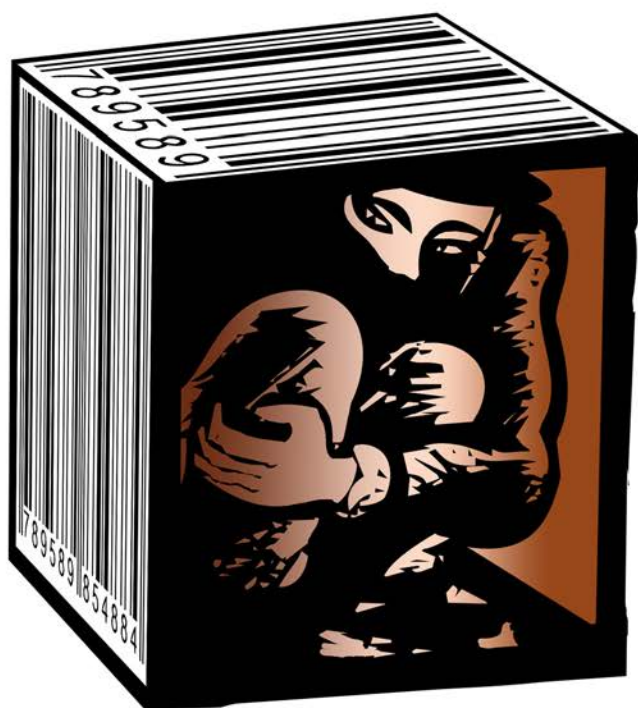


Ideología, salud mental y neoliberalismo

EN COLOMBIA

Anika Quiñones Useche
Jairo Gallo Acosta



Ideología, salud mental y neoliberalismo en Colombia

**JAIRO GALLO ACOSTA
ANIKA QUIÑONES USECHE**

**Ediciones Cátedra Libre
2020**

Ideología, salud mental y neoliberalismo en Colombia

ISBN: 978-958-98548-9-1

Primer edición, marzo de 2020

© Jairo Gallo Acosta

Anika Quiñones Useche

De esta edición

2020, Ediciones Cátedra Libre

Bogotá-Colombia

www.catedralibremartinbaro.org

catedralibremartinbaro@gmail.com

Edición a cargo de Edgar Barrero Cuellar

Diseño de carátula y diagramación:

Carlos Cepeda Rios

Se permite la reproducción parcial o total de éste libro siempre y cuando se conserve el principio ético-político de citar la autoría de las ideas aquí expuestas.

Bogotá-Colombia

Impreso en Colombia / *Printed in Colombia*

Contenido

PRÓLOGO	5
INTRODUCCIÓN	13
METODOLOGÍA	19
Abordaje de las fuentes de análisis	28
Análisis y discusión	31
Sobre el segundo bloque de fuentes	35
La salud mental	44
La salud mental y el orden público	
<i>Sobre lo ideológico de los trastornos mentales</i>	61
La clasificación de los trastornos mentales:	
la ilusión de alcanzar el ideal natural	66
Medicalizando el ideal	70
La falacia de los neurotransmisores	
como causa de trastornos	79
Sobre el diagnóstico	88
Conclusiones	105
Descontruyendo la psicopatología en Colombia	107
Referencias	121

PRÓLOGO

Este libro producto de la línea de investigación “Psicoanálisis y campo social” de los autores: Jairo Gallo Acosta y Anika Quiñones Useche, es una respuesta muy aguda a la pregunta: ¿Para qué sirve el psicoanálisis? A esta pregunta hecha a menudo por los psicólogos a los psicoanalistas que trabajan en programas de psicología, la respuesta de los autores se podría resumir del siguiente modo: ¡sirve para cuestionar, criticar y deconstruir a la psicología misma!

Las críticas tienen que ver con el rol ideológico de la psicología cuando gestiona la salud mental en la era del neoliberalismo, en particular en Colombia. Los autores hacen uso en una manera ejemplar del planteamiento de Freud: “que no hay que preocuparse de las llamadas profundidades de la mente humana”, de lo que se trata es de la superficie del discurso, de lo cotidiano, del chiste, de los sueños, del lapsus, y de los síntomas. En todo el libro se respira esta preocupación de buscar lo

humano en un lugar diferente al que la psicología suele ubicar lo humano: en su patología, su anormalidad, su inadaptación. La psicología considera la patología como algo para gestionar, curar, y así controlar eso humano y así adaptarlo a la “realidad”, esto último supuestamente natural y esencialista pero definido por los discursos hegemónicos. El psicoanálisis como muestran los autores, sirve para otras cosas: para escuchar al sujeto con sus síntomas, escuchar lo que dice, cómo se ubica en una historia y cómo ese sujeto está estructurado por las mismas lógicas ideológicas que estructuran la realidad.

Gallo y Quiñones convincentemente demuestran que, así como un sujeto emerge en un discurso, también una verdad sintomática puede aparecer desde textos, documentos y archivos. Y sería claro otra vez: no se trata de una verdad que se encuentra en las profundidades, sino que se ubica en la superficie, es decir, está escondida en plena luz.

Así como la búsqueda del sujeto circula a través de los textos en este libro, los autores también toman como referencia en su análisis los programas de psicología de las universidades en Colombia. Aquí es interesante echar un pequeño vistazo a los libros de texto norteamericanos – ya que, como sabemos todos, los libros de textos de psicología en otras partes del mundo, toman los libros norteamericanos como su referencia inicial-. Solo un recorrido breve por estos libros basta para asombrarse de las múltiples inconsistencias y fisuras, visibles en la superficie misma, que estas introducciones en psicología contienen. Aunque estos libros pretenden ser libros de textos de psicología, es bastante difícil no confundirlos con libros de textos de neuro-

ciencia. Es decir, desde el inicio estos libros hacen esa claridad: la psicología, muy paradójicamente, no busca su metodología, su hermenéutica, ni su praxis en lo psicológico en sí mismo, sino en lo neurológico. Es como si la psicología se dijera así misma: *lo psicológico en sí no existe, solo existe en función de lo biológico*: ¿la psicología como negatividad de sí misma? Estas extrañas paradojas están visibles a plena luz en las fisuras de estos textos. Consideremos por ejemplo el libro de texto: “Psychology. A concise introduction” de Richard Griggs “Psicología. Una introducción concisa”: “¿Por qué los psicólogos están interesados en cómo funcionan las neuronas? ¿En esto biología y no psicología? La respuesta es que son ambas. Los seres humanos son organismos biológicos.”¹

Extraña conclusión. Dada la primera premisa de que se trata tanto de biología como de psicología, ¿no debería decirse que “los seres humanos son organismos biológicos *y psicológicos*”? Pero esto no es lo que leemos, se lee: “Los seres humanos son organismos biológicos”: al final, la psicología se ha ido otra vez. La psicología aparentemente tiene que negarse a sí misma. Ese tema es tratado ampliamente por los autores: el significante clave hoy en día en el campo de la psicología tiene de base la raíz biológica. Los autores hablan en este libro incluso del “furor de lo neuro”, se piensa que lo psicológico es completamente rastreable dentro de lo neurológico. Y aquí es donde lo psicológico vuelve a ser no más que el reflejo de la neurología, un epifenómeno de lo biológico, por lo tanto, la psicología como ciencia

1 Richard A Griggs, Psychology: A Concise Introduction (Macmillan, 2010), 39.

coincide y se fusiona con las neurociencias. Así leemos: “Los seres humanos son organismos biológicos”. El cerebro, pues, como el agujero negro de la psicología.

A este respecto, a veces uno se pregunta qué trabajo y qué energía deben dedicar tanto los profesores como los alumnos para pasar por alto estas paradojas y problemas que están tan obviamente presentes en los discursos y textos básicos de la psicología. Uno podría entender estas paradojas como síntomas de una manera psicoanalítica, si se me permite hacerlo: pero, hay que repetirlo, no en una manera pseudo-freudiana que busca la verdad esencialista y desconocida, sino en la manera psicoanalítica genuina, como el libro de Gallo y Quiñones lo muestra claro, los síntomas (la verdad como una paradoja ubicada en la superficie de un discurso), al fin apuntan a *los sujetos* que circulan a través de las fisuras en los textos.

Los libros de texto de psicología contienen *una interpelación* (en el sentido de Louis Althusser, una interpelación ideológica que produce a sus sujetos)², específica de los aspirantes y los novicios de la psicología: la formación de los futuros profesionales en el campo psi pasa sobre apuntar a los principiantes lo que son: pretendidamente sus cerebros. Y este mensaje, este mandamiento de coincidir con su cerebro, es precisamente eso que los psicólogos repiten a sus “clientes” y al gran público en general. *Si tienes problemas en su vida, puede ser que tienes un trastorno, y eso seguramente es una cuestión neurobiológica que hay que tratar.* Pues, como decía el libro de texto de Griggs: “Los seres humanos son

2 Louis Althusser, *Ideología Y Aparatos Ideológicos De Estado* (Buenos Aires: Nueva Visión, 1974).

organismos biológicos”: y este mensaje debe de ser difundido por toda la sociedad: desde el kindergarten hasta la casa de retiro, tenemos que saber: ¡somos nuestros cerebros! Incluso, cuando hay más espacio para un enfoque más psicológico, eso es la manera en lo cual la psicología opera: por vía de decir *lo que eres*, la psicología te asigna tu posición subjetiva y, por lo tanto, tu posición social. ¿Podría ser que la especie humana sea la única especie a la que se debe decir *qué es*, para que no se desvíe hacia otros caminos? *Esto es lo que eres, y de esto se trata el ser humano*, son posiblemente las armas más poderosas de la modernidad para dar forma y colonizar al mundo, para dar forma y colonizar al ser humano. Considérese por ejemplo este aviso a los estudiantes de psicología, diciendo como ellos podrían entrenar y cuidar su cerebro: “Aprende a tocar un instrumento musical. Si no puedes costear clases de música, únete a un grupo de canto o coro”.³

¿Cuál es el mensaje aquí? ¡No te preocupes si eres pobre! Por lo tanto, no se le pide que use su cerebro para salir de la pobreza o, incluso, para cambiar sus condiciones sociales particulares (las de otros) ¡solo use tu cerebro para disfrutar de tu pobreza! No levantes tu voz; ¡Usa tu voz para cantar una canción para cuidar tu cerebro! Este discurso neuro-psi resulta ser conservador y te empuja a aceptar las desigualdades sociales y económicas.

Es ese último tema es que los autores exploran muy rigurosamente en este libro. Nos muestran que las ciencias neuropsi

3 Don H Hockenbury, Sandra E Hockenbury, and Loren L Toussaint, *Psychology* (Worth Publishers, 2014), 81.

resultan ser una ideología atractiva para un contexto dominado por las lógicas capitalistas neoliberales, nos dicen que el rótulo individualizante y biológico es un obstáculo para una responsabilidad subjetiva, es decir, una responsabilidad con los otros, una responsabilidad comunitaria que se hace cargo de lo social, de sujetos y sus relaciones, del mundo que se construye entre todos.

Los psicólogos, leímos en este libro “no saben lo que hacen.” ¡Ahora sí! ¡Es decir, con el libro de Gallo y Quiñones ya podrían saberlo! Pero, como ellos mismos dicen claramente: este libro utiliza el psicoanálisis no como una investigación cualitativa, ni como una hermenéutica, sino como un método de investigación crítico, y esa crítica, así leemos en todo el libro entero, es una crítica particular. A lo menos, el psicoanálisis no dice a los psicológicos lo que tienen que saber, ya que los psicológicos saben ellos mismos, aunque no saben que lo saben. Pero, seamos claros, para poder ver las múltiples inconsistencias y fisuras que se esconden en la superficie misma de las teorías y praxis de la psicología, se necesita un trabajo y sobre todo un cambio de la perspectiva de esa mirada. Desde la perspectiva clásica de las neuropsi-ciencias se piensa tener acceso directo al humano ‘real’, tal como es, y eso sirve directamente a lo economía neoliberal y capitalista que se presenta a sí misma al servicio de las necesidades “reales” de la gente. Este movimiento tautológico solo viene a ser visible desde una crítica que apunta a la gente concreta, en sus entornos materiales y sociales en cuyas capacidades productivas y recursos se basa, como dice Slavoj Žižek: “la circulación de capital y en los que se alimenta como un pa-

rásito gigantesco.”⁴ Lo más importante aquí, es que esa “gente concreta en sus entornos materiales y sociales” no debe considerarse de una manera esencial o natural, sino de una manera partisana. Es decir, del mismo modo que, según Ernesto Laclau, se debe considerar que “el pueblo” no tiene ningún significado, ya que es el resultado de la lucha de la hegemonía, de cómo y con qué significantes se define: ‘el pueblo’⁵, también lo que es lo humano no puede sino entenderse como el resultado de una lucha que al final es una lucha social y política. O con Martín-Baró: “la verdad (...) puede convertirse en una tarea en cuestión: no una explicación de lo que se ha hecho, sino de lo que hay que hacer.”⁶

Por lo tanto, el problema no es simplemente ser consciente de la parcialidad de uno –lo que se puede acusar la psicología–, sino más bien ser conscientemente parcial, tomar partido, ser partidario, de eso se trata ser objetivo. Y de eso se trata este libro de Gallo y Quiñones.

Jan De Vos
Gante, mayo 17, 2019

4 Slavoj Žižek, “Against the Populist Temptation,” *Critical Inquiry* 32, no. 3 (2006): 566.

5 E. Laclau, *On Populist Reason* (London: Verso, 2005).

6 Ignacio Martín-Baró, *Writings for a Liberation Psychology* (Cambridge, MA: Harvard University Press, 1994), 23. “truth (...) can become a task at hand: not an account of what has been done, but of what needs to be done”:

INTRODUCCIÓN

Este libro es producto de dos investigaciones: “Subjetividad, salud mental y neoliberalismo en la primera década del siglo XXI en Colombia. Una perspectiva psicoanalítica”, y “Sujeto, psicopatología y psicoanálisis: ideología de los trastornos mentales en Colombia en el siglo XXI”. Estas investigaciones se han circunscrito a la línea de investigación: “Psicoanálisis y Campo social”, del grupo Boulomai del Programa de Psicología de la Universidad Cooperativa de Colombia, sede Bogotá.

La idea es mostrar como el neoliberalismo se impuso en Colombia al igual que en casi todos rincones del mundo, y como la salud mental no se pudo escapar a esta imposición. Así como mostrar las consecuencias de estas políticas económicas que se comenzaron a gestar en los años noventa del siglo XX, y como empezaron a reflejarse en años posteriores, siendo una de esas manifestaciones la concepción de los trastornos mentales en la salud mental.

Lo que se pretende es plantear una práctica en salud mental que no sólo no obedezca a los intereses de las multinacionales farmacéuticas – el mismo director del DSM IV Allen Francés (2014a) comenta como: “Una adicción a las pastillas” -, sino que tampoco obedezca a las lógicas de exclusión, discriminación, dominación, etc.

La salud mental y los diagnósticos en que se fundamentan ciertas prácticas diagnósticas es un asunto complejo (Berrios, 2012). Lo que hay que tener en cuenta es la defensa de la dimensión subjetiva en el padecimiento sintomático, cuestionando la existencia de una enfermedad, trastorno o desorden “mental”, como algo natural o biológico en salud mental. Más allá del diagnóstico, lo que parece importante es analizar el discurso de un sujeto, es decir: escuchar lo que dice, y cómo se ubica en una historia. La salud mental y la psicopatología actual como su clasificación basada en el DSM es una práctica que se aleja de los padecimientos subjetivos. En su pretensión científica, se enfoca en la presencia o ausencia de señales y síntomas y su frecuencia, y se olvida por completo de un sujeto y su decir.

Lo propuesto en este libro es el resultado de las investigaciones realizadas, es lo que Aristóteles llamaba “Órganon”, una herramienta de acercamiento a una realidad no fijada, por tanto, este acercamiento es una ampliación tanto teórica como práctica, y es contraria a la idea de un canon, en el sentido de lo que necesariamente, obligatoriamente y prescriptivamente las cosas son y han de funcionar de determinada manera.

Para comenzar a comprender lo que este libro quiere indagar se propone que: “la salud implica un poder normativo que instala un determinado orden en el que está contemplado lo patológico” (Canguilhem, 1976, p.108). La psicopatología como la psiquiatría, se funda sobre un poder que puede decidir sobre la salud mental de un individuo, concibiéndose esta como un proceso objetivo, y al enfermo como una cosa inerte donde se desarrolla el proceso. (Foucault, 1991).

Con respecto a lo ideológico, el filósofo Zizek se ha dedicado en los últimos años a estudiar el tema de la ideología desde la teoría marxista y el psicoanálisis lacaniano, tomando en sus textos la categoría de ideología para analizar la funcionalidad de ciertos lugares de enunciación cuando se legitiman, en este punto, no importa si eso enunciado es falso o verdadero, sino qué es lo que se legitima, pero, sobre todo, cómo es legitimada esa enunciación desde lógicas de dominación:

Lo que realmente importa no es el contenido afirmado como tal, sino el modo como este contenido se relaciona con la posición subjetiva supuesta por su propio proceso de enunciación. Estamos dentro del espacio ideológico en sentido estricto desde el momento en que este contenido – “Verdadero” o “falso” (si es verdadero mucho mejor para el efecto ideológico)- es funcional con respecto de alguna relación de dominación social” (Zizek, 2008, p. 15).

Esa funcionalidad es la que estructura la realidad, claro está, una realidad fundamentada ideológicamente, y en donde un sujeto también es estructurado, por tanto, dicho sujeto sólo podrá percibir una realidad desde esas mismas lógicas que lo

estructuran a él y a esa realidad, y es allí donde todo análisis psicológico tiene que partir, desde esas lógicas que estructuran la realidad y a los sujetos inmersos en ella. Lo importante aquí no es desocultar esas lógicas ideológicas, labor que puede resultar ineficaz e inútil, sino mostrar cómo se formaron dichas lógicas, y en este momento Zizek se vale del método psicoanalítico sobre la interpretación de los sueños, que consiste en interpretar no lo oculto (lo latente) del sueño, sino interpretar los mecanismos que han producido el sueño, las lógicas del sueño.⁷

Zizek toma al psicoanálisis freudo-laciano como una teoría que se encarga no de lo oculto, lo profundo⁸, sino de la superficie inconsciente, y lo ideológico está ahí, no oculto, de pronto invisible gracias a la misma operación ideológica. Concebir al síntoma como aquello que está en la superficie es algo que acerca a la lectura psicoanalítica-marxista-hegeliana que realiza Zizek de la ideología. Lo que Zizek nos muestra, es que la ideología hay que analizarla como la lectura psicoanalítica de síntomas⁹, a través de eso que no funciona: “descubrir la tendencia no confesada del texto oficial a través de sus rupturas, sus espacios en blanco y sus deslices” (Zizek, 2008,

7 Para Freud (1981) existían dos mecanismos del inconsciente: la condensación y el desplazamiento, mecanismos que el psicoanalista francés Jacques Lacan (1997) desarrolló desde una influencia lingüística (Román Jacobson) como metonimia y metáfora.

8 Lo curioso de este asunto es que el psicoanálisis para muchas personas está relacionado o asociado con una psicología profunda, y nada más contrario al psicoanálisis, ya que su descubrimiento primordial: lo inconsciente, Freud siempre se encargó de mostrarlo que estaba en la superficie, en lo cotidiano, en el chiste, en los sueños, en el lapsus, en el síntoma.

9 Para Zizek (1992), Marx según el psicoanalista Jacques Lacan inventó el síntoma que después Freud va a fundamentar a través del psicoanálisis.

p. 17), y eso que no funciona es lo que se excluye. La propuesta de Žizek es atravesar la fantasía ideológica social, lo que en términos lacanianos quiere decir: “destituir al Otro” y a cualquiera que se quiera colocar en ese lugar desde una posición de amo, exigiendo obediencias, sumisiones, dominaciones.

Esa destitución del Otro también traería la destitución ideológica que causa la negación de todo antagonismo social, de toda diferencia, la necesidad de la exclusión y sus excluidos, y para liberarnos no necesitamos de la dominación del otro, por esa vía se abre una posibilidad de lo social, y por tanto, de nosotros mismos. El análisis de la ideología en cualquier propuesta actual es pertinente, y más, en unos contextos donde lo ideológico ha constituido y sigue constituyendo nuestras realidades sociales.

Por todo lo anterior este libro surge de la pregunta: ¿Cuál es la relación entre las políticas económicas neoliberales y la prevalencia de los trastornos mentales en salud mental en Colombia en la primera década del siglo XXI?, La respuesta tiene la complejidad que se merece toda manifestación humana, ubicando a la salud mental en el estatus que le otorga el psicoanálisis, considerándola como un campo donde confluyen una serie de factores culturales, políticos, económicos, históricos, geográficos,

Lo que hay que tener en cuenta es la defensa de la dimensión subjetiva en el padecimiento sintomático, cuestionando la existencia de una enfermedad, trastorno o desorden “mental” como algo natural o biológico. Más allá del diagnóstico, lo que parece importante es analizar el discurso de un sujeto, es decir:

escuchar lo que dice, y cómo se ubica ese sujeto en una historia. Por último, la psicopatología actual y su clasificación basada en el DSM o el CIE es una práctica que se aleja de los padecimientos subjetivos. En su pretensión científica se enfoca en la presencia o ausencia de señales y síntomas y su frecuencia, y se olvida por completo de un sujeto y su decir.

Los resultados de estas investigaciones que constituyen este libro son pertinentes tanto en la academia, como para todos los sujetos que intervienen y/o participan de la salud mental, es decir: estudiantes y docentes de psicología, trabajadores de la salud mental, usuarios e instituciones prestadoras de servicios de salud mental. Para la línea de investigación “Psicoanálisis y Campo social”, el mayor aporte de esta investigación es darle un lugar a la subjetividad y sus padecimientos, productos de las lógicas políticas del capitalismo neoliberal. Esta investigación abre la posibilidad de que el sujeto pueda tener un lugar para poder manifestarse, y no sea solamente un número que se pueda colocar en una gráfica. Sobre todo, sostener una investigación en las lógicas de una investigación rigurosa, académica, metodológica y conceptualmente coherente con la perspectiva psicoanalítica.

