

El sufrimiento psíquico de las personas con un diagnóstico psiquiátrico. El dolor de la locura.

The Psychic Suffering of People with a Psychiatric Diagnosis
The Pain of Madness

O sofrimento psíquico das pessoas com um diagnóstico psiquiátrico. A dor da loucura

M. Alejandro Castro*

RESUMEN

La experiencia de la locura en la actualidad estaría cruzada por una serie de fenómenos sociales que condicionan la vida de las personas afectas a un diagnóstico psiquiátrico. En ese contexto, las experiencias de quienes cursan diagnósticos como la esquizofrenia, el trastorno afectivo bipolar y la depresión revelan el profundo dolor y el sufrimiento en el cual viven cotidianamente estas personas. El objetivo de este trabajo es visualizar e intentar comprender la experiencia del sufrimiento de las personas que viven la locura y, para ello, se ha realizado un estudio doctoral, de corte narrativo, con usuarios activos de la salud mental chilena de diferentes edades, y que han tenido hospitalizaciones psiquiátricas. Los principales resultados de este estudio muestran en primera persona cómo el sufrimiento psíquico y físico se impregnan en las experiencias de las personas afectas a tratamiento psiquiátricos, y, en ese sentido, la responsabilidad que la salud mental tiene en ese contexto.

Palabras clave:
sufrimiento
psíquico,
salud mental,
psiquiatría, locura,
experiencia.

ABSTRACT

The experience of madness today comes in contact with a range of social phenomena that condition the lives of people affected by a psychiatric diagnosis. In this context, the experiences of

Key words: psychic
suffering, mental
health, psychiatry,

* Chileno. Doctorado en Sociología, Universidad Alberto Hurtado, Santiago, Chile.
E-mail: alejandrocastroharrison@gmail.com

those who have diagnoses such as schizophrenia, bipolar affective disorder and depression reveal the profound pain and suffering they experience daily. The objective of this work is to visualize and try to understand the experience of suffering in people with psychiatric problems, and for this purpose, a narrative doctoral study has been carried out with active users of the Chilean mental health system, of different ages and who have had psychiatric hospitalizations. In this context, the main results of this study show first-hand how psychic and physical suffering is impregnated in the experiences of people affected by psychiatric treatment, and in that sense, the responsibility of mental health in that context.

madness,
experience.

RESUMO

A experiência da loucura na atualidade é permeada por uma série de fenômenos sociais que condicionam a vida das pessoas afetadas por um diagnóstico psiquiátrico. Nesse contexto, as experiências dos indivíduos diagnosticados com quadros de esquizofrenia, transtorno afetivo bipolar e depressão revelam a profunda dor e o sofrimento que vivenciam diariamente. O objetivo deste trabalho é visualizar e tentar compreender a experiência de sofrimento das pessoas que vivem a loucura e, para isso, realizou-se um estudo de doutorado de natureza narrativa com usuários ativos de diferentes idades do sistema de saúde mental chileno, que já haviam passado por internações psiquiátricas. Os principais resultados deste estudo mostram, em primeira pessoa, como o sofrimento psíquico e físico impregnam as experiências de vida daqueles sujeitos a um tratamento psiquiátrico e, nesse sentido, a responsabilidade que a saúde mental desempenha nesse contexto.

Palavras-chave:
sofrimento
psíquico,
saúde mental,
psiquiatria,
loucura,
experiência.

