

**LA PRÁCTICA SOCIAL DEL  
INTERNAMIENTO URGENTE INVOLUNTARIO**

Pseudónimo: Herculine Barbin

**Trabajo Fin de Grado**

# ÍNDICE

## **INTRODUCCIÓN**

5,

## **OBJETIVOS E HIPÓTESIS**

6,

## **MARCO TEÓRICO**

8,

## **METODOLOGÍA**

13,

## **DESARROLLO**

15, Locos y nativos

24, El Internamiento Urgente Involuntario

41, ¿por qué encierran a esa gente?

53, ¡que los encierren a todos!

## **CONCLUSIÓN**

59,

## **Bibliografía**

62,

## **Fuentes documentales**

65,

## **Glosario de términos médicos**

66,

*A los locos, a todos*

## INTRODUCCIÓN

Pronto hará cinco años que tuve la intención de estudiar Psicología en esta misma universidad. Me informé de los plazos de preinscripción, de los requisitos de admisión, de los precios de las matrículas... Pero cuando accedí al plan de estudios pude comprobar que casi todas las asignaturas estaban orientadas hacia las ciencias médicas, y que en líneas generales se le daba un tratamiento cuantitativo e individuado a la materia.

Seguí buscando y acabé matriculándome en Antropología Social y Cultural, no me arrepiento de ello.

Raro es el día que no surja una conversación privada, una noticia de prensa o una tertulia radiofónica con la enfermedad mental como telón de fondo. Al hilo del estado de salud de un amigo, de un grave suceso que acapara la actualidad informativa o de las hipotéticas causas del fracaso escolar. Y es que la repercusión que en nuestros días ha adquirido la mirada y la práctica psiquiátrica desborda con mucho los límites del mitificado y temido establecimiento manicomial. En cualquier momento, problemáticas sociales y personales de todo tipo pueden ser valoradas en términos psicopatológicos o acabar en las redes asistenciales de los servicios de salud públicos.

La salud mental ha adquirido un protagonismo indiscutible en el mundo desarrollado. Sin embargo, tanto las conclusiones científicas que la psiquiatría aporta como las imágenes que la sociedad elabora respecto a los trastornos mentales resultan contradictorias y confusas. La universalidad de sus categorías es puesta en entredicho a la luz de los datos etnográficos disponibles. Sus pretensiones biomédicas no se ven correspondidas por el hallazgo de algún marcador fisiológico incontrovertible. La efectividad terapéutica de sus tratamientos queda en ocasiones relegada a la mera contención.

La locura, antaño imaginada por la religión, la literatura o la filosofía, pasó a ser dominio casi exclusivo de las ciencias médicas hace tan solo dos siglos. De la mano de los cambios políticos y económicos acaecidos en la Europa ilustrada, las viejas instituciones basadas en la tradición dieron paso a otras articuladas en torno a la racionalidad administrativa y el discurso científico. Este tránsito, al que Foucault (2005; 2014) dedicó parte de su obra, supuso el nacimiento de una nueva disciplina, la psiquiatría, y un nuevo concepto patológico, la enfermedad mental.

El proyecto antropológico que presento versa sobre la institución psiquiátrica, la forma de instituirse como ciencia médica, el tratamiento que hace de la enfermedad mental y las repercusiones sociales que se derivan de su práctica. Para ello me centro en la descripción y el análisis de una de sus intervenciones terapéuticas: el Internamiento Urgente Involuntario (IUI).

## OBJETIVOS E HIPÓTESIS INICIALES

Por IUI ha de entenderse un dispositivo médico-legal de carácter urgente que permite recluir temporalmente a sujetos que no han cometido ningún delito, en contra de su voluntad, como medida sociosanitaria de tratamiento y protección.

Los motivos por los que me detengo en esta modalidad terapéutica son:

1. *Su carácter reclusivo*; es una medida de último recurso que se da cuando han fallado el resto de dispositivos médicos y sociales.
2. *Su carácter urgente*; exige valoraciones clínicas rápidas con poco espacio para la reflexión facultativa y con gran peso de los diseños administrativos y las construcciones socioculturales de alteridad.
3. *Su carácter involuntario*; es una situación excepcional en la que el beneficiario de un tratamiento médico no desea hacer uso de él.

### *Objetivos específicos*

1. Describir en qué consiste la práctica del Internamiento Urgente Involuntario.
2. Conocer qué ocurre para que alguien acabe internado y por qué es precisamente ese alguien y no otro.
3. Detallar cuáles son los papeles de los agentes implicados en relación al procedimiento IUI.
4. Detectar contradicciones facultativas y legales en los procedimientos IUI.
5. Explicar como se solventan dichas contradicciones.

### *Objetivos generales*

1. Describir la práctica psiquiátrica como práctica social.
2. Analizar las estrategias que la medicina adopta para la naturalización y universalización de la enfermedad mental.
3. Analizar las estrategias adoptadas para la legitimación social de la práctica psiquiátrica.
4. Conocer cuáles son los papeles que paciente y comunidad desempeñan en la práctica psiquiátrica.

### *Hipótesis iniciales*

El nacimiento de la institución psiquiátrica y su consolidación como empresa científica destinada a identificar y tratar el comportamiento y el pensamiento desviados en la cultura occidental, implicó unos procesos de transformación ontológicos, identitarios y sociales. Estas formas de conversión son reeditadas una y otra vez en cada uno de los casos de Internamiento Urgente Involuntario, a modo de trazas o huellas de cambios sociohistóricos de carácter más general.

El presente proyecto etnográfico plantea tres grandes transformaciones:

1. *La conversión de la locura en enfermedad*. Las categorías clínicas que propone la ciencia psiquiátrica están atravesadas culturalmente y guardan una relación directa con las necesidades socioestructurales de cada momento. A lo largo de la historia estas categorías han ido actualizándose, y continúan haciéndolo, en relación a los modos de organización social y los nuevos estilos de vida. El conocimiento médico, presentado en términos de objetividad y universalidad, tiende a reificar la enfermedad mental. Los

rasgos identitarios de determinados grupos sociales así como elementos de la historiografía del paciente, tomados fuera de su contexto cultural, pueden actuar como marcadores de enfermedad para la mirada facultativa. Esta forma de proceder condiciona las imágenes que la población en general y los medios de comunicación construyen acerca de determinados grupos sociales; actuando como hecho legitimador de sus respectivas posiciones.

2. *La conversión del enfermo mental en agente peligroso.* La consolidación de la antigua locura como enfermedad mental no resulta suficiente para justificar socialmente determinadas acciones terapéuticas o de tutelaje. La presentación del enfermo como agente peligroso viene a validar dichas intervenciones. No obstante, en un estado de derecho, la idea de prevención del delito por sí sola es insuficiente. Resulta necesario un plus, este plus se encarna en el beneficio del paciente.

3. *La conversión de la familia y la comunidad en órganos de control administrativo.* Los citados procesos de conversión modifican el rol y las funciones tradicionales de la familia y la comunidad respecto a los sujetos desviados. A la par que se las libera de la locura se las está convirtiendo en herramientas de preselección y supervisión. La institucionalización de la locura desplaza a los nuevos enfermos hacia inéditos espacios de asocialidad, al mismo tiempo que transforma a la comunidad y a la familia en extensiones del modelo administrativo.

## MARCO TEÓRICO

Aparte de los estudios correspondientes a la medicina, existe un buen número de trabajos históricos (Foucault, 2014; Postel, 2000), filosóficos (Foucault, 2005; Deleuze y Guatari, 1998), jurídicos (Barrios, 2012), políticos (Szasz, 2000; Bassaglia, 1970; Fanon, 2010) y literarios (Artaud, 1999; Panero, 1990) que analizan desde fuera del campo médico los fundamentos de la enfermedad mental y el devenir de la institución psiquiátrica. Sin embargo, y es algo que no deja de sorprender, no puede decirse lo mismo de las investigaciones que se han interesado por este tema desde la etnografía o la antropología en general. Sobre todo si se tiene en cuenta que la primera hornada de antropólogos británicos, entre ellos William Rivers, provenían de la psicología.

Quizás tenga algo que ver en esto los viejos desencuentros<sup>1</sup> entre antropología y psicología y la deriva sociológica y biomédica que tomaron históricamente cada una de ellas. En este contexto, la mayor parte de monografías dedicadas al tema hasta la llegada de las corrientes postmodernas en los años 70, vendrán de la mano del eclecticismo antropológico norteamericano.

Creo que como todos los de mi generación, llegué pronto al convencimiento de que la psicología era tabú para el antropólogo social. Aproximadamente entre 1940 y 1970, se fortificó en Gran Bretaña un funcionalismo estructural decididamente antipsicológico, y la corriente opuesta más importante, la etnografía histórico-humanística de Evans-Pritchard era igualmente antipsicológica. Esta aversión hacia la psicología era lo más destacable ya que en los EEUU la antropología social y cultural se había orientado precisamente hacia la dirección contraria, y allí abrazó con entusiasmo a la psicología en los años treinta, y en particular a la psicología evolutiva de inspiración freudiana. (Kuper, 1989: 55)

Con excepción del clásico de la sociología *El suicidio*<sup>2</sup> de Durkheim (2012) y los seminales estudios médico-culturales de Rivers (2010) en *Medicine, Magic and Religion*<sup>3</sup>. Los primeros trabajos antropológicos centrados en el estudio de las relaciones existentes entre cultura y enfermedad mental y en la dicotomía normal/patológico provienen de la escuela norteamericana “cultura y personalidad” abanderada por Benedict (1971) y Mead (1981), ambas discípulas de Frantz Boas.

Estas dos autoras examinan la forma en que cada sociedad configura el temperamento de hombres y mujeres desplazando a aquellas personas incapaces de internalizar las normas culturales. Para Ruth Benedict (1971), aparte de las variaciones individuales, cada cultura tendría un temperamento dominante al que deberían adecuarse sus integrantes. Así pues, los comportamientos desviados “ilustran el dilema del individuo cuyos impulsos congénitos no tienen justificación en las instituciones de su cultura”

- 1 El primer gran desencuentro entre antropología y psicología, o más bien entre etnografía y psicoanálisis, vino de la mano de Malinowski y Freud en torno a la universalidad del *Complejo de Edipo*. Para un relato pormenorizado de este episodio véase Reynoso, 1993
- 2 Escrito en 1897, detalla toda una serie de factores relacionados con la estructura social que favorecen o atenúan la prevalencia de suicidios, más allá de las características psicopatológicas de cada sujeto. Para ello hace uso de estadísticas sobre casos de suicidio en diferentes países europeos a finales del s.XIX. El autor recalca la importancia del grado de integración cultural de las personas y la capacidad de regulación de las sociedades como aspectos determinantes.
- 3 Publicado en 1924, dos años después de su muerte, está compuesto por una serie de conferencias impartidas entre 1915 y 1916 y es considerado uno de los textos fundacionales de la Antropología Médica. “*La esencia de la medicina, tal como la entendemos hoy, es que considera la enfermedad como un fenómeno sujeto a leyes naturales, que se tiene que tratar como cualquier otro departamento de la naturaleza. La distinción entre el médico moderno y el mágico-religioso depende de las diferencias en el concepto de enfermedad en los dos casos.*” (Rivers, 2010: 19)

(Benedict, 1971: 224). Para esta corriente lo patológico sería simplemente sinónimo de desadaptado a las normas de un determinado contexto cultural en el que destacaría una forma dominante de estar en el mundo por encima de otras.

La mayor parte de las investigaciones y la eclosión de la Antropología Médica como disciplina se dan tras la Segunda Guerra Mundial en los Estados Unidos. Autores como Goffman (1970; 2001) o Gusfield (2014) se interesarán por el estudio del ritual en las prácticas médicas. Otros como Foster (1974) llevarán sus propósitos hacia el terreno de la antropología aplicada al diseño de sistemas de salud públicos.

La obra *Internados* de Erving Goffman (2001), escrita en los años 60, es uno de los estudios de referencia en el campo del análisis social de las enfermedades mentales. Se trata de una descripción etnográfica sobre el funcionamiento de un centro de internamiento psiquiátrico. El autor muestra como las reglas y las normas propias de estos espacios se consolidan como rituales microsociales para los pacientes y el resto del personal. El trabajo se centra principalmente en la vida dentro de estos establecimientos, pero también dedica un espacio a los factores sociales, no clínicos, que circunstancialmente condicionan estos ingresos.

Por su parte Gusfield (2014) desarrolla una investigación en el terreno de las adicciones, acerca de la visión que la sociedad norteamericana tiene sobre el hábito de consumir alcohol y conducir, práctica habitual en el ámbito privado. A partir de este hecho social explica el modo en el que algunos asuntos de la cotidianidad se instalan como problemas de orden público que acaban definiendo las políticas de las administraciones. Muestra como la autoridad médica forma parte de un dispositivo que impone, modifica o suprime ciertos valores sociales.

En otra línea completamente diferente se sitúan las inquietudes de Foster (1974), preocupado por las distorsiones que las culturas locales producen en la implementación de servicios sanitarios en países en vías de desarrollo. Sus libros detallan experiencias concretas y estrategias prácticas desde el conocimiento antropológico a la hora de poner en marcha estos proyectos de salud.

También en estos años comienzan a aplicarse en psicoterapia los trabajos sobre la génesis de la esquizofrenia del inclasificable Gregory Bateson (1984). Antropólogo de origen británico formado con los grandes maestros de la disciplina en Cambridge y asentado en EEUU. Sus trabajos se caracterizan por la interdisciplinaria y el interés en los procesos de comunicación. Bateson (1984) se interesará por la posición comunicativa del enfermo dentro de la cultura intrafamiliar, entendiendo la comunicación no como un simple intercambio de información sino como un proceso de configuración social. En su modelo teórico, tanto la etiología como el tratamiento de la patología afectan a todo el grupo familiar.

No podemos dejar sin citar los pioneros estudios en el campo de la sociología que autores como Hollingshead y Redlich (1958), Leo Srole (1962) o Roger Bastide (1967) llevaron a cabo a partir de 1960. Todos ellos tuvieron una notable repercusión tanto en el mundo académico como a nivel periodístico e institucional. En estos trabajos se exponen datos estadísticos que confirman la relación entre la prevalencia de determinadas enfermedades mentales y diversos marcadores sociales (nivel económico, profesión, estudios, religión, grupo étnico, lugar de residencia). El material empírico muestra recurrencias reveladoras en cuanto a la morbilidad y a la situación de clase de los pacientes.

Uno de estos autores, Roger Bastide (1976), también fue una prominente figura dentro de la etnopsiquiatría, especialidad que se reivindicó como ciencia dedicada al estudio de las *enfermedades folk*, también conocidas en términos menos festivos como *culture*



*bound syndromes*. Laplantine (1999) o Georges Devereux (1971) serán otros de los referentes en este subcampo de la antropología. Estos autores no niegan la existencia de la enfermedad mental, pero advierten que ésta se encuentra atravesada por toda una serie de aspectos culturales propios de las sociedades donde se manifiesta. Alegan que toda sociedad tiene unas particulares formas de estar loco, unas "formas de conducta incorrecta socialmente estructuradas" (Devereux, 1971: 7). La sociedad no solamente regularía el comportamiento correcto sino también el incorrecto.

También podríamos incluir en este apartado los estudios que han abordado los comportamientos desviados en otras latitudes culturales (parece más sencillo hacerlo fuera) desde la antropología política y económica en términos de dominación y resistencia. Destacamos el trabajo de Janice Boddy (1989) sobre los cultos zar en Sudán y el de Aihwa Ong (1988) dedicado a los fenómenos de posesión de las trabajadoras malasias en el marco económico de la deslocalización tardocapitalista. Ambas autoras destacan el surgimiento de la enfermedad como artefacto de reivindicación de los vulnerables y por su función atenuante de las contradicciones estructurales que aparecen en determinadas situaciones sociohistóricas, muy en la línea de los *social-drama* ilustrados por Turner (1975).

A partir de los 70 aparecerá una ecléctica corriente de pensadores, la mayoría franceses<sup>4</sup>, etiquetados como postestructuralistas, que supondrán una nueva fuente de inspiración para las ciencias humanas. Se mostrarán interesados por las formas de legitimación del poder, los artificios del lenguaje y los procesos de construcción del sujeto, y tomarán como herramientas conceptuales el psicoanálisis, la lingüística y el análisis histórico.

De la mano de este nuevo pensamiento surgirá buena parte de la antropología médica contemporánea. Autores como Taussig (1995), Scheper-Hughes (1997), Comelles (1988) o Martínez-Hernández (1998) analizan críticamente la construcción de categorías y las formas de producción de conocimiento de la medicina, poniéndolas en relación con los momentos políticos y económicos por los que transita occidente. La ciencia médica, presentada habitualmente como no ideológica y universal, es descrita por estos investigadores sociales como una etnocategoría más.

#### *Acerca del internamiento psiquiátrico*

No existen muchos proyectos de investigación sobre la práctica del internamiento psiquiátrico, me arriesgo a decir que hay mucha más actividad literaria. Quizás esto sea debido a la invisibilidad social del problema o a las dificultades añadidas que conlleva su estudio etnográfico (espacios restringidos, informantes que no están muy por la labor, estigmatización social, trabas administrativas...). Los trabajos disponibles se dirigen a la descripción de los espacios de ingreso, a su régimen interno, a su historia, a la carrera moral del paciente, al estigma social y al fenómeno de la reincidencia.

Destacar la etnografía ya citada de Goffman (2001) sobre el internamiento psiquiátrico. Una descripción sociológica sobre el funcionamiento interno de estos establecimientos, imprescindible para cualquier acercamiento al tema.

Con un tratamiento similar Serena Brigidi (2014) nos presenta un descarnado relato de la cotidianidad en una clínica de Genova. La etnografía señala las dificultades que va encontrándose en el transcurso de su trabajo de campo. El escenario que describe en la unidad, lejos de asemejarse a un lugar de curación, está repleto de situaciones de

4 Muchos de ellos provenían del *estructuralismo* y nunca acabaron de identificarse plenamente con la etiqueta *postestructuralismo*. Algunos de los más influyentes serán Jacques Derrida, Gilles Deleuze, Jacques Lacan o Michel Foucault.

incomprensión, omisión del paciente y desidia facultativa.

También la tesis doctoral de Prieto Oreja (2016) sobre el reingreso de enfermos mentales en unidades de corta estancia. Según los datos que expone existiría una importante reincidencia hospitalaria en este tipo de paciente, llegando a copar casi la mitad del total de los ingresos. Su estudio presenta una población psiquiátrica consolidada que está continuamente entrando y saliendo de estos espacios. Este hecho delata la existencia de algo parecido a un bucle psiquiátrico, del que resulta difícil salir o el cual produce un acomodo social.

En otra dirección encontraríamos los ensayos y etnografías de Martínez-Hernández (1998; 2006; 2009), todos en el terreno de la psiquiatría cultural. Sus reflexiones giran en torno a los aspectos epistemológicos en la construcción de la ciencia psiquiátrica, la reificación de los estados de ánimo del paciente o las estrategias biomedicalizantes de la industria farmacológica.

Por último, destacar los ineludibles trabajos antropológicos de Josep M. Comelles (1988) sobre la historia de la institución psiquiátrica en España y Cataluña. Recogiendo el testigo de Foucault, el autor articula una genealogía acerca de la instauración del modelo terapéutico en la comprensión y el tratamiento de la locura.

Es la inclusión corporativa de los psiquiatras dentro de la Medicina, a través de la identificación entre locura y enfermedad, que les hace médicos, pese a que su discurso se aleje sustancialmente del que manejan o elaboran sus colegas, y de que su práctica se vincule a una institución -el manicomio- tan absolutamente específica que para descubrir la disciplina que en ella se aplicaba se acuñó en el siglo XIX el término de 'ciencia especial'.  
(Comelles, 1988: 17)

### *Fundamentos teóricos*

Buena parte de los más sugerentes ensayos sobre el estudio de la institución psiquiátrica aparecieron en la década de los sesenta de la mano de filósofos, psicoanalistas, sociólogos, antipsiquiatras y antropólogos. Entre ellos, por su originalidad y repercusión, ocupan una posición central los del pensador francés Michel Foucault.

En sus libros *Historia de la locura en la época clásica* (Foucault, 2014) y *El poder psiquiátrico* (Foucault, 2005), propone un recorrido histórico a través de las etapas por las que transitó la percepción social del pensamiento y el comportamiento desviado en Europa, centrándose principalmente en el intervalo que va de la reforma protestante a la aparición de las ideas ilustradas. Según él la locura no siempre estuvo ligada al mundo manicomial u hospitalario; solo a través de una serie de acontecimientos históricos y reformulaciones culturales llegó a ser interpretada como enfermedad. Este proceso de conversión ilustraría aquello a lo que Foucault se refiere cuando habla de *producción de conocimiento* o *discurso* (Foucault, 2005); un sistema de saber que delimita no solo lo que puede decirse o hacerse en un periodo dado, sino también aquello que puede ser pensado en términos de verdad. Su trabajo no es un ejercicio exclusivamente acerca de la institución psiquiátrica, tan solo analiza su evolución para detallarnos las diferentes formas de ejercer el poder en las sociedades europeas de diferentes épocas. Pero el autor no se detiene aquí, sino que además muestra toda una serie de reestructuraciones sociales que se producen al abrigo de este nuevo *régimen de verdad* (Foucault, 2005).

El presente proyecto recoge ambos objetos; los procesos de producción de conocimiento psiquiátrico y el papel que juega la familia y la comunidad en esta nueva forma de entender la locura. En relación a estas dos ideas acudiré a otros autores que han

conducido parte de sus estudios hacia estos territorios.

El primero de ellos ya lo hemos citado anteriormente, se trata del canadiense Erving Goffman. Desarrolló sus mejores aportaciones en la década de los sesenta, las podemos encontrar en libros como *Internados* (Goffman, 2001), *Ritual de la interacción social* (Goffman, 1970) o *La presentación de la persona en la vida cotidiana* (Goffman, 1997). Aun siendo un autor difícil de clasificar, guarda cierta afinidad con Simmel (2010) o Durkheim (2012) y sobre todo con el interaccionismo simbólico de G. H. Mead (1982); que viene a considerar al sujeto fundado en la interacción social, a través de un ir y venir de imágenes sociales que el individuo internaliza y se preocupa por defender. Según Goffman (1997), esta máscara que la sociedad entrega al individuo le puede ser retirada en cualquier momento si no demuestra ser digno de ella. Este autor se interesa por el cara a cara, por los signos de representación personal, por el ritual en las sociedades contemporáneas y por las formas de acción simbólica que ponen en juego los actores. Para él el ritual es algo continuo en la sociedad moderna, no exclusivamente ceremonial o sagrado como ocurría en la sociedad tradicional. Su mirada dramática guardaría también cierta afinidad teórica con el francés Pierre Bourdieu (2007) en conceptos tales como *hábitus* o *capital simbólico*.

En *Internados* (Goffman, 2001) analiza dos aspectos fundamentales relacionados con los procesos de internamiento psiquiátrico. Uno de ellos, central en su obra, es la dimensión ritual en la subcultura del ingreso psiquiátrico; cómo cada una de las partes, pacientes y personal sanitario, despliega una serie de actos eficaces que persiguen mantener o impugnar los roles que les han sido asignados. El otro factor son las posiciones sociales que coyunturalmente convierten a un ciudadano cualquiera en candidato potencial a ser internado. En este plano aporta dos interesantes conceptos que rescataré para mi proyecto: *las contingencias de carrera* y *los agentes de rol* (Goffman, 2001).

Por *contingencias de carrera* entiende toda una serie de posiciones sociales y formas de representación personal del candidato que resultan clave en la reinterpretación facultativa de las categorías clínicas. Los *agentes de rol* comprenderían todos los actores que de una u otra forma aparecen implicados o son necesarios en los procesos de internamiento psiquiátrico involuntario.

El segundo de los autores a los que me remito es Ángel Martínez-Hernández (1998; 2006; 2009), antropólogo contemporáneo que desarrolla su trabajo dentro de la antropología médica, más en concreto dentro de la psiquiatría cultural. Influido por otros etnógrafos como Taussig (1995) o Scheper-Hughes (1997), se centra en el análisis de la semiología médica, en los procesos de reificación de la enfermedad y en la historia de la episteme psiquiátrica. Intentaré dar continuidad a estos aspectos en relación al objeto etnográfico que trata este proyecto.

## METODOLOGÍA

En todos los casos de IUI se ven involucrados una serie de agentes procedentes de diversas instituciones y grupos sociales que a lo largo del proceso de pre-selección, identificación e internamiento del candidato van articulándose a modo de una red administrativa y social.