METODOLOGÍA



“Un significante es sólo lo que representa a un sujeto” (Lacan, 1990b, p. 198).

Esta frase de Lacan fundamenta toda la metodología de nuestras investigaciones. Primero que todo, esta metodología se fundamenta en el método psicoanalítico. El método psicoanalítico propone reemplazar la atención voluntaria y consciente que conduce a selecciones apresuradas, por una atención flotante, proponiendo la asociación del material, los elementos significantes, la manera de esos elementos tiene una particularidad, un elemento no es significante por sí mismo¹⁰, no hay una significación previamente conocida y localizable. El saber incons-

10 Para Lacan (2002, p.264) un “significante como tal no significa nada”. Así que la conceptualización que podía ubicar a la anterior (a posteriori) en la teoría lacaniana es: “lo que representa al sujeto para otro significante. Este significante será pues el significante por el cual todos los otros significantes representan al sujeto: es decir que, a falta de este significante, todos los otros no representarían nada.” (Lacan, 1996 p.799).

ciente no es un saber previamente conocido sino es un saber nuevo a descubrir. Es necesario construirlo tomando elementos significantes del discurso. Las implicaciones que tiene esto es que el orden del signifiante (inconsciente), determina la lógica discursiva. El signifiante representa una falta estructural. Pero es precisamente esa falta, lo que permite al signifiante establecer un orden en la cadena que no posee un significado a priori, sino ilusiones de significado que surgen de las asociaciones entre significantes, en esa significación es donde emerge el sujeto (entre significantes que lo representan), y eso es lo que puede analizarse discursivamente, esa emergencia. Por eso es viable vislumbrar en el análisis de discurso como un sujeto se construye en ese discurso.

Así como un sujeto emerge un sujeto también emergen textos en forma de documentos, archivos y demás elementos que pueden ser analizados sin perder esta emergencia como acontecimiento, sin neutralizarlo ni impidiendo su singularidad. En esta emergencia de los textos pueda aparecer una verdad sintomática (Parker y Pavón, 2013), que en esta investigación son los textos y temas psicopatológicos que muestran una verdad: el síntoma ideológico de su práctica. La emergencia y análisis de esta verdad sintomática va a ser usada para una reflexión crítica que a su vez es una crítica a una práctica que históricamente se ha posicionado en el campo psi y de la salud mental.

Se podría hablar en esta investigación de metodología cualitativa (Gallo, 2011), pero la idea es usar los mismos elementos del método psicoanalítico fundado por Freud y reinventado por Lacan para hablar de una metodología

que use al psicoanálisis como un método de investigación crítico. El psicoanálisis es un método, nació siendo un método, lo cual se puede constatar en la definición del mismo Freud quien definía al psicoanálisis como un:

Método para la investigación de procesos anímicos capaces inaccesibles de otro modo. De un método terapéutico de perturbaciones neuróticas basado en tal investigación. De una serie de conocimientos psicológicos así adquiridos, que van constituyendo una nueva disciplina científica (Freud, 1981a, p. 2661).

Siendo lo común en estas tres definiciones la investigación y el método para constituir una disciplina científica. Freud creía en una disciplina que partiera del detalle, la descripción, agrupación, ordenamiento y relación de fenómenos, siendo lo central la producción teórica de su práctica clínica, es decir, su manera de investigar y darle a esa investigación un carácter serio o científico:

Hemos oído expresar más de una vez la opinión de que una ciencia debe hallarse edificada sobre conceptos fundamentales, claros, precisamente definidos. En realidad, ninguna ciencia, ni aún la más exacta, comienza por tales definiciones. El verdadero principio de la actividad científica consiste más bien en la descripción de fenómenos, que luego son agrupados, ordenados y relacionados entre sí (Freud, 1981b, p.2039).

El psicoanálisis es un método que combina la investigación y el tratamiento, hija de la experiencia llega a decir Freud, e inconclusa, lo que la convierte en un proceso inacabado y constante, es decir, que no es rígida ni tampoco se opone a

los nuevos conocimientos que la experiencia aporte, además que este método también tiene como fin la investigación de lo subjetivo, asunto que para algunas disciplinas no debe ser materia de indagación, pero para el psicoanálisis es lo que lo hace distinguir de otros campos y saberes: “Lo subjetivo es para nosotros lo que distingue el campo de la ciencia en que se basa el psicoanálisis, del conjunto del campo de la física” (Lacan, 2002, p. 266). El psicoanálisis se encarga del sujeto, sujeto que no debe confundirse con el individuo (que fue una de las maneras que utilizó la psicología y cierto psicoanálisis para objetivizar su estudio y poder ser científico): “Con Freud irrumpe una nueva perspectiva que revoluciona el estudio de la subjetividad y muestra, precisamente, que el sujeto no se confunde con el individuo” (Lacan, 2016, p. 19).

La metodología usada en esta investigación está fundamentada en el análisis de discurso psicoanalítico. Esta no debe confundirse con el análisis textual de contenido, como tampoco de los análisis discursivos que tengan como base solamente principios lingüísticos, adicional a lo que este tipo de estudios proponen, es necesario retomar aspectos ya forjados por Jacques Lacan, el cual se considera forma parte del análisis psicoanalítico del discurso. Al respecto Parker y Pavón-Cuellar (2013) afirman que:

Por lo tanto, el analista debe identificar el valor de significación de un término frase a través de una orientación con respecto los siguientes términos de una secuencia y no como lo harían los analistas conversacionales, por la orientación con respecto a otros hablantes como sujetos (p. 56).

No enmarcar esta investigación dentro de la investigación cualitativa es un asunto que concierne a una posición metodológica que se quiere apartar a una tendencia de colocar lo cualitativo bajo los preceptos de la investigación cuantitativa. La investigación cualitativa también ha sido usada en muchas ocasiones para encubrir una pretensión cuantitativa (González Rey, 2000). Otra razón para no ubicar el método psicoanalítico dentro de lo cualitativo, es que se tiende a asociar al método psicoanalítico con una hermenéutica, asunto que para Lacan son diferentes: “Esta interpretación no debe concebirse en absoluto en el mismo sentido que dicha hermenéutica” (Lacan, 2003.p.16).

El análisis psicoanalítico de discurso no es una hermenéutica de las profundidades ni de mundos interiores de sentido, no busca descubrir lo oculto, como tampoco la búsqueda de significados. Lo que busca es mostrar las fisuras, y en ellas es donde van a surgir las fuentes a utilizar. Los documentos y archivos a utilizar provienen de diferentes lugares, esto permite no sólo acudir a las fuentes especializadas en salud mental o psicopatológicas, sino a diversas fuentes que surgen de los archivos, discursos y sus interrupciones (Foucault, 2010), de lo cotidiano y sus prácticas (De Certeau, 2000) o de la cultura popular (Zizek, 2006). Se puede decir de estos autores que entrecruzan métodos, y sus fuentes no se encierran en una práctica y un determinado lugar. Además, que hay que plantear que lo más íntimo del sujeto no se encuentra en las profundidades de él, sino es sus exterioridades, en sus manifestaciones, en su extimidad. La idea, más que comprender los textos y los archivos es dar una posibilidad de abrirlos. Lo que se pretende no es la creación de significados y sentidos, sino buscar conexiones entre significantes.

Lo importante es analizar como un texto se estructura, donde gira “cómo se construye la lógica temporal del texto” (Parker y Pavón, 2013, p.57).

El análisis psicoanalítico de discurso que se plantea es que lo analizado no sólo sea la “interacción verbal”, y las “formas habladas”, sino los “textos” definidos como: “tejidos delimitados de significado reproducidos en cualquier forma”. Parker (1992) concibe estos discursos como “elementos que “contienen sujetos” que aparecen como elementos discursivos “hablados” y hablantes determinados por el contexto discursivo” (p. 9 - 10). Hay algo que no puede ser dicho, y lo importante es aquello que se presenta como ausencia en el texto. Los sujetos circulan a través de los textos, así que el análisis de discurso que propone Parker es un método que vehicula una representación de la subjetividad, lo que en esta investigación es el análisis de lo ideológico de la salud mental en Colombia y su elación con el neoliberalismo.

Es por eso, que este análisis de discurso intenta situar la comprensión del discurso en un contexto determinado y sus efectos sobre los sujetos. El “analista” de discurso interpreta lo que está pasando. El objetivo no es la obtención de frases o palabras que se pueden convertir en categorías que engloban todo un tema, eso sería solamente análisis de contenido, el objetivo en el análisis del discurso es: “suscitar elementos significantes irreductibles, sin sentido, compuestos por no significados” (Lacan, 1990b, p. 250). El análisis psicoanalítico de discurso no es una hermenéutica que busca tras los significantes los significados ocultos, es una deliberada desconstrucción de las antiguas

dicotomías del externo – interno, es un punto de conexión entre lo individual y social.

Lo que hará en este libro es un análisis de discurso psicoanalítico de los diferentes archivos y materiales que se relacionan con la salud mental, para después interpretarlo –construir a través de la teoría psicoanalítica y otras disciplinas el fenómeno planteado. El análisis de discurso psicoanalítico tendrá como interés principal identificar estructuras ideológicas de la salud mental en Colombia y su relación con las políticas económicas del capitalismo neoliberal. Hay que situar el análisis del discurso en la salud mental en un contexto político –económico, pero sobre todo en la comprensión de los efectos sobre los sujetos. (Parker, 1996).

El discurso tiene efectos en los sujetos, generando “especificaciones concretas de la subjetividad en las que el inconsciente se representa como el otro de la subjetividad”. De lo que se trata es de una organización de los significantes en el texto (Parker y Pavón, 2013, p. 55). Así como: “la búsqueda de patrones, de conexiones entre significantes, pero no conexiones que revelan un orden subyacente, sino conexiones que diferencian los significantes unos de otros y que los mantienen en tensión” (p. 55).

El orden del significante determina la lógica discursiva. El significante representa una falta estructural. Pero es precisamente esa falta, lo que permite al significante establecer un orden en la cadena que no posee un significado a priori, sino ilusiones de significado que surgen de las asociaciones entre significantes, en esa significación es donde emerge el sujeto

(entre significantes que lo representan), y eso es lo que puede analizarse discursivamente, esa emergencia. Así que es viable vislumbrar en el análisis de discurso como un sujeto se construye en ese discurso.

Abordaje de las fuentes de análisis

Las fuentes elegidas fueron dos, primero, los documentos impresos o digitales de programas de psicología de diferentes universidades, y segundo, las diferentes versiones del manual diagnóstico DSM.

Documentos impresos o digitales de programas de psicología de diferentes universidades y otras fuentes

Para los documentos impresos o digitales de programas de psicología de diferentes universidades, inicialmente se hizo una invitación mediante correos electrónicos que difundían una invitación a proporcionar los contenidos programáticos explicándoles los pormenores del proceso y garantizando el anonimato, ya que no es del interés de los investigadores exponer de manera particular a ninguna universidad. Algunos aceptaron el llamado y prestaron sus documentos para desarrollar la presente investigación. También se hizo una búsqueda en portales web, se encontraron algunos en aquellas universidades que tienen pública esta información. En otros casos, se accedió a ellos, ya que estaban en los centros de fotocopiado masivo de venta libre en los alrededores de las universidades, acompañados de las lecturas que se desarrollan durante el semestre.

Al tener el banco de programas, se leyeron repetidamente las fuentes de análisis. Poco a poco fueron emergiendo significantes, que a su vez anclaban otros significantes, y se iban estructurando cadenas de significantes que conformaban interesantes análisis. El significante tiene prevalencia sobre el significado, el lugar privilegiado del significante se le otorga por su condición directa de proximidad al inconsciente, por lo tanto, marca la ubicación que el sujeto tenga así encuentra su lugar, y puede ser sujeto. Para poder explicar la emergencia de los significantes en los programas de curso revisado, es importante indicar el vínculo entre significante y significado, Lacan en el seminario 5 enuncia que:

La noción de elemento significante adquirió su sentido pleno en la evolución concreta de la lingüística desde que se aisló la noción de fonema. Nos permite tomar el lenguaje en el nivel de un registro elemental doblemente definido - como cadena diacrónica y, en el interior de esta cadena, como posibilidad permanente de sustitución en el sentido sincrónico. Nos permite igualmente reconocer en el plano de las funciones del significante una capacidad original en la que podemos localizar cierto engendramiento de lo que se llama el sentido (Lacan 2010, p. 51).

Las posibilidades del significante con relación al significado, en la lógica diacrónica y sincrónicamente que propone Lacan, son las posibilidades de ser que tiene un sujeto, de ahí la relevancia de la cadena de significantes, pues recordemos que un significante solo es significante para otro significante.

Derivadas de las lecturas, emergían cadenas de significantes, que se iban abordando de manera sucesiva a medida que surgían. La primera nos formaba una secuencia en la posición de la asignatura de psicopatología.

Las otras fuentes se relacionan en cómo el diagnóstico psicopatológico se va constituyendo en las lógicas sociales, en la vida cotidiana, se trata de seguir el rastro que va dejando la incursión de eso psicopatológico, su lugar, y cómo desde ahí se comienzan a relacionar los sujetos con ese diagnóstico y su psicopatología. Por último, se retomaron las versiones de los manuales diagnósticos (DSM IV), encontrando también rastros de elementos ideológicos. Unos explícitos enunciados por sus mismos creadores, y otros menos visibles. A medida que había elementos de análisis, se inició el proceso de escritura del texto final, vinculando argumentaciones teóricas que explicaran el avance de los análisis y la producción teórica.

Análisis y discusión



Se establecieron tres tipos de fuentes diferentes. La primera fueron documentos de legislación, específicamente el decreto 3039 de 2007, por el cual se adopta el plan de salud pública 2007-2010, y también el documento de los lineamientos de política pública en salud mental; la segunda fuente fue un grupo de 112 documentos, como contenidos programáticos, microcurrículos o planes de materia de 12 programas de psicología de diferentes regiones de Colombia, de universidades públicas, privadas y del sector cooperativo, y como tercer fuentes, archivos, documentos, publicidades y otras piezas comunicativas que tienen como contenido aspectos alusivos a la psicopatología, incluido el manual diagnóstico DSM IV.

Para el análisis de las fuentes se organizaron según cada documento una tabla de análisis de enunciaciones que generaran tensiones respecto a los principios neoliberales, y que fueran susceptibles de ser interpretados. Posteriormente se unificaron

las dos tablas en una sola, en la cual se mantuvieron solamente las interpretaciones de los enunciados, y se unificaron los que eran similares.

De la primera fuente se identificaron 17 aspectos como producto del análisis de las políticas en salud y salud mental, los cuales se consideraron fisuras que reflejaban la relación entre las políticas económicas neoliberales y la prevalencia de ciertas problemáticas en salud mental. Luego se generó una tabla unificada de las interpretaciones de los dos documentos, asociando los que permitieran una articulación entre sí por similitud temática, de tal manera que se lograra hacer una aproximación teórica que lograra materializa las inconsistencias de los textos analizados, ya que de esta fisuras van a surgir las fuentes de análisis de la relación entre las políticas económicas neoliberales y la prevalencia de ciertas problemáticas en salud mental en Colombia en la primera década del siglo XXI.

De esta tabla surgen las argumentaciones teóricas de los 17 aspectos identificados como interpretables, de los cuales emergieron tres líneas de argumentación significativa que refleja la relación entre las políticas económicas neoliberales y la prevalencia de ciertas problemáticas en salud mental en Colombia en la primera década del siglo XXI.

- Sobre las maneras de administrar la salud.
- Sobre el objeto a
- Sobre el sujeto como responsable de sí mismo

De estas líneas de argumentación emergieron como significantes de profundización la economía política, el neoliberalismo, la salud mental, la depresión, la ansiedad, el objeto de consumo y la subjetividad.¹¹

Sobre el segundo bloque de fuentes que fueron documentos impresos o digitales de programas de psicología de diferentes universidades. Al tener el banco de programas, se leyeron repetidamente las fuentes de análisis. Poco a poco fueron emergiendo significantes, que a su vez anclaban otros significantes, y se iban estructurando cadenas de significantes que conformaban interesantes análisis. El significante tiene prevalencia sobre el significado, el lugar privilegiado del significante se le otorga por su condición directa de proximidad al inconsciente, por lo tanto, marca la ubicación que el sujeto tenga así encuentra su lugar, y puede ser sujeto. Respecto al vínculo entre significante y significado, Lacan en el seminario 5 enuncia que:

A la noción de significante podemos definirla doblemente, como cadena por una parte diacrónica y como posibilidad en el interior de esta cadena, posibilidad permanente de sustitución en el sentido sincrónico. Esta consideración a un nivel fundamental, elemental, de las funciones del significante, es el reconocimiento a nivel de esta función de una potencia original que es precisamente aquella donde podemos localizar un cierto engendramiento de algo que se llama el sentido (Lacan 1999, p. 21).

11 Estos hallazgos están consignados en el artículo Gallo Acosta, J., & Quiñones Useche, A. (2016). Subjetividad, salud mental y neoliberalismo en las políticas públicas de salud en Colombia. *Athenea Digital. Revista De Pensamiento E Investigación Social*, 16(2), 139-168. doi:<https://doi.org/10.5565/rev/athenea.1616>

Las posibilidades del significante con relación al significado, en la lógica diacrónica y sincrónicamente que propone Lacan, son las posibilidades de ser que tiene un sujeto, de ahí la relevancia de la cadena de significantes, pues recordemos que un significante solo es significativo para otro significante. Derivadas de las lecturas, emergían cadenas de significantes, que se iban abordando de manera sucesiva a medida que surgían. La primera nos formaba una secuencia en la posición de la asignatura de psicopatología. La primera nos formaba una secuencia en la posición de la asignatura de psicopatología. Aquí se identificaron fueron ciertas secuencias fantasiosas y creaciones de circuitos lingüísticos que favorecen sostener ciertos puntos capitoneados que favorece el mantenimiento discursivo, también los elementos de calidad de la educación superior y los vínculos con la psiquiatría. El análisis que refleja la articulación de estos dos aspectos se realiza a continuación. Desde antes de llegar a las materias específicas que hacen referencia a la psicopatología, ya el estudiante viene internalizando la lógica de comprensión de ese ser humano psicopatologizado, por lo tanto, se deja al estudiante con muy pocas posibilidades de generar comprensiones desde otros puntos de vista. Esto se daría por que empiezan a limitarse en su repertorio lingüístico la comprensión del otro. Entonces: ¿cómo un sujeto se define asimismo contra esas fuerzas?, para Lacan esta cuestión es aún más importante debido a que el proceso de “represión” avanza mediante la exclusión de significantes del circuito de la comunicación, y la creación de metáforas permite que los significantes excluidos se deslicen por debajo del circuito. Lacan (1966) afirma que ciertos “puntos capitoneados”- puntos de sutura que mantienen fijos los mate-

riales de tapicería- mantienen en su lugar las estructuras del sistema significante. Esta afirmación llama la atención hacia la manera en que algunos significantes o sustitutos metafóricos se repiten en un texto: “La repetición señalaría entonces la presencia de los puntos de capitonados” (Parker & Pavon, p. 57).

Ante este panorama en el cual la aparición del otro psicopatologizado, da lugar a que aparezca un sujeto que se ocupa del otro en tanto esté en un estado patológico, es este otro quién da qué hacer, qué pensar, qué estudiar, y lo que se estudian son las características de ese otro que está ahí en ese lugar psicopatologizado, ahí es donde el psicólogo lo observa y lo trata. La posibilidad de un diagnóstico le otorga el lugar respecto a qué hacer, por lo tanto, el rol es comprendido como garantía del desarrollo de su profesión, en el campo de la salud que propende por una mejora de las poblaciones locales, de esta manera se presume que la atención aporta significativamente en la mejora de condiciones de aquel sujeto patológico, y que al mejorarlo también mejora la familia y la sociedad. De esta manera se legitiman posiciones en las relaciones que favorecen la posibilidad de fantasear con el bienestar del otro, respecto a la labor que haga el profesional psi.

Por lo tanto, pedirles a esos futuros profesionales psi que se ubiquen de una manera o de otra ante el sujeto psicopatologizado, no es autonomía de ellos, se deriva de la manera como se comprende al otro y al mismo oficio. Un lugar que es fantasmático, del cual no se puede desmarcar, ya que sostiene varios discursos.

El estudiante de psicología, de cualquier universidad, otorga la potestad de su proceso de formación a los principios que orientan el espíritu de la universidad elegida para estudiar, empujados por una cadena de significantes, en la lógica secuencial que le da un lugar al estudiante de educación superior, fue necesario acudir a una fuente, los perfiles de egresados, de los cuales nos basta presentar solo un fragmento de elementos de análisis recopilados de los portales web de dos universidades colombianas, que reflejan los anhelos sobre aquel estudiante que se formase en los claustros.

Parece obvio, pero ante la posibilidad de que se pase por alto, es necesario enfatizar en que aquel que decide por ejemplo estudiar psicología en una universidad, estará inmerso en los principios educativos que allí se tengan, y recaerá sobre este un discurso institucional, por lo tanto, ese sostenimiento de la fantasía encuentra resonancia (y por qué no pensar que incluso orquestación). En los discursos circulan y se desarrolla en condiciones discursivas estructuradas que, si bien pueden ser cambiantes, dependen del marco comunicativo común y aceptado entre quienes integran la comunidad. Al respecto leyendo a Lacan (1990a) en el seminario “las formaciones del inconsciente” sobre los discursos se resalta que:

Un discurso no es justamente un acontecimiento puntiforme a lo Russell, si puedo decir; un discurso es algo que tiene un punto, una materia, una textura, y no solamente algo que toma tiempo, que tiene una dimensión en el tiempo, un espesor, que hace que no podamos absolutamente contentarnos con el presente instantáneo, pero del

que además toda nuestra experiencia, todo lo que hemos dicho y todo lo que somos capaces de presentificar inmediatamente por la experiencia" (p. 6).