Introducción

A lo largo de la historia de la humanidad la locura, como fenómeno social, nos ha acompañado siempre, convirtiéndose en una problemática que atraviesa todas las clases sociales. La salud mental es una realidad ineludible que sigue presente en la sociedad contemporánea, convirtiéndose en un tema relevante en la actualidad. En este sentido, la locura, entendida desde la perspectiva de la salud y de la medicina, se ha vuelto un problema público, pues, al relacionarla con la enfermedad mental, también se asociaría con problemas sociales, tales como la marginación, el empobrecimiento, la violencia y el maltrato doméstico, el exceso de trabajo y el estrés (OMS, 2013). En tal contexto, se ha vuelto una materia importante de abordar, sobre todo cuando se viven tiempos de alta desigualdad social, provocada, entre otras cosas, por las reiteradas crisis financieras a nivel global, teniendo consecuencias directas en los cuerpos y en las emociones de las personas. Los altos índices de sobrecarga laboral, por ejemplo, han hecho emerger nuevos fenómenos en este campo, tales como el síndrome de desgaste ocupacional o más conocido como el *burnout*, además del aumento de las tasas de depresión y suicidio. En ese sentido, definir la locura se ha convertido, social y científicamente, en una discusión interminable. En consecuencia, ¿qué significa estar loco en la sociedad moderna? ¿De qué forma los seres humanos hemos convivido cotidianamente con la locura sin darnos cuenta de que existe? ¿Cuántas veces hemos visto a alguien “loco”, al cruzar la calle en una esquina, cuando pide algo para comer fuera de un supermercado o a la salida de un restaurante? ¿Dónde están los locos en nuestra sociedad?

En muchas ocasiones distinguimos a la locura más bien como un arquetipo de algo “casi” bueno. El loco del Tarot, por ejemplo, representa la buena suerte en la predicción, —es una carta “buena”, dicen los astrólogos—. Por otro lado, estar “loco de amor” en una película romántica es visto como una hermosa señal de vida en pareja, que por lo demás funciona cotidianamente en el enamoramiento: “estoy loco por ti”, o “me vuelves loca”. Inclusive cuando nos referimos al talento de alguien, aunque si este fuera un poco excéntrico, decimos que tiene una locura relacionada con la inteligencia. Asumimos que los genios son “locos” en sí y los respetamos por eso.

No obstante, cuando hablamos de la locura, siempre lo hacemos sin racionalizar lo que ello implica. En algunas ocasiones lo asociamos

a cuestiones religiosas, culturales y también políticas, pero, ¿qué hace diferente nominar a alguien como “loco”? ¿Qué hace distinto decirle a una persona “tú estás loca”, y a otra utilizar la misma nominación, pero con un énfasis distinto?

La operación interna que guarda el cuestionamiento anterior se vincula con una preocupación sobre cómo se piensa este fenómeno, especialmente en la figura del “loco”; por tanto, no me referiré en ningún modo a esa locura “hermosa”, “bella” y casi nostálgica que repetimos cada vez que nos enamoramos, o cuando somos geniales en lo que hacemos, ni tampoco a esa locura religiosa, ni del hablar con dios, ni del estar conectado con el mundo espiritual. Más bien, me refiero con esto, a esa “locura fea”, asociada a los individuos con cuerpos sucios, mal olientes, que interrumpen en las calles cuando se camina por ellas; los que hablan solos y miran de manera extraña los árboles o a quienes pasan a sus alrededores. Esa locura que hace que personas se encierren en sus casas, sus habitaciones y no quieran compartir con sus familias; que hace que personas por las noches lloren, griten o se sumerjan en los más profundos pensamientos, a propósito de voces internas que lo interpelan en lo más íntimo. Esa locura maldita que impide levantarme cada mañana para ir al trabajo, y que me ensimisma en cada lugar donde habito diariamente. Me refiero a esa locura que hace exaltarse, que hace creerse dios o un enviado de él, para predicar otras buenas nuevas y advertir al mundo de las catástrofes que se aproximan, y la esclavitud que el sistema actual nos impone. Esa locura que no es hermosa y que siempre está de blanco en las películas, amarrada con camisas de fuerzas, o siendo doblegada por el personal clínico y metida a una ambulancia, para ser encerrada y apartada de la sociedad. Esa es la locura que no amamos, sino que detestamos y la apartamos de nuestras miradas. Esa locura oscura, grotesca y mala, encerrada porque pone en peligro su vida y la de otros. Esa locura que deslinda con el sufrimiento, el dolor, el llanto y la pena, el maltrato, el exilio y el estigma de ser un anormal.