Estos grupos y agentes son los siguientes:

1. Grupo de personas relacionadas con la institución judicial (jueces, forenses y cuerpos de seguridad del estado)
2. Grupo de personas relacionadas con instituciones sanitarias (psiquiatras, médicos de urgencias y enfermeros)
3. Grupo de personas implicadas personal, afectiva o socialmente en el proceso (pacientes, familiares, allegados y asociaciones ciudadanas)

Para este proyecto me centro en el segundo grupo compuesto por psiquiatras y médicos de urgencias. La razón para dirigir mi trabajo de campo hacia este colectivo es doble; factores teóricos y condiciones temporales del proyecto. Por un lado, me interesa conocer prioritariamente la perspectiva práctica de la institución psiquiátrica; por otro, las limitaciones de tiempo de un TFG no me han hecho posible abarcar al resto de grupos sociales. He intentado suplir esta carencia con una pormenorizada exploración de datos procedentes de diversas fuentes documentales. Considero este proyecto como una primera aproximación etnográfica dentro de un propósito de investigación más amplio que me gustaría concluir con la elaboración de mi tesis doctoral.

He llevado a cabo la producción de datos mediante la elaboración de entrevistas y la consulta de fuentes documentales. A lo largo del proyecto también he hecho uso de datos etnográficos procedentes de otras investigaciones.

### *Entrevistas*

Las entrevistas para este estudio han sido realizadas en Madrid durante las primeras semanas de Junio y Agosto de 2017. El motivo de escoger esta ciudad para desarrollar mi trabajo de campo no ha sido otro que el tomar distancia en el plano personal con los agentes que voy a entrevistar. Esto habría sido imposible en mi ciudad, ya que Huesca es una pequeña población en la que “nos conocemos” todo el mundo.

Todos los nombres propios de las personas participantes en este proyecto han sido substituidos por otros ficticios con el fin de preservar la privacidad de los informantes. Con la misma finalidad he omitido todas aquellas referencias geográficas relativas a sus respectivos lugares de trabajo.

Para seleccionar a los informantes he elegido el criterio de muestra teórica. Todos ellos son médicos psiquiatras; de centros públicos y privados; de hospitales generales o especializados en psiquiatría; de diferentes zonas sanitarias de Madrid.

El formato por el que he optado ha sido el de entrevistas semiestructuradas; a medio camino entre el cuestionario y la entrevista abierta. Considero que este tipo de entrevista se adapta a las necesidades del proyecto puesto que me ha permitido dirigir las cuestiones hacia una información que estimaba relevante de antemano y a la vez permitir que los informantes aportaran otros elementos insospechados.

Las preguntas se han formulado en torno a los siguientes tópicos: *a)* Fundamentos del

IUI b) Tipos y casos c) Criterios clínicos d) Implicaciones legales e) Condicionantes socioculturales f) Predisposición facultativa g) Alternativas sociales e institucionales

A lo largo de la serie de entrevistas y en función de las situaciones que se han ido dando en éstas he tenido la oportunidad de cambiar el orden cronológico de las cuestiones, suprimir algunas o integrar otras en base a los contenidos obtenidos. En todo momento la actitud hacia el entrevistado ha sido de respetuosa escucha, únicamente encauzando o estirando los temas cuando lo he creído preciso.

Las entrevistas han tenido una duración media de una hora en un única sesión y han sido registradas mediante grabación de audio y toma de notas. Todas se han desarrollado fuera del horario laboral en los domicilios particulares de los informantes salvo una realizada en una cafetería. Las prisas de la gran ciudad y la disponibilidad personal de los agentes han supuesto un importante handicap para la realización del trabajo. También el hecho de que los informantes sean todos especialistas ha dificultado obtener impresiones personales alejadas de su guión profesional. A veces he percibido cierto recelo por parte de estos psiquiatras, alguno de ellos me ha explicitado que en ocasiones se sienten atacados social y mediáticamente. Por último, los informantes pertenecen a mi mismo marco cultural, a menudo he podido notar como “se extrañan de que yo me extrañe” con determinadas cosas.

#### *Fuentes documentales*

Con la finalidad de obtener datos que complementen y permitan la *triangulación metodológica* con el resto de información producida en el campo he procedido a la consulta de las siguientes fuentes documentales: a) Documentación legal relativa al problema abordado (*Ley de Enjuiciamiento Civil, Código Civil, Principios de la ONU, sentencias*) b) Documentación médica (*manuales de diagnóstico, manuales para el manejo del paciente psiquiátrico, protocolos sanitarios*) c) Estadísticas institucionales d) Revistas especializadas e) Noticias de prensa

Toda esta información ha sido obtenida a través de portales institucionales en internet o de sus respectivos soportes en papel impreso.

## DESARROLLO

### Locos y nativos

El psiquiatra también debe realizar un movimiento de extrañamiento y contextualización respecto a los relatos y comportamientos de cada uno de sus pacientes (tan nativos como él mismo). Un conjunto de elementos significativos en relación a un marco inteligible. Geertz (2003) llegó a establecer una analogía entre la manera como la psiquiatría inscribe síntomas en un cuadro patológico y el modo en el que etnógrafo inscribe símbolos en contextos culturales.

[la inferencia clínica] En lugar de comenzar con una serie de observaciones e intentar incluirlas bajo el dominio de una ley, esa inferencia comienza con una serie de significantes (presuntivos) e intenta situarlos dentro de un marco inteligible. Las mediciones se emparejan con predicciones teóricas, pero los síntomas (aun cuando sean objeto de medición) se examinan en pos de sus peculiaridades teóricas, es decir, se diagnostican. En el estudio de la cultura los significantes no son síntomas, sino que son actos simbólicos o haces de actos simbólicos, y aquí la meta es, no la terapia, sino el análisis del discurso social. Pero la manera en que se usa la teoría –indagar el valor y sentido de las cosas– es el mismo. (Geertz, 2003: 36)

El antropólogo norteamericano establece un símil entre la práctica psiquiátrica y la etnografía, que se evidenciaría en la manera en que ambas “indagan el valor y el sentido de las cosas”. Y al mismo tiempo, remarca aquello que las separa: “En el estudio de la cultura los significantes no son síntomas” y “aquí la meta es, no la terapia, sino el análisis del discurso social”. A diferencia del etnógrafo, el psiquiatra tendría imperativos profesionales que exceden, por inusuales y extraordinarios, los de cualquier otro estudioso del comportamiento humano. A saber, reducir o transformar en la medida de lo posible alguna de las ideas o manifestaciones patológicas de aquellos a los que estudia.

Sin embargo, entre ambas disciplinas existiría una no menos importante divergencia epistemológica que Geertz (2003) da por sentada y en la que quizás por ello no profundiza. Tal y como apunta Martínez-Hernández, “no es lo mismo interpretar una expresión, sea ésta una queja verbal o una gesticulación, en términos de cómo los contenidos responden a un dominio de sentido que pensar los síntomas como realidades naturales y psicofisiológicas” (Martínez-Hernández, 1998: 649). Para un lingüista la diferencia sería evidente, pero en el caso de la psiquiatría la cosa no estaría tan clara. En base a esto cabría preguntarse, ¿a qué se refiere la psiquiatría actual cuando habla de síntomas? ¿se trataría de entidades naturales o de símbolos? Y en último término, ¿es posible un diagnóstico basado en símbolos?

#### *El signo y el síntoma*

Para la semiología médica el signo es la representación comprobable de la enfermedad que toma forma en el cuerpo del paciente (que toma cuerpo). El signo, para el catedrático de psiquiatría Enrique Baca, “es índice directo o, cuanto menos, indicador directo o indirecto de una alteración del cuerpo del paciente en su estructura o en su funcionamiento.” (Baca, 2007: 192)

El frío, el calor, el tono de la piel, su textura, la calidad de sus excrecencias... serían ejemplos de signos médicos. A través de éstos el cuerpo del paciente, ajeno a su vo-

luntad, manifiesta su mal. El facultativo puede acceder a ellos perceptual o instrumentalmente. Puede medirlos y cuantificarlos. Puede propiciarlos. Puede intervenir sobre ellos y manipular su presentación con el objeto de someterlos a un escrutinio más intenso. Incluso si es preciso puede llegar a eliminarlos, aunque la patología que subyace persista inmutable.

La tos, la disnea, el síncope, el temblor, etc., también son tomados como signos de enfermedad. Sin embargo, estos últimos conforman una categoría de signos médicos con una problemática añadida respecto a los primeros. Todos ellos pueden darse como producto de una disfunción orgánica, pero también son susceptibles de ser simulados voluntariamente por el paciente (la evidencia de ello es que el propio médico se sabe capaz de simularlos). De este modo, corresponderá al facultativo la labor adicional de discernir entre señales automáticas emitidas por el cuerpo y manifestaciones intencionales o semi-intencionales provocadas por el paciente y que por lo tanto se escapan de su dominio de intervención.

Viene inmediatamente a la mente del antropólogo el clásico texto de Clifford Geertz (2003), recogido de un ejemplo de Ryle (2009), en el despliega el amplio abanico de significaciones que puede albergar la cotidianidad de un simple tic nervioso.

Consideremos el caso de dos muchachos que contraen rápidamente el párpado del ojo derecho. En uno de ellos el movimiento es un tic involuntario; en el otro, una guiñada de conspiración dirigida a un amigo. Los dos movimientos, como movimientos, son idénticos [...] Sin embargo, a pesar de que la diferencia no puede ser fotografiada, la diferencia entre un tic y un guiño es enorme [...] El que guiña el ojo está comunicando algo y comunicándolo de una manera bien precisa y especial: 1) deliberadamente, 2) a alguien en particular, 3) para transmitir un mensaje particular, 4) de conformidad con un código socialmente establecido y 5) sin conocimiento del resto de los circunstantes. Como lo hace notar Ryle, el guiñador hizo dos cosas (contraer su ojo y hacer una señal) mientras que el que exhibió el tic hizo sólo una, contrajo el párpado. Contraer el ojo con una finalidad cuando existe un código público según el cual hacer esto equivale a una señal de conspiración es hacer una guiñada. Consiste, ni más ni menos, en esto: una pizca de conducta, una pizca de cultura y -voilà- un gesto.

Pero todo esto no es más que el comienzo. Supongamos que haya un tercer muchacho quien "para divertir maliciosamente a sus camaradas" remeda la guiñada del primer muchacho y lo hace torpemente, desmañadamente, como aficionado [...] También aquí existe un código socialmente establecido (el muchacho hará "el guiño" trabajosamente, exageradamente, quizá agregando una mueca... los habituales artificios del payaso); y también aquí hay un mensaje. Pero ahora lo que flota en el aire es, no una conspiración, sino el ridículo. Si los demás piensan que él realmente está haciendo una guiñada, todo su proyecto fracasa por entero, aunque con diferentes resultados si los compañeros piensan que está exhibiendo un tic. Y podemos ir aún más lejos: inseguro de sus habilidades mímicas, el supuesto satírico puede practicar en su casa ante el espejo; en ese caso no estará mostrando un tic, ni haciendo un guiño, ni remedando; estará ensayando; pero visto por una cámara fotográfica, observado por un conductista radical o por un creyente en sentencias protocolares, el muchacho estará solamente contrayendo con rapidez el párpado del ojo derecho, lo mismo que en los otros casos. (Geertz, 2003: 21)

Y quizás aún podríamos ir un poquito más allá en la serie, proponiendo un último caso en el que ni el receptor ni el propio emisor fueran capaces de desentrañar la naturaleza

del movimiento de dicho párpado. Algo que no se correspondiera ni con la involuntariedad del “tic nervioso” ni con la voluntariedad del “guiño”. Tal y como revela el psicoanálisis de Freud (2011) y Ferenczi (1997) o la medicina psicosomática de Groddeck (1973) para dar cuenta de algunos síntomas neuróticos, en los que el sujeto llega a apropiarse simbólica e inconscientemente del signo médico. Algo así como la producción íntima de un protolenguaje sin un propósito comunicativo inteligible, en el que contradictoriamente, lo que prevalece por encima de sus resonancias orgánicas, es la función narrativa.

En contraposición al signo, el síntoma según Baca “es la expresión vivencial que el paciente conciencia (con el nivel o precisión que se quiera) de una situación anormal que provoca malestar o discomfort.” (Baca, 2007: 139) Así pues la medicina tomará como síntomas todas aquellas elaboraciones realizadas por el paciente respecto a sus vivencias corporales o emocionales, que por ende tendrán un marcado carácter situacional y subjetivo. “Se presenta, de esta manera, no ya como la parte de una realidad física o el efecto visible de una causa, sino como una expresión humana que guarda en sí misma un significado” (Martínez-Hernández, 1998: 648). Decir “estoy triste”, “tengo mal cuerpo” o “me duele el corazón” son ejemplos de expresiones que expresan un sufrimiento sin un correlato físico mensurable, evidenciables únicamente para su emisor y que en ocasiones pueden ser tomadas como sintomáticas. Del mismo modo, “creer que los vecinos te radian a través de la vitrocerámica” o “hablar con el fantasma de tu tatarabuela” serían también manifestaciones subjetivas que la semiología médica interpreta como síntomas. La intensidad y la duración de todas estas vivencias es variable, y puede oscilar entre el malestar pasajero y la absoluta incapacidad.

Ésta sería a grandes rasgos, la distinción que la medicina hace entre signos de enfermedad y síntomas. Es en base a esta diferencia cómo discriminará entre enfermedad y trastorno y procederá clínicamente en cada uno de los casos. Más si pretendemos buscar una correspondencia con la forma en la que el etnógrafo aborda sus “casos”, tal y como pretendía Geertz (2003) en el texto que abre este capítulo, deberemos acudir, también brevemente, a la semiótica y a la lingüística; fuentes en las que históricamente ha bebido la antropología.

### *El índice, el icono y el símbolo*

La semiótica (o semiología), en el campo del lenguaje y la comunicación, está patrocinada históricamente por los escritos de Peirce<sup>5</sup> (1992) y Saussure<sup>6</sup> (2008). En un principio el término semiótica fue aplicado exclusivamente a la rama norteamericana, reservando el uso de semiología para los estudios desarrollados en el continente europeo. Paulatinamente se ha ido generalizando el uso del término semiótica para referirse a ambas corrientes.

En la corriente estadounidense prevalecerá la idea de que todos los sistemas de signos son igualmente importantes y autónomos, esta tendencia se asociará a la hermenéutica. Por el contrario, en Europa de la mano de Saussure (2008), se considerará que el siste-

5 Charles S. Peirce (1839-1914). Filósofo y científico estadounidense fundador de la pragmática y padre de la semiótica o “ciencia de los signos”. “[...] si bien el término semiótica se comenzó a usar en el *si-glo XVII*, el principal responsable del uso del término, y el que primero lo codifica de una manera más o menos útil para una ciencia social, es el norteamericano Charles Sanders Peirce.” (Reynoso, 2013: 147)

6 Ferdinand de Saussure (1857-1913). Autor suizo padre de la lingüística moderna y fundador de la “Escuela de Ginebra”. “Saussure decía que en algún momento debería constituirse una ciencia que estudiara *la vida de los signos en el interior de la vida social*, que esa ciencia formaba parte de las ciencias sociales, y particularmente tenía estrechas relaciones con la psicología social [...]” (Reynoso, 2013: 147)



ma de signos de referencia es el código hablado, y por lo tanto toda ciencia de los signos será subsidiaria de la lingüística. Nos limitaremos a desarrollar únicamente la vía peirceana por haber sido la más influyente para la antropología. Tan solo añadir que para Saussure (2008) no habrá signo sin el concurso de la intencionalidad humana, por lo que las señales naturales quedarán fuera del campo de estudio de la semiología lingüística.

Peirce define signo como “algo que está, para alguien, en lugar de otra cosa en algún aspecto o disposición”(Reynoso, 2013: 149). Para este autor hablamos y pensamos mediante signos, y en realidad únicamente tenemos contacto con signos; el hombre no percibiría las cosas sino los signos que identifican las cosas. Y a su vez esas mismas cosas no serían más que signos representantes de otras cosas, armando de este modo una cadena de significantes inagotable.

En un ejercicio de síntesis, puesto que en algunas de sus versiones aparecen más de 100 tipos de signos, la semiótica peirceana englobaría tres categorías fundamentales de signos: *índices*, que serían signos naturales no mediados culturalmente; *iconos*, signos convencionalizados que guardan cierta similitud con aquello que representan; y *símbolos*, signos cuya relación con la realidad representada sería totalmente arbitraria y convencional.

En base a este esquema, el humo sería un *índice* puesto que a partir de su presencia podríamos inferir la existencia del fuego, sin precisar de la mediación de ningún artificio cultural, siendo una señal interpretable universalmente.

Un dibujo más o menos esquemático de ese mismo fuego sería un *icono*. Ya que aún no siendo una señal natural y universal, sino una producción cultural con un mayor o menor grado de concreción formal, haría referencia directa en su apariencia a aquello mismo que representa.

Por último, la palabra “fuego” sería un símbolo, ya que su forma sería totalmente arbitraria y convencional respecto al objeto que significa. De tal manera que en castellano sería “fuego”, en euskera “sua” y en noruego “brann”.

Vemos aquí que lo que para la semiología médica eran signos médicos, señales naturales, para la semiótica peirceana resultarían índices; cambia la denominación pero la definición se mantiene. De igual modo, los símbolos, mediados culturalmente, se corresponderían con lo que la medicina toma como síntomas. Por último, los iconos, sujetos a una contigüidad metonímica con lo representado, pero sujetos también a una convencionalidad compartida por un grupo humano, estarían más cercanos a los síntomas.

El esquema de Peirce (1992) será el adoptado por antropólogos como Edmund Leach (1989) o Clifford Geertz (2003) para el análisis de las culturas. Para ellos el signo transporta un significado que debe ser interpretado en función del marco cultural en el que aparece. De ahí su interés etnográfico en aportar la mayor cantidad de contexto cultural en sus escritos. Para la antropología interpretacionista, los signos médicos o índices, por tratarse de realidades no mediadas culturalmente, quedarán fuera de su dominio de análisis.

Así pues, tenemos por un lado lo que la medicina considera signos y síntomas, y por el otro lo que la semiótica entiende por índices, signos y símbolos. Aparentemente todo puede sonarnos similar, con la salvedad de que los términos utilizados para definir realidades naturales y expresiones subjetivamente mediadas varían o se invierten en cada una de las disciplinas. Parece inevitable sospechar que las asunciones históricamente adoptadas en ambos campos contienen infinidad de momentos y lugares compartidos. Tal y como apunta Carlos Reynoso:

La idea de una "ciencia de los signos" existe, si vamos a ser rigurosos, desde la época griega, más concretamente desde la codificación del saber de la escuela médica de Hipócrates. En ese contexto los "signos" que había que interpretar eran más bien indicios o síntomas corporales, señales e insinuaciones que trasuntaban diferentes dolencias ocultas. La semiología médica todavía existe, al punto que la mayor parte de los libros que se refieren a semiología a secas son textos de medicina más que de la comunicación de signos en el seno de la cultura. Más aún, hay numerosas elaboraciones del hecho de que la interpretación o hermenéutica semiótica y la diagnosis médica están regidas por el mismo tipo de razonamiento, en el que prevalece la abducción. (Reynoso, 2013: 147)

Llegados a este punto podemos proceder a intentar responder a las tres preguntas que nos habíamos formulado al principio de este capítulo.

*¿a qué se refiere la psiquiatría actual cuando habla de síntomas?*

Lo primero será intentar ordenar las categorías en base a las que se identifican, diagnostican y tratan las enfermedades mentales para comprender cuál es la posición de la psiquiatría dentro de las ciencias médicas y cómo ha ido desanclándose paulatinamente del resto de las ciencias sociales y otras formas de conocimiento que pretenden dar cuenta de las expresiones humanas.

El *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*<sup>7</sup> es el manual de referencia que utiliza la inmensa mayoría de los psiquiatras en la actualidad. Lo edita la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) y es algo así como un compendio de botánica pero sobre patologías mentales. En él no importaría tanto la etiología y el tratamiento como la construcción de un edificio taxonómico que facilite un diagnóstico rápido y uniforme entre facultativos dispares; una pequeña biblia para el psiquiatra más o menos avezado. Se trataría *grosso modo* de una clasificación de los innumerables síntomas (ideales) que puede presentar un paciente (no menos idealizado), agrupados en unos cuantos conjuntos y subconjuntos bajo unas nomenclaturas determinadas. Debe quedar claro que su propósito no es explicativo sino "ateórico y descriptivo" (Martínez-Hernández, 2000: 255).

En el glosario de su quinta y última entrega (*DSM-5*) define:

**Síntoma:** Es una manifestación subjetiva de una afección patológica. Los síntomas los expone el individuo afectado y no los observa el examinador. Comparar con SIGNO. (APA, 2014: 829)

Hacemos caso a la indicación del manual y leemos:

**Signo:** Una manifestación objetiva de un estado patológico. Los signos los observa el examinador en vez de comunicarlos la persona afectada. Comparar con SINTOMA. (APA, 2014: 829)

<sup>7</sup> Citado generalmente por sus siglas *DSM*. Su primera edición (*DSM-I*) data de 1952 y la última (*DSM-5*) ha aparecido en 2013. Estos manuales se elaboran en base al consenso facultativo de grupos de psiquiatras seleccionados. En su más de medio siglo de existencia ha ido suprimiendo, matizando e introduciendo categorías en base a las nuevas conclusiones de la medicina psiquiátrica.

Y aquí acabaría todo. La diferencia entre un síntoma y un signo para este manual consistiría básicamente en la posibilidad o no de mensurar tal o cual manifestación presentada en o por el cuerpo del paciente, que actuaría como un confidente esquivo. Es obvio que resulta una forma algo facilona de intentar equiparar ambos conceptos, puesto que desde esta perspectiva los dos harían referencia a un asunto similar; un “estado” o “afección” patológica. Una entidad maligna que bucea en las profundidades del cuerpo y que a modo de testigo nos muestra solo su parte más superficial. Aun con todo y con eso, según las dos definiciones que proporciona el manual, cada término haría referencia a realidades distintas.

Adviértase en las dos definiciones que da el manual que a diferencia de los signos, que “los observa el examinador” (no aclara si también el resto de personas), los síntomas tan solo “los expone el individuo afectado”, sin ser observados por el examinador en ninguna de sus realidades (y a saber, quizás tampoco por el propio paciente).

A lo largo de toda la obra la utilización de uno u otro concepto resultará arbitraria y por ello bastante confusa. Por citar algunos ejemplos, en el caso de la *Disforia de género en adolescentes*, en el apartado criterios diagnósticos, enumera 6 características (aquí utiliza este término) de las cuales el paciente debe cumplir al menos 2 durante un tiempo de 6 meses. Algunas de ellas son:

[...] un fuerte deseo de ser del otro sexo, [...] un fuerte deseo de ser tratado como del otro sexo, [...] una fuerte convicción de que uno tiene los sentimientos y reacciones típicos del otro sexo.” (APA, 2014: 456)

Puede parecer que todas serían vivencias subjetivas, y por lo tanto debieran ser tratadas como síntomas por la medicina. Sin embargo, unos párrafos más abajo se las refiere como signos, dice así:

Los padres de las adolescentes nacidas mujeres con la forma de comienzo tardío también refieren sorpresa, ya que no observaron los signos de la disforia de género en la infancia. Las expresiones de la disforia anatómica son mucho más frecuentes y apreciables en los adolescentes y adultos que en los niños. (subrayado del autor) (APA, 2014: 456)

Para el caso del *Trastorno por déficit de atención/hiperactividad*, afección psiquiátrica novedosa diagnosticada en niños y adolescentes, en el subapartado características diagnósticas expone lo siguiente:

Los signos del trastorno pueden ser mínimos o estar ausentes cuando el individuo recibe recompensas frecuentes por comportamientos apropiados, está bajo estrecha supervisión, está en una situación nueva, está participando en actividades especialmente interesantes, tiene una estimulación externa constante (p. ej., por pantallas electrónicas), o está en situaciones donde interactúa cara a cara con otra persona (p. ej., la consulta del clínico). (subrayado del autor) (APA, 2014: 61)

En este caso, el texto presenta una serie de situaciones sociales que condicionarían la aparición del signo patológico en el niño. También aquí es constatable que el manual está presentando como signos lo que en realidad para la semiología médica serían síntomas. Puesto que se entiende que el signo médico, aunque puede depender de factores ambientales (frio, hambre, esfuerzo físico...), no estaría sujeto a condicionantes

sociales ni culturales como los que enumera el ejemplo, por tratarse de una realidad natural y automática.