La universidad no es un universo aparte, ya que lo que allí suceda circula por la ruta de la cultura. Aquellas concepciones de perfección del individuo, asociado a lo que se considera debe ser un sujeto derivado de lo que la cultura privilegia, se refleja en las expectativas respecto a valores a los que se les atribuye favorecen las opciones de mejora. Pensar en egresar de un claustro que tienen certificaciones de calidad suficientes, que forma parte de los ranking y mediciones internacionales, garantiza formación en todas las áreas de aplicación que le permitirán desempeñarse como psicólogo, asegura que todo lo que enseña se deriva de la ciencia, o pensar en egresar de un lugar que propende por buscar el desarrollo del pensamiento crítico, favorecer las propuestas que propendan por el cambio de problemáticas sociales o personales, y apoyar la investigación, presentan discursos diferentes para formar psicólogos, que otorga a quienes ya familiarizados con esas maneras de ser y comunicar, rara vez podrán escapar a las significaciones sobre ser psicólogo allí formadas, que sostienen los discursos corrientes que sobre la psicología se tengan.

Del discurso corriente, común, tal como es admitido en el código del discurso, de lo que llamaré el discurso de la realidad que nos es común. Es también el nivel en que se producen menos creaciones de sentido, puesto que el sentido ya está de alguna manera dado, y puesto que la mayor parte del tiempo ese discurso no consiste más que en un fino braceaje de lo que se llama ideales recibidos, pues-

to que es muy precisamente a nivel de este discurso que se produce el famoso discurso vacío, del que han partido cierto número de mis observaciones sobre la función del parentesco (aparenté) de lenguaje” (Lacan, 1990 a, p.8)

Es decir, no es fácil pedirle a alguien que habla con unos discursos corrientes que lo critique, ponga en duda o re contextualice. No se cuestionan los principios que avalan el saber que se está aprendiendo, porque el repertorio discursivo que tiene cada sujeto se deriva de los mismos discursos que se pretende sean refutados. En alguna época se consideraba que el proceso de formación superior, la academia y su labor era precisamente criticar con fines constructivos los discursos sobre el conocimiento. Pero no se ha podido frenar la tendencia a funcionar por modelos de administración educativa, y por eso la universidad es lo que es ahora, lugares más cercanos a certificar que a la construcción de pensamiento crítico. Es decir, aunque se tenga el anhelo melancólico de que la universidad sea un ejercicio de debate, quizás se mantenga, incluso desde la existencia de Lacan, en un país como Francia presuntamente progresista existe dicha imposibilidad. Las técnicas escolásticas legadas por la tradición universitaria se mantienen aún, el docente se ubica en el Sujeto supuesto Saber¹², adicional ahora responde a modelos educativos en los que se priorizan las competencias, la evaluación y acreditación, la diversificación del financiamiento tanto

12 La frase Sujeto supuesto Saber (S.s.S.) que es introducida por Lacan para designar la ilusión de autoconciencia que se genera en el Estadio del Espejo, en donde el sujeto ubica al saber en otro sujeto particular. El Psicoanálisis cuestiona sobremanera esta ilusión, pues considera que el saber no puede ubicarse en ese sujeto particular, sino que es de hecho, intersubjetivo. Este concepto se relaciona estrechamente con la transferencia, pues se habla de ella cuando se ha atribuido un saber a un sujeto.

de la enseñanza pero sobre todo de la investigación, la atención a las reglas y necesidades del mercado, y como dar respuesta a estas necesidades del mercado (no de las personas), es lo que hace que se considere que la educación es o no de calidad.

Es poco rentable para una universidad estar al margen de los criterios de calidad. La exigencia de la calidad, o mejor, los criterios que establecen la calidad, llegan de la mano de las pretensiones de desarrollo. El cual se ubica como significativo principal alrededor de los cuales se ubican otros significantes, y favorecen la construcción de la subjetividad. El significativo solo es significativo para otro significativo. El desarrollo es significativo, y tiene un lugar muy importante ante otro significativo: la calidad.

De esta manera, el ser sujeto dentro de las posibilidades imaginarias con las que cuenta, quiere ser psicólogo en su relación con la psicopatología, no son otras que las ofrecidas por la fantasía-calidad-desarrollo-capitalismo, y las consecuencias de este tipo de prácticas psicológicas son conocidas, objetiva al sujeto calificado como psicopatológico, fortalece el sistema de segregación de aquellos normales de los que no lo son, etiqueta que quien encaje en la lógica psicopatológica se mantendrá. Son sujetos que están llamados a sostener fantasías.

Lo bio, significativo capitoneado

Releyendo los programas de psicología, el significativo que emergía constantemente tenía de base la raíz biológica, los prerequisites -las materias previas que se exigen haber visto-

para las asignaturas que implicaban conocimientos de psicopatología, eran: biología, psico biología o bases biológicas del comportamiento, y forman parte de los núcleos temáticos de psicobiología: ¿por qué es esto relevante?, porque enmarca las posibilidades discursivas privilegiadas por aquel que imparte la cátedra. La priorización de formación de base para los docentes que la imparten son neuropsicólogos, psicofisiólogos y médicos, es alrededor de lo bio que se construye el saber sobre lo psicopatológico.

Lo bio es un significante capitoneado, es el que determina la exclusión de significantes del circuito de la comunicación que permite pensar lo psicopatológico, como lo referenciaba Lacan, mantienen en su lugar las estructuras del sistema signifiante, por eso en los planes de materia o currículos, ciertos significantes o sustitutos metafóricos se repiten en un texto constantemente, señalaría la presencia de los puntos de capitoneados. Por lo tanto, las metáforas a las que acuden otros significantes, son aquellas que el significante más fuerte y con mayor posibilidad de dominio se abran paso en el sujeto. La condición de estudiante de psicopatología se dirige por ese significante capitoneado.

El primer vínculo metafórico es con el sistema nervioso. El origen de la vida se explica biológicamente desde los procesos de desarrollo embrionario, enfatizando en el sistema nervioso. Muestran a través de una secuencia de clases, el paso a paso del desarrollo acorde con el tiempo de gestación, y una vez se alcanza el nacimiento, enfatizan en los cambios con la edad. Después de haber pasado por el ciclo vital, se centran en mostrar las dificultades y posibles alteraciones del sistema nervioso, para ter-

minar en las enfermedades que se generan cuando no se desarrolla de manera normal. De la misma manera, las comprensiones sobre el sistema nervioso es la base para el mismo recorrido por el ciclo vital - pero ya no enfatiza en la gestación, solo desde el nacimiento - de los procesos psicológicos superiores-, del cual también, se muestra el normal y el alterado. Esto forma parte de los temas de materias que se consideran del ciclo básico, o ciclo común (el nombre varía según la universidad), es decir, aquellos conocimientos que se imparten antes de la profundización en la aplicación y campos de acción o desempeño laboral.

Por lo tanto, la comprensión de la etiología, desarrollo y alteraciones tanto de sistema nervioso como de los procesos psicológicos superiores bajo la relación de normal/alterado son la impronta para aprender sobre lo patológico, pues todas las materias previas a las específicas de psicopatología, terminan con las explicaciones de las alteraciones, y en el semestre siguiente se inicia contextualizando el mal funcionamiento, de ahí se inicia el aprendizaje de las psicopatologías. La introducción se hace hacia dos focos: 1. Alteraciones del sistema nerviosos o 2. Semiología psiquiátrica.

Temáticamente se muestra el movimiento de pasar a la comprensión de lo patológico a las alteraciones, el movimiento de la comprensión se mueve sobre la historia de la psiquiatría, bajo los principios de lo que se considera salud mental. Se percibe como si mostraran un avance en la época actual de la misma línea de pensamiento, donde se expone las críticas sobre los fármacos o el tema de la antipsiquiatría, pero estos son parte del paisaje del camino de la psiquiatría a la psicología, camino que

se considera superado. El paso de la historia la hacen en términos de años, porque al final de recorrido continúa el paso de la etiología, asociada al reflejo de una alteración de un funcionamiento errado, extraño o alterado derivado de lo que ya se conoce: sistema nervioso y procesos psicológicos superiores.

La salud mental¹³

Produciendo trastornos mentales

A lo largo de los años, la ciencia ha tomado fuerza y sobre todo después de la revolución científica, por la capacidad de brindar una explicación racional de los fenómenos naturales, aclaración a interrogantes que tenían explicación religiosa o mágica, con una base que lo sustenta desde lo observable, medible y cuantificable. Actualmente llega a ser la pionera en la explicación de fenómenos en general más aceptada por la sociedad, sin embargo, su afán por querer abarcar todos los acontecimientos o circunstancias de la vida, ha generado que algunos fenómenos que no tienen su causa natural o biológica pretendan transformarlos de esta forma, como es el caso de los trastornos mentales. Si bien la evolución de la ciencia ha traído grandes beneficios en materia de tecnología, no se puede decir lo mismo en cuanto a los aportes para el entendimiento del comportamiento humano, entre ellos los mal llamados trastornos mentales como: la esquizofrenia, la depresión y los trastornos de ansiedad. Pero los que intentan sostener esta estructura ideológica de lo científico en salud mental, siguen usando instrumentos validados y confia-

13 Reflexiones Construidas por Diana Ávila Leal y Jairo Gallo Acosta

bles para demostrar la científicidad de su práctica como ciencia. De la tercera fuente los archivos, DSM, CIE, documentos y otras piezas comunicativas que tienen como contenido aspectos alusivos a la psicopatología, se analizó la manera como sostiene la idea de ciencia, los psicofármacos y las afectaciones cerebrales, todo como parte de la ideología del modelo biomédico en salud mental. A continuación, se refleja la manera como se analizaron las articulaciones de estas categorías emergentes, el análisis refleja procesos ideológicos.

Las clasificaciones de las enfermedades mentales tienen diferentes orígenes, puesto que su creación o invención en la mayoría de los casos se deben a demandas sociales, políticas y económicas, por tal motivo, algunos de estos trastornos se iniciaron por una reclamación social, es el caso del famoso estrés postraumático, otros por promoción comercial como la depresión, la fobia social y el ataque de pánico, otros por enrolamiento clínico (inscribirse en criterios o práctica clínica), como es el caso de la esquizofrenia. Es así, los trastornos dependen de la época donde surgieron como concepto a trabajar, son históricos, Álvarez (2007) comenta al respecto:

De estrés postraumático tiene su origen posterior a la guerra de Vietnam, los veteranos de guerra presentaban dificultades para adaptarse a la vida civil, debido a los problemas con el abuso de consumo de alcohol y otras drogodependencias, ansiedad, miedo, depresión, problemas en el sueño, estos criterios clínicos ya establecidos y reconocidos en la época (p.56).

Los individuos diagnosticados con estrés postraumático, se les veía como una población desprotegida que no recibía la debida atención por las entidades médicas. Por tal motivo los veteranos de guerra reclamaron el reconocimiento por el padecimiento a causa de esa experiencia traumática, allí tuvo participación la psiquiatría, el sistema político, entre otros; así es como las problemáticas iniciales de esta población en particular se convirtieron en unos cuantos síntomas característicos de la vivencia traumática, de esa forma serian reconocidos y es así como: “la ansiedad se convirtió en (re experiencias intrusas), las reacciones fóbicas en (conductas de evitación) , la irritabilidad y los problemas del sueño en activación automática aumentada (Álvarez, 2007, p.56). Es decir, las problemáticas comunes de la población, se convirtieron en un conjunto de síntomas que determinaron este trastorno. A pesar de la variedad de síntomas que presentaban los veteranos, la etiología del estrés postraumático está basada en el trauma, por lo demás la etiología viene a ser una creación externa, de la sociedad, del sistema político, etc., Pero aquí la discusión no sería el reconocimiento del padecimiento ignorado de los veteranos, sino por qué se convirtió en una categoría clínica, entendiendo la categoría clínica como: el proceso donde se identifica que la causa está ligada a fenómenos naturales o biológicos. De esta manera el trastorno mencionado viene siendo una invención por presión social, política y económica que surgió en la época. Además, este trastorno se encuentra en el manual DSM, el cual supone que su contenido tiene sustento científico, por tanto, se da por sentada sus causas naturales o biológicas, sujeto a ser comprobable. Sin embargo, con lo mencionado anteriormente, no tendría el fundamento

científico que sustente el uso de estos manuales para diagnosticar este trastorno, debido a que es una construcción social, de esta manera sería cuestionable iniciar un tratamiento farmacológico bajo estos criterios.

Algo similar sucedió con la depresión, en los años 50 ya se habían desarrollado los primeros antidepresivos como la Amitripilina, posteriormente el Valium (1970-1980) generaba adicción y después el Prozac. La depresión no se identificaba como tal, esos estados de ánimo se reconocían más por un estado melancólico, después de que los antidepresivos fueran comercializados, la sintomatología fue creciendo y aumentaron los criterios diagnósticos, incluso en la revisión del DSM III se incluyeron ya los episodios depresivos y tres subtipos: depresión, mayor, distímico y no especificado. De tal manera que el estado de ánimo con sus variaciones, paso de ser un problema cotidiano a un trastorno mental, así como el estrés postraumático, tampoco había unas causas biológicas definida o claras, es como si los tratamientos, entre ellos el de la depresión se crearan antes que el cuadro clínico. Actualmente se determina que el desequilibrio químico de la depresión se debe a una falla en el cerebro que no produce la suficiente serotonina y noradrenalina, a causa de esta disminución se da el “bajo” estado de ánimo, sin embargo, los estudios utilizados para comprobar esta carencia, no son claros ni concisos, puesto que suelen realizarse deducciones sobre la causa biológica de la depresión a partir de los efectos bioquímicos de un fármaco, como por ejemplo el Prozac. Asimismo, Álvarez, (2007) comenta: “un neurocientífico más prestigioso a nivel mundial en psicofarmacología, afirmó

que no se han encontrado evidencias consistentes de que la deficiencia de mono aminas explique la depresión” (p.123).

Siguiendo con la producción de trastornos mentales, ahora aparece la fobia social, trastorno creado por el marketing que generó las industrias farmacéuticas, que consistía en que la gente viera un problema (si es que era problema), la timidez como un trastorno grave, puesto que esta afectaba a un gran número de personas y sus relaciones interpersonales, de tal manera que la propaganda tenía que ir dirigida no solo a la población en general para “concientizarlos”, sino a los médicos con el fin de que se educaran y conocieran la solución “el Paxil”, como única solución a tal problema. Lo anterior deja entre ver que las causas de estos trastornos poco tienen que ver con causas naturales, si no con la necesidad de las compañías farmacéuticas y todos los que se benefician de estas, en hacer de su producto algo necesario y que involucre a la mayor cantidad de personas posibles puesto que, son problemas que provienen de la vida cotidiana.

Un ejemplo del enrolamiento clínico es la esquizofrenia, por un lado se encuentra la diferencia de morbilidad y diagnósticos de pacientes con esquizofrenia entre países desarrollados y los países subdesarrollados, donde el pronóstico de mejora de un paciente esquizofrénico de EEUU es menor al paciente de un país en Colombia por dar un ejemplo, debido a que varía la forma de ver el problema y el tratamiento utilizado, con esta premisa ya surge un interrogante bastante grande: ¿si estos países son los que tienen las mejores condiciones clínicas, porque el pronóstico de mejora es menor en comparación a los países en vías de desarrollo?. Además, este trastorno tampoco tiene una

base biológica sólida, puesto que las investigaciones determinan que la dopamina D2 que es la implicada directamente con la esquizofrenia, solo se puede medir en el estriado (región implicada en el control de movimientos), pero no en la corteza cerebral que es la zona donde se supone que se da la esquizofrenia.

Queda claro entonces que quienes mantienen esta estructura ideológica, son las industrias farmacéuticas, el sistema político y la sociedad. Las compañías farmacéuticas son las encargadas de propagar el problema cotidiano como una enfermedad grave, que solo tiene cura con sus productos (psicofármacos), diseñados exclusivamente para tratar este tipo de “enfermedades”, la propagación cubre no solo a la población “enferma” si no a los profesionales (médicos y psiquiatras), con educación dirigida y continuada, pero además de eso son las encargadas de financiar las investigaciones sobre el origen de los trastornos, participan en el consenso sobre los instrumentos que deben utilizarse que van a determinar la presencia o ausencia de un trastorno, como también los instrumentos que se deben utilizar para identificar la eficacia de un fármaco. Hoy en día se continúan prescribiendo los psicofármacos de hace más de 50 años, solo con algunas variaciones mínimas. Una de las razones del imperio de la industria farmacéutica en la salud mental se debe en parte a los cambios en las políticas, por ejemplo en Estados Unidos, hubo un cambio de política científica en la década del ochenta del siglo XX, donde la investigación y los ensayos clínicos que se realizaban en la academia pasaron a centros de investigación y empresas privadas, cambiando la normatividad que regulaba las diferentes investigaciones en la práctica clínica, donde no se permita involucrar los intereses de una compañía en dichas

investigaciones. Fue así que comenzaron a hacer su aparición una serie de trastornos que antes eran difíciles de permitir su diagnóstico, minimizando o eliminando las dudas o las pruebas que sustentan el surgimiento de estos trastornos. Por último, y gracias a estas prácticas y su posterior publicidad, las personas se sumergen en un sistema dirigido por la enfermedad, donde se auto diagnostican, se auto medican y se genera una auto complacencia, de esta manera cuando la persona va a consulta, llega con una sintomatología y el clínico solo se encarga de confirmar el trastorno, o también se puede dar el caso donde el clínico encaja a la persona en un trastorno, con ello le quedará más fácil proceder y darle un tratamiento. Esto no solamente se debe a la millonaria publicidad de las empresas farmacéuticas, sino también a una tendencia a no responsabilizarse por los propios actos ni dar cuenta de ellos:

En primer lugar el deseo por parte de la gente a medicalizar en lo posible su conducta, de este modo reduce la responsabilidad sobre sus actos, en segundo lugar la presión de los poderosos intereses económicos que participan como profesores y médicos que siempre prefieren lo biológico a las intervenciones conductuales más complejas y por último el intento de medicalizarlo todo, expandiendo las fronteras de lo terapéutico para cubrir un número cada vez mayor de circunstancias (Álvarez, 2007, p.53).

Actualmente las modificaciones en los manuales psiquiátricos se hacen por un consenso, con participación de investigadores académicos, (sociedad) la industria farmacéutica y los organismos sanitarios reguladores (sistema político).

Sobre la descontextualización de los manuales diagnósticos

Para muchos psicólogos y psiquiatras los manuales diagnósticos como el DSM y el CIE juegan un papel importante en la práctica clínica, pues han sido parte de la formación de categorías, enfermedades, trastornos, estructuras etc. Estos se han convertido en una herramienta de trabajo “confiable” para dar un diagnóstico al paciente. Pero ¿qué tan confiables a nivel científico son estos manuales? ¿Realmente son una herramienta para dar un tratamiento adecuado? Estos manuales solo alimentan la lógica de una sociedad que siempre ha buscado la inmediatez ante la incertidumbre de buscar en su propia historia. En esa inmediatez se aprueba el uso de unos manuales descontextualizados, como lo menciona el psiquiatra German Berrios: “cada país genera formas diferentes de locura”, siguiendo esta línea: ¿qué es la locura, ¿cómo se percibe la locura? será que esta se desarrolla en todas las personas por causas similares. Hay que reevaluar que tan conveniente para un sujeto o una sociedad es ser tratado bajo el criterio de estos manuales.

En el año 2013, un grupo de psiquiatras del Reino Unido liderado por S. Timimi, quienes apoyan el modelo de rehabilitación de la salud mental, sustentaban que el modelo biologicista en la enfermedad mental está obsoleto, mencionaban que estos responden a un paradigma dominante de la salud mental, intentando encontrar nuevas formas más humanas y eficaces en el tratamiento a un individuo, cuestionan los graves perjuicios que trae consigo persistir con estas prácticas diagnósticas basadas en los manuales como el DSM IV o el CIE 10. Estos diagnós-

ticos generan varias consecuencias en los individuos: la estigmatización, la falta de búsqueda en las verdaderas causas del problema, como también la confianza ciega en la medicación. Investigaciones de la OMS han revelado que las personas que no han tenido acceso a la medicación, tienen menos recaídas y pronósticos de recuperación más alto que en Europa y EE.UU donde hay mayor acceso a los fármacos. Asimismo, este grupo propone que en la etiología se deben involucrar los factores contextuales, no solo el biológico y que en la práctica clínica se dé más importancia a la psicoterapia o al apoyo social en el tratamiento. Vemos entonces que en ciertos países se oponen a las prácticas basadas en el modelo biomédico, puesto que se ha desviado de una práctica clínica que tenga en cuenta al sujeto. Hay que entender las manifestaciones de esos padecimientos como un simbolismo que se puede interpretar, más allá de la enfermedad. Los manuales como el DSM están perfectamente estructurados y adecuados a la política, economía y sociología de EE.UU, donde las compañías de seguros médicos y las farmacéuticas tienen una alta inferencia en lo que entra y lo que no a la lista de los criterios del DSM, los estudios estadísticos no son más que una opinión interpretativa de quienes hacen este trabajo, por ende, no se puede hablar de objetividad, de validez y mucho menos de confiabilidad, probablemente porque esta objetividad siempre va estar mediada por la subjetividad, las creencias de un sujeto o un grupo en particular. El DSM-IV solo busca multiplicidades diagnósticas, pero no la singularidad subjetiva que hace sufrir o padecer a un sujeto.

Como ya lo mencionaban teóricos antiguos, el lenguaje permite reblandecer las pasiones y apaciguar los conflictos, teniendo como premisa que el lenguaje es la materia del alma. Por tal motivo la psiquiatría y la psicología positivista resultan ser poco útiles para los pacientes y muy útiles para el capitalismo, donde el dinero de los medicamentos está por encima de la salud del sujeto. Es importante reevaluar la formación actual en la academia, construyendo una estructura de tratamiento acorde al contexto de cada país, de cada cultura, por lo tanto, se deben eliminar los manuales como instrumento o guía para tratar al paciente, puesto que, al continuar con esta praxis, excluye totalmente al sujeto, haciendo cumplir con objetivos y centrar el tratamiento en el resultado, que nada sirve en el mejoramiento de la sintomatología del paciente. Puesto que, al diagnosticar a un paciente de un trastorno en particular, se etiqueta al individuo, quien empieza a construir una realidad poco benéfica para aliviar su malestar psíquico. Si no se habla con los sujetos, si no se escucha al paciente, si se ingresa a una consulta con una estructura y unos objetivos ya establecidos, de qué forma se puede construir la historia de un sujeto, si la prácticas psi no se fundamentan en encontrar los recursos simbólicos de un sujeto, si el afán del terapeuta es la funcionabilidad social de un individuo, siendo paradójicamente esas mismas lógicas sociales las que exacerbaban el conflicto subjetivo. Si la academia o las universidades mantienen una relación entre la teoría y la investigación, se pueden crear nuevas formas para entender el malestar psíquico dentro de una sociedad como la colombiana, marcada por la violencia, la pobreza, el conflicto, la inequidad, etc. Por lo tanto, se podría pensar en abordar las diferentes manifestacio-

nes del padecimiento o el sufrimiento subjetivo, comprenderlo y acompañarlo desde otras lógicas otras prácticas, desde la escucha de un sujeto.