El sufrimiento psíquico de las personas con un diagnóstico psiquiátrico

Sabemos hoy que esa locura que desarraiga al sujeto de la sociedad está asociada con lo que se denominó, en el pensamiento médico y la psiquiatría, como la “enfermedad mental”. En ese sentido, la locu-

ra, que hoy es habilitada (y habitada) socialmente por la enfermedad mental —y más específicamente por el diagnóstico psiquiátrico—, es determinante a la hora de pensar la experiencia de una persona que cruza por este tipo de condición. La locura como una enfermedad, es decir, como una patología mental, se abre sobre un universo moral en el que la enfermedad es una falta y, como tal, una forma desviada de percibir el mundo. Tal explicación se iría alejando de la experiencia de las personas con esta condición y, por ende, del sufrimiento psíquico.

En este escenario, el discurso de las ciencias y las tecnologías ha invadido todos los espacios de la vida, transformando tanto el ámbito del conocimiento como las interacciones sociales. De ese modo, el lenguaje científico, y específicamente psiquiátrico, se materializa socialmente en la vida cotidiana. Expresiones como “esquizofrénico”, “bipolar” o “depresivo” son formas nominativas esparcidas socialmente en la cotidianidad, que son usadas de una manera denostativa para referirse a las conductas de los seres humanos, radicándose en los cuerpos de las personas. Estas referencias, que provienen del mundo psiquiátrico, han tenido un efecto performativo que ha naturalizado formas de interacción social en razón de la locura. Sin embargo, no son más que partes estructurales del sufrimiento psíquico por el cual cruzan las personas que tienen un diagnóstico psiquiátrico.

El poder absolutista del lenguaje psiquiátrico ha propiciado un autoritarismo médico en relación con la locura (Ortiz Lobo, 2018), que se emplea irreflexiva y predominantemente en el mundo de la salud mental y en los espacios de interacción social. En ese sentido, las críticas a la psiquiatría (Fernández Liria, 2018; Ortiz Lobo, 2018) han asumido que el carácter tecnológico de la salud mental actual abraza una línea de comprensión que objetiva los fenómenos mentales de un modo fijo, asumiendo que los problemas relacionados con el sufrimiento psíquico son, en el fondo, fallas en los mecanismos mentales, a propósito de sucesos psicológicos y fisiológicos anormales relacionados con el cerebro, también denominados como “desequilibrios neuroquímicos” (Rose, 2012). Así, las enfermedades vinculadas con lo mental se explicarían mas bien desde una relación causal en el cerebro, independientemente del contexto. A esto se agregaría que las intervenciones tecnológicas, diagnósticas y terapéuticas se desarrollan instrumentalmente, siendo diseñadas y estudiadas de un modo independiente a las rela-

ciones interpersonales y a los valores de los sujetos, especialmente de quienes han sido nominados como “locos” (Bracken, 2012). Estos dogmas psiquiátricos, que sostienen el discurso actual de la salud mental, se fundan en lo que se denomina “medicina basada en la evidencia” (MBE), cosificando el sufrimiento de las personas afectas con un diagnóstico psiquiátrico y, con ello, favoreciendo explicaciones vinculadas a una individualización de los problemas sociales, además de una expansión desbordada de diagnósticos relacionados con lo psíquico, y la aplicación de tratamientos altamente protocolizados como formas de intervención en este campo.