Para el caso de la *Esquizofrenia*, una de las vacas sagradas de la psiquiatría occidental, en criterios el *DSM-5* especifica:

A. Dos (o más) de los síntomas siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de tiempo durante un período de un mes (o menos si se trató con éxito). Al menos uno de ellos ha de ser (1), (2) o (3):  
1. Delirios. 2. Alucinaciones. 3. Discurso desorganizado (p. ej., disgregación o incoherencia frecuente). 4. Comportamiento muy desorganizado o catatónico. 5. Síntomas negativos (es decir, expresión emotiva disminuida o abulia). (subrayado del autor) (APA, 2014: 99)

Dos párrafos más abajo, en el epígrafe “C” se puntualiza lo siguiente en referencia a “A”:

C. Los signos continuos del trastorno persisten durante un mínimo de seis meses. Este período de seis meses ha de incluir al menos un mes de síntomas (o menos si se trató con éxito) que cumplan el Criterio A (es decir, síntomas de fase activa) y puede incluir períodos de síntomas prodrómicos o residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos del trastorno se pueden manifestar únicamente por síntomas negativos o por dos o más síntomas enumerados en el Criterio A presentes de forma atenuada (p. ej., creencias extrañas, experiencias perceptivas inhabituales). (subrayado del autor) (APA, 2014: 99)

Este último ejemplo requiere de una dedicación especial. Como se ve, el uso de uno u otro término resulta caótico en el fragmento, siempre y cuando se parta de la base, tal y como se estipula en el glosario del manual, de que se trata de cosas diferentes.

En primer lugar, en el “Criterio A” se habla de delirios, alucinaciones, discursos y comportamientos, todas ellas vivencias subjetivas no cuantificables que experimenta el paciente y solamente pueden ser interpretadas por el resto. Según este epígrafe y el glosario del manual, todas ellas serían síntomas.

A continuación, en el siguiente párrafo, comienza hablándonos de “signos continuos”. Al parecer no se trata de ningún otro término clínico, y simplemente quiere decir que son signos continuados en el tiempo.

Recordemos que “los signos los observa el examinador en vez de comunicarlos la persona afectada”. En realidad nos está diciendo que los signos son la interpretación clínica que el facultativo hace de los síntomas que desprende el paciente. Algo así como la clásica división *emic/etic*<sup>8</sup> que se presenta en etnografía, dónde lo que ve y dice el nativo no se corresponde con lo que ve y dice el investigador.

Así pues los signos a los que se refiere el párrafo serían la interpretación que el facultativo hace de los síntomas que “expone el individuo afectado y no los observa el examinador”. Sin embargo, todo sigue resultando confuso. Puesto que si el observador no observa nada de lo que hace o dice el observado difícilmente podrá extraer algo de él. Así que algo observará (síntomas), y en función de esas observaciones y de su marco

<sup>8</sup> Para una amena y detallada explicación sobre las categorías *emic/etic* y su uso y abuso en etnografía véase Díaz de Rada, 2012

teórico elaborará un juicio clínico. A no ser que en realidad, no le interese mucho lo que cuenta el paciente. Tal y como apunta Martínez-Hernández:

La asimilación del síntoma al signo físico en la semiótica general puede interpretarse también como la negación (o, al menos, la minusvaloración) del paciente como emisor de sentidos en beneficio de la inferencia lógico-conceptual de un destinatario privilegiado: el clínico. (Martínez-Hernández, 2014: 3)

Con todo esto no podemos dejar de sospechar que el propósito no es otro que alejar los síntomas del clínico, debido a la problemática adicional que históricamente han supuesto para la medicina occidental. Convirtiéndolos en signos médicos a la mayor brevedad posible; haciéndolos desaparecer, al menos de la jerga psiquiátrica.

*¿se trataría de entidades naturales o de símbolos?*

Ejemplos como éstos son innumerables a lo largo de las 947 páginas del manual, y necesitaríamos un documento de no menor extensión si quisiéramos dar cuenta pormenorizada de todos ellos.

Este uso arbitrario, aleatorio, contradictorio y confuso de los conceptos médicos signo y síntoma da lugar a la sensación de no saber de qué se nos está hablando en cada caso; si de manifestaciones fruto de enfermedades o de vivencias personales, realidades culturales y fenómenos sociales. Puede suceder, si nuestra lectura es poco atenta, que pasemos por alto la diferencia y asumamos, tal como parece intentar en ocasiones el manual, que todo son signos médicos de enfermedad con un presumible sustrato orgánico. Puesto que todo esto no son más que conjeturas, y lo menos que debemos reclamar a una ciencia es que sus conclusiones se construyan y se expliquen científicamente, no podemos sin más aceptar la indistinción entre signos médicos y síntomas, sino desconfiar y preguntarnos a qué se debe tal postura. La sospecha es inevitable, ya que se abordan y definen expresiones personales mediadas histórica, social y culturalmente (símbolos) de la misma forma que se hace con las señales naturales que provienen del cuerpo (índices). Una manera algo burda de nivelar el “*guiño*” con el “*tic*”.

Para el *DSM* (no es un manual más) y para gran parte de la psiquiatría actual todo sería signos de enfermedad; indistintamente de si se trata de un eczema, tener cuarenta de fiebre, hablar con los extraterrestres, tomar demasiado whisky o tener pene y sin embargo sentirse mujer; e independientemente de si el paciente es moscovita, fang, soltero, desempleado, octogenario o testigo de Jehová.

Objetivar los síntomas como si fueran signos físicos que hablan de una realidad natural, universal y también a-biográfica anula al interlocutor. Para el antropólogo Ángel Martínez-Hernández,

Tras una histórica confrontación entre planteamientos biológicos, psicológicos, psicodinámicos, fenomenológicos, psicosociales e incluso económico-políticos, la psiquiatría se ha decantado por una orientación biológica que le permita adquirir un estatuto de especialidad dentro de las ciencias médicas (3, 4). Las viejas discusiones sobre el papel de la vida sexual, el complejo de Edipo, los conflictos intrapsíquicos (teorías psicoanalíticas), la comunicación familiar (teorías sistémicas), el papel del Estado y de las instituciones (teorías antipsiquiátricas) o las formas existenciales de ser-en-el-mundo (teorías fenomenológicas y *existencia-*

listas), han dejado paso a una mayor biologización de los principios. Como resultado, el síntoma ha sido observado como una manifestación positiva (en su sentido etimológico de positum o presente ante los sentidos), como una disfuncionalidad o anormalidad de tipo orgánico. (Martínez-Hernández, 1998: 647)

Este gradual ejercicio de transformismo ontológico, correlativo a los imperativos sociales y económicos de cada momento, actúa como el tratamiento coadyuvante que ha posibilitado la inserción de la psiquiatría dentro del campo de las ciencias médicas. Con su espacio propio dentro de los colegios, cátedras, facultades y hospitales universitarios. Otorgando a la institución psiquiátrica un papel prominente en el abordaje de problemáticas sociales y culturales desde el corazón mismo de las ciencias médicas.

*¿es posible un diagnóstico basado en símbolos?*

Los artilugios de los que dispone la ciencia no la capacitan para poder discernir qué son “creencias extrañas”, “comportamientos desorganizados” o “experiencias perceptivas inhabituales” en una persona (por muy variopintas, anómalas y desagradables que le resulten al espectador). Para ello solo puede recurrir a criterios morales, culturales, utilitaristas o de estética social; encontrando en relación a cada uno de estos marcos de referencia un valor y un significado probablemente distintos.

Si un histólogo afirma que el comportamiento de tal célula es extraño, se está refiriendo a un conjunto de datos recopilados a lo largo de la historia de la biología que describen un distinto comportamiento para el resto de congéneres. Esta conclusión tendría validez mientras no aparecieran muchas más células como esa con ese mismo patrón de comportamiento. Momento en el que se tendría que llevar a cabo una reformulación de las categorías establecidas por dicha disciplina.

Lo “sencillo” del caso está en que el comportamiento de la célula se debe a una serie de mecanismos internos y factores ambientales cuantificables y accesibles directa o indirectamente para el investigador, sujetos a un conjunto de leyes naturales universales. Entre el investigador y la célula no habría lugar a dobles sentidos, metáforas o malos entendidos, ni a ningún otro artefacto del lenguaje que implicase múltiples significados. Su pequeña “relación de amor” no atendería a otra razón que al deseo de escrutinio por parte del estudioso y a la fiabilidad de sus herramientas de exploración. Y la célula, muda bajo la lente del microscopio, jamás podría imaginar que está siendo observada.

Si intentamos hacer lo mismo con una creencia o experiencia que manifiesta una persona, enseguida nos damos cuenta de que no estamos tratando con el mismo tipo de fenómeno.

Un etnógrafo puede extrañarse de un comportamiento autolítico o de las modalidades sexuales que se dan en tal sociedad; observar, describir, contextualizar, para acabar concluyendo que se trata de expresiones propias de un código cultural diferente al suyo. Lo que acontece en la escena será tomado como una forma expresiva mediada, convencional y arbitraria dentro de un conjunto más amplio de relaciones significativas. El interés del etnógrafo se situaría en identificar, descifrar y poner en contexto dicho elemento.

Nada es así en el ámbito de la medicina, puesto que su propósito fundacional es otro, a saber, curar personas; y para curar resulta imperativo que la enfermedad se haga presente. Resulta interesante recalcar este que la enfermedad se haga presente, porque quizás ni siquiera cuando hablamos de signos médicos la enfermedad se hace presente. Se

identifica, se clasifica, se diagnostica, se trata, pero en último término se hace presente porque nosotros la invocamos de una o de otra manera. Otorgándole unas coordenadas en nuestro particular espacio cultural. Parafraseando la famosa cita de Galileo: medir lo que se pueda hacer medible, y hacer medible lo que no.

## El Internamiento Urgente Involuntario

El Internamiento Urgente Involuntario (IUI) es un procedimiento médico con carácter de urgencia en el que de forma excepcional el facultativo no solo prescribe sino que también impone un tratamiento médico al paciente. Su finalidad es terapéutica y precisa del concurso de una comisión judicial que lo autorice.

El Internamiento Urgente Involuntario es un procedimiento legal con carácter de urgencia que permite la retención e internamiento de personas sin su consentimiento y sin la necesidad de que hayan infringido ninguna norma de su específico marco legal. Su finalidad debe ser sanitaria y precisa de la actuación de un facultativo que la prescriba.

Ambas definiciones implican situaciones excepcionales para cada una de las disciplinas. Para la medicina la imposición de un tratamiento a un paciente que lo está rechazando manifiestamente; para el derecho, la detención durante un tiempo indefinido de una persona que no ha cometido ningún delito. Ambas actuaciones necesitan ser refrendadas la una por la otra.

Para la mayoría de los informantes de este proyecto, todos ellos psiquiatras que trabajan en unidades de corta estancia, se trataría de un procedimiento en el que son indisolubles la práctica médica y la legal.

Yo te diría que las dos, médica y legal, es difícil de separar la una de la otra. O sea, con una medida legal a secas tampoco, porque muchas veces si es en la vía pública una conducta determinada, no tendríamos porque intervenir nosotros si fuera una práctica solo legal. [Ana]

Lo justo es decir que es una práctica médico-legal, yo como médico observo sobre todo la parte médica, como una medida de protección hacia el paciente, pero claro, entiendo que se pueda hacer un mal uso de esto. [Salomé]

El criterio es clínico y médico, pero tiene que haber una autorización para que haya ese posible abuso de poder, y que no se esté privando a alguien injustamente de su libertad, o a no tratarse si decide no tratarse de lo que sea. No sabría disociar ambos aspectos. Quizás pesa más lo clínico, pero necesita de la autorización del otro. [Sabina]

### *Marco legal*

El IUI es una práctica que existe en casi todos los países occidentales. En nuestro país está regulada legalmente a través del art. 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil. Su primer epígrafe dice lo siguiente:

1. El internamiento, por razón de trastorno psíquico, de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí, aunque esté sometida a la patria potestad o a tutela, requerirá autorización judicial, que será recabada del tribunal del lugar donde resida la persona afectada por el internamiento. La autorización será previa a dicho internamiento, salvo que razones de urgencia hicieren necesaria la inmediata adopción de la medida. En este caso, el responsable del centro en que se hubiere producido el internamiento deberá dar cuenta de éste al tribunal competente lo antes posible y, en todo caso, dentro del plazo de veinticuatro horas, a los efectos de que se proceda a la preceptiva ratificación de dicha medida, que deberá efectuarse en el



plazo máximo de setenta y dos horas desde que el internamiento llegue a conocimiento del tribunal [...] (art. 763.1 LEC)

Según Luis F. Barrios,

La finalidad terapéutica del ingreso involuntario requiere la constancia de que nos encontramos ante un sujeto que padece un “trastorno psíquico” (STC 141/ 2012, FJ 4). Antaño era más común utilizar el término “enfermedad mental”; en la actualidad se ha extendido el empleo del término “trastorno mental” o “trastorno psíquico”. (Barrios, 2012: 831)

Los requisitos legales para que un juez autorice un IUI varían en función de los diferentes países. Los tres supuestos que suelen manejarse son: la existencia de un trastorno mental grave, la existencia de un riesgo para la integridad física o moral del paciente o de terceros y la necesidad urgente de tratamiento. En nuestro marco legal los dos supuestos que se manejan son el primero y el tercero, por lo que la finalidad ha de ser sanitaria, no pudiendo ser en la práctica ni punitiva ni preventiva. En cuanto a la finalización del internamiento, debe darse en el mismo momento que su utilidad terapéutica desaparezca.

Italia y España constituyen una excepción en el panorama legislativo europeo en relación a este requisito. En ambos países es la concurrencia de un trastorno mental grave y la necesidad de tratamiento la que legitima el internamiento involuntario. La inexistencia en el ordenamiento jurídico español de una explícita referencia al factor “riesgo” (para sí o para terceros), no impide de facto que tras un importante número de ingresos involuntarios subyazca este criterio, que de uno u otro modo ha sido recogido por la doctrina bajo diversas formulaciones. (Barrios, 2012: 833)

Como señala el jurista, las cosas pueden ser distintas en la práctica. Y más en un procedimiento como éste, en el que resulta difícil acotar y valorar la enfermedad del candidato y que se define por su carácter urgente e involuntario. Para Sabina y Ana, dos de nuestras informantes:

Valor terapéutico como tal no hay, porque es muy traumático que te encierren. ¿Y un juez? ¿pero un juez?, ¿por qué tiene que venir a hablar conmigo un juez? Pero a largo plazo... es que hay pacientes que o les aborras ahí o van a acabar muy malitos, y además al final acaban ingresando de una manera o de otra. O sea el paciente no lo va a vivir como terapéutico, va a extraer poco positivo de todo eso. Pero si que es una medida que a veces es necesaria, a veces llegan muy exaltados, o personas que te trae la policía que están por la calle totalmente desorganizados. [Sabina]

¿Terapéutico? A veces genera recelo en el paciente, y es importante generar un buen vínculo, que haya confianza, que entienda cuál es nuestra labor. Entonces hacer un involuntario entorpece todo esto, por eso siempre es importante contar con la opinión del paciente siempre y cuando se pueda. Voy a intentar ante todo que no sea involuntario, voy a intentar convencerle. Para que tenga un buen vínculo y pueda luego trabajar con él. Si no es pan para hoy y hambre para mañana, el paciente no vuelve. [Ana]

Por otro lado, en estos casos juega un importante papel la responsabilidad y la presión social a la que se enfrenta el facultativo. Tal y como apuntan Alfredo y Sabina:

Es desagradable decirle a alguien que a partir de ahora pierde la libertad de movimiento, pero es lo que socialmente se espera del psiquiatra. Sin embargo no es algo que se nos muestre durante nuestra formación universitaria. [Alfredo]

Hay familias que te presionan mucho: 'Pero bueno, cómo dice usted que no, ¿no la ve? Habrá que ingresarla, es que se está arruinando la vida'. 'Ya, pero es que no ha perdido el juicio de realidad'. '¿Pero quién en su sano juicio va a intentar suicidarse continuamente?' Entonces... ahí sí que te sientes presionado. Yo por eso intento ser muy cauta, por que si que me parece que hay una responsabilidad legal, luego nunca la he sufrido como tal ni he tenido ningún problema, pero al final tienes que cumplir con todos los requisitos formales. [Sabina]

El segundo epígrafe del art. 763 LEC es muy breve y solo hace referencia al internamiento de menores, estipulando el tipo de establecimiento en el que deben ser ingresados.

El tercero se refiere a los derechos y a la representación legal del afectado.

3. Antes de conceder la autorización o de ratificar el internamiento que ya se ha efectuado, el tribunal oír a la persona afectada por la decisión, al Ministerio Fiscal y a cualquier otra persona cuya comparecencia estime conveniente o le sea solicitada por el afectado por la medida. Además, y sin perjuicio de que pueda practicar cualquier otra prueba que estime relevante para el caso, el tribunal deberá examinar por sí mismo a la persona de cuyo internamiento se trate y oír el dictamen de un facultativo por él designado. En todas las actuaciones, la persona afectada por la medida de internamiento podrá disponer de representación y defensa en los términos señalados en el artículo 758 de la presente Ley. En todo caso, la decisión que el tribunal adopte en relación con el internamiento será susceptible de recurso de apelación. (art. 763.3 LEC)

En el cuarto y último, se regulan las comunicaciones de seguimiento entre el juzgado y el centro hospitalario para la valoración de la continuidad o cese del internamiento.

4. En la misma resolución que acuerde el internamiento se expresará la obligación de los facultativos que atiendan a la persona internada de informar periódicamente al tribunal sobre la necesidad de mantener la medida, sin perjuicio de los demás informes que el tribunal pueda requerir cuando lo crea pertinente. Los informes periódicos serán emitidos cada seis meses, a no ser que el tribunal, atendida la naturaleza del trastorno que motivó el internamiento, señale un plazo inferior. Recibidos los referidos informes, el tribunal, previa la práctica, en su caso, de las actuaciones que estime imprescindibles, acordará lo procedente sobre la continuación o no del internamiento. Sin perjuicio de lo dispuesto en los párrafos anteriores, cuando los facultativos que atiendan a la persona internada consideren que no es necesario mantener el internamiento, darán el alta al enfermo, y lo comunicarán inmediatamente al tribunal competente. (art. 763.4 LEC)

En el siguiente apartado abordaremos más detenidamente el alcance y la problemática real que en la práctica tienen éstos dos últimos epígrafes para facultativos y pacientes.

### *Procedimiento*

El procedimiento administrativo que desemboca en el internamiento del candidato varía en relación a las normativas legales y los protocolos médicos de cada país, pero por lo general todos siguen unas pautas similares. En el caso de España es el siguiente. (*ver fig. 1*)

Para que el procedimiento se active es indispensable que una persona sea convocada ante la institución psiquiátrica como susceptible de precisar un internamiento. Los agentes y agencias que intervienen en este proceso de pre-selección y la variedad de situaciones que pueden darse son múltiples. Dada la relevancia que para el presente proyecto tiene este particular proceso de pre-selección social del candidato, le reservo un apartado específico (*Vías de activación*) en el presente capítulo.

Una vez que el candidato ha accedido a los servicios de salud como pre-paciente psiquiátrico se pone en funcionamiento la maquinaria administrativa que regula el procedimiento. A partir de este momento la figura clave en su devenir será el psiquiatra.

Si el pre-paciente no es un menor de edad, situación en la que resulta indiferente su opinión respecto a la aplicación del tratamiento, el psiquiatra debe conocer si su interlocutor está o no incapacitado<sup>9</sup> legalmente. En caso afirmativo se procederá de la misma forma que si se tratase de un menor.

Si estamos ante una persona capaz, el psiquiatra procederá a realizar una valoración clínica del paciente, para determinar la existencia o no de enfermedad mental, y en caso positivo la gravedad de ésta. Para ello la psiquiatría dispone de cuatro tipos de pruebas o métodos de valoración clínica, que pueden ser complementarios o no dependiendo de la situación, y que no tienen por que darse en un orden establecido:

1. *Pruebas médicas.* Son una serie de pruebas de uso común para el resto de especialidades médicas que tienen como objetivo lo que en la jerga psiquiátrica suele denominarse *descartar organicidad*. El psiquiatra hace uso de ellas para excluir la existencia de una patología de base (infección, tumor, intoxicación...) que de explicación al estado que presenta el paciente. Algunas de estas comprobaciones pueden ser la exploración de las constantes vitales, un análisis de sangre, una radiografía o una resonancia magnética. Así pues, si en alguna de ellas aparecen valores positivos de enfermedad se derivará al paciente hacia la medicina general.

En cuanto haya una prueba complementaria en la que se encuentre un parámetro del tipo que sea alterado ya no es psiquiatría, ya es neurología o lo que sea [...] En psiquiatría la exploración del cuerpo, por todos los medios que hoy en día se puede explorar, tiene que ser normal. No tienes que tener fiebre, ni tener en la resonancia del cerebro nada raro, la analítica bien... [Alfredo]

Con estas medidas se pretende el hallazgo de *signos médicos* (a los que ya nos referimos

9 La incapacitación es un estado civil que se deriva de la existencia de una sentencia judicial firme. Puede requerir del concurso de un representante, normalmente un familiar, que ejercite los derechos del incapacitado en su nombre a modo de tutelaje. El art. 200 del Código Civil declara como causa de incapacitación "*las enfermedades o deficiencias persistentes de carácter físico o psíquico que impidan a la persona gobernarse por sí misma*".

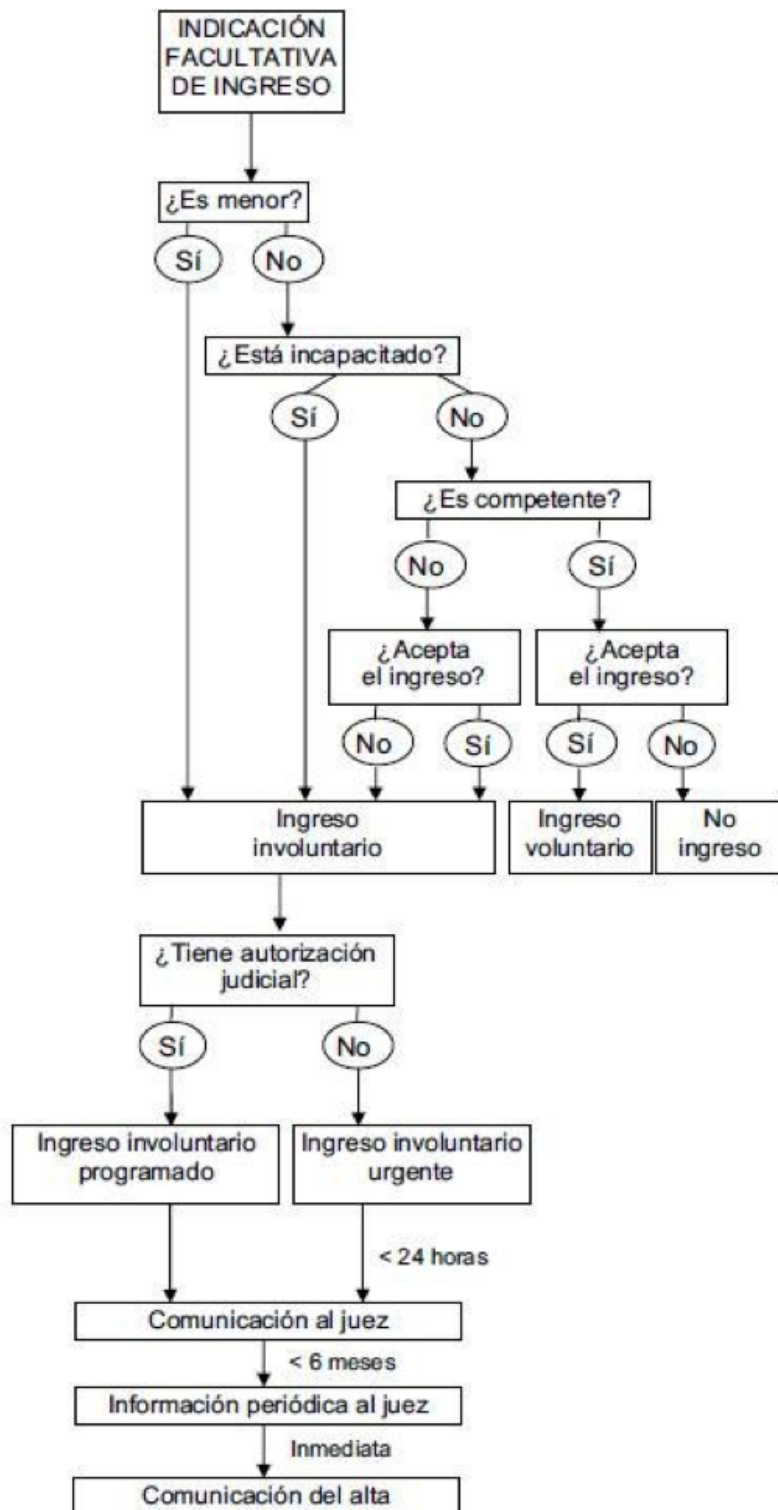


fig. 1 - Procedimiento para el Internamiento Urgente Involuntario en España reglamentado por el art. 763 LEC (Fuente: *Manual de Gestión Clínica y Sanitaria en Salud Mental*)

en el capítulo anterior), observables y cuantificables directa o indirectamente por el clínico en el cuerpo del paciente.