Los instrumentos utilizados para justificar el uso de los psicofármacos

Uno de los instrumentos más utilizados son los ensayos preclínicos y clínicos, los ensayos preclínicos son utilizados para garantizar el funcionamiento del fármaco, como la farmacocinética (efectos del organismo sobre el fármaco), malformaciones o muerte. Pero esta excluye la farmacodinamia (efectos del fármaco sobre el organismo), es decir la toxicidad a largo plazo, la potencia del fármaco, donde se identifica la dosis a suministrar en el ser humano, es decir lo importante es el fármaco. Otro instrumento es el ensayo clínico que tiene cuatro fases, el primero es experimentar el fármaco en personas sanas, para identificar la farmacocinética y la farmacodinamia, en la segunda fase se valora la dosis eficaz del fármaco en enfermos, aquí se administran placebos, en esta etapa se discute el procedimiento puesto que en la administración del placebo puede incluir la sugestión de quien lo está suministrando y si esta persona es el investigador, tendrá influencia en los síntomas esperados por el paciente y con esto lograr que tengan similitud con el grupo al que se le administro el fármaco, en la tercera fase se compara la eficacia y seguridad del fármaco frente a otros, la última y la de mayor objeto de crítica es en la que después de comercializar el fármaco, se identifican los efectos adversos no identificados en el ensayo clínico, por el número limitado de participantes, lo que conlleva afectar la calidad de vida de las personas a las

que se les prescriba el fármaco, puesto que en muchas ocasiones los efectos secundarios pueden incluir suicidio, violencia, manía etc. De igual forma si esto sucede en la cuarta etapa por el número limitado de participantes, el riesgo se correría desde la fase inicial del ensayo.

Otros instrumentos que son utilizados para identificar las fallas en el cerebro que identifican la ausencia o presencia de un trastorno son: los de imagen anatómica (tomografía computarizada T.C y la resonancia magnética R.M), este instrumento no es válido para evaluar psicopatologías, puesto que no se han encontrado alteraciones estructurales en el cerebro de personas con trastornos mentales. En la actualidad se siguen utilizando las de neuroimagen funcional (Tomografía por emisión de protones PET y tomografía por emisión de un solo fotón SPECT). Para hacer este procedimiento es necesario introducir una sustancia radiactiva en la sangre, para medir la radiación emitida por la sustancia cuando llega al cerebro o algún parámetro biológico, con este proceso se determina el grupo sanguíneo cerebral, metabolismo cerebral, la densidad y la localización de receptores o puntos de unión, con todo lo anterior no es posible identificar la actividad eléctrica neuronal, esto solo permite identificar el metabolismo del cerebro y el flujo sanguíneo, en segundo lugar, porque el flujo sanguíneo se mide en segundos y la actividad eléctrica neuronal se mide en mili segundos, por tal motivo no hay una relación directa entre las dos actividades del cerebro. Si a esto le sumamos que las células gliales llegan a ser más numerosas que las neuronas. De igual forma, para detectar lo anterior se requiere de procesos estadísticos, y no

existe un procedimiento unificado para los análisis de neuroimagen funcional, esto contribuye a la variabilidad de resultados y su poca receptividad, lo que no lo hace un proceso tan objetivo como se menciona. De tal manera, que al no tener instrumentos que determinen exactamente la falla en el cerebro que generan los trastornos mentales, no es congruente el uso de los psicofármacos como tratamiento para mejorar alguna falla cerebral o neurológica.

Modelo médico y modelo contextual

La diferencia entre el modelo médico y el modelo contextual, básicamente es que el objetivo del modelo médico es la eliminación de los síntomas, diseña técnicas y suministra tratamientos farmacológicos donde su base es la pastilla, se encarga de recetar y esto es el acto médico. El modelo contextual tiene como objetivo el alivio, la rehabilitación y la base es la relación con el otro, el tratamiento es el psicológico donde prima la palabra, la escucha, y un trato personal y humano. Siguiendo esta línea, es pertinente nombrar algunos sistemas de psicoterapia y a qué modelo se acoge su proceder. De esta forma existen cuatro tipos de psicoterapias más utilizadas, que se diferencian por la forma en que ven el problema y el tratamiento que utilizan. En primer lugar, está la terapia cognitivo conductual que tiene una semejanza con el modelo médico, puesto que su objetivo es la eliminación de los síntomas. Determina que la causa del problema emocional y conductual son las creencias, pensamientos, expectativas y atribuciones, de tal modo que el problema viene directamente del sujeto y el sistema subjetivo, es internalista debido a que sus estudios se basan en la comparación de grupos y

sus tratamientos son protocolarios, para ello diseñaron guías de tratamiento psicológicos, de esta manera hace parte de la ciencia, de lo contrario no existiría como tal. En segundo lugar, está la terapia psicoanalítica que tiene su práctica en el modelo contextual por ser ideográfico, sin embargo, el psicoanálisis tradicional (Freud) nació también con el modelo médico, pero poco a poco se fue alejando de él, puesto que interpreta que el malestar psíquico proviene del sujeto, la pulsión y de los conflictos entre las instancias psíquicas (yo, ello y superyó), su base fundamental es el inconsciente. En esta modelo hay subvariaciones, por ejemplo, la escuela británica se basa en las relaciones objétales, la escuela francesa se fundamenta en las pulsiones inconscientes y su relación con el lenguaje. Estas dos escuelas se basan en lo ideográfico y en la relación con el otro. En general, el psicoanálisis trabaja con “la ruptura, la falla, el imprevisto, lo particular, la falla del lenguaje es la tarea del analista, (Lacan, 1977). Otra psicoterapia es la terapia humanista que tiene dos vertientes: la fenomenológica y existencial, donde el problema se basa en la falta de conciencia, en el descubrir el para qué. Entre sus formas de tratamientos están: la logoterapia, el análisis existencial y la terapia gestáltica, allí la responsabilidad es de la persona, permite que la persona deje de centrarse en sí misma y deje de luchar contra sus síntomas, facilita el desarrollo de las propias capacidades. La otra corriente es la centrada en la persona y experiencial, aquí el problema es la persona y sus experiencias, su modo de tratamiento es ayudar a clarificar los problemas y desarrollar soluciones, se podría decir que es más funcional y de adaptabilidad al ambiente, más que un tratamiento centrado en la persona. Por último, la terapia familiar, percibe el problema

en las relaciones de la persona con los miembros de su familia, su modo de tratamiento depende de los subtipos ya sea psicoanalítica (sistema vincular), contextual (estructural) o familia de origen. En conclusión, las psicoterapias en general pertenecen al modelo contextual, por ser ideográficas y de relaciones interpersonales, las investigaciones se basan en lo particular como los estudios de caso y su tratamiento son los análisis de casos. Hacer este breve recorrido por las psicoterapias más usadas en la actualidad nos permite pensar que ellas son las más adecuadas para abordar eso que se ha dado en llamar “trastornos mentales”, ya que estos no obedecen al modelo biomédico de “enfermedad”, sino son de otro orden, de otras lógicas, de otro registro, para Álvarez (2007) los trastornos mentales son:

Los trastornos mentales no se pueden entender como enfermedades cuando en psicopatología no se ha demostrado nada en absoluto, no se dispone de la actuación de un fármaco en una zona en particular del cerebro que sean claras, no existen acuerdos claros para determinar los síntomas propios de la “enfermedad” de los trastornos mentales, ni tampoco pruebas objetivas para el diagnóstico (p.166).

Asimismo, la categorización diagnóstica está lejos de mostrar su carácter natural, es más de carácter práctico, el problema es práctico para que o para quienes, y con lo anterior queda claro que es práctico para la industria farmacéutica y para el sistema político, que finalmente son las macro entidades que se lucran con el padecimiento de la persona. Más que un hallazgo científico, los estudios se dedican a responder al sistema cons-

tructivo respecto del cual resultan dichas formas prácticas. Esto viene a ser una construcción cultural, pero como tal construcción cultural tiene sus instituciones que lo hacen valer como las ya mencionadas. Un dato que no se mencionada, es que se ha demostrado que las consecuencias a largo plazo con el consumo de ansiolíticos, antipsicóticos y antidepresivos, ha generado cambios en la estructura cerebral de las personas que lo consumen, pero que no alivian los síntomas esperados. Mucho de los estudios de los psicofármacos ha sido primero en el humano y después en los animales, también son más los efectos secundarios de un psicofármaco que el alivio del síntoma. De esta manera no hay un origen natural de los mal llamados trastornos mentales, su origen se debe más a una construcción por la demanda social, promoción comercial o enrolamiento clínico. Los instrumentos que se utilizan hoy en día para comprobar las causas naturales de los trastornos no son concisos, ni coherentes. A todo lo anterior se debe que haya diferentes psicoterapias, que determinan la causa del problema desde el sujeto, desde la relación con el otro, de su existencialismo, de la fenomenología, de la adaptabilidad y funcionalidad al entorno, etc. Finalmente se podría decir que con tantos años de investigación científica y los intentos fallidos de encontrar causas naturales para el malestar psíquico, se sugiere que no son problemas que se puedan generalizar, son casos particulares que probablemente no dependan de la estructura del cerebro, sino de todas las variables del problema ya mencionadas. También queda claro que el uso de los manuales es un invento de estas macro compañías que obtienen grandes ganancias por la venta de estos productos tan exitosos para sus bolsillos, y no para la mejora del sujeto, tenien-

do en cuenta que los países subdesarrollados tienen mejor pronóstico en la mejora de algunos trastornos, sugiere la invitación a escuchar a la persona y no al fármaco.

La salud mental y el orden público

*Sobre lo ideológico
de los trastornos mentales*



En un artículo en la revista *Semana* de febrero de 2015 titulado: “El peligro de estigmatizar las enfermedades mentales en los colegios” (*Semana*, 2015), se comenta que en Colombia la institución educativa se tiene que “enfrentar” a que los niños y adolescentes manifiesten enfermedades mentales sin caer en estigmatizaciones. Lo primero que habría señalar es que, si bien se ha construido estigmatizaciones sociales sobre las enfermedades mentales, estas estigmatizaciones no provienen sólo de las personas ajenas a las profesiones relacionadas con la salud mental, sino que también provienen de los mismos profesionales que construyen, evalúan, diagnostican e intervienen los mencionados trastornos mentales.

Es por esto que se afirmamos que el discurso hegemónico de la psicología de la salud es un claro ejemplo de cómo se construye la equivalencia entre salud (mental), racionalidad y normalidad. De esta forma, la salud pública se convierte en el

vigilante de la salud mental, construyendo un sujeto-máquina procesador de información con mayor capacidad de memoria y atención, impidiendo la anormalidad o singularidad que está implícita en la existencia humana. (Castro, 2013).

Como denuncian Marino Pérez y Héctor González (2007), en su libro: “La invención de los trastornos mentales, ¿escuchando al síntoma o al paciente?”, el modelo psicofarmacológico de la enfermedad mental, principal defensor de que los trastornos mentales existen y son descubiertos, se asienta en tres pilares pseudocientíficos:

- Diagnósticos sobre un listado superficial de síntomas
- Supuestos desequilibrios bioquímicos
- Pretendido determinismo genético (González y Pérez, 2007)

Si bien Tomas Szasz (2001), escribía a comienzos de la década del setenta del siglo XX su libro titulado: “ideología y enfermedad mental”, este trabajo no fundamenta el concepto de ideología desde allí, este trabajo, aunque recoge algunas ideas de Szasz, el concepto de ideología acá obedece a lo que plantea el filósofo esloveno Zizek, como aquello que se enuncia en no serlo, por ejemplo, el DSM (Manual diagnóstico de trastornos mentales) en su primera página afirma que es ateoórico. El filósofo francés Jean Claude Milner (2006), se refiere al “gran secreto de la ideología de la evaluación”, como una de los grandes engaños o imposturas del mundo contemporáneo. El propósito de tal engaño es tratar que dos palabras que tienen significa-

dos distintos: la medida y la ganancia, el valor de cálculo y el valor comercial repentinamente sean sinónimas. La evaluación se convierte así en el modo actual por el que un poder, ya sea político, administrativo, internacional o local, ejerce su dominio sobre los saberes y prácticas culturales, pretendiendo definir la norma de lo verdadero. Así lo afirma Ian Hacking (2006, p.161), quien, a partir de sus investigaciones sobre las enfermedades mentales transitorias, concluye lo siguiente: “cuando se trata de seres humanos, clasificar puede ser una manera de construir gente (making up people)”. Hacking encuentra que las clasificaciones de las personas y sus comportamientos son dinámicas, esto significa que entre las clasificaciones y lo que se subsume bajo ellas se produce una interacción denominada efecto “bucle” (looping effect), a través del cual se puede llegar a una modificación de los sentimientos y comportamientos de las personas evaluadas y clasificadas, lo que a su vez repercute en las clasificaciones. Asimismo, alrededor de ellas surgen recursos e instituciones que cumplen lo que él denomina los imperativos actuales de la ciencia: (a) medicalizar (b) establecer el origen genético (c) transformar calidad en cantidad (d) biologizar (e) normativizar. (Hacking, 2006, p. 162).

La clasificación de los trastornos mentales: la ilusión de alcanzar el ideal natural

“No hay clasificación del universo que no sea arbitraria y conjetural”.

Jorge Luis Borges (1952). El idioma analítico de John Wilkins.

Otras Inquisiciones.

La figura de Linneo sigue presente como un fantasma en la práctica diagnóstica de los llamados trastornos mentales, y como toda fantasma estructura esa misma práctica. Linneo: naturalista, botánico y zoólogo sueco estableció los fundamentos de la taxonomía moderna. La taxonomía botánica de Linneo se convierte así en el siglo XIX en el modelo para la clasificación de las enfermedades mentales a través de Pinel (1804), que imponía una práctica basada en la ortopedia moral que era según él era: “el arte de subyugar y domesticar al alienado”. El médico ejerciendo sobre el enfermo un influjo irresistible, modificando el encadenamiento vicioso de sus ideas. Pero fue Kraepelin a finales de ese siglo XIX, y comienzos del XX, él que le va a dar un estatuto sistemático a las clasificaciones de enfermedades mentales, dándoles la apariencia de ser enfermedades similares a cualquier enfermedad del cuerpo:

La mayor parte de esas categorías diagnósticas no son validadas por los criterios biológicos como casi todas las enfermedades médicas; sin embargo, aunque se denominan «trastornos», tienen el aspecto de diagnósticos médicos y pretenden representar enfermedades médicas que están incrustadas en clasificaciones jerárquicas equiparables a las taxonomías botánicas de los siglos XVII y XVIII. El en-

foque del DSM de crear «definiciones operacionales» ciertamente ha vuelto más fiable el proceso de establecer un diagnóstico, pero la fiabilidad –expresa Katschnig– es diferente de la validez. Los fenómenos psicopatológicos ciertamente existen y pueden observarse y experimentarse como tales, sin embargo, los diagnósticos psiquiátricos se definen en forma arbitraria y no existen en el mismo sentido que los fenómenos psicopatológicos. (Pérez-Rincón, 2011, p. 473).

Kraepelin le pudo dar un estatuto aparentemente objetivo a la psiquiatría, así el psiquiatra se aleja de la especulación filosófica o teológica de las enfermedades mentales, la práctica clínica psiquiátrica y después psicológica comienzan a usar estas clasificaciones, las cuales posteriormente las va a asumir los manuales diagnósticos de la OMS (CIE), y las de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM). Estos manuales se convierten en la norma de la práctica clínica evaluativa y después interventiva en el mundo, así como en Colombia. Clínico en psicología pasa a convertirse en aquel que usa la clasificación del DSM IV o V, para después aplicar una serie de estrategias interventivas que le permitan a ese individuo estabilizarse, ordenarse y normalizarse.

El poder psiquiátrico como decía Foucault (2005), es un poder disciplinario y asilar tipo panóptico que se desarrolló a lo largo del siglo XIX y XX, pero tomando la propuesta de Deleuze (1990), en la actualidad también es un poder de control, con elementos que van más allá de una sociedad disciplinaria, operando como instancia de control de los dispositivos disciplinarios a través de la formación de un discurso de verdad sobre

la vida cotidiana, verdad que remite al emprendimiento, productividad, éxito, felicidad, etc. Ideales cercanos a las lógicas del capitalismo neoliberal.

Lo primero que tiene que conquistar las prácticas de control no son los asilos o los espacios cerrados de la sociedad disciplinaria, sino los espacios “abiertos”, la misma vida cotidiana. En la Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM 2015), de la Universidad Javeriana, Colciencias y el Ministerio de Salud, se concluye con datos que en Colombia la situación de la salud mental es:

Entre los datos más relevantes del análisis, que encuestó a casi 16.200 personas de todo el país, está que, en promedio, 10 de cada 100 adultos de 18 a 44 años y 12 de cada 100 adolescentes tienen algún problema que sugiere la presencia de una enfermedad mental. (El Tiempo, 2015).

Lo que se quiere mostrar acá no es negar el hecho que se presentan una serie de problemáticas, malestares, padecimientos en la población colombiana en sus diversos contextos, estos existen y se presentan como consecuencia de un sinnúmero de fenómenos que van desde la violencia política, pasando por el desplazamiento forzado, muertes violentas, violaciones sexuales, hasta la pobreza, inequidad, entre otras cosas. Acá las poblaciones de jóvenes y las mujeres son las de mayor vulnerabilidad frente a esos fenómenos, el asunto es que se quiere convertir las respuestas subjetivas ante esos fenómenos sociales en diagnósticos, denominados trastornos mentales y basados en manuales descontextualizados.

Estas nuevas problemáticas serán recodificadas por los profesionales psi en el lugar de expertos, haciéndose indispensables estos profesionales para la sociedad, ya que son ellos los que se recodifican estas manifestaciones subjetivas como trastornos mentales, y una vez identificados y categorizadas como tal, se convierten en diagnósticos. Así la práctica psiquiátrica y psicológica se convierte en una práctica que no apunta al conocimiento, sino un conjunto de acciones destinadas a restablecer la adaptación de los individuos, la normalización, el ordenamiento. El diagnóstico se convierte así, en el modo como la ideología se impone dentro de un contexto “ser enfermo o trastornado”, lo cual no permite que nadie se haga cargo de sí, y que oculta las diversas causas sociales que ocasionan esos problemas, además que oculta debilidades epistemológicas de esos mismos diagnósticos, como de sus manuales. Para Pérez-Rincón (2011), los psiquiatras se han convertido en quimiatras y clínimétricas, es decir, en generosos y exclusivos dispensadores de recetas de psicofármacos, y en aplicados y compulsivos compiladores de escalas, en el campo de la psicología lo segundo aplica directamente.

Diagnóstico y farmacoterapia se convierten en el horizonte de esas prácticas de la patologización de las dificultades de la vida cotidiana, practica auspiciada por las multinacionales farmacéuticas:

Intenta reinventar conceptos ya suficientemente desarrollados por autores clásicos en psicopatología» debido al «empobrecimiento histórico-conceptual» del «artefacto teórico creado por la “industria” de las clasificaciones, que

pasan por ser pseudomanuales de psicopatología para el psiquiatra en formación. Todos ellos, al ofrecer un glosario reducido de términos, hacen que los síntomas opacos, o no codificables, permanezcan, tautológicamente, inexplorados o silenciados (Berrios, 1996).

Las demandas lógicas políticas del capitalismo neoliberal han creado unas demandas a la salud mental, incluso creando la salud mental como un objeto en sí que hay que alcanzar, siendo los trastornos mentales lo opuesto a ese ideal. El problema radica en que los trastornos mentales no son objetos naturales, y los ideales de salud mental tampoco.

Medicalizando el ideal

La introducción en Colombia de una serie de fármacos y productos para combatir la depresión o la tristeza en general ha sido algo para analizar en este texto. Entre los muchos medicamentos que se promocionan para obtener una adecuada salud mental, hubo uno que atrajo la atención para este trabajo, ya que ese medicamento fue muy publicitado, y se comercializó en diferentes medios de comunicación con éxito, ese producto se ofreció con el nombre de “Okey”.