Objetivar la realidad psíquica comporta irremediamente una cosificación de la humanidad y, en el caso de las personas afectadas por la locura, un reduccionismo de su sufrimiento. Alberto Ortiz Lobo indica que no es lo mismo hablar de mundos psicológicos que de mundos naturales (2018, p. 118), a propósito de que todas las decisiones que se toman con relación al sufrimiento de una persona con una enfermedad mental no tienen por qué reducirse a parámetros lógicos y estandarizados. Es decir, cuando hablamos de fenómenos auditivos, sensoriales, aplanamiento afectivo, tristeza vital, etc., éstos se sostienen en la idea común sobre la comprensión de la locura y no en puntuaciones de pruebas, intervenciones fisiológicas o imágenes cerebrales. En cambio, los esfuerzos de la neuropsiquiatría —por ejemplo—, buscan eliminar la voz del sujeto y sus emociones con relación a su sufrimiento, expropiando la experiencia de éste frente a la locura, con el fin de buscar explicaciones neuronales a las enfermedades mentales. En esa línea, Ortiz Lobo dirá: “los procedimientos estandarizados de la investigación psiquiátrica positivistas están calculados para eliminar lo que es humano” (2018, p. 118) y, como consecuencia de ello, las personas son cosificadas. Por tanto, la salud mental, que en algún momento tenía por objetivo la protección de las personas afectas a enfermedades mentales, desplaza al “loco”, convirtiéndolo en objeto y en estadística que pueden ser juzgada y manipulada de acuerdo con las necesidades del discurso psiquiátrico. En definitiva, la intervención en salud mental se ve reducida a un individualismo metodológico, minimizando la importancia del contexto y la experiencia del propio “loco”.

Por otro lado, la medicalización de la locura (Foucault, 2014) tiene una incidencia directa en el sufrimiento del “loco”, ya que, al definir

aquella desde la vereda psiquiátrica, estamos frente a enfermedades mentales y no experiencias de la locura. Esto trae como consecuencia un proceso de ontologización de la noción de “enfermedad mental”, y digo esto porque la psiquiatría, por medio de la salud mental, intenta capturar el proceso biológico que sobreviene a la persona, y convertirlo en un objeto de estudio que simplifica el sufrimiento psiquiátrico mediante ensamblajes sociotécnicos, tales como la intervención psicofarmacológica y terapéutica. En ese sentido, Ortiz Lobos dirá: “Esta atribución de ‘ser’ a la enfermedad como algo separado de la enferma se ha facilitado por una taxonomía clínica que ha cosificado los síntomas mediante su descontextualización” (Ortiz Lobo, 2018, p. 119).

Por último, la cuestión del tratamiento psiquiátrico aparece como un dispositivo terapéutico relacionado con el cuidado en el contexto de la atención en salud mental, y, en ese sentido, el tratamiento tiene como fin favorecer la protección de las personas que padecen una enfermedad psíquica. Sin embargo, hablar del tratamiento como estrategia de intervención en el campo de la salud mental es asociar el sufrimiento psíquico a una enfermedad que afecta al cerebro, y no entenderlo una experiencia perturbadora vinculada al contexto vital. De esa manera, se buscan tecnologías cada vez más sofisticadas para el abordaje de esos “trastornos” o “enfermedades mentales”, y la medicina basada en la evidencia en el campo terapéutico, que tiene como objetivo fundamentar una práctica clínica-psicológica basada en pruebas científicas, empleando ensayos clínicos aleatorios con respecto a los psicofármacos, metaanálisis y revisiones bibliográficas que fundamentan la eficacia de los tratamientos, no escucha necesariamente un dolor o un sufrimiento. El objetivo perseguido es desarrollar estándares que permitan mejorar las decisiones en terreno en la intervención en salud mental, generando protocolos y guías clínicas, construidas sobre la base de algoritmos, que fundamentan la validez de las intervenciones, y que generalmente se orientan hacia un fin psicofarmacológico (MINSAL, 2009, 2013a, 2013b). En este sentido, Nikolas Rose dirá que las tecnologías terapéuticas a las que adscribe la salud mental no solo proporcionan una forma de intervenir, sino también entregan a las personas con sufrimiento psíquico una manera de aproximarse a su propio malestar y así validar que se les intervenga de cualquier modo (Rose, 2007). En otras palabras, lo que ocurre es que “los conceptos y teorías basales de las prácticas terapéuticas solo funcionan en la me-

didada en que representen aspectos de la subjetividad como objetos a gobernar para el propio sujeto, es decir, como campo de autogobierno” (Carrasco, 2018), y, en ese sentido, individualizar el malestar y el sufrimiento, descontextualizando su dolor.