2. *Consulta de historial clínico.* Tiene como finalidad comprobar si el candidato tiene antecedentes psiquiátricos, con o sin internamientos previos, para valorar la posible relación entre lo referido en la historia y el cuadro que presenta el candidato en la actualidad. En los *Principios de la ONU para la Protección de los Enfermos Mentales* se especifica claramente que debe ser utilizada como guía pero en ningún caso como justificación de una enfermedad mental en el presente.

El hecho de que un paciente tenga un historial de tratamientos o de hospitalización no bastará por sí solo para justificar en el presente o en el porvenir la determinación de una enfermedad mental. (Ppio. 4.4 PONU'91 46/119)

Sin embargo, tal y como explica Sabina, nos encontramos ante una poderosa fuente de información clínica, que en el contexto de un servicio de urgencia puede resultar definitiva.

Pesa, te puedes abstraer, pero aunque no queramos y hagamos un esfuerzo por que no pese, yo creo que si que pesa [...] Probablemente ya la escucha es desde otro lado, por lo menos es desde el lado de que algo le pasa a nivel psicopatológico. [...] También además eso, que es en la urgencia, que al final siempre... Luego en planta más tranquilamente, cuando lo exploras y tal... Pero en la urgencia es verdad que todo, aunque se intenta explorar con calma, a veces no se puede. O si te llega un paciente agitado con el SUMA y tal, y ves que tiene en la historia clínica antecedente de que en algún momento de su vida se le ha diagnosticado un trastorno psicótico, pues ya ahí dices: ah! pues esto es por esto. [Sabina]

3. *Entrevista clínica.* Probablemente suponga la piedra de toque de todo el proceso. Consiste en una entrevista que el facultativo hace al pre-paciente para recabar información sobre sus pormenores de vida, analizar su relato y observar su comportamiento. Resulta un procedimiento cualitativo común utilizado en muchas otras disciplinas (etnografía, psicología, jurisprudencia, periodismo...), pero en el que para el caso de la psiquiatría se dan una serie de características particulares. En él se somete a escrutinio clínico los actos y las palabras del pre-paciente. El objetivo es encontrar elementos significativos (*síntomas*) en relación a un marco inteligible, tal y como comentaba Geertz (2003). El marco inteligible en cuestión es actualmente el marco clasificatorio que expusimos en el capítulo anterior; un conjunto de denominaciones patológicas agrupadas en base a una serie de criterios diagnósticos.

Según los *Principios de la ONU para la Protección de los Enfermos Mentales* y las *Recomendaciones del Comité de Ministros a los Estados Miembros*:

La determinación de que una persona padece una enfermedad mental se formulará con arreglo a normas médicas aceptadas internacionalmente"; de "cánones de la ciencia médica" habla el art. 2 Rec (83) 2. Fijar cuáles son tales "normas" o "cánones" no es labor fácil, aunque en parte la existencia de clasificaciones internacionales sobre la materia (ICD-10 y DSM IV-TR) facilite la tarea. (Barrios, 2012: 832)

El texto admite la dificultad añadida que conlleva identificar enfermedades mentales<sup>10</sup>, aún así se muestra optimista, señalando que existen herramientas como el *ICD*<sup>11</sup> o el *DSM* que “facilitan la tarea”. Sin embargo, el canon médico basado en estos manuales no resulta plenamente satisfactorio ni para los propios psiquiatras. Para Sabina y Ana, en ocasiones, las cosas no están ni mucho menos claras.

No hay más que ver la homosexualidad, hasta hace poco tiempo era considerada una enfermedad mental y ahora no [...] Es que el DSM-5 no sé en cuantos trastornos ha aumentado, uno dice: 'Bueno, en alguno encaja seguro. [Sabina]

Yo recibo mucha población de Marruecos, aquí en España lo que sería una personalidad histriónica, dramática, tendente a llamar la atención lo vería más en mujeres, y en Marruecos de repente veo mucho hombre con ese patrón de funcionamiento. O lo psicótico a veces cuesta un poco distinguirlo; está entre psicótico y disociativo y no soy capaz de ver que tiene un nivel de ansiedad elevado y que es disociativo y no psicótico. Lo psicótico implica una ruptura con la realidad, y lo disociativo muchas veces colinda. En ciertas poblaciones me cuesta distinguirlo. Y las clasificaciones no lo solucionan, no lo han incorporado, porque no van a meter en cada trastorno: 'en la cultura marroquí se manifiesta así, en la cultura china así'. [Ana]

Una reciente *Sentencia del Tribunal Constitucional* (STC 141/2012) que sienta un importante precedente para los procedimientos de IUI en España, concluye:

El significado de lo que ha de entenderse por trastorno psíquico, transitorio o permanente, en línea con lo dispuesto en instrumentos internacionales, remite a los conocimientos propios de la ciencia médica; sin que en ningún caso puedan considerarse como expresión de trastorno o enfermedad mental la discrepancia del afectado con los valores sociales, culturales, políticos o religiosos imperantes en la comunidad. (Barrios, 2012: 832)

Pero en realidad, en el contexto de la entrevista psiquiátrica, todo en el candidato es susceptible de ser valorado en términos clínicos: aspectos de su historiografía personal, de sus formas de representación personal, de su capital cultural o clase social, aspectos religiosos, aspectos relacionados con la sexualidad, aspectos familiares. Todo ello da lugar a una especie de modelo teleológico de representación de la persona. El problema de esta forma de escrutinio totalizante es que inevitablemente quebranta las barreras que definen cada uno de los espacios de socialidad que dan sentido a nuestros actos y palabras.

Es que la psiquiatría es jodida, porque no es solo medicina, influyen cosas culturales, cosas filosóficas. No sé, por ejemplo hay gente dominicana o

10 Sobre esta dificultad trata el controvertido *Experimento Rosenhan* llevado a cabo por el psicólogo David Rosenhan entre 1968 y 1972 en diferentes hospitales psiquiátricos de EEUU. El experimento consistió simplemente en que varios colaboradores acudieron a estos centros simulando tener alucinaciones. Todos fueron internados y diagnosticados como enfermos psicóticos. La investigación llegó a la conclusión de que los criterios utilizados por la medicina no eran capaces de distinguir entre locos y cuerdos. Véase Rosenhan, 1973

11 Es el acrónimo de “*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*”, en español se utiliza CIE “*Codificación Internacional de Enfermedades*”. Es un sistema de clasificación de enfermedades promovido por la OMS (Organización Mundial de la Salud), similar al DSM pero que abarca todo el espectro médico.

cubana que creen en la magia negra, y culturalmente es normal en ellos. Un paciente que tengo ingresado, empieza a decirme que puede predecir el tiempo mediante las hojas de una planta que crece en su pueblo, lo miro en Google y veo que efectivamente es una costumbre muy tradicional por la zona de Extremadura, que es una hoja a través de la que se puede, según como está la luna y el cielo, determinar como va a ser el clima a lo largo del año. Me decía otro compañero: '¡Está maniaco!' Pues no, para él esto es una idea, sobrevalorada como mucho, que culturalmente la arrastra así. [Sabina]

El resultado, recogido en un informe, conforma algo así como un puzzle en el que cada una de las piezas pudiera ocupar cualquier posición indistintamente de su forma y de su contenido. En estos reportes (recortes) lo que prevalece “es la agrupación lógica de los diferentes síntomas con objeto de elaborar un diagnóstico” (Martínez-Hernández, 1998: 653). La imagen resultante es una imagen clínica coherente y completa, pero socialmente incomprensible. Esta imagen clínica es asocial, es una imagen de laboratorio, omnisciente y multisituada, que no se corresponde con la realidad social del ser humano y que muestra poco interés por sospechar otros significados. Decía el filósofo Georg Simmel (2010), siempre revelador en los pequeños detalles:

El saber mutuo, que determina positivamente las relaciones sociales, no es la única condición de las mismas, sino que estas relaciones presuponen igualmente algo de no-saber. (Simmel, 2010: 40)

En otro orden de cosas, durante la entrevista, el candidato es consciente del propósito del facultativo. Lo cual no es un asunto metodológico menor. A diferencia de la célula que yacía bajo la lente del microscopio, aquí el observado es consciente de que el observador le está observando, incluso en la forma en cómo éste observa al observador. Esta certeza es capaz de distorsionar el comportamiento de cualquier persona. La entrevista en si misma supone otra situación social más, en un clima de presión soterrada, en la que los significados de lo que se dice guardan relación directa con las peculiaridades del momento y con las formas de acción simbólica<sup>12</sup> que son capaces de desplegar ambos interlocutores.

También, en el caso de los que ya han sido internados en alguna ocasión contra su voluntad existiría un problemática adicional. Un paciente bregado, con una experiencia anterior desagradable, probablemente mostrará sus reticencias a colaborar con el psiquiatra. Sin embargo, para un neófito será más fácil atender uno por uno a los requerimientos del facultativo, en base a la idea de que todo lo que diga será utilizado en su propio beneficio.

4. *Entrevistas a familiares*. Del mismo modo que la entrevista clínica resulta trascendental como herramienta diagnóstica para el procedimiento, la familia no lo es menos como institución. Ésta pre-selecciona socialmente al candidato en la mayoría de los casos, a través de ella se recaba información contrastable para el diagnóstico y sobre la misma recaerá la responsabilidad del cuidado del paciente.

12 Para Pierre Bourdieu (2007), y también para Goffman (1997), existiría una *microsociología del cara a cara* dentro de la cual los agentes ponen en circulación en su vida cotidiana toda una serie de significantes de representación personal (consumos, regalos, prácticas culturales, formulas de cortesía...) que acaban agrupando a las personas en el espacio social dentro de jerarquías subordinadas. Todas estas formas de acción social no tendrían una apariencia utilitarista, sino más bien lo contrario; en su puesta en escena lo que primaría es el no reconocimiento del beneficio material. Ésta sería a grandes rasgos la idea en torno a la que giran los conceptos “hábitus” o “violencia simbólica” de Bourdieu (2007) o “el modelo dramático” de Goffman (1997).

Todos los informantes de este proyecto hacen hincapié en la trascendencia de la familia en uno u otro momento de las entrevistas.

La familia es la institución que nos pide ayuda en mayor medida [...] Si no cuentas con la información de la familia te estás perdiendo una información que necesitas. A veces hay dudas, pero en general la impresión que te da la familia es que hay un genuino sufrimiento y una demanda de ayuda. Porque su hijo, que hace seis meses estaba trabajando y jugando al fútbol por las tardes, ahora va con un papel de aluminio en la cabeza para que no le lean el pensamiento. [Alfredo]

¿Posibles alternativas al ingreso? Tener un buen apoyo familiar, una familia contenedora. Tener un apoyo de alguna figura voluntaria que conozca la enfermedad y pueda mediar. [Ana]

Los diferentes manuales de manejo del paciente psiquiátrico en urgencias también insisten en su importancia:

La información complementaria a la aportada por el paciente por parte de familiares o conocidos del mismo, presentes o por vía telefónica, tiene mayor trascendencia en psiquiatría que en medicina, pues el enfermo psiquiátrico no es siempre consciente de su enfermedad ni de la importancia de su sintomatología. Se debe comunicar al paciente que esta información adicional va a ser solicitada. (Giner et al., 2006: 9)

Las entrevistas a familiares pueden realizarse también a conocidos u otros agentes cercanos en función de la existencia o no de un núcleo familiar competente. Estas entrevistas difieren de las entrevistas clínicas efectuadas al candidato tanto en propósito como en formato. Aquí no se trata de encontrar elementos sintomáticos en el discurso o en los actos del interlocutor, sino recopilar información contrastable respecto al cuadro que refiere el candidato.

También es una oportunidad para valorar las capacidades familiares de contención y cuidado, y la predisposición de la familia hacia un posible internamiento del candidato.

Depende mucho que tengas capacidad de contención, principalmente de su grupo de apoyo, familia o quien sea. Por ejemplo aunque tú lo veas muy claro, si la familia está en contra, hacer un ingreso involuntario para él y también involuntario para la familia es como meterse en un gran lio.” “Suele darse ambivalencia, no están en contra del todo, pero si que tienen mucho miedo. Te dicen que están de acuerdo pero luego vienen y te dicen: '¿Pero lo van a tener ingresado de verdad? Pero si no quiere a ver si se va a poner mal...' o 'No le diga que yo hablé con su psiquiatra primero', y luego muchos sentimientos confrontados de culpa. [Sabina]

Por la razón que sea suele otorgarse al testimonio de la familia un nivel de veracidad considerable. Tanto es así, que en algunas de las sentencias judiciales resueltas en España y en otros países a favor del paciente, el motivo de la retención ilegal ha sido en gran medida la información arbitraria proporcionada a facultativos y jueces por parte de los familiares.

En base a todos los datos recogidos mediante los cuatro dispositivos señalados el psiquiatra debe emitir un juicio facultativo. Puede ser que determine la no existencia de



una patología psiquiátrica. Puede ser también que identifique algún tipo de trastorno pero considere que es mejor tratarlo ambulatoriamente. Por último, puede ser que por las características y gravedad del cuadro clínico estime conveniente proceder a un internamiento.

En caso de que el paciente esté de acuerdo con esta última medida se procederá a hacer un ingreso voluntario. En caso contrario, el psiquiatra deberá determinar si el candidato es o no competente.<sup>13</sup>

Los dos factores clínicos determinantes que los psiquiatras entrevistados tienen en cuenta a la hora de valorar la competencia personal del candidato son: la pérdida del *juicio de realidad* y el no tener *conciencia de enfermedad*.

Sobre todo el hecho de haber perdido el juicio de realidad, eso es lo que marca. Muchas veces cuando te dicen las familias, es que mi hijo o mi marido está bebiendo mucho, se está arruinando la vida, o está consumiendo drogas... En teoría ahí no está perdiendo el juicio de realidad, tiene un problema, pero un internamiento involuntario no se debería hacer. Aparte porque para ese tipo de trastornos, puesto que la motivación para el cambio y que tenga conciencia de enfermedad es muy importante, no sirve hacerlo a las bravas e involuntariamente. Si su juicio de realidad está conservado no puedes hacer un involuntario. [Sabina]

La mayor parte de los casos es por falta de conciencia de enfermedad. Falta de reconocimiento de que está habiendo un problema y su conducta es de riesgo en ese momento, o sea su toma de decisiones. [Ana]

Como se puede suponer, determinar que una persona no posee una correcta y completa comprensión acerca de la realidad que la rodea puede ser, epistemológicamente hablando, un asunto difícil en algunos casos<sup>14</sup>. Igualmente, el hecho de tener o no conciencia de enfermedad<sup>15</sup> puede ocasionalmente presentarse como algo equiparable a asumir o no el veredicto del facultativo. Ambos conceptos parecen problemáticos.

Si aún con todo, el médico acaba estimando que se trata de una persona competente, el candidato podrá decidir acerca de si quiere o no ser internado. En cambio, si determina que no lo es, la potestad del internamiento recaerá únicamente sobre el psiquiatra, que deberá requerir una autorización al juzgado correspondiente en el plazo máximo de 24 horas, período legal en España. En caso de que el psiquiatra no lo tenga todavía claro, podrá retener al paciente en un área especial de observación durante ese período máximo. Así lo relata Alfredo, psiquiatra en un centro especializado:

[el internamiento] Yo suelo intentar pactarlo, negociarlo con el paciente para que ingrese voluntariamente. Pero si agotas todas las vías hay que hacerlo involuntario [...] en caso de duda, siempre se puede quedar en observación,

13 Según Pablo Simón, experto en bioética, la competencia sería el “Estado psicológico empírico en que podemos afirmar que la decisión que toma un sujeto es expresión real de su propia identidad individual, esto es, de su propia autonomía moral personal (...) por tanto, la capacidad es la forma operativa y funcional de ese otro concepto más filosófico que es la autonomía moral personal, un atributo del hombre como ser, con la potestad en la vida dándose a sí mismo el sentido y la norma de existencia.” (Simón, 1995: 264)

14 Tanto es así que cuando el paciente accede voluntariamente a ser internado nadie considera que haya perdido la correcta capacidad para decidir acerca de su vida.

15 La no-conciencia de enfermedad es aquí tratada como síntoma de enfermedad. Podemos pensar comparativamente en el caso de un paciente oncológico que negara su cáncer, ¿tendría su postura las mismas implicaciones clínicas que en el caso del paciente psiquiátrico?

y lo reexploras más adelante. [Alfredo]

Tras ser emitida la petición al juez e internado el candidato, se produce un estadio de “incertidumbre” médico-legal en el que éste ya es paciente de facto. En su nuevo hábitat, puede que ya anteriormente visitado, tomará consciencia de su nueva posición social, y en la medida que lo desee pondrá a trabajar su ingenio y sus recursos sociales para intentar revocarla; con la hercúlea dificultad (y el agravante clínico) que supone intentar convencer a alguien de que no se es un enfermo mental cuando la sociedad en su conjunto, a través de sus mecanismos y representantes oficiales, ya te ha designado como tal.

Este periodo de indeterminación no puede alargarse legalmente más de 72 horas desde la solicitud de internamiento, intervalo en que la comisión judicial ha de personarse en el centro para realizar una inspección ocular del paciente y emitir un veredicto. En la actualidad, con la implantación de las nuevas tecnologías, también puede hacerse por videoconferencia.

El paciente ingresa, y si se decide que va a estar en régimen involuntario, uno manda una planilla que hay ya en el ordenador en la que viene la solicitud al juzgado correspondiente, en la que comunicas que estás haciendo un ingreso involuntario, y en la que añadimos un informe clínico. Y yo ya no sé más, lo mando por fax y los jueces tienen que venir en el plazo de 72 horas máximo. Se tienen que personar en el hospital. Cuando vienen al hospital yo ni les veo, es enfermería quien media, ya no puede haber contacto entre ellos y nosotros, son muy pulcros en esto. Valoran al paciente, y una vez que se van, vuelven a su lugar de trabajo y nos mandan un fax con la ratificación o no de ingreso.” “Nunca he estado en la vista, pero supongo que tendrán nociones de psiquiatría... yo creo que son jueces y médicos forenses, pero el médico forense creo que no es psiquiatra, pero al ser médico forense supongo que sabrá bastante de psiquiatría. Y lo que hacen fundamentalmente es preguntar sobre si están de acuerdo o no con el ingreso. [Salomé]

El paciente psiquiátrico, como cualquier otra persona en un estado de derecho, debe recibir información precisa sobre su situación legal, ha de ser escuchado por la comisión judicial y puede solicitar la asistencia de un representante legal si lo considera oportuno. Todo ello viene reglado por el art. 763.3 de la Ley de Enjuiciamiento Civil:

[...] el tribunal oír a la persona afectada por la decisión, al Ministerio Fiscal y a cualquier otra persona cuya comparecencia estime conveniente o le sea solicitada por el afectado por la medida. Además, y sin perjuicio de que pueda practicar cualquier otra prueba que estime relevante para el caso, el tribunal deberá examinar por sí mismo a la persona de cuyo internamiento se trate y oír el dictamen de un facultativo por él designado. En todas las actuaciones, la persona afectada por la medida de internamiento podrá disponer de representación y defensa en los términos señalados en el artículo 758 de la presente Ley. En todo caso, la decisión que el tribunal adopte en relación con el internamiento será susceptible de recurso de apelación. (art. 763.3 LEC)

En una situación en la que se acaba de valorar clínicamente al candidato como incompetente para tomar decisiones sobre su vida, resulta bastante chocante la idea de un interno solicitando sus garantías procesales (otro agravante clínico), y sobretodo la

posibilidad de que pueda llegar a hacer uso de ellas. No obstante, la racionalidad formal a la que se debe la ley, hace que esta garantía ciudadana deba ser planteada como en cualquier otra circunstancia de la vida.

Salvo Alfredo en una ocasión, el resto de los psiquiatras que han colaborado con esta investigación, todos ellos con muchos años de profesión a sus espaldas, no han presenciado jamás que un paciente haya dispuesto de los servicios de un abogado<sup>16</sup> dentro de una unidad de internamiento.

En teoría tienes los mismos derechos que cualquiera, lo que pasa es que muchas veces no acaban teniendo abogados porque están ingresados. Porque te dicen: '¡pues voy a llamar al abogado!', también es que están mal, al final la verdad es que si están muy malitos... a lo mejor les dices: 'pues espérate y luego ya lo gestionas, y luego por el camino se les olvida [...] Yo nunca he visto, ni en urgencias ni en planta, que un paciente haya podido hacer uso de un abogado. [Sabina]

En este régimen de verdad, la valoración del psiquiatra difícilmente puede ser impugnada. A la pregunta: ¿Puede darse el caso de que un juez no conceda su autorización para proceder a un internamiento?

En España es super raro, casi por definición el juez dice que si a lo que el médico haya dicho. Yo solamente he visto una vez que a un paciente concreto que se ha solicitado autorización al juez no se lo ingresara. Vinieron a valorarle, ahora se hace mucho por videoconferencia, ya no se desplazan, y dijo que no, que el no autorizaba ese internamiento. En otros países quizás no sea así, pero en España si el médico dice tal, va a ser eso. Es muy raro que un juez diga que no a lo que ha dicho el psiquiatra. [Sabina]

Yo no lo he visto nunca, porque supongo que son situaciones que no dan mucho lugar a controversia, está relativamente claro el tema. [Alfredo]

Yo no lo he vivido, pero podría darse. También es verdad que como tú le puedes retener en contra de su voluntad por criterio médico hasta 24 horas, en realidad de entrada nadie te lo va a denegar. Porque tú cuando ingresas y haces una retención involuntaria ya estás avisando al juez con una notificación, y la verdad es que luego lo dan por aceptado, y luego ya viene el juzgado a valorar al paciente durante esa semana. [Ana]

Lejos de lo que pudiera parecer, la validez del procedimiento y su legalidad son incuestionables, puesto que en caso contrario sería imposible llevarlo a cabo en una sociedad como la nuestra. Un argumento que validaría aún más el procedimiento es que existen sentencias judiciales sobre la materia en las que se da la razón al paciente; declarándose el procedimiento nulo y restableciendo la dignidad moral del denunciante. Casi siempre por tema de plazos y cuestiones de procedimiento formal.<sup>17</sup>

16 "Wenger y Fletcher (1969) en los Estados Unidos, verificó el efecto de ser representado por un consejero legal en una audiencia para determinar si una persona debía ser internada compulsivamente en un hospital psiquiátrico. En su verificación, las personas que fueron representadas por abogados y aquellas que no lo fueron presentaron iguales niveles de psicopatología. Sin embargo, la tasa de internación de los dos grupos fue muy diferente. De las 15 personas que tuvieron representación legal, 11 no fueron internadas, mientras que, entre quienes carecían de abogado, 61 de 66 fueron internadas por la Corte." (Cochrane, 1991: 154)

17 Una de las últimas sentencias favorables al paciente en España ha sido la STC 141/2012, de 2 de julio. El fallo del Tribunal Constitucional da la razón al paciente en el caso de un procedimiento IUI

Una vez emitida la autorización judicial y cumplidos todos los requisitos formales el paciente ya es oficialmente un internado más. Ya en la planta se le asignará una habitación, se le requisarán sus objetos personales, se le explicará el funcionamiento de la unidad (más bien lo irá comprendiendo) y se le fijará un plan de tratamiento (básicamente farmacológico).

No hay un tiempo establecido de permanencia en estas unidades. La posibilidad de abandonar el centro dependerá de las posteriores valoraciones clínicas que vaya emitiendo el psiquiatra durante la estancia hospitalaria, que deberán ser remitidas periódicamente al juzgado.