No es casual que en el año 2000 este medicamento hiciera su entrada al país. Su característica más publicitada era que se mostraba como “natural”, aunque su efecto no se diferenciaba de los antidepresivos (fluoxetinas) convencionales. Lo novedoso de esta propuesta natural para la depresión es que era de venta libre, y su comercialización incluyó publicidad en diferentes medios de comunicación, destacándose la de la televisión. Por

ejemplo, la publicidad de Okey en la televisión (2011), al final decía: “con okey vuelves a estar okey”, y una voz en off se escuchaba: “para recuperar la alegría de vivir”. Lo llamativo del anterior anuncio es que al medicamento se le asignan propiedades casi mágicas, incluso otra voz en el comercial decía “para superar las malas rachas”. Era como si esta medicación fuera “un remedio para la buena suerte”, frase que suena similar a la que dice en muchas calles o plazas de las ciudades colombianas cuando se quiere vender una yerba para la “buena suerte”. La diferencia con las yerbas es que este medicamento tenía un supuesto respaldado científico. La introducción de este medicamento “Okey”, dio para que en el periódico *El Tiempo* en el año 2000 hablara de ese medicamento en un artículo titulado: “contra la depresión, drogas naturales”. En él se comentaba los costos de estos medicamentos, pero llamaba la atención sobre su uso masivo y se señalaban las consecuencias de dejarle el tratamiento al medicamento: “dejaría en manos del medicamento todo la recuperación sin terapia psiquiátrica”, es decir, que ya se sospechaba que el uso de este medicamento era inversamente proporcional al uso de la psicoterapia en un contexto como el colombiano, aunque hay que decir, que eso mismo había pasado con el uso de los medicamentos tradicionales para la depresión (flouxetinas), en otros países. Las personas habían sustituido la psicoterapias “largas” y “costosas” por el uso del medicamento, no por nada a finales de la década de los noventa del siglo XX se lanzaba el libro, que se iba a convertir en un best seller: “Más Platón menos Prozac” de Lou Marinoff, donde exponía que ante los problemas cotidianos (depresión), era mejor la filosofía que tomar un medicamento. Pero en Colombia, al parecer

la costumbre de automedicarse se había unido al boom de los medicamentos milagrosos para la depresión, y esto se había aumentado con la venta de estos productos de acceso y venta libre:

Sin embargo, Tellez considera que es injusto que un paciente que tenga para comprar la droga y no tenga el dinero para manejar su psicoterapia estaría resolviendo solo parte de su problema, pero no tendría una orientación y una terapia continua para aprender a conocer sus emociones, que es lo fundamental en este tipo de circunstancias. En otras palabras, se empaacan la droga sin entender qué está pasando en su mente, afirmó el doctor. (El Tiempo, 2000a).

Las farmacéuticas sabían que el negocio de la ansiedad y la depresión estaba por comenzar a andar en este país, incluso pronosticaban un mercado virgen para iniciar a comercializar sus productos para las “nuevas” patologías del siglo XXI: la ansiedad y la depresión. En el mismo año 2000, otra noticia aparece en el periódico El Tiempo, la farmacéutica Eli Lilly, conocida por ser la comercializadora del Prozac (flouxetina), decide trasladar sus operaciones de Cali a Bogotá buscando “adaptarse mejor a las necesidades del mercado y de los clientes” (El Tiempo, 2000b). En ese mismo artículo se comenta que las ventas en Colombia: “fueron del orden de 15,3 millones de dólares y para el 2000 aspira un aumento en las mismas del 26 por ciento”, es decir, casi 4 millones de dólares más entre sus productos para la diabetes, antibióticos y su producto estrella: “Prozac”. Esta multinacional farmacéutica se estaba preparando para hacerle frente a la demanda de la pastilla de la felicidad. Precisamente,

esto último es lo que aparece en la Revista Semana en el mismo año, en un artículo titulado “la pepas de la felicidad”, allí se comenta que: “en el primer semestre de este año los colombianos gastaron más de medio millón de dólares en pastillas contra la impotencia y están consumiendo cada vez más antidepresivos y píldoras contra la obesidad” (Revista Semana, 2000).

La anterior situación una década después cambia radicalmente, en el año 2011 en la misma Revista Semana, se dice que según el Ministerio de Salud uno de cada 10 colombianos ha consumido tranquilizantes, y que el uso de los medicamentos para problemas mentales cada vez le iba ganando terreno al uso de la psicoterapia, en ese artículo que precisamente se titula: “Más pepas menos psicoterapia”, se comenta que la venta de antidepresivos aumentó un 10% en el 2010, y que el uso de la psicoterapia para los paciente y médicos no tienen sentido en un campo donde el tiempo, la eficacia y la eficiencia son las dominantes: “No necesito de media hora o una hora para hablar, solo requiero que me den un medicamento y ya está. Estoy bien, dice un paciente que sufre de ataques de pánico y depresión” (Revista Semana, 2011).

La automedicación con antidepresivos se torna a finales de la primera década del siglo XXI, en un comportamiento habitual, ante cualquier calamidad o situación adversa los sujetos se lanzan a consumir dichos medicamentos, y en una época donde los problemas sociales se van agudizando también el consumo de estas pastillas se dispara en las grandes ciudades colombianas, incluso en las intermedias como el caso de Armenia.

El 15 por ciento de las personas que ingresan a una farmacia en Armenia, lo hacen para comprar los antidepresivos para los que no se necesita prescripción. Los más vendidos son pastas como la Fluoxetina, que es conocida entre los consumidores como la 'Píldora de la felicidad'. Así mismo, Amitriptilina y Triptanol, cápsulas mortales si se excede su consumo. Estos tres medicamentos se venden sin fórmula médica, según lo confirmaron a Caracol Radio los empleados de las droguerías más importantes del Quindío. Esta venta descontrolada de medicamentos antidepresivos ha hecho que aumente el ingreso de personas, en los hospitales mentales del departamento, que intentan suicidarse con sobredosis de las pastillas: "El estrés, los problemas amorosos, la falta de dinero y el insomnio, están llevando a los ciudadanos a automedicarse con dosis excesivas de medicamentos antidepresivos y por eso, aumenta la cifra de intentos de suicidios a veces involuntarios, en el Quindío (Caracol, 2008).

Hay varias cosas para analizar en el boom de los medicamentos para la depresión, la primera es que estos productos reemplazan unas lógicas que para Foucault serían disciplinarias, el poder no pasa directamente por la figura del psiquiatra o psicólogo, sino por el medicamento, es así que las estrategias de poder de los dispositivos psi se tienen que acomodar no a luchar con el medicamento, sino aliarse con ellas, sostener el ideal de libertad con la automedicación individual, incluso colocarse en el lugar del farmacéuta, aquel que sólo receta el quimiatras y clínicometras, tampoco hay que olvidar que ese medicamento no se hubiera podido comercializar sin el boom del diagnóstico de depresión, es una consecuencia de ello, es una consecuencia del

imperio de la clasificación diagnóstica de unas manifestaciones subjetivas, de las dificultades de la vida cotidiana, dificultades aumentadas por las lógicas imperantes del capitalismo neoliberal. Los diagnósticos hacen existir a los trastornos mentales, producen efectos, no sólo para aquellos categorizados y diagnosticados, también para aquellos que realizan esas categorizaciones y diagnósticos, a los mismos profesionales psi, es como si para todos funcionara una categorización de la realidad, que en este caso es una realidad depresiva o ansiosa.

La clasificación diagnóstica como las diferentes intervenciones tanto de los profesionales psi, como de los mismos individuos cuando se automedican, son las consecuencias de las tecnologías de control. La medicina en muchas de sus prácticas sirve al control biopolítico, la psicología queriendo alcanzar ese ideal en muchas de sus prácticas es control psicopolítico. El diagnóstico de los trastornos mentales en las prácticas psi son actos políticos a pesar de la supuesta neutralidad, objetividad, validez de los manuales diagnósticos a pesar que: “clasificar algo que no se define, no se sabe bien qué es, dónde empieza y dónde termina, “eso” que se da en llamar “trastornos mentales”. (Braunstein, 2013, p. 16). Incluso el peligro está precisamente en una práctica que se dice científica, es ahí donde está su peligro, porque en nombre de la ciencia se rotula todo lo que es desorden, indisciplina, agitación, anormal, etc., tal cual como Foucault (1998), lo muestra en la historia de la locura planteando que la psiquiatría introduce la norma como regularidad funcional, como principio del funcionamiento adaptado y ajustado, oponiéndose la norma a lo patológico, lo desorganizado, la disfunción.

El diagnóstico en lo “mental” es un hecho discursivo, los trastornos mentales existen gracias a la misma clasificación diagnóstica, no son hechos naturales que la ciencia objetiviza mediante instrumentos validados por las mismas disciplinas que crea los trastornos:

Debemos reiterar que la clasificación y el diagnóstico psiquiátrico son agentes activos en el seno del dispositivo psi: no son actos “científicos”, “objetivos”, sino postulaciones dotadas de una significación moral y política que operan al margen de la conciencia o inconciencia de quienes las efectúan. Los agentes que funcionan dentro del dispositivo de la salud mental “no saben lo que hacen” en la medida en que se perciben a sí mismos como técnicos que utilizan las herramientas que se les han asignado sin cuestionar las condiciones sociales de esa aplicación y su lugar en el dispositivo. Casi siempre los funcionarios psi piensan y sienten que actúan como operarios formados por la universidad que cumplen buenamente con el trabajo que se les encomienda (Braunstein, 2013, p. 49).

El dispositivo como concepto fue popularizado por Foucault que la relacionada con su propuesta de investigación genealógica y consiste en un análisis de dispositivos, busca relaciones entre elementos discursivos y no discursivos: “discursos, instituciones, disposiciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados administrativos, proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas; en síntesis, tanto lo dicho cuanto lo no dicho” (Foucault, 1984, p. 128).

Aunque algunos investigadores de las prácticas psicológicas prefieren denominar a estos dispositivos “complejo psi”, como Ian Parker (1992), concepto que retoma de Nikolas Rose (1985). Parker entiende este complejo como:

Una red de teorías y prácticas que incluye la psicología académica, la profesional y la popular, y que cubre las distintas formas en las que la gente, en la cultura moderna occidental, es categorizada, observada y regulada por la psicología, así como las formas en las que esta gente pone en práctica modelos psicológicos en su habla y en su experiencia (Parker, 1997).

Tanto la noción de dispositivo como la de complejo psi muestran es una serie de elementos discursivos y no discursivos, aunque para esta investigación serían todos elementos discursivos que no sólo remiten a lo que se dice sino a manuales, edificios, libros, cursos de diferentes tipos, normas, leyes, etc. Por ejemplo, una de las materias fundamentales de la formación psicológica es la psicopatología, incluso parece ser en algunas ocasiones el fin de un complejo psi para dar explicación a cualquier fenómeno, de ahí que se realicen investigaciones que traten de relacionar la psicopatología con muchos fenómenos, incluso hasta con la violencia familiar. En una investigación titulada: “Las psicopatologías que se relacionan con la violencia intrafamiliar: investigaciones desarrolladas en Colombia”, en donde se construye un estado del arte de las de investigaciones realizadas en Colombia sobre trastornos mentales y psicológicos en relación con la violencia intrafamiliar, se plantea lo siguiente: “Los trastornos mentales y psicosociales han sido considerados

como una de las posibles causas o efectos en estas relaciones” (Sánchez, 2014, p.4). En esta investigación se consideran que es necesario adelantar más investigaciones de este tipo para comprender los trastornos que mayormente se presentan su causalidad con la violencia, incluso se hace una crítica a las investigaciones analizadas por carecer de metodologías “científicas” para establecer dicha correlación como causal:

Sin embargo, es necesario adelantar más investigaciones empíricas para comprender los trastornos que mayormente se presentan en nuestro contexto, su frecuencia y causalidad con la violencia. Se necesita abordar este estudio analizando los casos de *vif* que se presentan en nuestro país y su causalidad con las categorías diagnósticas que se evidencian. De esta manera, se podrán confirmar los resultados obtenidos en otras latitudes, o se obtendrán nuevas conclusiones producto de nuestro contexto particular (..) No basta con mencionar todos los trastornos mentales que pueden estar relacionados con el problema, o establecer una posible correlación entre estos; es necesario puntualizar su estudio para determinar su verdadera causalidad en los hogares colombianos. De esta manera se enriquecerá el estado del arte de la *vif* a través de las investigaciones basadas en el escenario nacional y las necesidades de las familias colombianas. Así se podrán adoptar tratamientos fundados en los trastornos y requerimientos particulares de las víctimas colombianas (Sánchez, 2014, p. 23).

Lo que se plantea en la investigación anterior es un saber supuesto y tautológico, el trastorno es causal de una violencia, lo cual hace que ese fenómeno sea causado por el trastorno, y

con ese saber se ejerce un poder sobre eso clasificado y diagnosticado, pero qué es lo clasificado mediante el trastorno: lo clasificado como tal.

¿Trastornos, lo clasificado? Simple respuesta: ¡Las demandas que se le formulan al dispositivo psi en el que los médicos {-i}atras) llevan la voz cantante! Esas demandas se vuelven estereotipadas y p o r eso “clasificables”: cada día tienen un carácter más proteiforme, sintomático, automático y engloban todas las dificultades de un sujeto en su vida cotidiana. (Braunstein, 2013, p. 85).

Las demandas clasificatorias son recogidas por el complejo psi para diagnosticar, y después medicalizar el sufrimiento, desconociendo que ese sufrimiento proviene de la “vida social”, del lugar en donde el sujeto se ubica frente al Otro. Cada sujeto se presenta con una posición, un lugar frente al Otro, son posiciones subjetivas, allí hay una verdad del sujeto, singular. El diagnóstico - formula sirve para que es sujeto se comporte de acuerdo al ideal social dominante, estas prácticas ejercen sus efectos ideológicos en la subjetividad de los individuos clasificados, de ahí que proliferan un sinnúmero de diagnósticos que atañen a grupos de población como la infancia hasta los trastornos por estrés postraumático.

La falacia de los neurotransmisores como causa de trastornos

La práctica psiquiátrica diagnóstica parece alejarse cada vez más de la concepción de salud de la OMS que la concibe como biopsicosocial, y en su lugar ha promovido un modelo biológico.

Haciendo imperar una práctica médica que se ha dado en llamar biomedicina. Con este nombre la medicina se ha fundamentado con las ciencias biológicas en la comprensión de las enfermedades y de la tecnocientificación de sus mismas prácticas, reduciéndose a una rama de la biología, imperando la genética y la neurobiología en esta reorganización de la medicina.

En las últimas décadas dicha práctica orientó sus esfuerzos para crear un diagnóstico “fiable”, crearon un nuevo manual diagnóstico denominado el DSM III y así proponer una práctica con un enfoque “científico” que tuviera como fundamento una etiología biológica y un tratamiento farmacológico de los trastornos mentales. Como dato curioso en ese manual, se erradica el término de neurosis –por tener una influencia psicoanalítica– y se adopta el de trastorno–. Desde ese punto de vista se asume una posición que ya no depende de una mirada clínica del médico o del que asume el diagnóstico del trastorno de salud mental, sino que se diagnostica con base a una serie de elementos que van más allá del paciente y el profesional.

Es decir, el diagnóstico en psiquiatría ya no es exclusivamente el resultado de un juicio clínico, postulado dado por sentado aún en esta nueva psiquiatría biológica o biopsiquiatría. La producción del diagnóstico o JPD es más bien el producto de traducciones múltiples y mediaciones técnicas llevadas a cabo por los psicofármacos que brindan el soporte semiótico-material. La diferencia entre diagnóstico y juicio psiquiátrico diagnóstico (JPD) está dada por la mayor flexibilidad que presenta el término JPD, es decir, enfatizando en el diagnóstico como proceso, lo cual ad-

mite la posibilidad continua de modificaciones en el diagnóstico que permite al psiquiatra invocar o enunciar un diagnóstico o JPD. La experticia clínica en nuestro estudio es más bien el resultado de una acción colectiva en la que los psicofármacos desempeñan el rol de liderazgo. Por lo tanto, dicha experticia no consiste en un apriori cognitivo o un bagaje de conocimientos localizado en la persona del psiquiatra, sino que la misma surge como el resultado de las acciones y mediaciones de los psicofármacos, que movilizan la evidencia científica hacia la clínica o la desplazan hacia los laboratorios delegando en ellos el trabajo clínico (Geneyro & Tirado, 2015, p. 35 – 36).

Sí antes se criticaba por parte de la antipsiquiatría (Laing, Cooper, Basaglia hasta el mismo Szasz, entre otros), en la década de los sesenta y setenta del siglo XX la práctica psiquiátrica del diagnóstico de la enfermedad mental, comentando que el diagnóstico de las enfermedades mentales era un juicio de valor por parte del psiquiatra, a partir de la década del ochenta y con la introducción del DSM III y después del DSM IV en los noventa, ahora se podía decir que ese juicio de valor se iba esfumando para dar cabida a una teoría que fuera más allá de eje juicio de valor del psiquiatra, y esa teoría era la de la hipótesis del desequilibrio químico, lo cual legitimo una conexión directa de las entidades diagnósticas con las sustancias psicofarmacológicas.

Contemporary neuroscience research has failed to confirm any serotonergic lesion in any mental disorder, and has in fact provided significant counterevidence to the explanation of a simple neurotransmitter deficiency. Modern neuroscience has instead shown that the brain is vastly

complex and poorly understood. While neuroscience is a rapidly advancing field, to propose that researchers can objectively identify a “chemical imbalance” at the molecular level is not compatible with the extant science. In fact, there is no scientifically established ideal “chemical balance” of serotonin, let alone an identifiable pathological imbalance. To equate the impressive recent achievements of neuroscience with support for the serotonin hypothesis is a mistake¹⁴. (Lacasse, J & Leo, J, 2005).

El DSM III creó una ideología que remite a la ciencia, “demostrando” que los diagnósticos enunciados en esa manual eran enfermedades “reales”. La teoría del desequilibrio químico fue la ideología que reunió a su alrededor una serie de narrativas que los dispositivos psi -sobre todo la psiquiatría- podía tratar con un fármaco, tratando de hacer comparable cualquier enfermedad médica (diabetes, hipertensión) con el trastorno mental. Por ejemplo, en una entrevista realizada a Rodrigo Córdoba, presidente de la Asociación Psiquiátrica de América Latina en el periódico el Tiempo titulada: “Depresión, la enfermedad mental que aún no está bien diagnosticada”, llega a comentar que la depresión o cualquier otra enfermedad mental funciona como cualquier otra enfermedad:

Porque todos los fenómenos relacionados con lo mental tienden a ser asociados con la voluntad. Pero esta es una enfermedad como cualquier otra, que tiene equivalentes

14 “La investigación de la neurociencia contemporánea no ha podido confirmar ninguna lesión serotoninérgica en algún trastorno mental, y de hecho ha proporcionado significativas pruebas que contradicen la explicación de una simple deficiencia de neurotransmisores. La neurociencia moderna ha demostrado en cambio que el

biológicos, situaciones ligadas a las características de personalidad o a las expresiones psicológicas o a los fenómenos sociales (Rueda, 2014).

Aunque este psiquiatra colombiano tiene en cuenta otros factores como los sociales o los psicológicos en relación los trastornos mentales, sigue haciendo énfasis a lo biológico, además que propone como modelo de atención el modelo médico, pensando el trastorno mental como afín a cualquier enfermedad biológica, y es ahí donde aparecen las explicaciones etiológicas biológicas que se han popularizado en muchos lugares, a pesar que: “So far, there is no clear and convincing evidence that monoamine deficiency accounts for depression; that is, there is no ‘real’ monoamine deficit”¹⁵ (Stahl, 2000, p.53).

Las entidades clínicas más asociadas a factores biológicos son la esquizofrenia y la depresión. Se cree que la depresión es una condición médica causada por un desequilibrio químico, y que los antidepresivos pueden corregir este desequilibrio. Asunto que también ha cuestionado Irving Kirsch Director del Programa de Estudios del Placebo en Harvard, comentando sobre el efecto placebo en la depresión concluye que los diagnósticos psicológicos, sobre todo en la depresión, podrían no ser enfermedades como tal.

cerebro es muy complejo y poco entendido. Mientras que la neurociencia es un campo en rápido avance, y propone que los investigadores puedan identificar objetivamente un “desequilibrio químico” a nivel molecular, esto no es compatible con la ciencia existente. No se ha podido establecer científicamente “equilibrio químico” ideal de la serotonina, y mucho menos un desequilibrio patológico identificable. Equiparar los recientes impresionantes logros de la neurociencia con el apoyo a la hipótesis de la serotonina es un error”

15 Hasta ahora, no hay evidencia clara y convincente que dé cuenta de la deficiencia de monoamina para la depresión; es decir, no hay déficit de monoamina ‘real’.

Hoy por hoy, la teoría sobre el desequilibrio químico en el cerebro está lo más cerca que una teoría puede estar en la ciencia de ser invalidada por la evidencia. Aquí no me estoy únicamente refiriendo a los resultados de mis investigaciones sino a los que han obtenido otros muchos investigadores. Por poner un ejemplo, las personas con depresión mejoran por igual tanto tomando Estimulantes Selectivos de la Recaptación de la Serotonina –ESRS- (fármacos que disminuyen la serotonina en el cerebro) como tomando Inhibidores Selectivos de la Recaptación de la Serotonina –ISRS- (fármacos que se supone aumentan el nivel de serotonina). (Infocop, 2012, párrafo 4).

Cualquier plan de estudios de psicología en Colombia, aparecen varias materias que se relacionan con lo biológico, la mayoría de esos programas han optado por llamar a esas materias: “bases biológicas del comportamiento humano”, siendo consideradas para algunos programas de formación como fundamentales. Es tanto el furor de lo “neuro” como un apéndice de lo biológico en psicología, que en la última década se han abierto una diversidad de posgrados que hacen referencia a esa temática: Maestría en neuropsicología clínica de la Universidad San Buenaventura de Bogotá, Maestría en neuropsicología de la Universidad Simón Bolívar de Barranquilla, Maestría en neuropsicología de la Universidad San Buenaventura de Medellín, Maestría en neurorehabilitación de la Universidad Autónoma de Manizales, Especialización en Neuropsicología Infantil de la Pontificia Universidad Javeriana de Cali, Especialista en Rehabilitación Neuropsicológica de la Universidad Ces de Medellín, Especialización en Neuropsicología Escolar del Politécnico

Grancolombiano de Bogotá, Especialización en neuropsicopedagogía infantil de la Universidad Luis Amigó de Medellín.

Este breve recorrido por los posgrados que tienen como referencia lo “neuro” muestran una asociación de este tema con lo clínico, evaluativo y lo infantil. Lo evaluativo como aquello que remite a una serie de pruebas para diagnosticar algún problema de la infancia, lo que en muchas ocasiones se agrupan en los problemas del comportamiento y los problemas de aprendizaje, teniendo como trastorno eje el famoso Trastorno por déficit de atención de atención e hiperactividad (TDAH), llegando a considerarse éste un problema de salud pública. Asunto que se trabaja en un artículo titulado precisamente: “Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), una problemática a abordar en la política pública de primera infancia en Colombia”, en este trabajo se plantea que en: “Colombia hay una alta prevalencia del TDAH, mucho mayor que en otros estudios realizados en otros lugares del mundo” (Valverde y Vidarte, 2012, p. 120). Los autores de este artículo basados en unos datos, no sólo plantean la alta prevalencia del TDAH en Colombia, sino que proponen que este trastorno sea tenido en cuenta como un problema de salud pública, y así sea prioridad su intervención en diferentes ámbitos:

Existe una evidencia científica que en Colombia el TDAH resulta ser un verdadero problema de Salud Pública en la población infantil, además existen planteamientos claros desde la política pública de primera infancia y desde la normatividad actual que permiten que este sea incorporado como prioridad de intervención, ya que esta patología

se convierte en un problema no solo individual sino social en el momento que se evalué el alcance y los nuevos compromisos de la política de primera Infancia en Colombia (Valverde & Vidarte, 2012, p. 125).