Ser loco

Ser “loco” en nuestra sociedad está más bien asociado a ser un enfermo psiquiátrico. Denominaciones tales como “psiquiátrico”, “se le fue la olla”, “está pitiao”, o simplemente “es esquizofrénico” son denominaciones que la gente común asigna al sujeto que padece una enfermedad mental, o que simplemente se sabe que tiene un diagnóstico psiquiátrico. Sin embargo, lo importante para efectos de este análisis es justamente conocer cómo vive el propio “loco” esa experiencia de ser referido como tal. Vivir como “loco” refiere esencialmente un vivir diagnosticado, y adoptar una forma de vida que deviene en un proceso que transforma todos los aspectos de esta. De ese modo, todas las vivencias que se dan en lo cotidiano se acercan siempre al “calvario de vivir como tal” (Castro, 2019, p. 50), y no como explica la psiquiatría, que toda experiencia de ser y estar loco está relacionada con las alucinaciones e ideas delirantes, características de los diagnósticos psiquiátricos.

No obstante, la locura es una experiencia intrínsecamente humana y, como tal, presente en todas las sociedades, manifestándose de maneras distintas. Que la mente se “desvíe” de lo que cualquier sociedad determine como normal, sumado a que el resto de la sociedad interprete esa desviación como un signo de locura, determinará la experiencia en sí de la locura de una persona. Lo que se pone en tensión es justamente la cuestión de lo normal de cada sociedad y sus desviaciones, que, al parecer, siempre es una característica conductual fuera de cualquier cosa aceptable; sin embargo, la cuestión de la locura, como fenómeno histórico que nos acompaña, no necesariamente respondería a tal hecho. Esto se explica mejor a propósito de que “vivir como loco” no necesariamente significa vivir en la locura, o, en otras palabras más técnicas, no siempre se está psicótico o descompensado, como se denomina en la jerga psiquiátrica. Vivir “en la locura” es la vivencia de la crisis sintomática, a diferencia de “vivir la locura”, que no es más que la vivencia cotidiana a la luz de un diag-

nóstico psiquiátrico que funciona socialmente como una especie de identidad desgarradora.

La experiencia de la locura es traída desde la misma subjetividad de quien la padece y, en definitiva, de quien la sufre. A menudo es una experiencia dolorosa, en otras ocasiones es más confusa y más extraña. Quienes narran estas experiencias entregan el camino para pensar y reflexionar acerca del dolor, el malestar y el significado del sufrimiento psíquico, pero también de cómo se vive siendo marcado por un diagnóstico.

Metodología

Esta investigación tuvo un carácter descriptivo-comprensivo, de naturaleza cualitativa, en la que participaron 25 personas de ambos sexos, diagnosticadas psiquiátricamente y pertenecientes al sistema público de atención de salud mental chileno, específicamente de la Región Metropolitana. Los participantes de esta investigación tienen diagnósticos de esquizofrenia, trastorno afectivo bipolar y depresión severa, siendo estos diagnósticos denominados “trastornos mayores” y cubiertos por la política pública chilena GES². Los criterios de selección fueron, en primer lugar, que al menos hayan tenido una confirmación diagnóstica de dos años como mínimo, que pertenezcan de manera activa a la atención en salud mental pública, tanto en hospitales generales, hospitales psiquiátricos como también en dispositivos comunitarios de salud mental, además de ser mayores de 18 años. Por otro lado, se realizaron 11 observaciones etnográficas, tanto en hospitales psiquiátricos generales como también en espacios públicos en los que participan grupos de personas diagnosticadas psiquiátricamente. También se analizaron dos documentos gubernamentales de trascendencia en relación con la salud mental y psiquiátrica chilena: el Plan Nacional de Salud Mental (MINSAL, 2017) y el decreto 578/1998 sobre Internaciones Administrativas para personas con discapacidad intelectual (MINSAL, 1998). Sin embargo, para efectos de este trabajo, el análisis mayor se concentra en las narrativas de las personas diagnosticadas psiquiátricamente y en las observaciones etnográficas realizadas entre 2017-2019. En relación