[...] Recibidos los referidos informes, el tribunal, previa la práctica, en su caso, de las actuaciones que estime imprescindibles, acordará lo procedente sobre la continuación o no del internamiento [...] (art. 763.4 LEC)

A través del enmarañado y complejo trayecto que hemos descrito, la persona ha ido transitando desde el estatus de pre-paciente hasta el de paciente internado y enfermo mental. En el siguiente apartado nos interesaremos por *lo que sucedió antes de todo esto*.

#### *Vías de activación*

El trabajo *Internados* de Erving Goffman (2001) desarrolla una pormenorizada descripción microsociológica de los espacios de confinamiento de los que hace uso la institución psiquiátrica.

Las características de estos espacios, comunes para los lugares en los que acaban los internados de mi proyecto, son: *a)* Áreas separadas físicamente del resto de especialidades o servicios hospitalarios, con un régimen especial en cuanto a funcionamiento interno. *a)* El acceso de cualquier persona (médicos, enfermeros, pacientes, familiares...) a estas zonas y a las subzonas que conforman la unidad es supervisado por una autoridad única. *b)* Queda restringido el contacto de los pacientes con el exterior (restricción de salidas, visitas, llamadas telefónicas...). *c)* Se prohíbe o queda estrictamente limitada la tenencia de objetos personales (móviles, libros, bolígrafos, útiles de aseo...) o cualquier otro elemento de representación personal (vestidos, adornos, maquillajes...) a todos los internos. *d)* Queda bajo control de la autoridad médica la gestión del tiempo y la planificación de las rutinas de los internos. *e)* Uso de uniformes o indumentaria especial única (monos, batas, pijamas sanitarios...) para cada uno de los grupos humanos o profesionales que integran la unidad psiquiátrica. *f)* Los pacientes están obligados a recibir el tratamiento que los facultativos estimen necesario (pastillas, deprivaciones, contenciones...), considerando su inclusión en el citado régimen como parte del tratamiento.

Su trabajo se centra principalmente en la descripción etnográfica de la vida en estos establecimientos, pero en la primera parte del libro detalla brevemente las vicisitudes sociales del candidato antes de acabar siendo un paciente. Goffman (2001) introduce en este apartado dos conceptos clave a los que se refiere como *contingencias de carrera* y *agentes de rol*.

Por *contingencias de carrera* entiende toda una serie de situaciones o posiciones

ocurrido en Granada en 2007 en el que no se cumplió con los plazos de reconocimiento por parte de la comisión judicial.

sociales que favorecen o que también pueden ayudar a eludir un posible internamiento, al margen de valoraciones clínicas, o a pesar de ellas. Factores como la situación socioeconómica del candidato, la proximidad de un centro hospitalario o la opinión de su familia respecto de un tipo de tratamiento determinado serían algunos de ellos. También lo serían otras menos cuantificables,

[...] un psicótico es tolerado por su esposa, hasta que ella contrae otra relación sentimental, o por sus hijos hasta que se mudan de una casa a un departamento; un alcohólico es enviado a un hospital psiquiátrico por que no hay lugar en la cárcel; un adicto a las drogas, porque se niega a recibir tratamiento psiquiátrico externo; una adolescente rebelde, porque amenaza mantener relaciones desembozadas con un sujeto indeseable, y su familia no consigue dominarla, etc. [...] Una serie correlativa de contingencias, no menos importante, ayuda a la persona a eludir ese mismo destino [...] por ejemplo, el interés que tenga la familia en que vuelva, o la posibilidad de un empleo asequible. (Goffman, 2001: 140)

Este sin número de contingencias estaría íntimamente relacionado con los intereses y percepciones culturales de los actores que intervienen en ellas, todos ellos son denominados “agentes de rol [...] el circuito de agentes y agencias que por fuerza intervienen en su tránsito del status civil al status de paciente.” (Goffman, 2001: 141)

Una de las hipótesis que lanza el libro, de marcadas resonancias durkheimianas, se resume bastante bien en el siguiente párrafo:

Desde el punto de vista formal de la sociedad, los internos de un hospital psiquiátrico se encuentran allí porque padecen enfermedades mentales. Empero, si se considera que el número de «enfermos mentales" no internados iguala, y hasta excede al de los internados, podría decirse que éstos son víctimas de las contingencias, más que de una enfermedad mental. (Goffman, 2001: 140)

En él no se niega la mayor, a saber, la existencia de la enfermedad mental, al igual que tampoco lo hacía Durkheim (2012) en su clásico *El suicidio*. Pero si que se defiende la idea de que no todo puede ser ventilado como trastorno psiquiátrico, o si se mira de otro modo, que el trastorno psiquiátrico no es una entidad que se pueda valorar autónomamente. El interés del libro será analizar los condicionantes sociales, no clínicos, que conducen a una persona a los brazos de la institución psiquiátrica.

Así pues, partimos de la razonable sospecha de que cuando alguien acaba delante de un psiquiatra es porque anteriormente han sucedido determinadas cosas en su entorno que lo llevan hasta él; y también que la institución médica, por lo que sea, no suelen prestar demasiada atención a todo esto, más preocupada por asignar etiquetas diagnósticas.

¿Cuáles serían las vías de activación en los casos de Internamiento Urgente? ¿Y qué agentes aparecerían implicados habitualmente?

Uno, que el entorno se las apañe para que el sujeto llegue hasta la urgencia del centro sanitario, allegados. Dos, que venga él voluntariamente, esto es muy infrecuente, porque por definición no suele haber conciencia de que el malestar es el resultado de un trastorno mental que se puede tratar. Tres, que lo traiga la policía. Cuatro, que lo traigan servicios sanitarios, SAMUR o SUMA, con ambulancia. Porque ha protagonizado un altercado y alguien les ha llamado, un vecino o quien sea. Cinco, porque ya se ha puesto en

conocimiento de un juez esta situación, el juez lo ha valorado y ya lo envía con una autorización previa. Seis, alguien que ya esté ingresado voluntariamente, pero que a lo largo del ingreso las circunstancias cambian y se pasa a involuntario porque las premisas del principio ya no se cumplen. [Alfredo]

Desde luego que todo esto son supuestos ideales, y las circunstancias y agentes implicados pueden ser de lo más diverso y variado. Sin embargo, como si se tratara de un cuadro, todos los informantes coinciden en señalar las mismas cuatro o cinco escenas para la mayoría de los casos.

En general suelen ser familiares, si que alguna vez son vecinos que empiezan a quejarse mucho a servicios sociales, y acaba en fiscalía que pide una autorización judicial y entonces llegan a nosotros”. “También gente que trae la policía o el SAMUR, que están en la vía pública con alteraciones de conducta graves, con un discurso incoherente o bizarro, y que entonces te lo traen sin familiares y sin nada, y que la persona tampoco te sabe explicar muy bien, o incluso viene totalmente perplejo o mutista.” “Otras veces puede llegarte con un traslado forzoso involuntario previo, que muchas veces por el art. 763 de la ley de enjuiciamiento civil te lo manda su psiquiatra de referencia, ya que la familia ha ido a consulta y ha dicho: 'mi hijo lleva sin venir a consulta varios meses, no sale de casa, está fatal, está con soliloquios, o sea, suelen ser casos de psicosis sobre todo. Y entonces activan el traslado forzoso, ya que el psiquiatra del centro de salud mental ha hecho una nota para que la familia llame a la ambulancia, y así llegue al servicio de urgencias. En este caso es como una derivación, de alguna manera. Sobre todo llegan a urgencias por estas dos vías.” “Otras veces te llega el propio paciente voluntariamente a la urgencia, a lo mejor viene simplemente por un tema de ansiedad, pero empiezas a explorar y esa ansiedad viene en relación a una ideación delirante paranoide con que los vecinos que le están haciendo no sé qué, que le espían o que le están radiando a través de la vitrocerámica, que yo siempre me planteo: 'joder, si te están haciendo todo esto lo lógico sería que acudieras a una comisaría, y no a un centro de salud'. Pienso que debe haber algo en la mente que hace que estas personas vengan a urgencias a contarte todo esto. [Sabina]

Vemos como la familia y la comunidad, instituciones que regulan culturalmente la sociedad; y los cuerpos de seguridad y servicios sanitarios, instituciones que la regulan orgánicamente; son las principales instituciones que pre-seleccionan y pre-identifican al candidato en la mayoría de los casos. Y también vemos como la familia, en paulatino declive para algunos, lejos de ser sustituida por la racionalidad administrativa, sigue siendo reclamada en su auxilio. En realidad un auxilio mutuo, puesto que a la vez que demanda ayuda externa está pre-seleccionando los candidatos que darán razón de ser a la psiquiatría como disciplina médica, y al Estado como entidad que ampara a sus ciudadanos (Foucault, 2005).

La familia muchas veces lo demanda, es una demanda que viene muchas veces de los familiares. Incluso hay veces que el familiar trae al paciente para ingresar y yo por criterio psiquiátrico no considero que sea un caso para ingreso, y entonces se van en contra del parecer de la familia. Pero yo en general, de familiares tenemos una mejor percepción, porque son ellos los que nos lo piden. Puede darse a la inversa, pero lo general es que lo entiendan, y de hecho lo soliciten. [Ana]

Los *agentes de rol* y sus funciones en el caso del IUI son: a) Familiares, allegados y vecinos como agentes que pre-seleccionan socialmente al candidato. b) Médicos de urgencias y policías como agentes que pre-identifican al enfermo mental. c) Psiquiatra como agente que lo identifica, certifica su trastorno y prescribe el tratamiento. d) Juez como agente que autoriza el tratamiento.

Las situaciones concretas que dan lugar al concurso de la institución psiquiátrica pueden ser innumerables, pero todas ellas se producirán dentro de los dominios de acción de cada una de las agencias y agentes citados. Cualquier comportamiento no-aceptable<sup>18</sup> en el ámbito doméstico o público que solivianta su cotidianidad con cierta continuidad y que no pueda ser sometido al marco legal ordinario, actuará como detonante para una visita al psiquiatra.

Por eso en estos procedimientos, tal y como dejan continuamente entrever nuestros informantes, tienen tanto peso las características particulares de la familia y el círculo de próximos al candidato; su situación de clase, su capital cultural, su capacidad de contención, de soporte o su comprensión de la enfermedad.

En ocasiones pensamos: 'si este paciente tuviera otra familia no estaría aquí'. Y también pacientes que deberían ingresar pero como están bien asistidos por sus familias no es necesario. Igual que lo social atraviesa al individuo, la familia también. [Salomé]

Si la familia está preparada, la familia puede contener un caso así, evitando el ingreso incluso. [Alfredo]

También el candidato mismo puede actuar como un *agente de rol* más, que atónito y desconcertado ante lo que le está pasando, acude por su propia voluntad al centro hospitalario con la esperanza de ser ayudado. Aunque como señala uno de los entrevistados: “[que vengan ellos] es muy infrecuente, porque por definición no suele haber conciencia de que el malestar es el resultado de un trastorno mental.”[Alfredo]

En este punto, pueden ser de gran trascendencia factores relacionados con la procedencia cultural del candidato y su nivel de integración dentro de la sociedad que lo alberga.

Todo lo concerniente a las etiquetas diagnósticas está atravesado por lo social y por los cambios culturales. A lo largo de la historia han ido variando las etiquetas diagnósticas en función de la dinámica social, en función de qué se consideraba correcto o no, del peso de la religión, de los estilos sociales. Hace sesenta años la histeria era más frecuente porque el

18 En este trabajo no me detengo a discernir entre normal y anormal. Pero si, puesto que lo empleo aquí por primera ocasión, me gustaría justificar por qué uso el término no-aceptable en vez de anormal. Algo puede ser anormal y sin embargo estar refrendado socialmente, o al menos tener un espacio específico dentro de un marco cultural dado. Devereux (1971) llama *modelos de conducta incorrecta* a aquellos comportamientos estereotipados socialmente que ocupan los márgenes de una sociedad dada pero que sin embargo siguen perteneciendo a la misma, sería el caso del *amok* de los malayos, el *inu* de los ainus o el *revienta-corazón* de los mohave, o lo que antaño era el loco en nuestra sociedad. Tal y como decía el etnopsiquiatra: “*La sociedad pre-estructura [también] la conducta individual incorrecta*” (Devereux, 1971: 5). Estos comportamientos no pueden ser clasificados como no-aceptables, puesto que es la sociedad misma la que a través de sus artefactos culturales los ampara y promueve. Por no-aceptable entiendo algo que no tiene espacio (¿un no-lugar?) ni siquiera dentro de lo anormal y que por ello expulsa a la persona socialmente. El enfermo mental surge como producto de la lógica administrativa moderna y por lo tanto solamente está integrado orgánicamente. Queda virtualmente fuera de la sociedad, o al menos no está integrado cultural y comunitariamente de la misma forma que lo estaba el loco de antaño.

mecanismo de defensa de la represión era más necesario en una sociedad autoritaria, normativa. A día de hoy dónde todo es, entre comillas, dónde los límites intergeneracionales no están tan marcados, internet permite acceder a mucha información, dónde los adultos ya no son tan adultos, prevalecen más las patologías por inmadurez, por impulsividad. [Salomé]

Si que es verdad que el nivel de exigencia del día a día es mucho más intenso en una ciudad occidental que una aldea en Nigeria. Entonces en la aldea de Nigeria, el enfermo mental es el chaval distinto, que todos en la aldea saben que es distinto, pero bueno, tiene un cometido que él puede hacer, el loco del pueblo, que está mucho más integrado en la sociedad. Aquí se despunta mucho más, debes tener un trabajo, un buen funcionamiento laboral, socio-afectivo, relacional... Probablemente estas cosas se gestionaban mejor culturalmente antes. [Sabina]

Del mismo modo, es muy importante la aceptación por parte del paciente del nuevo rol que la sociedad le propone. Los comienzos en la carrera moral del paciente pueden ser duros y lo habitual será que al principio presente todo tipo de resistencias<sup>19</sup>. Sin embargo, la presión facultativa, familiar y social hará que éste acabe amoldándose a su papel. En ocasiones, la acomodación de la persona al rol de enfermo también puede verse favorecida por las exiguas ventajas materiales que la sociedad le propone a cambio (pensiones, ayudas, pisos tutelados).

Hay algunos que se sobreidentifican tanto que les tienes que decir: 'no, no, tú no eres..., tú eres Juan, y tienes un perro, un trabajo, un dolor de muelas, y tienes una esquizofrenia paranoide que es una pieza más del puzzle que configura tu persona. Hay partes sanas de ti, que son las que hay que intentar potenciar, no la parte enferma, que tú la tienes por ahí como a mí me puede dar por comer chocolate cuando estoy ansiosa o tengo malestar. [Sabina]

Hasta aquí este capítulo, en el que hemos intentado abordar la figura del Internamiento Urgente Involuntario (IUI) desde la perspectiva, los planteamientos y las definiciones que dan las instituciones y los agentes implicados en el proceso. Una descripción *desde dentro*, basada en los testimonios de los profesionales, los protocolos médicos y las reglamentaciones legales existentes.

19 Según un informe de un conocido hospital madrileño, “hasta dos terceras partes de los ingresos hospitalarios en primeros episodios psicóticos pueden requerir la solicitud de una autorización al juez.” (Andrés et al., 2002: 5). Los informantes de este proyecto refieren casi todas las tasas parecidas y en algún caso incluso mayores.



## ¿por qué encierran a esa gente?

La prescripción facultativa del IUI precisa que se den una serie de requisitos:

- a) Que el candidato sufra una *enfermedad mental*
- b) Que la enfermedad implique un *peligro para el paciente*
- c) Que el paciente no desee ser *internado*
- f) Que el internamiento sea en *beneficio del paciente*
- d) Que el paciente no tenga *conciencia de enfermedad*
- e) Que la enfermedad conlleve una pérdida del *juicio de realidad*

Según nos han contado los psiquiatras que hemos entrevistado, muchos pacientes con *enfermedad mental* (a) no quieren ser *internados* (c); bien porque no tienen *conciencia de enfermedad* (d), bien porque su *juicio de realidad* está trastocado (e). Nos faltaría saber en qué medida la enfermedad mental entraña un *peligro* (b) y de qué forma un ingreso no voluntario puede suponer un *beneficio para el paciente* (f).

### *La noción de peligrosidad*

Aunque a menudo se aduzcan legalmente otros motivos<sup>20</sup>, la noción de peligrosidad en el paciente psiquiátrico sigue siendo el requisito principal en torno al cual giran todas las prescripciones de IUI. En realidad, como iremos viendo, es el requisito que actuaría como muleta del resto de motivos para un internamiento. Por peligrosidad del paciente o en el paciente se entiende: el riesgo que uno puede suponer para los demás, el riesgo que uno supone para si mismo y también el riesgo que uno supone para el éxito de su tratamiento médico.

Ninguno de estos preceptos es fácil de determinar. Tanto si se trata de un peligro para uno mismo como para los demás dependerá de las circunstancias, preferencias personales, contexto cultural y nociones morales de cada cual. Por poner un ejemplo algo grosero, alguien que realiza un deporte de los denominados de alto riesgo, pongamos el paracaidismo, está sin duda exponiéndose a un peligro extraordinario y no por ello se le interna en una unidad especializada. El facultativo de turno aludirá a que esa persona no padece ningún trastorno mental y que es competente para obrar con su vida de la forma que desee. Sin embargo, como hemos visto, en muchos casos la adopción continuada de conductas de riesgo es en si misma la que, a juicio del clínico, significa la existencia de una patología mental. Los ejemplos y situaciones son innumerables, tan solo pretendo recalcar el sentido ambiguo de lo que puede entenderse por noción de peligrosidad.

Dicho esto, por peligro para los demás el psiquiatra entenderá cualquier situación en la que el paciente pueda agredir o someter a una situación de riesgo indeseado a un tercero, no solamente un riesgo físico sino a veces también moral o económico<sup>21</sup>, lo cual complica aún más la cosa.

Como riesgo para si mismo incluiríamos cualquier comportamiento que ponga en peligro la integridad física, moral o económica del paciente. Como podría ser un intento de suicidio, un exceso en el consumo de tóxicos o pasear desnudo por la M30.

Por último, se puede internar a un paciente si implica un riesgo para el éxito de su

20 En Italia y España, como vimos en el anterior capítulo, teóricamente la condición necesaria para autorizar judicialmente un internamiento es su finalidad terapéutica.

21 Es una situación típica caracterizada como sintomática en el caso de lo que la psiquiatría clásica consideraba maniaco-depresión, *trastorno bipolar* según las categorías del *DSM-5*: “*El individuo puede comprar muchas cosas innecesarias sin tener dinero para pagarlas y, en algunos casos, las regala.*” (APA, 2014: 129)

tratamiento psiquiátrico<sup>22</sup>. En este supuesto se exponen cuestiones tales como el abandono de la medicación o la no asistencia a las consultas ambulatorias.

Nuestros informantes, desde su experiencia profesional, detallan toda una serie de casos concretos para estos posibles peligros. Recojo aquí alguno de esos fragmentos:

[...] un trastorno de la conducta alimentaria en el cual hay riesgo vital o una situación en la cual hay una ideación suicida persistente resultado de un trastorno mental. [Alfredo]

Hoy he visto un chico que ingresó por orden judicial, iba con un arma por la calle y se denunció la situación a la policía y de allí llegó al juzgado de guardia y el juzgado de guardia hizo una nota de derivación al hospital. [Salomé]

Veo casos de típica señora que tiene una demencia y un trastorno psicótico asociado y que vive en unas condiciones de inseguridad brutal... Supongo que es más llamativo cuando pone en riesgo a otras personas, siempre es más difícil una persona aislada que no se está cuidando y no tiene relaciones. [Salomé]

Es una medida que a veces es necesaria, a veces llegan muy exaltados, o personas que te trae la policía que están por la calle totalmente desorganizados, o uno de Valencia que de repente aparece en Madrid siguiendo un halo de luz. También están en una situación muy vulnerable, cuando alguien está así se pueden aprovechar mucho de él. [Sabina]

[...] por ejemplo en alteraciones del comportamiento en la vía pública, andando por mitad de la autovía o protagonizando un altercado, cosas de este tipo. [Ana]

O sea que alguien venga diciéndote que tiene un impulso desgarrador de matar al supuesto amante de no se quien. Puede ser delirante o puede ser cierto. Si es cierto, posiblemente estas conductas tan agresivas pues te llevaría a pensar en un trastorno de la personalidad. Pero vamos, generalmente, se trataría de trastornos psicóticos. [Ana]

Imagínate, un paciente con un trastorno psicótico que lleva sin venir a dos o tres citas, que ha dejado el tratamiento y viene la familia y me dice que su hijo está fatal, que no se toma el tratamiento, que no duerme, que esta agitado, que esta vociferando, diciendo que va a hacer cualquier cosa, y que por favor que le de una nota para valoración de su hijo. [Ana]

En el *Poder psiquiátrico* Michel Foucault (2005) expone cómo quedó históricamente asociada la noción de peligrosidad a la imagen del loco. Para ello se remonta a la Francia de principios del s. XIX, momento fundacional para el alienismo.<sup>23</sup>

22 Este supuesto tiene algo de delirante, puesto que facultativamente el internamiento mismo se contempla como parte del tratamiento. Sería algo así como “para evitar que no estés internado yo te interno”.

23 El término alienismo se empleó desde principios hasta casi final del siglo XIX para designar a la nueva disciplina médica que vendría a encargarse del tratamiento de la enfermedad mental. Es éste el término que todavía usa Durkheim cuando escribe *El suicidio* en 1897. Paulatinamente fue substituido por el de psiquiatría. El alienismo supone la primera incursión de la medicina oficial dentro del campo de la locura.

[...] no se trata tanto de demostrar que todo criminal es un posible loco como de demostrar -lo cual era mucho más grave pero también mucho más importante para el poder psiquiátrico- que todo loco es un posible criminal. Y la determinación, la atribución de una locura a un crimen -y en última instancia de la locura a cualquier crimen-, era el medio de fundar el poder psiquiátrico, no en términos de verdad, pues no se trata precisamente de verdad, sino en términos de peligro: estamos aquí para proteger a la sociedad porque, en el corazón de toda locura, está inscrita la posibilidad de un crimen. (Foucault, 2005: 297)

Y también señala una inesperada vinculación económica en todo este proceso de conversión del loco en criminal.

[legalmente] el costo de la pensión de quien estaba internado en el asilo estaba a cargo del departamento o la colectividad de la que era originario [...] Para que un consejo general, una prefectura o una alcaldía aceptaran y sufragaran la internación de un idiota, era preciso que el médico garantizara a la autoridad en cuestión no solo que el idiota lo era, no solo que era incapaz de subvenir a sus necesidades, sino que lo calificara además de peligroso, esto es capaz de cometer incendios, homicidios, violaciones, etc., y recién cumplida esa condición las colectividades o las autoridades locales aceptaban asistirlo. Cosa que los médicos de los años 1840-1860 dicen con claridad: estamos obligados, señalan, a redactar falsos informes, a hacer más negra la situación, a presentar al idiota o débil mental como peligroso para poder obtener [que sea asistido]. (Foucault, 2005: 258)

La peligrosidad del paciente psiquiátrico, más allá de su padecimiento, sigue siendo hoy en día el tema sensible. Sobre él existe gran cantidad de material estadístico<sup>24</sup> que afirma que el enfermo mental no es más peligroso que la media poblacional. La propia psiquiatría oficial y las asociaciones de pacientes insisten en ello en sus frecuentes campañas mediáticas de “desestigmatización”. Sabina y Salomé, desde su práctica profesional, también refrendan estas valoraciones.