Pero este artículo no es el único que propone que el TDAH sea considerado un problema de salud pública, en otro artículo publicado el periódico el Heraldo de Barranquilla, publicado el 1 de marzo de 2016 y titulado: “La hiperactividad, un trastorno que debe prender alertas”:

En su concepto también hay que considerarlo un problema de salud pública pues es de los que más afecta a la población de niños y adolescentes en Colombia, al tiempo que añade que está demostrado que “niños con TDAH se vuelven adultos con TDAH” porque se trata de una patología crónica. (El Heraldo, 2016).

Así se configura el TDHA como un asunto prioritario de salud pública, además un trastorno neurobiológico. No por nada en la Encuesta Nacional de Salud Mental (2015), realizada por el Ministerio de Protección social de Colombia y la Pontificia Universidad Javeriana arroja datos sobre este trastorno, siendo el más frecuente en niños y adolescentes, y una de las principales causas de consulta a servicios médicos en niños y adolescentes. Siendo este trastorno el que agrupa otro sinnúmero de trastornos asociados, los cuales van desde trastornos de conducta hasta trastornos del espectro autista:

Es relevante destacar que el TDHA, al estar asociado con diversas comorbilidades en la infancia y la adolescencia,

puede dificultar su diagnóstico, tratamiento y presentación clínica. Las más frecuentes entidades asociadas al TDAH a edades tempranas son los trastornos de conducta, los trastornos del aprendizaje, los trastornos depresivos y de ansiedad, los trastornos del lenguaje, los trastornos del espectro autista, la epilepsia, el síndrome de Gilles de la Tourette, entre otros (ENSM, 2015).

El TDAH ha sido noticia en otros países por su sobre diagnóstico, tanto en Estados Unidos que llega a niveles alarmantes como una prevalencia del 12 del total de la población infantil y adolescente: “Los resultados --publicados en la revista científica *Journal of Clinical Psychiatry*-- muestran que 12% de los niños y adolescentes en Estados Unidos tenían TDAH en 2011, según informaron en la encuesta sus padres, comparado con 8,4% en 2003. Esto representa un aumento de 43%.” (Nuevo Herald, 2015). Por ese motivo este trastorno ha promovido la creación de páginas en la web, así como aplicaciones:

En este sentido, el doctor Tajima Pozo creó TDAH Trainer o ADHD Trainer en inglés, que está siendo exitosa en cuanto a popularidad y número de descargas en USA, España, Australia y Latinoamérica. Se trata de una app para tratar el TDAH, que contiene 14 juegos integrados, que tienen una estética de videojuego para hacer más atractivo su uso”, explica el doctor” (Terra, 2014).

Los diagnósticos para los trastornos psicológicos se enfrentan en general a problemas, y lo que en la actualidad se diagnóstica como un trastorno con causas biológicas no son más que reacciones cotidianas a circunstancias de la vida cotidiana. Pero el

intento de querer convertir a la práctica diagnóstica psiquiátrica en una ciencia, ha convertido esa misma práctica en otra ilusión fundamentada en la ideología de un psiquismo biológico. Esta ideología es atractiva para un contexto dominado cada vez más por las lógicas capitalistas neoliberales que impiden que esta problemática de salud mental y diagnóstica sea abordada de otra manera, más allá del rotulo individualizante y biológico, obstáculo para cualquier propuesta que tenga en cuenta una responsabilidad subjetiva, es decir, con los otros, una propuesta de salud mental comunitaria donde se analicen cuáles son las manifestaciones de las problemáticas de salud mental desde lo social -comunitario, de los sujetos y sus relaciones con un mundo que se construye entre muchos.

Sobre el diagnóstico

La locura no psicótica, más allá del diagnóstico en el psicoanálisis

En 1972 la Revista Science publica el artículo: “On being sane in insane places”¹⁶, del profesor de psicología norteamericano David Rosenhan¹⁷, en este trabajo se detalla los pormenores de un experimento que consistió en que Rosenhan en 1969, tomó a un grupo de 7 voluntarios que se consideraban “normales” para presentarse en las oficinas de admisión de 12 instituciones mentales de los Estados Unidos, fingiendo una serie de síntomas, desde alucinaciones hasta estados maníacos y

16 “Sobre estar cuerdo en sitios de locos”.

17 Psicólogo estadounidense, conocido por el Experimento de Rosenhan de 1972.

depresivos, en esas instituciones fueron admitidos y diagnosticados con esquizofrenia o con trastorno bipolar. Lo que este experimento mostró es el cuestionamiento de la capacidad de la psiquiatría para distinguir entre una psicosis y la cordura. Lo más llamativo del experimento de Rosenhan, fue que uno de los directores de una de las instituciones mentales donde se llevó a cabo el experimento, lo invitó a que enviase a todos los pseudopacientes que deseara nuevamente, apostándole que esta vez reconocería a cada uno. Rosenhan aceptó, y al cabo de un tiempo, los directores de la institución mental dijeron con orgullo que habían reconocido a 41 impostores, el problema era que Rosenhan no había enviado a ningún pseudopaciente.

Como siempre, la realidad supera a la ficción, en un cuento de Gabriel García Márquez titulado: “solo vine a hablar por teléfono”, que aparece en el libro “los doce cuentos peregrinos”¹⁸, se narra la historia de María Cervantes, mujer que termina en un manicomio debido a que su carro se daña en el camino, y al querer prestar un teléfono para llamar a su compañero y avisarle que no iba a llegar a tiempo, termina en un manicomio. Su historia que repite a todos es: “sólo vine a llamar por teléfono”, es tomada como otro delirio de “loca” en ese manicomio, por más que este personaje trata de explicar que se montó en el bus que transportaba a las demás locas en el camino porque su carro se había averiado, no logra convencer al personal de la institución, hasta el punto que ella misma se llega a convencer un tiempo después, que ese era su lugar.

18 García Márquez, G. (2013). Doce cuentos peregrinos. Bogotá: Norma.

Después de leer estas dos historias, el diagnóstico de un sujeto en la práctica clínica parece ser una cuestión del lugar donde queremos ubicar a un otro, por ejemplo, si un Doctor como Rosenhan se coloca como psicótico, será psicótico para el que diagnostica, lo mismo vale para María Cervantes en el cuento garciamarquiano. El problema de estos diagnósticos, es que no dependen de la posición de un sujeto sino de lugares preestablecidos, y esta acción diagnóstica es contraria a lo que se propone por ejemplo una práctica como la psicoanalítica, eso sería adecuado en ciertas prácticas psicológicas o médicas, pero no para el acto analítico.

Hay que hacer una pequeña aclaración, que al final es una gran diferencia, los que defiende el diagnóstico estructural en la práctica psicoanalítica podrán decir a su favor que el diagnóstico en psicoanálisis no es una etiqueta, ni algo preconcebido, y que es la consecuencia de una relación transferencial que da cuenta de la posición del sujeto en la estructura, se puede estar de acuerdo con la primera parte, pero con la segunda se haría un pequeño cambio - que al final es un gran cambio -, de lo que se trata de dar cuenta en el acto analítico es de la posición de un sujeto ante el Otro social, que no se puede adecuar con un diagnóstico.

Otra defensa que se puede aludir a favor del diagnóstico en el psicoanálisis es decir que Freud y Lacan nunca desestimaron las clasificaciones, claro que no, el primero nunca dejó de ser médico, a pesar de construir una práctica psicoanalítica cada vez más alejada de su formación médica, el segundo comenzó por ahí, y la hipótesis en este libro y que otros también han

lanzado antes, es que Lacan poco a poco fue abandonando esa práctica diagnóstica en el psicoanálisis, acabando con cualquier influencia médica- biologicista que todavía en Freud se vislumbraba.

No hay dudas que el diagnóstico estructural ordena, y en ese ordenamiento se puede encontrar mecanismos comunes a distintas expresiones sintomáticas que le permiten a una práctica psicoanalítica delimitar una estructura de otra, el problema es que ese ordenamiento no puede ser algo fijo, que a su vez delimita una estructura de otra, y aquí somos testigos en las últimas décadas de una especie de “transestructuración” que la clínica psicoanalítica ha usado para seguir sosteniendo las tres estructuras clásicas del psicoanálisis: neurosis, psicosis y perversión. Es por esa flexibilidad estructural que se puede decir que hay casos de neurosis con fantasmas perversos, de perversiones psicóticas, incluso de nuevas estructuras como el caso del autismo, que no es para algunos ni una psicosis ni una neurosis. El punto en común de muchas prácticas psicoanalíticas es que es muy difícil encontrar en la actualidad estructuras clínicas puras – la pregunta que surge si alguna vez se presentaron –, el asunto es que estas estructuras no dan cuenta de la singularidad de los significantes en un sujeto, de su goce y su deseo inconsciente, sobre todo de eso que podría enlazar a un sujeto con lo Real, lo simbólico y lo imaginario.

Ante lo anterior surge una pregunta: ¿Se puede sostener el dispositivo analítico de la atención flotante freudiana desde el lugar de la clasificación diagnóstica estructural? Para tratar de ir contestando a dicha pregunta, se sostiene que lo importante

para la práctica psicoanalítica no es un saber sobre la histeria o la psicosis, sino la singularidad de ese sujeto llámese neurótico o psicótico, por eso la insistencia de Freud y Lacan para abordar cada caso como un caso nuevo: “Lo que responde a la misma estructura no tiene forzosamente el mismo sentido. Por eso mismo no hay análisis sino de lo particular... Los sujetos de un tipo no tienen pues utilidad para los demás del mismo tipo” (Lacan, 1975, p. 13).

La neurosis, la psicosis o la perversión no están para explicarnos el ser del hombre, no se nos presentan en la clínica como objetos para disminuir la angustia en ese encuentro con el *Otro* que no existe y que nos confronta con los otros que sí existen. Los diagnósticos estructurales no calman nuestra angustia al sostener el lugar de la escucha, eso que Freud llamaba atención flotante y que Lacan menciona como el acto analítico: “tiene que preservar para el otro la dimensión imaginaria de su no-dominio, de su necesaria imperfección, de su ignorancia siempre nueva para que ninguno sea un caso” (Lacan, 1996, p. 804).

Eso que tanto se replica en los espacios psicoanalíticos como estructuras clínicas freudianas apelando a Lacan, primero, no pueden ser uniformadas, la clínica es variable, segundo, en muy pocas ocasiones Lacan menciona estructuras clínicas, lo que si trabaja son estructuras subjetivas, lo que no quiere decir que cada estructura se ordena bajo los conceptos de neurosis, perversión o psicosis para así universalizar una práctica, incluso en el seminario titulado: “Las psicosis”, habla de estructuras freudianas como un análisis del lenguaje. Más que sostener las

estructuras clínicas: ¿no será que desde la práctica clínica debemos fundamentar unas estructuras del lenguaje en cada sujeto, un análisis estructural del sujeto de lo inconsciente? El diagnóstico en psicoanálisis no se configura como una clínica descriptiva sino demostrativa de lo radical del sujeto del inconsciente, que no es aprehensible por ninguna clasificación. La práctica psicoanalítica trabaja con la singularidad de un sujeto, y los síntomas no se pueden tomar como criterios diagnósticos tipo manual para clasificar, sino apuntando a la singularidad de ellos.

Pienso que ya tienen la orientación suficiente para comprender que la noción de estructura es ya en sí misma una manifestación del significado. Lo poco que acabo de indicarles acerca de su dinámica, sobre lo que implica, los dirige hacia la noción de significante. En el análisis estructural encontramos, como en el análisis de la relación entre significante y significado, relaciones de grupos basadas en conjuntos, abiertos o cerrados, pero que entrañan esencialmente referencias recíprocas. En el análisis de la relación entre significante y significado, aprendimos a acentuar la sincronía y la diacronía, y encontramos lo mismo en el análisis estructural... De hecho, cuando analizamos una estructura, se trata siempre del significante. Lo que más nos satisface en un análisis estructural, es lograr despejar al significante de la manera más radical posible. (Lacan, 2017, p. 262).

Lo que se tiene que saber en el acto analítico no es un saber clasificatorio llámese estructural o no, un saber no sabido que permita la singularidad, el nombre propio, un saber hacer allí

con lo inconsciente, saber que no tiene nada que ver con alguna experticia o competencia tan de moda en los ámbitos educativos.

La función clasificatoria es demasiado parcial, nos enmascara que el nombre propio va siempre a colocarse en el punto donde la función clasificatoria, el orden de la deixis escapa no ante una particularidad demasiado grande, sino ante un desgarró, una falta un agujero del sujeto y justamente para suturarlo, enmascararlo, pegarlo (Lacan, seminario, 1964-1965).

Es incuestionable que el diagnóstico estructural nos brinda seguridad, calma la angustia, menos mal que esa seguridad se tiene que ir perdiendo a lo largo de los años como nos dice el psicoanalista español Jesús Álvarez:

De manera que nosotros nos formamos inicialmente siempre con categorías, enfermedades, trastornos, estructuras, etc. Nos da seguridad agarrarnos a ese tipo de taxonomías o de clasificaciones para hacer frente un poco mejor al trabajo diario. A medida que van pasando los años, por lo general necesitamos menos las clasificaciones. Todas ellas son invenciones, algunas con escaso fundamento. Todas las clasificaciones son artificiales. Todas. Las nuestras y las de los otros. Aunque las necesitemos para apuntalar cierto tipo de saber, no quiere decir que existan como hechos de la naturaleza (Álvarez, 2014, párrafo 16).

Los diagnósticos no son naturales, no brotan de la tierra, son artificiales, y lo que interesa es escuchar a esos sujetos, su lugar dentro de un discurso, su lugar frente al Otro inconsciente. La propuesta en este trabajo es que Lacan en los últimos años al hacer el viraje de la psicosis a la locura, cambia a su vez los últimos resquicios clasificatorios de su formación psiquiátrica por el de una escucha de un sujeto más allá de las famosas estructuras clínicas: neurosis, psicosis y perversión, es decir, pasa a una práctica de las posiciones subjetivas, de los anudamientos de esa posición subjetiva, por eso la propuesta no sólo no es retroceder frente a las psicosis, lo cual sigue siendo legítimo al final de la enseñanza lacaniana, sino que se puede reelaborar en un “no retroceder frente al sujeto y su decir inconsciente”. No retroceder frente a la locura nos quiere decir no retroceder en la escucha del decir de cada sujeto, a la locura que produce ser sujeto del inconsciente estructurado como lenguaje.

La locura es una falla abierta, es la división irreductible en su ser de lenguaje. Toda construcción simbólica tiene como función refrenar el goce, ponerle un límite que será leído entonces como locura. En todo caso, es en ese límite de la locura donde el goce de lo Otro se hace presente para cada sujeto, lugar donde su ser puede ser comprendido. En este sentido “locura” se puede aplicar al desencadenamiento de neurosis y psicosis, y lo importante no es su clasificación diagnóstica, sino interrogar la verdad de la locura misma. La locura como fenómeno tal como Lacan los formulaba en su texto “sobre la causalidad psíquica” que aparece como el ser del hombre:

No creáis que me extravió, que me aparto de un propósito que debe llevarnos nada menos que al corazón mismo de la dialéctica del ser: en punto tal situase, en efecto, el desconocimiento esencial de la locura, que nuestra enferma [Aimee] manifiesta perfectamente. (Lacan, 1996, p. 162).

En el famoso caso lacaniano de Aimée, esta es considerada loca, no por ser psicótica (que puede serlo), sino por su desconocimiento aparejado al yo, esa instancia psíquica que trata de unificar esa imagen invertida que nos devuelve el Otro de nuestro propio mensaje. El asunto es que entre más fuerte es esa imagen yoica, más fuerte es la personalidad que se forma a través de ese yo imaginario, así más loco se puede ser. La verdad de la locura es ese punto de identificación ideal, es ese ser que sólo puede considerarse libre siendo loco, es decir: una marioneta del Ideal del Otro. La libertad es ese desconocimiento frente al ideal.

La locura, así como anuda también desanuda, y puede volver a anudar, así que es un acto tanto destructivo como creativo. Puede causar una explosión que algunos asocian con el desencadenamiento de una psicosis, pero también puede ser un acto de creación que Lacan propuso como *sinthoma*. Tener en cuenta la locura, su "*sinthoma*" como trabajo delirante, puede ser un intento de ir más allá del Nombre del padre que se establecen en los referentes comunes de un discurso. En este punto el "*sinthoma*" es la locura necesaria de cada sujeto para responder a lo Real del mundo, a la imposibilidad de adaptarse a ese Real, cuando los significantes paternos se van desmoronando para ordenar el goce. El "*sinthoma*" para Lacan es la locura necesaria de cada uno para no volverse loco en el campo del goce. Y es ahí

donde el concepto de locura para Lacan no sólo tiene vinculación con el campo de lo psicopatológico.

La locura de cada uno, eso es lo que lo que nos muestra ese intento por el saber de eso no sabido de lo inconsciente, El hacerse un nombre, una condición de posibilidad del ser, no es déficit como lo pensaba la psiquiatría de comienzos de siglo XX en cabeza de Henry Ey, ni un trastorno como lo piensa cierta psicología en el siglo XXI. La locura es una posibilidad esencial y reveladora del ser del hombre, algunas veces aterradora, otras no tanto. En ese límite al saber totalizador de lo fálico tipo DSM, y es allí donde se pone en escena la apuesta ética del psicoanálisis, colocar un límite frente a ese conocimiento que sostienen a Otro que todo lo quiere controlar para tornarlo eficiente, efectivo y eficaz.

El psicoanálisis vuelve a colocar en la palestra el enigma del ser, para que cada quién desde su lugar pueda hacerse un nombre, y esa es la apuesta de una clínica sin estándares, sin certezas, sino con ese enigma no para descifrar, sino para sostener.

La cuestión de la ideología en los trastornos mentales y las prácticas surgen de su uso, no como una falsedad, sino con su funcionalidad como dominación social:

Una ideología, entonces, no es necesariamente “falsa”: en cuanto a su contenido positivo, puede ser “cierta”, bastante precisa, puesto que lo que realmente importa no es el contenido afirmado como tal, sino el modo como este contenido se relaciona con la posición subjetiva supuesta por su propio proceso de enunciación (Zizek, 2008, p. 15).

El lugar de la enunciación legitima una dominación social, y eso es lo que permanece de cierta manera velado bajo el nombre de algún ideal de la ciencia diagnóstica, mentir con el ropaje de la verdad le llama el mismo Zizek, lo que no se dice en estos diagnósticos “científicos” de los manuales diagnósticos actuales, es que en esa acción hay todo un andamiaje de exclusión, segregación, estigmatización, además que legitima unas prácticas psi de dominación sobre el otro.

La estigmatización en los trastornos mentales ha sido un tema abordado en algunas investigaciones, estos trabajos hacen énfasis en el estigma como uno de esos factores que influyen en sufrimiento de los sujetos que son diagnosticados con estos trastornos:

Una importante parte del sufrimiento de las personas con un trastorno mental tiene su origen en el proceso de estigmatización que, con frecuencia, acompaña a esta condición. Se trata de un conjunto de reacciones sociales negativas que limitan el bienestar, adaptación e integración social de quienes padecen una enfermedad mental (Crespo y Otros, 2011, párrafo 1).

Si bien estos trabajos e investigaciones siguen apuntando al estigma, a lo que se dirige esta investigación es a lo ideológico no sólo del estigma del trastorno mental sino del mismo acto del diagnóstico, asunto que dichos trabajos dejan de lado. Y este es el caso de otro artículo publicado en la página web Diagonal titulado: “Estigma y salud mental”, se vuelve a tocar el tema del estigma y la visión negativa sobre la salud mental que conlleva a la exclusión de los sujetos que padecen dichos trastornos:

Violencia, peligrosidad, irresponsabilidad... Éstos son sólo algunos de los atributos asignados erróneamente a las personas que padecen trastornos de salud mental en nuestra sociedad. Estereotipos y prejuicios latentes que alimentan el estigma contra un colectivo que ya representa un 18% de la población del Estado español, según alertan desde la Federación de Asociaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES)". (Morgado, 2016, párrafo 1)."

Teniendo en cuenta la visión tan negativa que se tiene y se transmite sobre estas personas en los medios, es fácil imaginar que sufran procesos de estigmatización que comienzan a circular a través de los medios de comunicación y que asocia a los trastornos mentales con sufrimiento, soledad, desesperanza, etc. En un artículo de la Revista Semana del 2015 titulado: "El peligro de estigmatizar las enfermedades mentales en los colegios", se muestra como el estigma puede causar graves consecuencias en las personas que son diagnosticadas con algún trastorno mental, sobre todo los niños y adolescentes, y coloca como un reto que se debe trabajar en los colegios sobre estos trastornos: "El hecho de que las enfermedades mentales se manifiesten a una temprana edad implica necesariamente un reto para los colegios y las instituciones educativas, pues deben enfrentarse al tema sin caer en la estigmatización". (Revista Semana, 2015 a, párrafo 2). El punto es que los mismos medios de comunicación que señalan no estigmatizar o tener cuidado con los estigmas, son los que fortalecen dicha acción. Las imágenes que nos muestran los medios de comunicación cuando se habla de los trastornos mentales es de sufrimiento, y la crítica no es

negar que haya sufrimiento, sino hacia la misma imagen del sufrimiento, aquella que muestra el sufrimiento como una imagen desesperada o “loca” de un sujeto que manifiesta de esa manera su situación difícil.