² Garantías Explícitas de Salud (GES).

con el análisis narrativo, todas las entrevistas fueron desarrolladas a través de índices temáticos, por un lado, y, en un segundo momento, codificados mediante el *software* ATLAS.TI. Este doble análisis permitió mirar en dos secuencias los discursos narrativos (Chase, 2015), permitiendo profundizar la voz del sujeto entrevistado.

De acuerdo con lo anterior, esta investigación se ha realizado principalmente desde una perspectiva narrativa, con el objeto de recoger las experiencias de las personas que han sido diagnosticadas psiquiátricamente. Para ello se realizaron entrevistas en profundidad acerca de temáticas sin reiteración, con el fin de poder comprender de una manera acabada la experiencia de estas personas en relación a sus vivencias con la locura. Una de las temáticas principales ha sido la experiencia en torno al sufrimiento psíquico que conlleva tener un diagnóstico en salud mental. En este contexto, entendemos la narrativa como “la creación de significado en retrospectiva, la configuración o el ordenamiento de la experiencia” (Chase, 2015, p. 69). De ese modo, se puede alcanzar y comprender de una forma más acabada las experiencias personales de estos sujetos, comunicando el punto de vista del narrador, sus emociones, pensamientos e interpretaciones sobre su experiencia personal. Desde esta perspectiva, el narrador se vuelve un protagonista de una historia que está usurpada por el saber psiquiátrico, y, así, la experiencia del loco se comprenderá desde su habilitación científica, es decir, el diagnóstico psiquiátrico. Por tanto, entender la experiencia de vivir con un diagnóstico psiquiátrico es abrirnos a una narrativa que cuenta los acontecimientos perturbadores de la vida del “loco”, pero además de cómo ello se ensambla en una vida social, más allá de los significados personales, ya que también revela una visión social y profundamente historizada de la locura. De alguna manera, esto tiene que ver con cómo los discursos psiquiátricos han transformado la vida de estas personas, moldeando hasta lo más oscuro de la subjetividad humana que reside en esas experiencias. Laslett dirá que estas narrativas personales nos pueden mostrar: “la acción y los significados individuales y colectivos, así como los procesos sociales por los cuales la vida social y las relaciones humanas son hechas y cambiadas” (1999, p. 392). En definitiva, la experiencia pasa a ser una cuestión de mucha más profundidad que contar historias, ya que devela también procesos más estructurales que se esconden en el interior del relato.

Resultados y discusión

La experiencia de vivir diagnosticado psiquiátricamente

En primer lugar, al interior de las narrativas de las personas que han sido diagnosticadas psiquiátricamente emerge con fuerza qué significa “vivir diagnosticado” con un problema de salud mental. En este sentido, una de las primeras cuestiones que surge en los relatos es la cuestión sobre la nominación diagnóstica o, como lo denominaré, el “bautismo diagnóstico”. Cuando se inicia el vínculo médico-paciente, en los centros clínicos de salud mental, siempre esa relación está mediada por el diagnóstico. En este caso, el diagnóstico se asocia con una forma de clasificar los síntomas propuesta por los manuales de diagnóstico psiquiátricos. Sin embargo, más allá de su clasificación, el efecto que tiene la nominación psiquiátrica y el simbolismo del experto al decir: “tu tienes una enfermedad llamada...”, posee una implicancia profunda en la experiencia de las personas, y ello se vincula con cómo se traduce tal cuestión en la vida de estas personas. Este hecho es el “bautismo diagnóstico”, que da comienzo a la carrera de ser paciente en la salud mental, y que nunca acabará, ya que, como muestran algunos de los relatos, es posible estar cuarenta años cursando una nominación psiquiátrica.