No creo que haya un porcentaje mayor, en todo caso si de peligrosidad hacia si mismos. Pero no hacia otros, y de violencia para nada. A veces hay agitaciones psicomotrices, o episodios de heteroagresividad contra objetos o contra personas, pero es que eso no es violencia como tal. Es que él ahí está gobernado por los síntomas. Me parece peligroso denominar a eso violencia. Lo que pasa es que cuando hay alguna cosa delictiva o de violencia y sale en las noticias no te dicen: 'un hombre diabético ha matado a...', pero si tiene un diagnóstico mental si que te lo dicen. [Sabina]

Hay muchos estudios que dicen que los pacientes psiquiátricos son menos

24 “Diversos estudios afirman que solamente uno de cada cien pacientes psiquiátricos es agresivo, por lo tanto un médico no tiene mayores posibilidades de enfrentarse a un paciente violento sólo porque éste padezca un problema psicológico. En consecuencia, estamos en condiciones de afirmar que el trato con pacientes psiquiátricos no implica un mayor peligro de agresión física que el de cualquier otra clase de paciente.” (D’Alessandro, 2008: 38)  
“Para cumplir con los requisitos legales relacionados con la internación involuntaria, una persona debía ser tanto peligrosa para sí misma o para los demás como presentar un serio deterioro e incapacidad. Scheff examinó los procedimientos judiciales para 163 pacientes que fueron finalmente internados en hospitales psiquiátricos. Sobre la base de los registros psiquiátricos de estos pacientes, descubrió que el 63% de ellos no cumplían ninguno de los dos criterios legales.” (Cochrane, 1991: 154)

peligrosos. No sé por que yo no trabajo en una cárcel, me falta la otra parte. Es raro que un paciente psiquiátrico sea peligroso. Otra cosa es que se exponga a situaciones de riesgo. Creo que cuando una persona tiene un trastorno mental aumenta el riesgo de exponerse a una situación de riesgo, en cuanto a la heteroagresividad no creo que sea más de la media.” “Ha habido mucho descuido asistencial... no sé, en los años 40 en los manicomios había gays, delincuentes, psicópatas, entonces yo creo que ha estado bastante mezclado todo esto. Se hizo como un macrogrupo en el que se incluía todo. Creo que en parte [la idea de peligrosidad] se explica por este legado. También creo que por parte de los medios hay un uso inadecuado del tema de la enfermedad mental. Incluso en los propios hospitales hay mucho miedo al enfermo mental. [Salomé]

Pero a la vez, cuando se refieren a los motivos para proceder a un internamiento, cuando aíslan a sus enfermos o cuando solicitan la intervención policial, los mismos psiquiatras, sin proponérselo, alargan la letanía de que el enfermo mental entraña un plus de peligrosidad.

Es una medida de protección para el paciente, y en realidad, muchas veces también para los otros. Sobre todo una medida de seguridad y protección. Y en segundo lugar, puesto que lo hacemos en situación de urgencia, para la salud mental, porque luego en el ingreso tratamos al paciente. No solo por el beneficio del paciente, si no también en beneficio de las familias o de terceros [Ana]

Mucho antes de que el loco se convirtiera en enfermo<sup>25</sup>, los espacios de exclusión que la sociedad occidental tenía reservados para sus miedos atávicos estuvieron copados por leprosos, sifilíticos, vagabundos, deformes, miserables... Todos ellos conformaban un círculo del horror que merecía la pena mantener aislado del resto. No porque fueran más peligrosos, sino porque resultaba necesario tener el peligro localizado.

Lo que durará más tiempo que la lepra, y que se mantendrá en una época en la cual, desde muchos años atrás, los leprosarios están vacíos, son los valores y las imágenes que se habían unido al personaje del leproso; permanecerá el sentido de su exclusión, la importancia en el grupo social de esta figura insistente y temible, a la cual no se puede apartar sin haber trazado antes alrededor de ella un círculo sagrado. (Foucault, 2014: 16)

Este es el círculo sagrado al que prestó atención Mary Douglas (1973) para explicar el sentido de la contaminación ritual. Lo que tiene cabida dentro de él únicamente estaría sujeto a la arbitrariedad con la que son escogidos los significantes en cada cultura y momento histórico. La antropóloga británica definió “lo impuro” como aquello que “está fuera de su sitio” en un sistema de orden determinado. La impureza no sería algo intrínseco a la acción o al objeto, sino que aparecería en función de su posición respecto a un conjunto de elementos significativos. Para Douglas (1973) el acto de limpiar o purificar no sería otra cosa que ordenar, situar en sus correspondientes compartimentos conceptos pertenecientes a categorías binarias. La peligrosidad aparecería repentinamente cuando ambas categorías se mezclan, dando lugar a la contaminación<sup>26</sup> y a la

25 “El problema de la mente enferma solo empezará a aparecer en el lenguaje médico cuando pueda involucrarse con el dualismo cartesiano y la relación mente-cuerpo. Es solo en este momento, en el último tercio del siglo XVIII y durante el XIX, cuando asistimos a la transformación del concepto de locura y a su medicalización.” (Huertas, 2010: 14)

26 “[...] la cultura primitiva es propensa a la contaminación, y la nuestra no lo es. Entre nosotros la

ambigüedad. Así pues, desde esta visión estructuralista, toda sociedad se afanaría en el mantenimiento de unas posiciones establecidas.

Allí donde el sistema social exige que algunas personas desempeñen papeles peligrosamente ambiguos, a tales personas se les atribuyen poderes incontrolados, inconscientes, peligrosos, desaprobados. (Douglas, 1973: 136)

Resulta tentador trasladar todo esto al tema que estamos tratando. Sin duda nos proporciona una buena clave para explicar ese plus de peligrosidad que lleva adherido el enfermo mental, también su aislamiento físico y social. Aquí el enfermo se presentaría como el elemento ambiguo que es preciso apartar si queremos que el resto del conjunto se mantenga limpio y a salvo. La peligrosidad sería un complemento más, una de entre las muchas marcas (su indolencia, su indecoro, su incorregibilidad...) que delatarían su condición. Lo trascendente no sería tanto que el enfermo fuera o no realmente peligroso, sino que la sociedad en su conjunto pudiera tenerlo localizado como tal, precisamente para que no supusiera peligro alguno.

Con este propósito construiríamos lugares de aislamiento, elaboraríamos listas de patologías, designaríamos especialistas tasadores, desarrollaríamos programas de prevención... todo con el objetivo no de erradicar la enfermedad, sino de configurar el espacio opuesto en el que ésta pueda habitar. En apariencia, como insistía vehementemente Szasz (2010), estaríamos hablando de una nueva religión con sus particulares normas, ritos y víctimas propiciatorias.

Sin embargo, la institución psiquiátrica no pretende ser una nueva religión, se presenta como todo lo contrario; una empresa científica que niega la validez de los viejos conocimientos, los de la religión, la mitología o el arte; muy preocupada en tomar distancia con conceptos tales como alma o deseo. Una herramienta para combatir la irracionalidad de las viejas categorías.<sup>27</sup> Su lógica es positiva y administrativa, y sus conclusiones están basadas en la estadística y el conocimiento práctico.

Pero, ¿qué supone ese plus de peligrosidad asignado al paciente en todo esto? No supone la inexistencia de la locura, sino una estrategia no recurrible para mantenerla alejada del resto de la sociedad. Recordemos el texto de Foucault, en el que narra como eran los propios consejos y colectividades los que se resistían a entregar a sus locos a la institución. Por molestos o improductivos que pudieran resultar estos locos, no eran considerados más peligrosos que el resto, tenían su sitio dentro de la comunidad. En el tránsito de la sociedad tradicional a la moderna, cambio que coincide con la aparición de la psiquiatría como disciplina médica, el loco será arrancado de su comunidad. Para ello no bastará con someter su comportamiento al escrutinio científico, sino que también será preciso asignarle el rol de criminal. No es que antes de todo esto los locos no cometieran fechorías, ni tampoco que no se les encerrara. En efecto se les encerraba<sup>28</sup>,

*contaminación guarda relación con la estética, la higiene o la etiqueta, y solo alcanza gravedad en la medida en que pueda crear malestar social. Las sanciones son sanciones sociales, el desprecio, el ostracismo, las habladurías, incluso quizá la acción policial” (Douglas, 1973: 103)*

27 Un hecho significativo de esta preocupación positivista lo encontraríamos en las nuevas denominaciones que año tras año introduce el *DSM* para las diferentes enfermedades mentales. Así pues, patologías ya caracterizadas de antiguo como *la maniaco-depresión, la histeria o el síndrome de Diógenes*, pasan a adoptar respectivamente los términos de *trastorno bipolar, trastorno de síntomas neurológicos funcionales o trastorno por acumulación*. Se evidencia, incluso en el plano formal, el interés de la psiquiatría moderna por tomar la mayor distancia con las viejas categorizaciones. En la nueva terminología se tiende a sustituir cualquier resonancia mitológica o cultural por una nomenclatura más acorde con la retórica de la ciencia. También observamos como este proceso de naturalización de la locura no es una empresa ni mucho menos concluida, el mantenimiento del discurso precisa de un “upgrade” periódico.

28 El estatus del loco ha pasado por diversos momentos a lo largo de la historia. Durante todo el medioevo

pero eran reclusos en los mismos términos, en los mismos espacios y por los mismos motivos que prostitutas, pobres, vagabundos o delincuentes.

Así pues, no es que nuestro enfermo mental sea más peligroso para sí mismo o para los demás que el resto de la población, sino que el loco, a partir de un momento histórico dado resultará un peligro para la sociedad en su conjunto encarnada en la idea de orden que profesa el Estado<sup>29</sup>.

El problema tampoco será el padecimiento del alienado, sino el diferente tratamiento que se da a la locura y los mecanismos que nuestra sociedad emplea para regularla orgánicamente ante la imposibilidad intrínseca de poder integrarla culturalmente; tal y como se da en otras sociedades a través de los complejos rituales, las formas políticas o determinadas modalidades de parentesco.

Un ejemplo paradigmático de todo esto serían los programas de salud mental que las agencias de cooperación occidentales intentan implementar en países en vías de desarrollo. En ellos se busca denodadamente por poblados y ciudades del Tercer Mundo candidatos destinatarios de las bondades que les trae la medicina occidental. El problema con el que suelen toparse estas agencias es: o bien que no encuentran por ningún lado ni el fenómeno patológico ni el tipo de paciente que están acostumbrados a tratar en los países europeos, o bien que las comunidades locales oponen todo tipo de resistencias. Tanto es así, que ante la necesidad de justificar sus proyectos, suele apreciarse como los cooperantes intentan readaptar sobre el terreno las categorías nativas para amoldarlas a los criterios patológicos occidentales y así procurarse el necesario contingente de pacientes mentales.<sup>30</sup>

Es realmente difícil intentar establecer una correspondencia entre los *modelos de comportamiento incorrecto*, que etnopsiquiatras como Laplantine (1999) o Devereux (1971) describían en otras culturas, y la enfermedad mental que trata la medicina occidental. Los comportamientos individuales desviados de la norma, también la antigua locura en occidente, quedaban regulados culturalmente en aquellas sociedades. Era mediante las propias construcciones simbólicas como la sociedad preconfiguraba un espacio social para que el individuo o el comportamiento anómalo tuvieran cabida en su seno. Como escribía Devereux, el grupo social te estaba diciendo “No lo hagas, pero si lo haces, es preciso que lo hagas como te indico” (Devereux, 1971: 5). Desórdenes étnicos<sup>31</sup> como el *amok* o el *latah* de los malayos, el estado *berserk* de los de los guerreros nórdicos, el *susto* mesoamericano, el *koro* del sudeste asiático, el *taijin kyofusho* japonés, el *windigo* de los algonquinos del Canadá o el *zar* en las sociedades del Cuerno de África, son formas de conducta incorrecta culturalmente estructuradas.

la idea del loco estuvo asociada a figura del peregrino, iluminado o enviado; su posición era sagrada respecto al resto de la sociedad. A partir de la Reforma y la Contrarreforma comenzarán a aparecer por toda Europa una serie de establecimientos y hospicios destinados a la reclusión de pobres y vagabundos, en los cuales también se incluirá a los locos. Estos establecimientos no tenían ningún objetivo médico ni terapéutico, tan solo de saneamiento social; básicamente destinados al aislamiento de los agentes discordantes en el nuevo orden ciudadano de los florecientes estados-nación. Con la llegada de la Ilustración y el movimiento filantrópico francés se despertará una nueva sensibilidad política hacia las condiciones de vida de estos reclusos. En torno a 1800 comenzarán crearse asilos específicos para enfermos mentales, dentro de los cuales se recluirá a parte de la población de los antiguos hospicios y Hospitales Generales. Este gran triaje dio lugar a los primeros internamientos netamente psiquiátricos y al tratamiento y estudio de la locura dentro del campo médico. Para un recorrido pormenorizado sobre la historia de la psiquiatría véase Postel y Quérel, 2000

29 “El orden de los Estados no tolera ya el desorden de los corazones” (Foucault, 2014: 110)

30 Acerca de este tema existe un revelador documental titulado *Bénin: au chevet des oubliés* de Fanny Lapine producido por Canal Arte France. En este trabajo se describe el funcionamiento de uno de estos proyectos desde la perspectiva occidental de los médicos cooperantes y de los colaboradores locales. Puede visualizarse en URL: <http://info.arte.tv/fr/benin-au-chevet-des-oublies>

31 También denominados *enfermedad folk* o *culture bound syndrome*. Para más información véase Simons, 2012

Anormales pero aceptadas e integradas en la vida social del grupo, con sus propias posiciones y espacios dentro de la comunidad.

En el nuevo orden ciudadano ya no podemos hablar de comportamientos anormales que puedan ser resituados mediante algún dispositivo cultural, sino de formas de estar en el mundo no-aceptables que únicamente aspirarían a ser eliminadas u ocultadas. La enfermedad mental que trata la psiquiatría institucional no dispondría de espacios socializados, aparecería como arrinconada en una especie de no-lugar, un área de servicio apartada e irrelevante para la vida social, que tendría su correlato en las propias localizaciones geográficas que habitan este tipo de enfermos.

Ellos y ellas continúan errando de un lugar a otro, principalmente ellos. Se concentran, curiosamente, en los espacios de tránsito y de no-lugar como las estaciones de autobuses y de trenes, los centros de las ciudades y los parques. Es como si estuviésemos ante la variación de la stultifera navis o “nave de los locos” que nos relataba Foucault y sus juegos de exclusión a los territorios de paso; ya estén estos juegos basados en la idea del enfermo como sujeto contaminante, ya estén contruidos a partir de la reiteración de gestos y comportamientos que sedimentan la marginación de los afectados al territorio de la liminalidad social. Quizá por ello las personas que sufren un trastorno mental severo redundan en su aislamiento. Simplemente aquello que hagan o digan ya no es ni acertado ni verosímil para los demás. Ya no tiene valor social. El juego previsible, entonces, es reproducir las expectativas de los otros, ya sean éstos sus familiares, sus terapeutas o sus conciudadanos. (Martínez-Hernández, 2009: 43)

Este espacio asocializado (y asocializante) queda programáticamente definido en cada una de las fases que conducen a la identificación del enfermo mental: en el diseño de las categorías nosológicas que manejan los manuales de diagnóstico (biologizando hechos sociales). En los métodos clínicos de uso facultativo (obviando la historiografía del paciente y el contexto cultural del síntoma). En los tratamientos psiquiátricos (conteniendo y combatiendo en vez de proporcionar contexto). En las diferentes regulaciones legislativas (alentando su rol de peligrosidad social). En las campañas institucionales de sensibilización ciudadana (reafirmando la idea de salud mental). Con cada una de estas medidas, la persona, reconvertida en paciente psiquiátrico, va alejándose fortuita e irremisiblemente de su comunidad.

El plus de peligrosidad que se asocia al paciente psiquiátrico no sería más que una de las fantasías<sup>32</sup> que posibilitan su tutelaje administrativo.

### *El beneficio del paciente*

Según los médicos con los que hemos hablado, para justificar un IUI es necesario ante todo que exista un beneficio para el paciente.

A todos nos resulta desagradable recurrir a un ingreso involuntario, creo que estamos familiarizados con ello porque tenemos mucho contacto con este tipo de situaciones, pero yo en último término pienso que es una medida de salud. [Ana]

32 “La fantasía, decía Freud, no es un error sino una ilusión. Pero habría que ir más lejos: tampoco es una ilusión en el sentido convencional del término. La fantasía, nos dice Lacan, es una construcción de la realidad desde el deseo. Es decir, que la fantasía no es una forma de escapar a la realidad, sino, por el contrario, una forma de posibilitarla.” (Roca, 2004: 107)

También la ley incide en la necesidad de este beneficio:

Apelar a la existencia de un riesgo para terceros para justificar un internamiento, ciertamente puede suponer una discriminación, ya que en el caso de una persona con conductas violentas o agresivas –no delictuales– pero que no padece trastorno psíquico no se aplica una medida privativa de libertad. Es necesario pues un “plus” para justificar el ingreso de pacientes con trastornos psíquicos que constituyen un riesgo para terceros. Ese “plus” es el beneficio del paciente. (Barrios, 2012: 834)

Sin embargo, no se trataría del mismo tipo de beneficio médico del que disfruta aquel que se somete a un bypass o que recibe un tratamiento de quimioterapia. Los mismos psiquiatras nos han advertido del escaso valor terapéutico que por diversos motivos tiene encerrar a un paciente en contra de su voluntad. Y es que para empezar, nuestro beneficiario, el paciente psiquiátrico, no desea en muchas ocasiones recibir este tipo de tratamiento.

Bueno, no quieren porque ingresar supone una pérdida de autonomía inmediata importante y supone someterse a un régimen de funcionamiento cotidiano que no eligen ellos. En las plantas de psiquiatría hay una forma de funcionar normativa a la que hay que adaptarse. Luego, en muchos casos porque no tienen conciencia de que estén mal, no tienen conciencia de riesgo tampoco. Y luego bueno, creo que en otros casos ha habido experiencias traumáticas que les hace sentirse horrorizados ante un ingreso, claro, un ingreso puede ser traumático por las condiciones inherentes a un ingreso. Varía mucho un ingreso de un sitio a otro, pero bueno, uno pierde su capacidad de decidir dentro. Se escucha que a veces lo pasan mal porque están tiempo sin salir, porque sienten que el trato recibido no ha sido adecuado, porque se le ha puesto inmovilización terapéutica, porque le han medicado de más, infinitas quejas en torno al internamiento. [Salomé]

Pues porque no consideran que tenga ningún problema de salud, encima ellos son víctimas, están siendo tratados mal y les quieren perjudicar, su familia o sus vecinos o quien sea, y encima tú les encierras. [Sabina]

Si tanto el paciente como el facultativo están expresando que no consideran ni deseable ni terapéutico el internamiento involuntario. ¿Cuál es el beneficio que justifica la existencia de esta práctica médica?

Para intentar arrojar un poco de luz en todo esto, hemos formulado a nuestros informantes la pregunta opuesta. ¿Qué sucedería si no se internara a este tipo de pacientes?

Que habría gente que se comería una esquizofrenia a pelo durante mucho tiempo, en parte se le estaría privando de recibir una asistencia médica. [...] Para él seguro que sería un problema, y para la sociedad pues no lo sé, igual alguna de estas cosas violentas que de vez en cuando pasan como consecuencia de una enfermedad mental se podrían evitar... [el informante relata caso de Mingo<sup>33</sup>] [Alfredo]

33 El informante se refiere al *Caso Noelia de Mingo* (SAP Madrid 54/06 de 5 de Junio). En 2003 una enfermera que trabajaba en un hospital madrileño asestó varias puñaladas a los pacientes y compañeros que fue encontrándose a su paso, con el resultado de 3 muertos y varias personas heridas. Fue diagnosticada de *esquizofrenia paranoide* y recluida en un centro psiquiátrico penitenciario por un periodo máximo de 25 años. Disponible en URL: <http://estaticos.elmundo.es/documentos/2006/06/07/>



Supongo que habría un mayor riesgo de que esa persona se haga daño. Recuerdo de pacientes internados en una situación de mucho descuido por no haberlos internado en anteriores valoraciones. Quizás se habría podido evitar esto. [Salomé]

Igual no sucedía nada. Imagino que lo que pasaría es que habría mucha gente con patología mental grave que estaría sin tratarse y por tanto las enfermedades avanzarían mucho más hacia estados avanzados mucho más deteriorantes y con peor pronóstico. Más gente abandonada, más sufrimiento al final. O sea, los internamientos generan mucho sufrimiento, pero una enfermedad mental que ves como se va degradando, para la persona suele generar sufrimiento y para el entorno también. [Sabina]

Pues al final podría haber implicaciones legales de denuncias, y que puede haber situaciones de riesgo para el paciente, para terceros, ya sea de agresión a si mismo, o de poder lesionar a alguien, o que pueda acabar con un conflicto con el vecino, que alguien le denuncie, etc.” “Lo primero que me viene a la cabeza a lo mejor es con suicidios, a lo mejor tu no has visto una cosa clara aunque la familia te ha dicho que le ve mal, tu has dicho que no lo ves tan mal y que de repente te enteres de que el paciente se ha suicidado. Y ahí también, veo como la sociedad es muy culpabilizadora hacia el psiquiatra. Es decir, igual que la crítica es que somos una figura represora, si un paciente se suicida pues te acusan de que lo has hecho mal. A mi no me ha pasado directamente, ni ha venido nadie a acusarme, pero si que se percibe. No es lo habitual pero si que pasa, entonces el caso que sucede es sonado y tiene trascendencia. [Ana]

En estos testimonios se vuelve a reincidir en el plus de peligrosidad del enfermo mental, tanto para si mismo como para los demás. Pero ya hemos visto que esto era tan solo una percepción social, no compartida ni por los estudios estadísticos ni por estos mismos médicos (a no ser que ambas fuentes no estén arrojando una información correcta), y que ni siquiera la ley española admite como motivo de reclusión.

También se habla del padecimiento del paciente, pero ha de sobreentenderse que si el paciente sufre, lo esperable es que pida ayuda él mismo y que acepte el tratamiento que se le ofrece, a no ser que considere inadecuado dicho tratamiento.<sup>34</sup> Aún más, el padecimiento personal no es sinónimo de enfermedad. Si nos impusieramos como obligación médica paliar el sufrimiento en el mundo deberíamos levantar tantos hospitales como superficies comerciales.

Por último, se pone sobre la mesa algo que puede orientarnos mejor que nada en todo este embrollo; la situación socialmente comprometida en la que se encuentra el psiquiatra. Ya sea porque la sociedad lo asimila como “una figura represora” o porque ha de ejercer un paternalismo que excedería de sus funciones.

[el internamiento] Si que tiene implicaciones porque eres mal visto por la sociedad, pero yo creo que muchas veces desde ese estigma que hay con la enfermedad mental y ese estigma que hay en torno al psiquiatra; porque no se sabe bien que en realidad son medidas de protección. O sea, se toma como

[sentencia de mingo.pdf](#)

34 También en medicina general el paciente puede entender como inadecuado un tratamiento y no consentir que le sea aplicado. Los psiquiatras de este proyecto cuentan como en ocasiones son llamados a las plantas del resto de especialidades para intentar convencer a pacientes que no quieren recibir su tratamiento médico.

medida de represión, cuando es una medida de protección. Yo no tengo ningún deseo de hacer nada en contra de la voluntad de nadie. [Ana]

Cuando alguien no quiere ser internado y yo pienso que si que lo necesita, le digo: 'no solamente es que pueda, si no que además debo, puesto que mi responsabilidad como médico me obliga, igual que me obliga a dar parte de esto a un juez en menos de 24 horas que vendrá, te valorará y decidirá si yo te estoy privando de tu libertad, dándote automáticamente el alta, o si efectivamente se considera que debes ser ingresado hasta que suceda un cambio clínico. [Sabina]

El Estado moderno ha exhibido desde sus inicios, con una intensidad y capacidad de implementación crecientes, un paternalismo proverbial hacia sus ciudadanos. La medicina ha sido una de las vías a través de las cuales ha ejercido con más vigor esta postura.<sup>35</sup> El profesional médico sobre el que va a recaer la mayor exigencia paternalista, hasta el punto de tener que obrar tácitamente en contra de la voluntad de su paciente si la situación lo requiere, es el psiquiatra. No es que, tal y como alega Ana, tenga “ningún deseo de hacer nada en contra de la voluntad de nadie.” Al contrario, el médico va a estar ahí para curar, y curará en la medida que sus técnicas lo permitan y en función de la enfermedad que tenga delante. El problema que tiene la medicina occidental con el paciente psiquiátrico es que no sabe exactamente qué tipo de enfermedad tiene delante; desconoce su etiología, su código y sus límites.<sup>36</sup>

El paternalismo, dice Pierre Bourdieu (2007), “es la conducta privilegiada del superior mientras que el sistema no sea puesto en tela de juicio y que cada uno se quede en su sitio” (Bourdieu, 2007: 149). La actitud paternalista, que resalta el amor y la protección del padre, es una forma de revestir de beneficio ajeno y suficiencia aquellas medidas que solo pueden ser impuestas unilateralmente.

El beneficio para el paciente en el caso del internamiento involuntario consiste en mantenerlo alejado del peligro que conlleva para si mismo. Y sobre todo del riesgo que la sociedad general representa para éste, a saber, la posibilidad de comisión de un delito en su propio seno. Puesto que como es sabido, el enfermo mental no es dueño de sus actos sino que lo es la enfermedad que padece, éste no podrá ser juzgado en el mismo régimen que el resto. La forma administrativa de resolver este entuerto será imponiendo la formula paternalista por excelencia: aplicar la prevención antes de que sea necesario el castigo.