¿Qué nos muestran todas estas imágenes que se asocian al trastorno mental?, más allá que algunos síntomas de los denominados trastornos mentales son la manifestación de padecimientos en los sujetos, el asunto acá es que toda ideología tiene una parte cierta, que en este caso sería que los trastornos mentales pueden traer sufrimiento, pero este sufrimiento que se ve expresado en las imágenes configura un lugar donde estos sujetos se ubican a sí mismos como sufrientes. Lo que se va configurando acá es un sujeto no sólo sufriente sino incapacitado para responder por sí mismo, como si su trastorno hablara por él, un trastorno sin sujeto. No es que los sujetos que son diagnosticados con algún trastorno mental no sufran, la tesis de este trabajo es que estos diagnósticos producen subjetividades sufrientes, lugares subjetivos donde un sujeto es ubicado sólo para sufrir y ser objeto de intervenciones psi, desde psiquiátricas hasta religiosas.

Lo anterior es lo que hacking ha llamado enfermedades mentales transitorias, donde plantea que hay clases de seres y acciones humanas que van de la mano con la invención de las categorías que las etiquetan, contraria a la ideología que trata de sostener como ciencia las clasificaciones y los trastornos mentales, que afirman que los hechos existen en el mundo y son descubiertos por el científico, en este caso, los trastornos mentales existen como una entidades cuasi naturales, y el profesional psi

sólo tiene que saber describirlas. En los contextos sociales según Hacking (1986), se pueden generar tantas clases de gente y de acción como nuevas clasificaciones y categorías se inventen: “making up people”, se inventan y construyen personas.

Los sujetos al ser diagnosticados en un trastorno mental tienden a ubicarse en aquello que describe el mismo trastorno. Y esto determina una serie de comportamientos, pensamientos, interacciones, no sólo con los sujetos diagnosticados sino con todos los demás, incluyendo a los mismos que diagnostican, que en este caso son los profesionales psi y de la salud mental, que a su vez se tornan expertos en esos trastornos que ellos mismos diagnostican. La labor diagnóstica en los últimos años ha estado respaldada por la estadística, lo que permitió la creación de espacios para enumerar y clasificar personas. Lo ideológico del asunto es que las personas que diagnostican creen en el diagnóstico, y aquellas que son diagnosticadas comienzan a creer, así todos se comienzan a comportar como si este diagnóstico existiera per se. La manera de percibir los trastornos mentales enmarca a los mismos trastornos, socialmente son producciones culturales e históricas que no sólo atraviesan a las personas en general, a los no profesionales o legos, sino a los mismos profesionales. El asunto es que estas prácticas se constituyen desde lo cultural histórico, y muchos profesionales psi siguen creyendo ideológicamente que su práctica es neutral, a teórica y fundamentada en un positivismo. El problema es que ese positivismo ingenuo hace creer al profesional psi que su práctica es científica y basada en evidencias, y dicha ideología lo que hace es psicopatologizar todo aquello que sea abordado desde esas prácticas en nombre de la ciencia.

Existe un efecto bucle entre los diagnósticos de trastornos mentales que crean los profesionales psi y los sujetos que son diagnosticados, unos crean el diagnóstico y a los sujetos que lo padecen, y los otros crean el sufrimiento para corroborar el diagnóstico, no es sólo un asunto de una vía o de manipulación de masas ignorantes a las que hay que quitarles la venda para que sean libres, la ideología no opera así:

No creo que haya una historia general de la invención de las personas. Cada categoría tiene su propia historia. Si quisiéramos presentar un marco parcial según el cual describir tales eventos, deberíamos pensar en dos vectores. Uno es el vector de la rotulación desde arriba, de una comunidad de expertos que crean una "realidad" que algunas personas hacen propia. Distinto a este vector son las conductas autónomas de las personas rotuladas, que presionan desde abajo, creando una realidad que todo experto debe enfrentar (Hacking, 1986, p. 168).

Las personas que son diagnosticadas con un trastorno mental también piden ese diagnóstico, ellas sufren con una serie de síntomas que necesitan ser nombrados, algo que también Danzinger ha planteado en varios de sus textos:

Las cosas que la psicología toma por objetos, las acciones, experiencias y disposiciones de las personas, no son independientes de su categorización. Hay dos razones para ello. En primer lugar, los individuos que portan los objetos psicológicos con capaces de representarse esos objetos ellos mismos de forma auto-referencial. (...) En segundo

lugar, las propiedades psicológicas son sólo aspectos inteligibles del mundo en virtud de su demostración dentro de un contexto discursivo (Danziger, 1997, p. 190).

Se puede plantear que las categorías diagnósticas de los manuales diagnósticos como el DSM V o el CIE son hallazgos empíricos y que son verificables en la clínica, ante eso se puede contestar siguiendo a Danziger que estos hechos se convirtieron en categorías diagnósticas, porque se intentaba hallar síntomas que culturalmente se identifican como psicopatológicos. Son las categorías que culturalmente se producen las que les dan existencia a los trastornos, y estos después se consideran como fenómenos a ser estudiados por las prácticas psi. Lo ideológico se plantea por considerar todo este proceso como un hecho objetivo y verificable, y a su vez se aplican una serie de técnicas para “tratar” dichos fenómenos diagnosticados, tratamientos que abarca el encierro en instituciones de salud mental hasta la medicación de ellos.

Es así que las imágenes que vemos del sufrimiento asociadas a los trastornos mentales no son hechos objetivos que necesitan ser observados, el punto es que sólo podemos “ver” y describir lo que un “marco de concepciones” nos permite ver, describir, clasificar, diagnosticar e intervenir. Se hace necesario un análisis del discurso en que se fundamentan esas categorías diagnósticas de los trastornos mentales, los supuestos invisibles que la sostienen, entre ellos una práctica a-teórica y a-histórica que ha permitido dar por hecho objetivo y científico lo “que se puede ver”, el progreso científico de esa práctica de dirige a per-

feccionar esa manera de ver, así que se establecen no sólo manuales sino protocolos, guías, procedimientos, expertos, guías, gurús, y demás.

Para concluir



Desconstruyendo la psicopatología en Colombia

En diciembre de 2016 ocurrió un crimen que escandalizó a muchas personas en Colombia, ese hecho fue la violación y asesinato de la niña de siete años a manos de Rafael Uribe Noguera, la noticia captó la atención de los medios de comunicación por varios días, y volvió a revivir el tema de la cadena perpetua a violadores y asesinos de niños en Colombia. Paralelamente al tema de lo jurídico, fueron surgiendo una serie de diagnósticos y perfiles psicológicos del acusado por parte de profesionales de la salud mental para indagar las razones para tal acto. Uno de esos diagnósticos fue publicado en el diario electrónico Kienyke titulado: “En la mente de Rafael Uribe Noguera”, donde se entrevista al director del programa de Medicina de la Universidad de la Sabana, Álvaro Romero que llega a decir: “Es difícil dar un parte oficial sin conocer a Rafael Uribe Noguera, pero puedo decir que la mayoría de abusadores sufren del trastorno aso-

cial, conducta biológica que altera las emociones del ser humano y que difícilmente puede ser curada” (Moreno, 2016, párrafo 3).

Pero los dictámenes de este caso no se detuvieron allí, en el periódico el Heraldo se escribe un artículo titulado: “¿Qué pudo pasar por la mente de Rafael Uribe Noguera?, donde se entrevista al psicólogo y sexólogo José Manuel González, éste llega a decir: “las personas que hacen lo que le hicieron a esta niña son enfermos mentales” (El Heraldo, 2016, párrafo 6). No es casualidad que tanto el primer artículo como el segundo, hagan referencia a la mente del acusado de asesinato y violación de la niña. Lo que se muestra acá es la mente como un campo de intervención “psi”, capaz de dar cuenta de una serie de signos que se pueden agrupar en categorías psicopatológicas como el trastorno mental o la psicopatía. La intervención que se propone en este caso no se circunscribe a lo “psi”, sino que esta se entrelaza con lo jurídico para poder hablar de encierros o confinamientos. Y esto es lo que precisamente hay que comenzar a deconstruir, eso que se muestra como incuestionable que se articulan en lo que algunos como Rose (1985) o Parker (2001), han denominado como “complejo psi”. Este complejo psi abarca entre otras cosas la regulación de los pensamientos y los comportamientos de la gente, o lo que Foucault relacionaba con la gubernamentalidad (Foucault, 2006).

El triunfo de ese complejo psi en la psicopatologización de la vida cotidiana ha sido comentado por varios investigadores. Este triunfo en primera medida se basa en un tecnicismo atóxico como bien lo comenta el manual diag-

nostico (DSM) desde su tercera versión, esto trajo un imaginario de una práctica experimental exentas de teoría, pero, así como se constituyó esa práctica también se puede deconstruir la misma como nos dice Parker:

La psicopatología es un constructo forjado por medio de una ingente cantidad de textos psiquiátricos, que en número superan con creces a los pacientes diagnosticados, y que se ha consolidado por medio de las prácticas que le confieren importancia y verdad. En todo caso del mismo modo que se ha construido, se puede deconstruir. (Parker, 2007, p.8).

En Colombia lo anterior es una tarea muy difícil de realizar ya que dicha psicopatologización ha servido para identificar aquellos “locos” “desadaptados” o “anormales” que se salen de la norma y que son considerados como peligrosos, y así son objeto de intervención para la adaptación. El 17 de junio de 2013 se realizó un debate en el concejo de Bogotá que se tituló: “Enfermedades mentales frente a la seguridad en Bogotá”. En este debate la concejala del partido político MIRA, Olga Victoria Rubio llegó a decir durante su intervención, el peligro que representaban las personas que sufrían de algún trastorno mental:

Podemos decir que estamos frente a potenciales agresores. Cualquier persona que salga o con cualquiera que estemos sentados acá, que no tenga un tratamiento, esa persona se nos puede convertir en un potencial agresor y en un potencial homicida. Aquí lo estamos demostrando (KienyKe, 2013, párrafo 4).

En este debate vuelve a surgir problema de esos individuos peligrosos que Foucault (2000) asocia con los “anormales”. Para él, estos anormales peligrosos se condesaban en tres figuras: los monstruos, los incorregibles, y los onanistas. Lo que va a mostramos Foucault en esa genealogía de lo anormal es el surgimiento de individuo “peligroso” que no es condenado por sus actos sino por lo que puede representar su “anormalidad”. Las disciplinas como la psiquiatría y la psicología con el derecho han contribuido a criminalizar esa anormalidad. En Colombia en la última década se ha reactualizado el tema de criminalizar lo que se sale de ciertos estándares, llegando a casi una tolerancia cero frente a ciertos comportamientos, entre ellos el del consumo de sustancias psicoactivas. El 27 de julio de 2016 el Procurador General de la nación Alejandro Ordoñez, le hizo una petición a la corte constitucional para que esta sala rechazara la demanda presentada contra la norma del Código del Trabajo, que prohíbe a los trabajadores presentarse en sus oficinas “bajo la influencia de las drogas”.

El jefe del Ministerio Público argumentó que la norma no habla de despidos por el consumo de sustancias psicoactivas, sino que expresa es la prohibición de presentarse al trabajo bajo esos efectos. Indicó que dicha norma advierte que presentarse en esas condiciones puede generar un nivel de peligrosidad, la incapacidad para cumplir con los deberes, entre otros. Agregó que, aunque la ley reconoció al adicto como un enfermo, también prohibió el consumo de sustancias (Caracol, 2016, párrafo 2).

Esta última frase emitida por el Procurador de Colombia es importante, no sólo se relaciona el consumo de sustancias psicoactivas con peligro, sino que al final se asocia este acto con enfermedad, y eso es lo que finalmente descubre Foucault (2000) en su seminario sobre “los normales”, la locura como enfermedad y como peligro, y así constituir la locura como enfermedad y percibirla como peligro.

La gestación en Colombia de las vinculaciones entre trastorno mental, crimen y peligrosidad se han venido afianzando desde la introducción del peritaje psicológico en el Sistema Penal Acusatorio la ley 906 de 2004, introduciendo el comportamiento humano como elemento material de prueba para que sea analizado por un “Órgano técnico científico”, que en este caso es el perito psicológico. Este peritaje se convierte en el centro del proceso jurídico para ciertos actos, la misma ley 906 de 2004 establece dos regímenes diferenciados de responsabilidad penal: uno para imputables y otro para inimputables, para estos últimos no se prevén penas sino medidas de seguridad. El artículo 33 del Código Penal Colombiano (LEY 599 DE 2000), señala que:

Es inimputable quien en el momento de ejecutar la conducta típica y antijurídica no tuviere la capacidad de comprender su ilicitud o de determinarse de acuerdo con esa comprensión, por inmadurez psicológica, trastorno mental, diversidad sociocultural o estados similares”.

Un individuo con un trastorno mental que cometa un acto en contra de ciertas normas establecidas es objeto de unas medidas de seguridad (por su peligrosidad), que según el mismo có-

digo penal deben circunscribirse a protección, curación, tutela y rehabilitación. Para tratar de aclarar en qué consisten estos conceptos, la Corte Constitucional dictaminó que el término “curación”, tiene una pretensión de sanar a la persona y restablecerle su juicio. Esta sanación hace referencia a que un individuo recupere su “normalidad psíquica”, y no ofrezca peligro para la sociedad y pueda ser productiva y estable para la sociedad.

Restablecer el juicio que tiene que ver con la capacidad de adaptabilidad de un individuo a un contexto social, y aquí el concepto psicológico es fundamental para dictaminar ese juicio, y más cuando ese concepto está sostenido por una condición psicopatológica, donde un individuo puede o no estar afectado en sus las esferas cognoscitiva, volitiva o afectiva, que le impide ser consciente de la ilicitud de su conducta o determinarse conforme a dicha comprensión, como el mismo código penal lo define. Este código penal ha abierto debates jurídicos en Colombia en casos muy publicitados, ya que por ese dictamen de imputabilidad o no de alguien, se puede ser condenado a una cárcel o una medida de seguridad en otro lugar. Uno de esos casos es el de Jonathan Vega acusado de agredir con ácido a Natalia Ponce de León el 27 de marzo del 2014. La defensa del agresor abogaba que este fuera declarado inimputable. Incluso el periódico *El Tiempo* abrió un debate al respecto que tituló en un artículo “Examen psiquiátrico, la última carta para evadir la cárcel”, donde se entrevista a un reconocido abogado y docente penalista que dice:

Frente a la polémica que se abre cuando se habla de inimputabilidad, el abogado penalista y docente de la Universidad del Rosario Francisco Bernate explicó que este es un proceso justo para las familias y los sindicatos, pues una persona que no fue consciente de un delito no puede ser juzgada como alguien que sí lo fue. (Serrano, 2015, párrafo).

Como se muestra, toda la imputabilidad gira en la conciencia de un individuo a la hora de cometer un acto delictivo, su peligrosidad acá puede ser condenada a una pena de cárcel o de seguridad según el nivel de conciencia y el tipo de trastorno que enmarca dicho comportamiento. El problema en toda esa discusión es que se sigue mirando el trastorno, así como se miraba al loco en los siglos XVII y XIX, como un individuo peligroso incapaz de poder controlarse, y que necesita de medidas para su seguridad y la de los demás.

Los significantes de “delincuente”, y “peligroso”, se comienzan a entrelazar con la categoría de trastorno mental, y así comienza toda una labor de normalización. Para sustituir la “responsabilidad” por la “peligrosidad” de los individuos trastornados estos se ven sometidos a “curarse” y ser adaptables y productivos, esto hace recordar las técnicas de normalización que describe Foucault donde la falta de capacidad adaptativa de aquel individuo se resuelve (se cura), mediante una acción precisa adaptativa y normalizadora. Y es acá donde entran las disciplinas psi para tratarlos. La psicopatologización de la vida cotidiana o lo que Foucault (1990) llamó medicalización indefinida, donde la medicina parece no tener campo exterior a sí misma, es un asunto biopolítico donde se superponen el ámbito

del derecho y de la vida. La privación de la libertad se torna un fin terapéutico y de curación donde existe un peligro o riesgo para la vida, lo cual es dictaminado por un experto, siendo lo importante quién los enuncia más allá de lo que enuncia. Eso enunciado simplemente adquiere un ropaje científico adquiriendo un vocablo biológico. Los expertos y profesionales psi se legitiman para hablar, para nombrar lo que es o no es normal desde un tecnicismo denominado “trastorno”. Imponiéndose en la misma enunciación psicopatológica una dominancia biológica medicalizante para todo aquello que implique peligro o riesgo.

Los dispositivos biopolíticos de las prácticas que utilizan la psicopatología son imprescindibles no sólo para el poder disciplinario sino de control, y ejerce su poder cuando esta psicopatología es usada como fundamento de un orden biológico y natural. Las consecuencias de ese ordenamiento es el proceso de medicalización mercantilización de la salud mental para reordenar ese desorden mental de unos individuos que no se pueden adaptar y son considerados peligrosos para sí mismos y los demás. Y en eso consiste el poder de la psicopatologización, ésta cumple una determinada función de control social al servicio de unas lógicas dominantes, por eso lo menos importante son sus fundamentos científicos sino su lugar de enunciación de poder para identificar, nombrar, clasificar, diagnosticar acerca de los comportamientos humanos. Una vez enunciado el diagnóstico un individuo será sometido a una serie de técnicas para retornar a la normalidad.

Lo que se propone es realizar una deconstrucción sobre la practica psicopatológica en Colombia, prácticas que se han

usado para perpetuar exclusiones, estigmatizaciones, pero sobre todo un discurso normalizante dentro de las sociedades. La división entre lo normal y patológico que impuso las prácticas psi se convirtió en otra forma del control social. Este poder (biopolítica), produjo saberes, instituciones, individuos. La normatización produce órdenes a seguir, y dichos ordenes producen regulaciones donde unos entran y otros se excluyen, por eso no puede haber una clasificación de comportamientos sin exclusiones. En su curso titulado *Defender la sociedad*, Foucault (2001), dirá al respecto:

De una manera aún más general, puede decirse que el elemento que va a circular de lo disciplinario a lo regularizador, que va a aplicarse del mismo modo al cuerpo y a la población, que permite controlar el orden disciplinario del cuerpo y los acontecimientos aleatorios de una multiplicidad biológica, el elemento que circula de una a la otra, es la norma. La norma es lo que puede aplicarse tanto a un cuerpo al que se quiere disciplinar como a una población a que se pretende regularizar (Foucault, 2001, p. 228-229).

La otra propuesta es despsicopatologizar el psicoanálisis para así poder constituir una práctica psicoanalítica que permita romper con esos conocimientos establecidos desde una semiología y etiología médica-biológica, apuntando a romper con las clasificaciones psicopatológicas, incluyendo las de las estructuras clínicas. En la historia de la práctica psicoanalítica también se ha mostrado como ésta contribuyó a sostener ciertas enfermedades como la homosexualidad para ser objeto de intervención para su normativización. La deconstrucción como nos propone Parker (2007), consiste en dar sentido a cómo se

construye el problema en lugar de aprehender y definir lo que es realmente, por eso la propuesta no es enseñar para inducir a los estudiantes en su formación una serie de categorías y criterios diagnósticos que se agrupan en trastornos, y a su vez estos configuran manuales de diagnósticos. Una manera de deconstruir esta psicopatología desde el psicoanálisis es sostener lo que planteaba Lacan (2012):

Se habla de enfermedad y al mismo tiempo se dice que no hay, que no hay enfermedad mental, por ejemplo, con justa razón, en el sentido de que es una entidad nosológica, como se decía antes. No es de ninguna manera "entitaria" (p.220).

Por eso no hay que aceptar la idea que evaluar sea igual a medir, ni que se trate de un proceso objetivo, porque no hay objetividad en los procesos en los que interviene la subjetividad humana. Ni muchos menos que la evaluación es objetiva y neutral porque se realiza con cifras y cálculos. Lo que queda en evidencia es que detrás del cálculo hay una ideología, la de quién decide qué evaluar y qué indicadores usar para ello. Lejos de la pretensión de objetividad, de lo que se trata es del ejercicio de un poder disfrazado de cientificismo. Existe una creencia ideológica que lo que se mide es verdadero, donde se confunde cientificismo con racionalismo:

Si bien el instrumento DSM no ha permitido ningún descubrimiento, se ha revelado como un potente instrumento de gestión de poblaciones, asignando a los sujetos a casos cada vez mejor calculables por la lengua administrativa, ensanchando los usos administrativos de estas categorías

fuera del campo sanitario hacia el campo de las compañías aseguradoras, de los derechos sociales, de la justicia. Esta extensión, en un principio americana, es ahora global. Este instrumento de gestión encuentra sus límites -véase su fracaso- en la creación de burbujas inflacionistas en las que los sujetos se hallan clasificados, o en las cuales desean estarlo. La asignación a las categorías se vuelve calculable por la burocracia sanitaria, siendo que los usos y deseos de los que allí se encuentran clasificados son imprevisibles. (Laurent, 2014, párrafo 8)

La palabra estadista viene de estado, de hombre de estado: el que se interesa, no por la razón sino por cómo gobernar. En el centro de la estadística está el ideal del hombre medio, aquel que sería absolutamente predecible, una vez eliminados la contingencia y el riesgo propios de la experiencia humana. Ian Hacking ha denominado el *looping effect*, el efecto de bucle, es decir, el hecho de que desde que se nombra una categoría el sujeto se adueña de ella y la reivindica. Para Laurent (2014), existen vías que se abren para el psicoanálisis en la crisis de las clasificaciones:

Es la crítica, en el campo de la psicopatología, de los efectos de abandono producidos por estas aproximaciones clínicas forclusivas del sujeto. Más que querer proponer a cualquier precio una nueva clasificación a partir del sujeto y de rehacer una clínica actualizada y sistemática del sujeto el psicoanálisis debe permanecer atento a la subversión del sujeto que acompaña a toda clasificación como a su sombra, a la manera en que se vive la clasificación... El psicoanalista, a partir del uso subversivo que los sujetos

hacen de las clasificaciones, de la manera en que cada uno vive la etiqueta que ha recibido, va a intentar cernir como eso se engancha y ordena el conjunto de su historia (Laurent, 2014, párrafo 19)

Es ahí donde el proyecto psicoanalítico de recordar a cada uno la singularidad de su padecimiento es importante, de cierta manera todos sufrimos de algo, y cada quien desde su historia organiza la singularidad del fantasma y su modo de gozar. La aparición de la estadística y la medición de lo normal van ligados a lo que Foucault llama la biopolítica, es decir, la administración de la vida de los ciudadanos. Para administrar hay que saber el tipo de población y tenerla clasificada. La estadística es una de las bases del Estado moderno, porque a través de ella delimitamos las fronteras y la población. Entre el siglo XVII y el XIX se va consolidando esta operación de control por parte del Estado, que pasa del secretismo a la publicidad. La moderna estadística aparece en París en 1820, aunque antes ya había aparecido en Italia, Prusia y Gran Bretaña.