La culpabilidad se desplaza del sujeto a la enfermedad. Se pasa de un modelo punitivo, en el que el loco era uno más en cuanto a la sanción legal, a un modelo paternalista en el que el castigo es sustituido por el tratamiento médico. Una acción terapéutica que busca combatir una enfermedad peligrosa, no tanto para el cuerpo del paciente como para el cuerpo social, y que implica la inclusión del enfermo en una categoría especial de ciudadano.

Esta nueva forma de imaginar el paciente psiquiátrico recuerda a lo que autores como Bhabha (1990) o Escobar (1998) denominaron “la jugada colonialista. Jugada que implica construcciones específicas del sujeto colonial/tercermundista en/a través del discurso de manera que permitan el ejercicio del poder sobre él” (Bhabha, 1990 cit. en Escobar, 1998: 28). Si en ese contexto estos autores hablaban de “jugada colonialista”, en nuestro caso bien podríamos hablar de jugada psiquiátrica. La posibilidad de un

35 Véase Foucault, 2003

36 Hasta bien entrado el siglo XX la psiquiatría fue denominada por la propia medicina como “ciencia especial”, no siendo plenamente reconocida por muchos sectores de la disciplina médica.

beneficio para el paciente solo puede aparecer cuando su forma de estar en el mundo se convierte en algo que puede y debe ser curado.

Esta estrategia mistificadora se descubre como un sofisticado juego formal que queda perfectamente ejemplificado por el tercero de los supuestos necesarios para proceder a un IUI. Cuando el psiquiatra solicita la autorización del juez ya no por el peligro que uno entraña para si mismo o para los demás, sino por el riesgo que uno supone para el éxito de su propio tratamiento médico, lo cual incluye el internamiento mismo. Se trata de revestir la noción de peligrosidad de beneficio, sin perder de vista que dicho beneficio está remitiendo continuamente, de forma velada, a la peligrosidad del enfermo. Es el binomio enfermedad-peligrosidad, de forma indisociable, el que actúa como resorte discursivo para poder proceder al ingreso involuntario.

La institución psiquiátrica se revela como un caso extremo de paternalismo que no permite a los “beneficiarios” expresarse. Esta omisión comunicativa supone una seria limitación a la hora de comprender al paciente, y una de las condiciones necesarias para la naturalización de la enfermedad y el confinamiento del enfermo. Del mismo modo que no se deja hablar al síntoma convirtiéndolo en signo médico, los locos pasan a ser enfermos en el campo médico; despojados de sus intereses, de su historiografía personal y de sus condicionantes culturales.

## ¡que los encierren a todos!

Creo que casi toda la información contenida en las historias clínicas es verdadera; pero también creo que casi todas las vidas pueden contener los suficientes hechos denigrantes para justificar una solicitud de reclusión. (Goffman, 2001: 162)

¡Además de pobres, locos! ¡que los encierren a todos!  
(escuchado en la barra de un bar)

“[...] pocos años después de su fundación, solamente en el Hospital General de París estaban encerradas 6 mil personas, o sea aproximadamente el 1% de la población.” (Foucault, 2014: 89). Esta institución fue creada por orden de Luis XIV en 1656 y pronto sirvió de referencia para otros centros que surgirían en Francia y el resto de Europa. Es el nacimiento de lo que Foucault (2014) denominó *el gran encierro* en su celebre *Historia de la locura en la época clásica*. Dentro de estos establecimientos convivieron todo tipo de personajes sociales con un mismo denominador común: la pobreza,

[...] de todos los sexos, lugares y edades, de cualquier calidad y nacimiento, y en cualquier estado en que se encuentren, válidos o inválidos, enfermos o convalecientes, curables o incurables. (Foucault, 2014: 81)

Hoy en día, los establecimientos en los que se da el internamiento forzoso sin previa comisión de delito<sup>37</sup> son otros: los CIE<sup>38</sup> para inmigrantes y las unidades de corta, media o larga estancia para pacientes psiquiátricos. Prácticamente serían solo estos dos<sup>39</sup>. A diferencia de los CIE, las unidades psiquiátricas acogen a un grupo humano específico caracterizado no por su condición social sino médica. Al menos formalmente este es el criterio clasificatorio aplicado.

Resulta cuando menos curioso que sean estas dos categorías las que comparten un similar régimen legal de internamiento. Tras la Declaración de los Derechos del Hombre en 1789 dejó de ser válido el viejo orden social que daba por buenas una serie de adscripciones jerárquicas en la sociedad (castas, aristocracia, esclavos...) El principio de igualdad individual ante la ley invalidó cualquier posición segregacionista sin una justificación racional. Es en este momento cuando la razón científica vendrá en auxilio de las viejas clasificaciones.

La ideología racista<sup>40</sup> nace en esta época. El siglo XIX presenció toda una serie de grandes avances en el campo de la biología<sup>41</sup> que impactaron notablemente en las formas de legitimación ideológica. Para el caso del racismo, la ciencia llegó a la

37 El infractor legal tiene sus propios espacios de reclusión: centros penitenciarios comunes, centros de internamiento de menores infractores y centros psiquiátricos penitenciarios.

38 Acrónimo de Campo de Internamiento de Extranjeros. Estos centros tienen como finalidad la reclusión de inmigrantes, básicamente africanos, a la espera de poder repatriarlos a sus países de origen. Para más información sobre estos establecimientos y su régimen de funcionamiento véase Martínez Veiga, 2012

39 Goffman desarrolla una pormenorizada tipología de las *instituciones totales*; espacios aislados del resto de la sociedad en los que un grupo de individuos comparte un régimen de vida impuesto por una autoridad única para la consecución de unos objetivos. Véase Goffman, 2001

40 “El racismo es propio de una sociedad que ideológicamente está basada en el principio político de la igualdad como valor.” (Moreno Feliú, 2010: 202)

41 Los dos principales descubrimientos del s.XIX en el campo de la biología son la *Teoría de la Evolución* de Charles Darwin y las *Leyes de la Herencia Genética* de Gregor Mendel.

conclusión de que determinadas razas poseían un patrimonio genético de menor calidad que otras. Este postulado fue indiscutible durante mucho tiempo, y aun hoy sigue manteniendo cierta vigencia en algunos foros. “Esas diferencias autorizan a las razas superiores a dominar, explotar y, eventualmente, a destruir a las otras.” (Levi Strauss, 1988 cit. en Aranzadi, 1991: 5) De este modo, los que antes fueron rechazados por salvajes, bestias o impíos en base a lecturas morales o religiosas ahora lo serán por defectuosos en base a criterios científicos.

La locura, antaño imaginada por el misticismo medieval o en las escenas delincuenciales de la época clásica, va a correr la misma suerte. A partir del siglo XIX las ciencias positivas convertirán al loco en un objeto de estudio más. En realidad, cuando Pinel lo libera de sus cadenas<sup>42</sup>, lo está despojando de su locura para convertirlo en objeto de estudio científico y en enfermo mental.

Del mismo modo que se diseñaron todo tipo de estrategias, habitualmente de carácter moral o laboral, para intentar atenuar la supuesta minusvalía biológica del Otro primitivo, comenzó a hacerse lo mismo con el Otro insensato. Con este propósito nacerá la práctica médica del internamiento terapéutico.

[se trata] de sustraer al alienado a todos sus hábitos, alejándole de los lugares que habita, separándolo de su familia, de sus amigos y de sus servidores, rodeándolo de extranjeros y cambiando toda su manera de vivir. [J. D. Esquirol] (Bastide, 1967: 309)

Locos y nativos compartieron similares modos de conversión a través de la mirada científica. Tomar hechos culturales como desviaciones; salvajes por incapaces. Tomar síntomas como signos médicos; locos por enfermos mentales.

De ahora en adelante todo lo relativo a la locura será patrimonio casi exclusivo de la medicina psiquiátrica. Su propósito no será otro que intentar curar o atenuar el discurso y el comportamiento patológico de estas personas; alejarlos de la sinrazón. Sean quienes sean, y provengan de donde provengan.

Si bien en nuestro mundo el paradigma racista ha sido social y políticamente modulado; no anulado, prueba de ello son las discriminaciones que los autóctonos de otras sociedades siguen padeciendo en occidente.<sup>43</sup> No ha ocurrido lo mismo respecto a la enfermedad mental, la cual no ha logrado zafarse de una percepción biomedicalizada y universalizante que atraviesa buena parte de la sociedad, y sin la cual nos resulta casi imposible caracterizar determinados comportamientos.

Esta forma positiva de imaginar al loco como enfermo provoca su exclusión del orden cultural. Los espacios tradicionales que éste ocupaba pasan a ser otros destinados a la curación y al curetaje<sup>44</sup>; intersticios fruto del diseño administrativo con un objetivo

42 Es habitual asociar el momento fundacional de la psiquiatría con la famosa escena del médico Philippe Pinel “liberando a los locos de sus cadenas” datada en 1793 en el parisino hospicio de Bicêtre.

43 En ocasiones, cuando fue reconocida la igualdad ciudadana independientemente del color de piel el esclavo paso a ser loco. “*El sexto censo de los Estados Unidos [1840] descubre que entre los negros libres del Norte la incidencia de la locura es mucho mayor que entre la población blanca o entre los negros esclavos del Sur. Algunos críticos del censo exponen que el número de negros registrados como locos en algunas ciudades, excede la cifra total de negros residentes allí*” (Szasz, 2010: 347)

44 El término curetaje hace referencia al acción de tutelar. Comparte etimología con la palabra curar, del latín *cūrāre* (ocuparse de, cuidar, curar). Las antiguas instituciones coloniales para el tutelaje de los indígenas eran denominadas curadurías. Éstas solían actuar como representantes legales de los braceros que trabajaban en las haciendas coloniales. Su existencia era necesaria en un régimen que consideraba al indígena incapaz para gestionar los asuntos propios de su vida. Los curadores podían

preciso, situados fuera de la cotidianidad social. Las instituciones culturales, la familia o la comunidad, que antes acogían y daban forma al comportamiento desviado, adoptarán una función de control al servicio de la institución psiquiátrica. Todos los médicos consultados en este proyecto inciden en la importancia que tiene el concurso de la familia para la práctica psiquiátrica.

Al igual que durante siglos no se cuestionó la condición social del esclavo ni los fundamentos de su existencia. Hoy damos por buenas las justificaciones que se dan para excluir a los enfermos mentales. Compartimos en mayor o menor medida que ese es un territorio oscuro reservado para la ciencia y su tecnología médica. Un espacio incomprensible y lleno de peligros que es preciso mantener alejado de nuestras vidas.

No es mi intención negar que el pensamiento del delirante o la percepción del alucinado contengan unos rasgos distintivos (rasgos que variarán en función de su marco cultural). Pero si lo es entrar en los no-lugares que han pasado a ocupar estas personas. Aún más, pensar en cómo la aparente consistencia científica de este nuevo marco de saber posibilita que cualquier relato en unas determinadas circunstancias personales pueda llegar a ser desplazado hacia alguna de estas heterotopías.

Y es que para poder curar resulta imprescindible tener delante una enfermedad, cosa que en el caso de la psiquiatría se presenta como un asunto algo confuso. Que nuestro orden social se empeñe en concebir el pensamiento y el comportamiento incomprensible o desadaptado como un problema médico no significa que desde un canon estrictamente científico se haya podido argumentar lógicamente este supuesto. La asignación del estudio y el tratamiento de la locura a la medicina formaría parte de un proceso histórico y cultural más amplio de reconversión de las viejas categorías sociales.

Desde sus inicios la psiquiatría surge como la disciplina médica de la gran esperanza. Esperanza en que más pronto o más tarde se encontrará la herida, la malformación o la disfunción orgánica que de cuenta de todos esos comportamientos anómalos<sup>45</sup>. Esperanza que inevitablemente la sitúa en una posición de provisionalidad, ya que el hallazgo de la causa orgánica le vendrá a suponer un genuino morir de éxito.<sup>46</sup>

Es frecuente mencionar la homosexualidad como paradigma del despropósito nosológico. Esta orientación sexual estuvo considerada como una patología más hasta hace tan solo unos pocos años. Concretamente hasta que la Organización Mundial de la Salud la sacó de su *CIE* en 1990. Pero éste no sería un caso aislado, la lista de perfiles patológicos descatalogados, categorías controvertidas y nuevas clasificaciones es interminable.

Así pues comportamientos sexuales tales como *la masturbación, el travestismo, la transexualidad o la zoofilia* son o han sido consideradas trastornos mentales. En el plano de la propiedad material aparecen otros como *la cleptomanía o el trastorno por acumulación*. También referentes al desarrollo infantil como *el trastorno por déficit de atención*. O relacionados con la identidad corporal como *la anorexia o los trastornos dismórficos*.

regular sus condiciones laborales, imponer sanciones económicas, hacerse cargo de las propiedades de sus representados o proceder a reclusiones temporales.

45 Para una detallada explicación de los diferentes modelos (anatómico, etiológico y clasificatorio) que ha adoptado históricamente la psiquiatría institucional véase Caponi y Martínez-Hernández, 2013

46 El concepto “enfermedad mental” se asemeja a un oxímoron, ya que en el momento que puede objetivarse clínicamente que se trata de una enfermedad deja de ser mental para pasar a ser neurológica, infecciosa, endocrina o lo que sea. Un buen ejemplo de esto sucedió con buena parte de los trastornos que eran tratados por la psiquiatría a finales del s.XIX. El descubrimiento de la causa orgánica en algunas demencias y deliriums hizo que éstas pasaran al dominio de una nueva disciplina llamada neurología.

No se trata de que la medicina de vez en cuando se equivoque y le honre el gesto de corregir sus errores. Aquí no hay verdad científica que defender, no hay lugar para el equivoco, porque en realidad a nivel puramente médico siempre existirán las mismas razones para encerrar a un homosexual que a un paranoico. Lo único que no tenía el homosexual cuando se lo internaba era un espacio legitimado socialmente.

Las presiones que los distintos grupos sociales ejercen para que algunas de estas etiquetas desaparezcan de los manuales diagnósticos y también para incluir otras nuevas son buena muestra de ello. Y es que el hecho de que la medicina reconozca una determinada tendencia o comportamiento como patológico puede traducirse en toda una serie de perjuicios o beneficios sociales, políticos y económicos para determinados agentes e instituciones. La psiquiatría actual se ha convertido en un marcador y en una importante herramienta para los procesos de legitimación social en occidente.

Es el caso actual de los colectivos de transexuales y transgénero, que luchan para que las categorías que psiquiatrizan su identidad de género desaparezcan. O en procesos judiciales como la asignación de la custodia legal de unos hijos, la valoración de un despido improcedente o la determinación de responsabilidades civiles. En los que la autoridad judicial puede reclamar el peritaje de un psiquiatra, resultando su evaluación decisiva a la hora de decantar el fallo hacia una u otra de las partes.

Hemos visto también que el plus de peligrosidad que se asigna al enfermo mental es otro factor clave en este desplazamiento social, actuando como un importante resorte de alarma social y legitimando medidas de fuerza como el internamiento. Y como esta supuesta peligrosidad no acaba de articularse correctamente ni con la existencia de un estado de derecho ni con las motivaciones sanitarias que teóricamente deben conducir a la reclusión involuntaria de enfermos mentales.

A su vez, las propuestas terapéuticas que la psiquiatría propone evidencian décadas de fracaso continuado. Diversas técnicas implementadas en el pasado han dejado un reguero de víctimas de la iatrogenia por el camino. En la actualidad, los tratamientos de referencia son farmacológicos<sup>47</sup>. En su gran mayoría se desconocen sus mecanismos de acción o se duda de su valor terapéutico<sup>48</sup>. En el caso de los tratamientos antipsicóticos su valor principal es su capacidad de contención; es decir, suprimir los comportamientos o ideaciones considerados patológicos por la psiquiatría. Muchos de estos fármacos conllevan un sin fin de efectos secundarios que merman considerablemente la calidad de vida del paciente. La medicina presume de haber estabilizado sus pacientes, pero no puede hacerlo de haberlos curado y mucho menos de saber lo que les pasa.

Como han contado nuestros informantes, tratamientos como el internamiento no tienen mayor utilidad que contener situaciones de crisis y malestar social. Durante estos ingresos no suele desarrollarse ningún tipo de actividad terapéutica; una queja frecuente de los pacientes. Por ejemplo, muchos no ven en planta más de cinco minutos al día a su psiquiatra o al equipo médico que lleva su caso. La mayor parte de los internados dedican su estancia a vagar sin rumbo por los pasillos de la unidad en espera de que llegue la hora de las comidas o de acostarse.<sup>49</sup>

47 Tras el nacimiento de la práctica psiquiátrica las terapias de referencia han ido sucediéndose; desde el tratamiento moral del s. XIX al uso de psicofármacos a partir de los años 50 (neurolépticos, litio, benzodiazepinas...), pasando por los tratamientos de choque (coma insulínico, inyecciones de trementina, electroshock...) o las intervenciones quirúrgicas (lobectomía prefrontal, leucotomía límbica...).

48 Para más información sobre la controvertida industria psicofarmacéutica véase González y Pérez, 2007

49 Existen varias etnografías acerca del día a día dentro de una de estas unidades (Rosenhan, 1973; Goffman, 2007; Prieto, 2007; Bridigi, 2014). En todas se transmite la misma sensación de tiempo inútil que supone el internamiento para los pacientes. *“Nunca asistí a una entrevista entre el psiquiatra y el paciente o los familiares. La verdad es que nunca vi realizarlas. Emma confirmó mis impresiones: «Yo*

A todo esto habría que añadir los déficits en la atención ambulatoria de los que continuamente se quejan los psiquiatras de este proyecto, según ellos si se prestara una correcta atención no serían precisos muchos de los ingresos en planta. Ahorrando al paciente una traumática experiencia de desposesión (espacial, material y social) y una situación desestabilizadora para su entorno.

Este panorama refuerza la sensación de que nuestra sociedad no sabe muy bien que hacer con los enfermos mentales, o por el contrario, que lo sabe perfectamente; como si todo el dispositivo terapéutico estuviera diseñado de tal modo que lo abocara a un exitoso fracaso. Algo similar a lo que Ferguson (1990) señala respecto a los proyectos de cooperación para el desarrollo que occidente pone en marcha en los estados postcoloniales<sup>50</sup>:

Pero pudiera ser que lo más importante de un proyecto de “desarrollo” no sea tanto aquello que no se consigue hacer, sino aquello que sí se hace, y quizás, al fin y al cabo, su importancia real esté en los “efectos no deseados” que ya hemos revisado. (Ferguson, 1990 cit. en Galán, 2012: 254)

Pero, ¿qué necesidad tiene la sociedad occidental en mantener apartada o marcada a toda esta gente?

Nuestro mundo actual, regulado normativamente por el Estado y caracterizado por su orden productivo, práctico y utilitarista, precisa de mecanismos de exclusión (ya no de sanción) para aquellos agentes o situaciones que interfieren en su devenir ordinario. La enfermedad mental es uno de estos dispositivos; figura comodín legitimada por la objetividad científica en un mundo que denosta otros tipos de conocimiento. Un espacio oficial de confinamiento mucho más sofisticado que los desmantelados Hospitales Generales que describía Foucault (2014); aséptico, normalizado y oculto de la mirada social.

En general, la gestión pública de los sectores de asistencia social que refieran a las categorías más extremas de otros (locos, salvajes o criminales y pervertidos), suele estar separada de la gestión particular, porque el Estado moderno abroga la jurisdicción privada, característica del Antiguo Régimen, porque es muy difícilmente controlable desde los poderes públicos. Rota la estructura feudal es imposible mantener los conflictos que puedan provocar graves problemas sociales en la única esfera de la gestión familiar o vecinal. De ahí la aparición de profesiones cada vez más diferenciadas y de instituciones cada vez más complejas para la gestión, que van desde la construcción de redes de instituciones que cubren el territorio del Estado hasta la creación de cuerpos policiales de ámbito estatal. (Comelles, 1988: 18)

Este dispositivo no se presenta en base a la idea de punición, al igual que no se pre-

*entré y no tuve una conversación con nadie, como, por ejemplo, la que tuve con usted». La habitación destinada a la psicoterapia la usaban de almacén. Las pacientes eran enviados a los MIRs que hacían una entrevista diaria de unos cuantos minutos en el comedor, en el medio de la confusión. La privacidad de las conversaciones era inexistente. Las terapias y las relaciones con los médicos absolutamente limitadas. Emma me decía: «Es como hablar con un trozo de madera... [se refiere al Prof. Garrone] Un día para tomarle el pelo delante de otras compañeras le dije: ¿Doctor, me das cincuenta pastillas? Y él me dijo: Ya verá...» (Bridigi, 2014: 212)*

50 Para Ferguson (1990), Bhabha (1990) y Escobar (1998) el subdesarrollo sería un producto del discurso desarrollista que permite implementar en determinados países modelos hiperburocráticos y anti-políticos en base a los intereses económicos occidentales.



tendría castigar a aquellos nativos llevados al orden productivo del colonialismo. Su postura sería paternalista y estaría fundamentada en el beneficio y la protección del paciente que teóricamente conlleva cualquier otra medida sanitaria. Su objetivo declarado sería hacer salir del error discursivo al paciente<sup>51</sup> y contener su comportamiento desordenado.

Además, estamos hablando de un mecanismo de marcaje totalizante. Dentro de su dominio de acción cabe todo lo no deseable para un momento histórico-cultural determinado. La carestía material, el hedonismo, la gordura, la extrema delgadez, la homosexualidad, el travestismo... Todo puede ser reificado y llegar a ser significativo en términos psicopatológicos. Asimismo, su campo de acción ya no se limita a unos estratos particulares o a unas clases dominadas cultural, económica y políticamente, tal y como en ocasiones ha defendido la sociología.<sup>52</sup> El sujeto seleccionado puede ser desde un obrero de Parla hasta el mismísimo Donald Trump<sup>53</sup>; la locura se ha democratizado.

Este poder<sup>54</sup> invisible y multisituado, tan poco convencional, es propio de otro mundo. Un mundo en el que las estructuras sociales tradicionales desaparecen o quedan subsumidas en la racionalidad formal de la autoridad burocrático-legal. Hoy en día difícilmente podemos encontrar imágenes similares a las de aquel loco de antaño caracterizado en el lunático o en el tonto del pueblo que robaba gallinas o prendía fuego al campanario. La vida urbana nos deja nuevos ritos de exclusión y escenas de marginalidad mucho más sutiles, inocuas y normalizadas.

Es un poder anónimo, sin nombre, sin rostro, un poder repartido entre diferentes personas; y es, sobre todo, un poder que se manifiesta en el carácter implacable de un reglamento que ni siquiera se formula pues, en el fondo, nada se dice, y en el texto se escribe con claridad que todos los agentes del poder permanecen mudos. (Foucault, 2005: 38)

51 Foucault (2014) señala cómo en el periodo de transición hacia las ciencias positivas, los adivinos y alquimistas también fueron objeto de internamiento en muchas ocasiones. La razón científica tomará el error ontológico como signo de enfermedad.

52 Los psiquiatras entrevistados, procedentes de diferentes zonas sanitarias de Madrid, no aprecian una relación entre las diferencias de clase y la prevalencia global de la enfermedad mental. Lo que sí mencionan es la diferente tipología de trastornos que suelen diagnosticar en personas de uno u otro estrato. “Yo antes trabajaba en un hospital que recogía el área de C, y allí era una población distinta, el tipo de patología que veía era más depresión y más ansiedad, era un nivel de clase alta, y no veía tanto cuadro psicótico o tanto perfil de drogas. Y aquí donde estoy ahora veo otro perfil, veo clase baja, parados y tal, y veo otro espectro de patología. Veo más cuadro psicótico o trastornos bipolares graves, trastornos de la personalidad más graves.” [Ana]

53 Tras la reciente elección del presidente estadounidense multitud de asociaciones psiquiátricas americanas se han manifestado públicamente sobre la supuesta incapacidad mental de Donald Trump para ocupar el cargo presidencial. Un caso como éste pero aún más sonado ocurrió en 1964 cuando Barry Goldwater fue elegido presidente. La revista *Fact* publicó un artículo titulado “1189 psiquiatras dicen que Goldwater es psicológicamente incapaz para ser presidente” en el que la mayoría de los entrevistados consideraba que el nuevo presidente padecía problemas psiquiátricos y no era competente para desempeñar su cargo. Véase URL: <http://www.independent.co.uk/life-style/health-and-families/donald-trump-mental-health-psychiatrists-speak-out-issues-malignant-narcissism-paranoia-reality-a7554691.html>

54 Foucault distingue entre *poder soberano* y *poder disciplinario*. El primero se correspondería con los modos tradicionales de ejercer la autoridad en el Antiguo Régimen. El segundo está relacionado con un nuevo tipo de poder descentrado y carente de sujeto basado en el orden administrativo que nace a partir de la Revolución Francesa. Más que un poder localizado e instrumental supondría una *tecnología de poder* que a modo de red llegaría a todos los microespacios sociales. Véase Foucault, 2005

## CONCLUSIÓN

Hablar de la enfermedad mental es siempre un asunto complicado. En ella toman partido pacientes, familias, médicos, medios de comunicación, empresas, universidades, asociaciones ciudadanas... Su existencia convoca a la sociedad en su conjunto y suscita intereses y apreciaciones en ocasiones contrapuestas. Su instauración ha requerido de un largo proceso de construcción de conocimientos específicos en torno a una nueva disciplina: la psiquiatría. Este proceso sociohistórico ha sido objeto de análisis para diversos autores a lo largo de los últimos cincuenta años (Comelles, 1988; Foucault, 2014; Postel y Quénel, 2000).