Hay otro concepto, qué es la normalidad, del que hay que hacer una genealogía interesante. Aunque es, evidentemente una noción muy antigua que desde el siglo XIX ha adquirido varias significaciones hasta la actualidad. Un primer sentido es el estadístico: normal es lo que predomina. Pero, en segundo lugar, para decir también como deberían ser. Lo normal se convierte entonces en un puente entre el hecho y el valor. En realidad, la base la introduce la medicina al diferenciar entre lo normal y lo patológico. Lo normal se convierte en la idea reguladora a partir

del siglo XX. Se está describiendo más lo que está ocurriendo, introduciendo su complejidad y sus matices que no en una crítica al proceso. La crítica, de todas maneras, debe hacerse: ¿Por dónde pasaría esta crítica?

Nos parece que en primera consideración se debería entender que lo psicopatológico elimina la subjetividad con toda su complejidad, y la necesidad de entender la mente como algo diferente del cerebro, lo mismo que situar al cerebro en el conjunto de la corporalidad. Una segunda consideración, también elimina las causas sociales y políticas de los trastornos, con un efecto claramente reaccionario. Como tercera consideración, se transforma los conflictos y trastornos en algo construido desde los intereses del capital farmacéutico.

Por todas esas razones, hay que deconstruir las certezas psicopatológicas que quieren fijar a un sujeto a un diagnóstico. Y la práctica psicoanalítica se tiene que orientar a sostener una escucha de un sujeto y su subjetividad como complejidad que se entreteje histórica, cultural y socialmente. Sobre las practica psicológicas en general, habría que esperar que el modelo biomédico imperante en Colombia pueda ser cuestionado y pierda su dominio, algo que para algunos psicólogos y profesionales psi es impensable, ya que perderían su lugar de poder y dominio sobre el otro.

Referencias

- Álvarez, J. (2014). "El delirio de la locura es una defensa, un intento de equilibrio del sujeto". La casa de la Paraula. Recuperado de: <http://www.lacasadelapaula.com/jose-maria-alvarez-psicoanalista-el-delirio-de-la-locura-es-una-defensa-un-intento-de-reequilibrio-del-sujeto-2/>
- Álvarez, H. (19 de diciembre de 2007). *La invención de los trastornos mentales*. Infocop.es. Recuperado de : http://www.infocop.es/view_article.asp?id=1673
- Berrios, G. (10 de octubre de 2012). Germán Berrios: Cada país genera sus formas de locura. *Periódico la Voz*. Recuperado de: <http://www.lavoz.com.ar/suplementos/salud/german-berrios-cada-pais-genera-sus-formas-locura>
- Berrios GE, Fuentenebro de Diego F. (1996). *Delirio. Historia, clínica, metateoría*. Madrid: Trotta

- Borges, J. (1952). El idioma analítico de John Wilkins, en: *Otras inquisiciones*. Madrid: Alianza.
- Braunstein, N. (2013). *Clasificar en psiquiatría*. México: Siglo XXI.
- Campus 2.0 (27 de octubre de 2014). Colombia: cuarto país en el mundo con mayor presencia de trastornos mentales. *Universidad de la Sabana*. Recuperado de: <http://www.unisabana.edu.co/nc/la-sabana/campus-20/noticia/articulo/colombia-cuarto-pais-en-el-mundo-con-mayor-presencia-de-trastornos-mentales/>
- Canguilhem, G. (1986). *Lo normal y lo patológico*. México: Siglo XXI.
- Caracol. (2 de octubre de 2008). En las droguerías de Armenia está en auge la venta de medicamentos antidepresivos. *Caracol*. Recuperado de: <http://www.caracol.com.co/noticias/regionales/en-las-droguerias-de-armenia-esta-en-auge-la-venta-de-medicamentos-antidepresivos/20081002/nota/682472.aspx>
- Caracol Radio. (27 de julio de 2016). Procuraduría solicitó mantener norma que prohíbe a trabajadores presentarse bajo efectos de las drogas. *Caracol Radio*. Recuperado de: http://caracol.com.co/radio/2016/07/29/judicial/1469792821_488984.html
- Castoriadis, C. (1980) Reflexiones sobre el “desarrollo” y la “racionalidad”, en: *El mito del desarrollo*. Recuperado de: <http://www.fundanin.org/castoriadis7.htm>
- Crespo, M; Guillén, A; Izquierdo, S; Muñoz, M & Pérez-Santos, E. (2011). La Enfermedad Mental en los Medios de Co-

municación: Un Estudio Empírico en Prensa Escrita, Radio y Televisión. *Clínica y Salud*, 22(2), 157-173. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742011002200005&lng=es&tlng=es.

Crónica del Quindío. (23 de octubre de 2014). información para padres de niños con déficit de atención. *La crónica del Quindío*. Recuperado de http://www.cronicadelquindio.com/noticia-completa-titulo-informacin_para_padres_de_nios_con_dfcit_de_atencin-seccion-salud-nota-80081

Danziger, K. (1997). *Naming the Mind. How psychology found its language*. Londres: Sage.

Deleuze, Gilles. (1990). Post-scriptum sobre las sociedades de control, en: *Gilles Deleuze, Conversaciones, 1972-1990*. Valencia: Pretextos.

El Heraldo. (2016) ¿Qué pudo pasar por la mente de Rafael Uribe Noguera? *El Heraldo*. Recuperado de : <http://www.elheraldo.co/colombia/que-pudo-pasar-por-la-mente-de-rafael-uribe-noguera-309918>

El Tiempo (20 de septiembre de 2015). Males mentales se enseñan con adolescentes y mujeres. *El Tiempo*. Recuperado de: <http://www.eltiempo.com/estilo-de-vida/salud/salud-mental-en-colombia/16380783>

El Tiempo. (publicado el 2 de noviembre de 2000a). Contra la depresión. Drogas naturales. *El Tiempo*. Recuperado de: <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-1215443>

- El Tiempo (24 de febrero de 2000b). Elli Lilly traslada su operación a Bogotá. *El Tiempo*. Recuperado de: <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-1210501>
- ENSM. (2015). Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. *Colciencias- Ministerio de Salud y Protección Social – Pontificia Universidad Javeriana*. Bogotá: Javegraf.
- Escobar, A. (2007). *La Invención del Tercer Mundo Construcción y Deconstrucción del Desarrollo*. Caracas: El perro y la rana.
- Fajardo, E. (9 de diciembre de 2016). La hiperactividad, un trastorno que debe prender alertas. *El Heraldo*. Recuperado de: <http://www.elheraldo.co/local/la-hiperactividad-un-trastorno-que-debe-prender-alertas-246102>
- Frances, A. (2014a). Convertimos problemas cotidianos en trastornos mentales. *El País*. Recuperado de: http://sociedad.elpais.com/sociedad/2014/09/26/actualidad/1411730295_336861.html
- Frances, A. (7 de septiembre de 2014b). *XL Semanal*. Recuperado de: <http://www.finanzas.com/xl-semanal/conocer/20140907/allen-frances-psiquiatria-guerra-7575.html>
- Foucault, M (2010). *La arqueología del saber*. México: Siglo Veintiuno.
- Foucault, M. (2006). *Seguridad, territorio y población*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2005). *El poder psiquiátrico*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

- Foucault, M. (2001). *Defender la sociedad*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2000). *Los anormales*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, Michel. (1998). *La historia de la locura en la época clásica*. Bogotá: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (1991). *Enfermedad mental y personalidad*. Buenos Aires: Paidós.
- Foucault, M. (1990) *La vida de los hombres infames. Ensayos sobre desviación y dominación*. Madrid: La Piqueta.
- Foucault, Michel (1984). El juego de Michel Foucault, en: *Saber y verdad*. Madrid: De la Piqueta.
- Freud, S. (1997). Malestar en la Cultura, en: *Obras Completas. Volumen XXI*. Buenos Aires: Amorrortu
- Freud, S. (1981a) Psicoanálisis y teoría de la libido, en: *Obras Completas, tomo III*, Madrid: Biblioteca Nueva
- Freud, S. (1981 b) Los instintos y sus destinos, en: *Obras Completas, tomo II*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1981c). La interpretación de los sueños, en: *Obras Completas. Tomo I*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Fundación Renacer (2015). Investigación Explotación sexual comercial de niñas, niños y adolescentes en contextos minero – extractivos Santa Rosa (Bolívar), Segovia (Antioquia), Puerto Gaitán (Meta) “*Construyendo puentes en la lucha contra la explotación sexual comercial y la trata de menores en Bo-*

- livia "2014 -2015. Bogotá: ICCO Cooperación / Aids Fonds: Programa Stepping Stones.
- Gallo, J. (2011). *Psicoanálisis, investigación y subjetividad*. Berlín: Editorial Académica española.
- Gallo Acosta, J., & Quiñones Useche, A. (2016). Subjetividad, salud mental y neoliberalismo en las políticas públicas de salud en Colombia. *Athenea Digital. Revista De Pensamiento E Investigación Social*, 16(2), 139-168. doi:<https://doi.org/10.5565/rev/athenea.1616>
- Gallo, J & Quiñones, A. (2015) investigar desde una perspectiva psicoanalítica. Desafíos de la investigación en psicología. *Memoris del II encuentro latinoamericano de investigación en psicología*. Bogotá: Universidad cooperativa de Colombia.
- García Márquez, G. (2013). *Doce cuentos peregrinos*. Bogotá: Norma.
- Geneyro Saldombide, S. & Tirado Serrano, F. (2015). Diagnóstico clínico en biopsiquiatría: de la hermenéutica clínica a la traducción psicofarmacológica". *Sociología y tecnociencia/ Sociology and Technoscience*, 4(1-2): 33-50.
- González, F. (2000) *Investigación cualitativa en psicología. Rumbos y desafíos*. México: Thomson
- Gonzalez, H y Pérez, M. (2007). *La invención de los trastornos mentales*. Madrid: Alianza
- Infocop. (13 de noviembre de 2012). El placebo y la psicoterapia son mejores que los antidepresivos para tratar la depre-

- sión - Entrevista a Irving Kirsch. *Infocop.es*. Recuperado de: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=4270&cat=38
- Hacking, I. (1986). Making Up People, en: Heller, T. (ed.). *Reconstructing Individualism: Autonomy, Individuality in the Self Investigation Thought*, Stanford: Stanford University, pp. 161-171.
- Kienyke. (15 de junio 2013). Enfermos mentales: ¿Una amenaza a la seguridad? *Kienyke*. Recuperado de: <http://www.kienyke.com/historias/enfermos-mentales-esquizofrenia/>
- Lacan, J. (2017). *Seminario libro 3. Las psicosis*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (2016). *Seminario libro 2. El yo en la teoría de Freud y en la teoría psicoanalítica*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (2012). *Seminario libro 19. ...O peor*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (2010). *Las formaciones del inconsciente. Seminario Libro 11*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan J. (2003). *Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis. Seminario Libro 11*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (2002). *Seminario libro 3. La psicosis*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1996a) Subversión del sujeto y dialéctica del deseo en el inconsciente freudiano, en: *Escritos 2*. México: Siglo XXI.
- Lacan, J. (1996). Acerca de la causalidad psíquica, en: *Escritos 1*. México: Siglo XXI.

- Lacan J. (1990a) *Las formaciones del inconsciente. Seminario - Libro 5. (1957 – 1958)*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1973). Introducción a la edición alemana de los Escritos. *Uno por Uno*, Revista Mundial de Psicoanálisis, nº 42, 1995, pp. 9-15.
- Lacan, J. (1964-1965). *Seminario 12. Problemas cruciales del psicoanálisis*. Inédito. Buenos Aires: Fichas de la Escuela Freudiana de Buenos Aires
- Lacasse, L, & Leo, J. (2005). Serotonin and Depression: A Disconnect between the Advertisements and the Scientific Literature. *PLoS Med* 2(12): e392. doi:10.1371/journal.pmed.0020392
- Laurent, E. (2014). La crisis post-DSM y el psicoanálisis. *Freudiana: Revista psicoanalítica*. Escuela Lacaniana de Psicoanálisis. Nº. 72, 2014, págs. 23-40
- Miller, J. (1987). *Escisión, Excomuni3n, Disoluci3n: Tres momentos en la vida de Jacques Lacan*. Buenos Aires: Manantial
- Mej3, A. (2016). Dinámicas territoriales del patr3n de acumulaci3n neoliberal colombiano: el caso del desplazamiento forzado. *Bitácora* 16. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. 129-134.
- Moreno, R. (22 de diciembre de 2016). En la mente de Rafael Uribe Noguera. *Kienyke*. Recuperado de: <http://www.kienyke.com/historias/perfil-siquiatrico-de-rafael-uribe-noguera/>

- Morgado, D. (24 de abril de 2016). Estigma y salud mental. *Diagonal*. Recuperado de: <https://www.diagonalperiodico.net/cuerpo/30017-estigma-y-salud-mental.html>
- Nuevo Herald. (8 de diciembre de 2015). Diagnósticos de déficit de atención en niños se disparan en EEUU. *Nuevo Herald*. Recuperado de: <http://www.elnuevoherald.com/vivir-mejor/salud/article48650590.html#storylink=cpy>
- Parker, I; Pavon, D. (eds). (2013). *Lacan, discurso, acontecimiento: Nuevos análisis de la indeterminación textual*. México: Universidad Michoacana de San Nicolás Hidalgo.
- Parker, I. (2007). La Deconstrucción de la Psicopatología en la Investigación-Acción. *Archipiélago: Cuadernos Crítica de la Cultura*, 76, pp.65-74.
- Parker, I. (2001b). Critical Psychology: Excitement and Danger. *International Journal of Critical Psychology*, 1, pp. 125-127.
- Parker, I. (1997). Discursive Psychology, en: Fox, D. and Prilleltensky, I. (eds) *Critical Psychology: An Introduction*. pp. 284-298. Londres: Sage.
- Parker, I. (1992) *Discourse Dynamics: Critical Analysis for Social and Individual Psychology*. London: Routledge
- Pérez-Rincón, H. (2011). Defensa e ilustración de la psiquiatría. *Salud Mental*, noviembre-diciembre, 473-480.
- Pinel, F. (1804). *Tratado médico - filosófico de la enajenación del alma*. Madrid: Imprenta Real.
- ONU (10 de septiembre de 2012). "Colombia ¿país de consumidores?". *ONUmultimedia*. Recuperado de: [Ediciones Cátedra Libre](http://nacionesu-</p></div><div data-bbox=)

nidas.org.co/multimedia/2012/09/10/colombia-pais-de-consumidores/

Pilsen Wellness Center Colombia (2016). Consumo de sustancias psicoactivas. Recuperado de: <http://pilsencolombia.org/index.php/consumo-de-sustancias-psicoactivas>

Revista Semana. (14 de febrero de 2015a). El peligro de estigmatizar las enfermedades mentales en los colegios. *Semana*. Recuperado de: <http://www.semana.com/educacion/articulo/estigmatizar-enfermedades-mentales-en-colegios/417682-3>

Revista Semana. (17 de septiembre de 2015b). Adolescentes encabezan la lista de problemas mentales en el país. *Semana*. Recuperado de: <http://www.semana.com/educacion/articulo/ultimo-informe-de-salud-mental-en-colombia/442869-3>

Radio Santa Fe. (3 de noviembre de 2014) Colombia es un país enfermo mentalmente: Minsalud. *Radio Santa Fe*. Recuperado de: <http://www.radiosantafe.com/2014/11/03/colombia-es-un-pais-enfermo-mentalmente-minsalud/>

Revista Dinero (2 de marzo 2012). Ciudades con Prozac. *Dinero*. Recuperado de: <http://www.dinero.com/edicion-impres/pais/articulo/ciudades-prozac/143792>

Revista Semana. (2 de marzo de 2011). Más pepas menos psicoterapia. *Semana.com* Recuperado de: <http://www.semana.com/vida-moderna/articulo/mas-pepas-menos-psicoterapia/236656-3>

- Revista Semana (6 de noviembre de 2000). Las pepas de la felicidad. *Semana.com* Recuperado de en: <http://www.semana.com/vida-moderna/articulo/las-pepas-felicidad/43867-3>
- Rose, N. (1985). *The Psychological Complex: Psychology, Politics and Society in England 1869-1939*. Londres: Routledge and Kegan Paul.
- Rueda, M. (9 de diciembre de 2014). Depresión, la enfermedad mental que aún no está bien diagnosticada. *El Tiempo*. Recuperado de: <http://www.eltiempo.com/estilo-de-vida/salud/entrevista-a-rodrigo-cordoba-presidente-de-la-asociacion-psiquiatrica-de-america-latina/14948013>
- Sánchez, D. (2014). Las psicopatologías que se relacionan con la violencia intrafamiliar: investigaciones desarrolladas en Colombia. *Revista de Derecho Público*, 33. Universidad de los Andes (Colombia).
- Serrano, A. (1 de junio 2015). Examen psiquiátrico, la última carta para evadir la cárcel. *El Tiempo*. Recuperado de: <http://www.eltiempo.com/bogota/examen-psiquiatrico-a-jonathan-vega-y-hernando-hernandez/15871768>
- Stahl, S. (2000). *Essential Psychopharmacology of Depression and Bipolar Disorder*. Cambridge: Cambridge University Press
- Szasz, T. (2008). *El mito de la enfermedad mental*. Buenos Aires: Amorrortu.

- Szassz, T. (2001). *Ideología y enfermedad mental*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Terra. (2014). Sin pastillas: una aplicación ayuda a niños con hiperactividad. *Terra*. Recuperado de: <https://vidayestilo.terra.com.co/salud/sin-pastillas-una-aplicacion-ayuda-a-ninos-con-hiperactividad,e58e2966cb6b4410VgnVCM10000098cceb0aRCRD.html>
- Universia (6 de mayo de 2013). Implicaciones en estudiantes colombianos por la legalización de estupefacientes. *Universia*. Recuperado de: <http://noticias.universia.net.co/en-portada/noticia/2013/05/06/1021512/implicaciones-estudiantes-colombianos-legalizacion-estupefacientes.html>
- Vanguardia. (29 de octubre de 2014). Colombia, el cuarto país del mundo con más personas con trastornos mentales. *Vanguardia*. Recuperado de: <http://www.vanguardia.com/actualidad/colombia/284932-colombia-el-cuarto-pais-del-mundo-con-mas-personas-con-trastornos-mentale>
- Vidarte, J & Vélez, C. (2012). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), una problemática a abordar en la política pública de primera infancia en Colombia. *Rev. Salud pública*. 14 sup (2): 113-128.
- Zizek, S. (2011). *El acoso de las fantasías*. Madrid: Akal.
- Zizek, S. (2008). El espectro de la ideología, en: Zizek, S. (comp.) *Ideología. Un mapa de la cuestión*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

FONDO EDITORIAL CÁTEDRA LIBRE

El Fondo Editorial Cátedra Libre se complace en presentar esta nueva publicación a cargo del profesor Jairo Gallo Acosta; la cual da continuidad a la estrategia de producción, divulgación y democratización de los saberes psico-socio-antropológicos que se elaboran en el complejo contexto latinoamericano.

A partir de 2016, nos hemos convertido en una plataforma digital de carácter continental para la publicación de libros y documentos elaborados por psicólogas y psicólogos con un claro compromiso con el fortalecimiento de la psicología latinoamericanista.

Nos mueve el convencimiento de recuperar la memoria histórica y la sabiduría de nuestros pueblos. Nos sentimos profundamente comprometidos con la democratización de esa memoria y esa sabiduría. Por ello, los libros que aquí se publiquen tendrán un principio de libre acceso, solidaridad y reciprocidad para la acción política con perspectiva liberadora.



Jairo Gallo Acosta. Psicólogo. Magíster en Psicoanálisis de la Universidad Argentina John F. Kennedy. Doctor en Ciencias Sociales y Humanas de la Pontificia Universidad Javeriana. Posdoctorante de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Docente investigador de la Universidad Cooperativa de Colombia. Bogotá. Miembro del Círculo Psicoanalítico del Caribe. Con el sello editorial Cátedra Libre ha publicado: “Polis y Psique. Ensayos sobre teoría política y psicoanálisis” (2017) y “Clínica y acontecimiento. La práctica psicoanalítica en la época de las lógicas neoliberales” (2019).

Anika Quiñones Useche. Psicóloga investigadora. Master en criminología y ejecución penal de la Universidad Autónoma de Barcelona. Magistra en Comunicación de la Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá. Decana de la Facultad de Ciencias Sociales y Humanas de la Universidad Cooperativa de Colombia.

Ideología, salud mental y neoliberalismo en Colombia

¿Para qué sirve el psicoanálisis? Pregunta hecha a menudo por los psicólogos a los psicoanalistas que trabajan en programas de psicología, cuya respuesta de los autores se podría resumir del siguiente modo: ¡sirve para cuestionar, criticar y deconstruir a la psicología misma! (...)

El psicoanálisis, como muestran los autores, sirve para otras cosas: para escuchar al sujeto con sus síntomas, escuchar lo que dice, cómo se ubica en una historia y cómo ese sujeto está estructurado por las mismas lógicas ideológicas que estructuran la realidad (...)

Por lo tanto, el problema no es simplemente ser consciente de la parcialidad de uno –de lo que se puede acusar la psicología–, sino más bien ser conscientemente parcial, tomar partido, ser partidario, de eso se trata ser objetivo.

Y de eso se trata este libro de Gallo y Quiñones.

Jan de Vos

EDICIONES



CÁTEDRA
LIBRE

ISBN: 978-958-98548-9-1



9 789589 854891