Por otro lado, a nivel microsociedad, el comportamiento desviado implica toda una serie de desajustes y malestares en el espacio comunitario y familiar. Estas problemáticas son en la actualidad leídas en clave de salud pública y suponen un gran desafío personal para sus integrantes. La existencia de un dispositivo médico institucional alivia estas cargas a la vez que modifica la función de estos grupos sociales, que para el caso pasan a formar parte de una red administrativo-comunitaria.

Por último, el sujeto desviado de la norma, antaño incrustado en la vida comunitaria, es desplazado desde los tradicionales espacios culturales hacia no-lugares definidos por la racionalidad administrativa, caracterizados por su invisibilidad y falta de radicación social.

[...] lejos de tratarse de un fenómeno inevitable, fruto de la lógica de los adelantos científicos, ese progreso era consecuencia de procesos de articulación ideológica, de opciones políticas y de su intervención en el desarrollo de técnicas y modelos de control social. (Comelles, 1998: 21)

A lo largo de este proyecto etnográfico hemos descrito una práctica psiquiátrica concreta, el Internamiento Urgente Involuntario, con el objetivo de dar cuenta de estos procesos. Recapitemos brevemente su procedimiento:

1. El candidato hace o piensa de forma inusual. Puede que él mismo llegue a autopercebirlo.
2. Sus familiares o cualquier otro agente cotidiano se percatan de ello.
3. De este modo el candidato es pre-seleccionado y presentado a la institución médica.
4. Un psiquiatra certifica la existencia o no de una enfermedad mental.
5. Si existe peligrosidad para sí mismo, para terceros o para el éxito de su propio tratamiento pondrá al candidato un internamiento.
6. Si éste no quiere ingresar voluntariamente, el psiquiatra valorará si es competente.
7. En caso de no serlo solicitará a un juez una autorización para hacerlo.
8. Para que pueda ser autorizado es legalmente necesario que el internamiento represente un beneficio para el paciente.
9. Sin embargo, en ocasiones el valor terapéutico del IUI es puesto en entredicho por los mismos psiquiatras.
10. No obstante, según ellos, no internarlo expondría al paciente a situaciones de peligro, además de suponer un agravamiento de su enfermedad.
11. Por lo que se procederá al internamiento.

El guión ilustra diversas transformaciones; la conversión del síntoma en signo médico, de la locura en enfermedad, del enfermo en agente peligroso, de la reclusión en tratamiento médico, de la familia y la comunidad en agencias administrativas. En cada uno de los pasos se reeditan los estadios históricos por los que transitó la institución psiquiátrica hasta instaurarse como disciplina médica; el advenimiento del Estado y la

racionalidad científica, la aparición de los primeros alienistas, la conversión de los viejos hospicios en hospitales, la sustitución del castigo por el tratamiento moral, la inclusión de la psiquiatría dentro de las cátedras de medicina.

¿Por qué no se puede salir del asilo? No se puede salir del asilo no porque la salida esté lejos, si no porque la entrada está demasiado cerca. Nunca se deja de entrar en él, y cada uno de esos encuentros, cada uno de esos enfrentamientos entre el médico y el enfermo vuelven a poner en marcha, repiten de manera indefinida este acto fundador, ese acto inicial a través del cual la locura va a existir como realidad y el psiquiatra, como médico. (Foucault, 2005: 308)

Visto de este modo el internamiento deja de ser una práctica médica o legal para revelarse como una práctica social, con la particularidad de que ésta ya no integra culturalmente contradicciones estructurales sino que las expulsa administrativamente. El nuevo orden social, utilitario y desritualizado, es incapaz de incorporar culturalmente estas anomalías por lo que procederá a regularlas orgánicamente. Para ello se auxiliará de la racionalidad científica, que rechaza aquellos relatos y comportamientos fuera del pensamiento positivo, catalogándolos ya no como errores lógicos sino como formas de insania.

La naturalización de la enfermedad mental es el paso imprescindible para la designación de un nuevo grupo de individuos. Sin embargo, no será suficiente para provocar su expulsión del nuevo orden social. La mera enfermedad no hace posible su condena dentro del modelo garantista. A no ser que dicha enfermedad, tan inusual e incorregible, lleve implícita la marca de la peligrosidad ciudadana. Este plus de peligrosidad asociado al paciente actúa como coadyuvante, pero no como único factor determinante. De la misma manera que es necesario que el enfermo sea peligroso, también lo es que el agente peligroso esté enfermo. Ni la una ni la otra por separado justifican en un estado de derecho la privación de libertad de una persona que no ha cometido ningún delito.

Los informantes de este proyecto valoraban clínicamente al candidato y en función de su clasificación patológica y la alteración de su comportamiento prescribían un IUI. Ellos manifestaban que esta medida no era tomada en base a una supuesta peligrosidad, sino en busca del beneficio terapéutico del propio paciente. No solicitaban al juez la reclusión del paciente tanto porque fuera peligroso para si mismo o los demás sino por el riesgo que éste representaba para el éxito de su propio tratamiento médico.

Todos los psiquiatras, al igual que los estudios estadísticos, corroboraban la no peligrosidad del paciente mental. Sin embargo, en el fondo todas sus acciones estaban dirigidas como si éste realmente lo fuera, de hecho los espacios en los que se interna a estos enfermos están configurados principalmente en base a parámetros de seguridad.

Respecto a la eficacia terapéutica del internamiento, también estos mismos médicos se mostraban escépticos. Y es que resulta poco creíble asignar una intención psicosanitaria a un régimen total de desposesión social y material. Difícilmente un comportamiento desadaptado puede llegar a corregirse dentro de una unidad de internamiento en la que, tal y como comentaba Goffman (2001), lo primero que se produce es una pérdida de entrenamiento social.

En definitiva, la principal consecuencia del internamiento no sería la curación sino el modelado de una nueva categoría social, la del loco convertido en enfermo institucionalizado. No es que la práctica psiquiátrica estigmatice socialmente, sino que crea una nueva categoría de individuos apartada de los espacios de interacción social. La hospitalidad medieval hacia el loco venido de otro mundo va a convertirse en hospi-

talización que nos libra de él.

En el terreno de la caracterización científica de los locos, llamados eufemísticamente alienados u orates, los psiquiatras ocupan el lugar de los expertos que pueden engendrar un discurso administrativamente pertinente acerca de su reubicación en el nuevo modelo de sociedad que se está creando, a partir de una nueva tarea previa de clasificación destinada a establecer, con la mayor precisión posible, los límites entre la locura y la normalidad. (Comelles, 1988: 17)

El discurso adoptado da lugar a una reformulación de los espacios que ocupaban los desviados y también de las instituciones culturales que hasta ese momento les daban sentido. De tal modo que en relación a la enfermedad mental quedan fuera de juego los dispositivos rituales tradicionales y se transforma la función de las redes comunitarias y de parentesco. La familia no solamente cumplirá un papel asistencial, también se convertirá en aparato de control y supervisión administrativo dependiente de los imperativos de la institución psiquiátrica. Antes de que los candidatos lleguen a ser diagnosticados, la familia y la comunidad habrán realizado ya una trascendental labor de marcaje en su seno. En realidad, el concurso del *poder psiquiátrico* (Foucault, 2005) no se daría como una intervención de último recurso (en modo policial), tal y como afirmaban algunos autores (Szasz, 2000), una vez que ha fracasado la función reguladora de la familia o la comunidad. Estas dos instituciones ya habrían interiorizado e incorporado el relato psi en sus prácticas socializantes cotidianas.

Fiesta, misterio y amenaza a la vez, la locura ha estorbado siempre a la sociedad. Este estorbo y esta torpeza justifican las continuas oscilaciones de la actitud colectiva, entre la tolerancia y la reprobación, el liberalismo y la reclusión; el siquiatra ha aparecido en esta perspectiva a menudo como opuesto a estas actitudes: austero para negar la fiesta, embutido de ciencia para negar el misterio y filántropo para negar el peligro. Y con todo es demasiado evidente la relación dialéctica entre las actitudes colectivas y las del siquiatra. [Y. Pelicier] (Bastide, 1967: 309)

Con este proyecto pretendo arrojar un poco de luz sobre un fenómeno social tan habitual como mistificado y mal explicado. La cercanía de la enfermedad mental se confunde con lo lejos que la situamos de nosotros mismos. La confianza que depositamos en el orden administrativo y sus especialistas, y nuestra pertenencia al marco cultural en la que ésta se da, oscurecen nuestra capacidad de análisis. Este trabajo, con todos sus errores y limitaciones, ha intentado describir la institución psiquiátrica como una subcultura médica, que cobra pleno sentido entendida como una etnocategoría dentro de un contexto sociohistórico particular.

## Bibliografía

- ANDRÉS, M. J., DONAIRE, L., JUÁREZ, C., HERNÁNDEZ, M., DE MIGUEL, J. L. Y GUIADO, J. (2002), “Internamientos no voluntarios en el hospital general”, *Revista Psiquiatría.com*, vol. 6 n° 2
- ARANZADI, J. (1991), “Racismo y piedad. Reflexiones sobre un judío y un chimpancé”, *Claves de razón práctica*, n° 3: 2-12
- ARTAUD, A. (1999), *Van Gogh, el suicidado de la sociedad*, Editorial Fundamentos, Madrid
- BACA, E. (2007), *Teoría del síntoma mental*, Triacastela, Madrid
- BARRIOS, L. F. (2012), “El ingreso psiquiátrico involuntario de carácter urgente: una revisión, tras la STC 141/2012, de 2 de julio”, *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32/116: 829-847.
- BASSAGLIA, F. (1970), *La institución negada*, Barral Editores, Barcelona
- BASTIDE, R. (1967), *Sociología de las enfermedades mentales*, Siglo XXI, Mexico D. F.  
— (1976), *El sueño, el trance y la locura*, Amorrortu Editores, Buenos Aires
- BATESON, G. Y RUESCH, J. (1984), *Comunicación: la matriz social de la psiquiatría*, Paidós, Barcelona
- BENEDICT, R. (1971), *El hombre y la cultura*, CEAL, Buenos Aires
- BODDY, J. (1989), *Wombs and Alien Spirits*, University of Wisconsin Press, Madison
- BOURDIEU, P. (2007), *Antropología de Argelia*, CERA, Madrid  
— (2007), *El sentido práctico*, Siglo XXI, Buenos Aires
- BRIGIDI, S. (2014), “Desde dentro de la institución. Una etnografía (post)manicomial” en Brigidi, S. y Comelles, J. M. (eds.), *Locuras, cultura e historia*, URV, Tarragona
- CAPONI, S. Y MARTÍNEZ-HERNÁNDEZ, A. (2013), “Kraepelin, el desafío clasificatorio y otros enredos anti-narrativos”, *Scientae Studia*, Sao Paulo, v. 11 n. 3: 467-89
- COCHRANE, R. (1991), *La creación social de la enfermedad mental*, Nueva Visión, Buenos Aires
- COMELLES, J. M. (1988), *La razón y la sinrazón. Asistencia psiquiátrica y desarrollo del estado en la España contemporánea*. PPU, Barcelona
- DELEUZE, G. Y GUATTARI, F. (1998), *El Anti Edipo. Capitalismo y esquizofrenia*, Paidós, Barcelona
- DEVEREUX, G. (1971), *Ensayos de etnopsiquiatría general*, Barral Ediciones, Barcelona
- DÍAZ DE RADA, A. (2012), *Cultura, antropología y otras tonterías*, Trotta, Madrid
- DOUGLAS, M. (1973), *Pureza y peligro*, Siglo XXI, Madrid
- DURKHEIM, E. (2012), *El suicidio*, Akal, Madrid
- ESCOBAR, A. (1998), *La invención del tercer mundo. Construcción y deconstrucción del desarrollo*, Norma, Bogotá
- FANON, F. (2010), *Los condenados de la tierra*, Fondo de Cultura Económica, Madrid
- FERENCZI, S. (1997), *Sin simpatía no hay curación*, Amorrortu, Buenos Aires
- FOSTER, G. (1974), *Antropología Aplicada*, Fondo de la Cultura Económica, México
- FOUCAULT, M. (2003), *El nacimiento de la clínica*, Siglo XXI, Buenos Aires  
— (2005), *El poder psiquiátrico*, Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires  
— (2014), *Historia de la locura en la época clásica*, Fondo de Cultura Económica, México
- FREUD, S. (2011), *Psicopatología de la vida cotidiana*, Alianza Editorial, Madrid
- GEERTZ, C. (2003), *La interpretación de las culturas*, Gedisa, Barcelona
- GOFFMAN, E. (1970), *Ritual de la interacción social*, Tiempo Contemporáneo, Buenos Aires  
— (1997), *La presentación de la persona en la vida cotidiana*, Amorrortu Editores, Buenos Aires  
— (2001), *Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*, Amorrortu Editores, Buenos Aires
- GONZÁLEZ, H. Y PÉREZ, M. (2007), *La invención de los trastornos mentales. ¿Escuchando al fármaco o al paciente?*, Alianza Editorial, Madrid
- GRODDECK, G. (1973), *El libro del ello. Cartas psicoanalíticas a una amiga*, Taurus,

Madrid

- GUSFIELD, J. (2014), *La cultura de los problemas públicos. El mito del conductor alcoholizado versus la sociedad inocente*, Siglo XXI, México
- HOLLINGHEAD, A. Y REDLICH, F. (1958), *Clase social y enfermedad mental: un estudio comunitario*, John Wiley&Sons, Nueva York
- HUERTAS, R. (2010), “Locura y subjetividad en el nacimiento del alienismo. Releyendo a Gladys Swain”, *Frenia*, Vol. X-2010: 11-28
- KUPER, A. (1989), *Ortodoxia y tabú. Apuntes críticos sobre la teoría antropológica*, Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona
- LAPLANTINE, F. (1999), *Antropología de la enfermedad*, Ediciones del Sol, Buenos Aires
- LEACH, E. (1998), *Cultura y comunicación. La lógica de la conexión de los símbolos*, Siglo XXI, Madrid
- MARTÍNEZ VEIGA, U. (2012), “La acogida a los inmigrantes: los campos de internamiento”, *Revista Andaluza de Antropología*. n. 3: 51-79
- MARTÍNEZ-HERNÁNDEZ, A. (1998), “Antropología versus psiquiatría: el síntoma y sus interpretaciones”, *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, vol. XVIII, n. 68: 645-659
- (2000), “Anomalía de una ilusión. El DSM-IV y la biologización de la cultura” en Perdiguero, E. y Comelles, J. M. *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*, Edicions Bellaterra, Barcelona
- (2006), “La mercantilización de los estados de ánimo. El consumo de antidepresivos y las nuevas políticas de las aficciones”, *Política y Sociedad*, Vol. 43 Núm. 3: 43-56
- (2009), “Más allá de la rehabilitación psicosocial. Metáforas de exclusión y tareas de inclusión”, *Cadernos Brasileiros Saúde Mental*, Vol 1, n. 1
- (2014), “El signo de los cinco. Las semióticas del síntoma y sus olvidos” en *Intersecciones en Antropología*, Facultad de Ciencias Sociales UNCPBA, Buenos Aires
- MEAD, G. H. (1982), *Espíritu, persona y sociedad*, Paidós, Madrid
- MEAD, M. (1981), *Adolescencia, sexo y cultura en Samoa*, Laia, Barcelona
- MORENO FELIU, P. (2010), *Encrucijadas antropológicas*, Editorial Ramón Areces, Madrid
- ONG, A. (1988), “The Production of Possession: Spirits and the Multinational Corporation in Malaysia”, *American Ethnologist*, Vol. 15, No. 1: 28-42
- PANERO, L. M. (1990), *Aviso a los civilizados*, Ediciones Libertarias/Prodhufo, Madrid
- PEIRCE, C. S. (1992), *The Essential Peirce*, Indiana University Press, Bloomington
- POSTEL, J. Y QUÉTEL, C. (2000), *Nueva historia de la psiquiatría*, Fondo de Cultura Económica, México D. F.
- PRIETO OREJA, J. (2016), *Un estudio etnográfico sobre el reingreso de pacientes con patología mental en una unidad de hospitalización psiquiátrica en Extremadura*, UEX, Badajoz
- REYNOSO, C. (1993), *De Edipo a la máquina cognitiva. Introducción crítica a la antropología psicológica*, El Cielo por Asalto, Buenos Aires
- (2013), *Elementos de Lingüística y Semiótica*, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires
- RIVERS, W. (2010), *Medicina, magia i religió*, URV, Tarragona
- ROCA JUSMET, L. (2004), “¿Quién es el maldito Zizek?”, *El Viejo Topo*, nº 195-196: 107-115
- ROSENHAN, D. L. (1973), “On Being Sane in Insane Places”, *Science*, Vol. 179, No. 4070: 250-258.
- RYLE, G. (2009), *Critical Essays: Collected Papers Volume 2*, Routledge, Londres
- SAUSSURE, F. (2008), *Curso de lingüística general*, Losada, Buenos Aires
- SCHEPER-HUGHES, N. (1997), *La muerte sin llanto. Violencia y vida cotidiana en Brasil*, Ariel, Barcelona,
- SIMMEL, G. (2010), *El secreto y las sociedades secretas*, Ediciones Sequitur, Madrid
- SIMÓN, P. (1995), “El consentimiento informado y la participación del enfermo en las

- relaciones sanitarias”, *Medifarm*, n. 5: 264-271
- SIMONS, R. C. Y HUGHES, C. C. (2012), *The Culture-Bound Syndromes: Folk Illnesses of Psychiatric and Anthropological Interest*, D. Reidel, Dordrecht
- SROLE, L. (1962), *Salud mental en la metrópoli*, MCGraw-Hill, Nueva York
- SZASZ, T. (2000), *Ideología y en enfermedad mental*, Amorrortu Editores, Buenos Aires
- (2010), *La fabricación de la locura*, Kairos, Madrid
- TAUSSIG, M. (1995), “La reificación y la conciencia del paciente” en Taussig, M. (comp.) *Un gigante en convulsiones. El mundo humano como sistema nervioso en emergencia permanente*, Gedisa, Barcelona
- TURNER, V. (1975), *Dramas, fields and metaphors: symbolyc action in human society*, Cornell University Press, New York

## Fuentes documentales

### *Manuales de medicina psiquiátrica*

- ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSIQUIATRÍA (APA) (2014), *DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, Editorial Médica Panamericana, Madrid
- ANSEÁN, A. (Director y Coordinador) (2013), *Manual de Gestión Clínica y Sanitaria en Salud Mental*, Edicomplet, Madrid
- D'ÁLESSANDRO, H. (2008), *Urgencias en psiquiatría*, Corpus, Rosario
- GINER, L., CARBALLO, J., GARCÍA, L. Y BACA, E. (2006), *Urgencias en psiquiatría. Guía práctica para residentes*, GlaxoSmithKline, Madrid

### *Legislación*

- MONTERO, J. (2016), *Ley de Enjuiciamiento Civil (29º ED.)*, Titant Lo Blanch, Madrid
- ONU (1991), *Principios de la ONU para la Protección de los Enfermos Mentales. PONU'91 46/119*. URL: <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=%20A/RES/46/119&Lang=S>
- VV.AA. (2015), *Código Civil (34ª ED.)*, Tecnos, Madrid

### *Jurisprudencia*

- España, Tribunal Constitucional. “*Sentencia núm. 141/2012 de 2 de Julio*”. URL: <https://www.boe.es/boe/dias/2012/07/30/pdfs/BOE-A-2012-10254.pdf>
- España, Audiencia Provincial de Madrid. Juzgado de Instrucción Nº 33 de Madrid. “*Sentencia núm. 54/06 de 5 de Junio*”. URL: [http://estaticos.elmundo.es/documentos/2006/06/07/sentencia\\_de\\_mingo.pdf](http://estaticos.elmundo.es/documentos/2006/06/07/sentencia_de_mingo.pdf)

### *Prensa y audiovisual*

- INDEPENDENT, “Why psychiatrist are speaking out about Donald Trump's mental health”, *Independent* (Edición digital), 31-I-2017. URL: <http://www.independent.co.uk/life-style/health-and-families/donald-trump-mental-health-psychiatrists-speak-out-issues-malignant-narcissism-paranoia-reality-a7554691.html>
- LEPINE, F. (2007), *Bénin: au chevet des oubliés*, Canal Arte France. URL: <http://info.arte.tv/fr/benin-au-chevet-des-oublies>



## Glosario de términos médicos

(A continuación se detallan algunas definiciones para las categorías clínicas mencionadas en este proyecto extraídas del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* en su última edición *DSM-5*)

*Anorexia nerviosa.* Trastorno caracterizado por una restricción de la ingesta energética persistente, el miedo intenso a ganar peso o a engordar (o un comportamiento persistente que interfiere con el aumento de peso) y la alteración de la forma de percibir el peso y la constitución propios. La anorexia nerviosa es mucho más frecuente en mujeres, en una relación aproximada de 10:1.

*Cleptomanía.* La característica principal de la cleptomanía es la reiterada imposibilidad de resistir el impulso de robar objetos aunque éstos no sean necesarios ni para uso personal ni por su valor monetario. El individuo siente placer, gratificación o alivio en el momento de cometerlo. Los objetos se roban a pesar de que suelen tener poco valor para el individuo, que podría permitirse pagarlos y que a menudo los regala o los desecha.

*Disforia de género.* Los sujetos con disforia de género tienen una incongruencia marcada entre el sexo que les ha sido asignado (normalmente en el nacimiento, lo que se refiere como *sexo natal*) y el sexo que sienten o expresan. El sexo que se experimenta puede incluir identidades alternativas de sexo más allá de los estereotipos binarios. Esta experiencia puede producir malestar psíquico o deseo de pertenecer a otro género.

*Esquizofrenia.* Afección incluida dentro del grupo de los trastornos psicóticos. Comprende un abanico de disfunciones cognitivas, conductuales y emocionales que incluyen la presencia de delirios, alucinaciones, discurso desorganizado o comportamientos catatónicos. La esquizofrenia es considerada una de las más graves patologías psiquiátricas y suele debutar entre la adolescencia tardía y la mitad de la treintena.

*Trastorno bipolar.* El rasgo esencial es la alternancia de períodos maníacos, caracterizados por la euforia, el exceso de actividad, la vigilia o la fuga de ideas, con períodos depresivos, caracterizados por la tristeza, la desmotivación o la ausencia de deseo. Durante estas fases el individuo puede someterse a todo tipo de peligros físicos, abusos o comportamientos autolíticos.

*Trastorno dismórfico corporal.* Los individuos con esta afectación se muestran preocupados por uno o más defectos percibidos en su apariencia física, por lo que pueden verse feos, poco atractivos, anormales o deformes. La percepción de los defectos no es observable o sólo es apreciada levemente por los demás individuos.

*Trastorno por acumulación.* La característica esencial del trastorno de acumulación es la dificultad persistente para desprenderse de las posesiones, independientemente de su valor real. Las razones alegadas por los pacientes se perciben en la utilidad, o el valor estético de los elementos, o en un fuerte apego sentimental a las posesiones. El temor a perder información importante también es frecuente. Los objetos que se acumulan más comúnmente son periódicos, revistas, ropa vieja, bolsas, libros, material electrónico y papeles.

*Trastorno por déficit de atención/hiperactividad.* Trastorno que afecta sobre todo a la infancia y que se caracteriza por la inatención, hiperactividad e impulsividad persistentes del niño. La falta de persistencia, la dificultad para mantener la atención, el exceso de actividad motora excesiva o las acciones apresuradas son algunos de sus criterios diagnósticos.