En ese contexto, irrumpe una narrativa asociada qué significa estar diagnosticado psiquiátricamente, en la que gran parte de esas significaciones se asocian a emociones, estigmas, y a cómo el diagnóstico condiciona la vida cotidiana. En otras palabras, surge descriptivamente la manera en que se vivencia el hecho de ser una persona afectada por esquizofrenia, bipolaridad o depresión. Tal situación está marcada por una relación conflictiva con la enfermedad, en la cual el sufrimiento (psíquico y físico) se vuelve una característica que definirá a la experiencia de la marca diagnóstica.

En este punto comienza a emerger una cuestión implícita a cualquier relato de esta investigación: el sufrimiento de quien ha sido marcado por el diagnóstico en salud mental. Si bien es referida como enfermedad, la nominación diagnóstica funciona de modo abrazador: “a los días siguientes a que me dijeran que tenía esquizofrenia, recuerdo que fueron los más tristes de mi vida, sentía que el mundo me había aplastado con esta enfermedad” (Castro, 2019, p. 55). Al momento en

que el bautismo diagnóstico emerge desde el experto clínico, brota de modo misterioso el sufrimiento, repercutiendo inmediatamente en las emociones de la persona. Seguidamente, aparece el mal que genera el diagnóstico y, de manera mágica, el sufrimiento como un dolor asociado a que se diga que se tiene esquizofrenia. En ese sentido, la fuerza con que penetra el diagnóstico de la salud mental transforma brutalmente todo lo que rodea al individuo, modificando su propio interior. El bautismo diagnóstico irrumpe como una categoría que condicionará el resto de la vida de las personas que se ven enfrentadas a una enfermedad psíquica y, por ende —y como veremos más adelante—, transfigurará la vida emocional de quienes son adscritos a ella.

El sufrimiento y la experiencia de ser nombrado psiquiátricamente

George Bataille definirá la experiencia interior como: “conmigo la experiencia humana” (Bataille, 2016, p. 25) y, de algún modo, ir a la experiencia interior de cada persona es caminar hacia la necesidad de estar consigo misma. Bataille nos dice que la experiencia parte de un no saber que es inefable, y que en muchas ocasiones no se puede decir, y, aunque se hable de ella, ante las preguntas que hace el saber (experto y no experto) no revela más que el sufrimiento (2016, p. 20). En esa misma línea, la experiencia no es más que “la puesta en cuestión (...) de lo que un hombre sabe por el hecho de ser” (2016, p. 25), y ello revelaría el sufrimiento de las personas.

Para Levinas, el sufrimiento se constituye como una denegación y un rechazo de una cualidad sensible que opera en cómo experimenta el sujeto la sensación, en otras palabras, en “(...) la forma en la que, en la conciencia, lo insoportable no puede soportarse” (2001, p. 115). Para el autor, la conciencia no es algo activo, ya que en sí mismo el sufrimiento es pasividad, pero al mismo tiempo es un “padecer la adversidad, incluso padecer el padecer” (*Id.*, p. 116). Esto último se debe a que la conciencia es consiente de su dolor, ya que está definida por su adversidad misma, es decir, su mal. El sufrimiento, por tanto, es el mal por el cual el sujeto camina pasivamente y en el que la sensibilidad es pura vulnerabilidad (*Ibid.*). En este sentido, el sufrimiento se comprendería mediante el padecer, que se traduce a través de un mal al que el sujeto se ve enfrentado, en el que “la humanidad del hombre

que sufre se halla abrumada por el mal que lo desgarrar” (*Ibid.*) y que puede estar asociado a una cárcel, a un encierro o a una coerción, es decir, una no libertad.

Lo anterior se vincula a cuando el saber experto, es decir, el psiquiatra, nomina a los sujetos con enfermedades mentales. La aparición casi mágica del diagnóstico psiquiátrico, como la esquizofrenia, por ejemplo, funciona de una forma violenta en la experiencia del ser humano, constituyéndose como un padecer el mal, que coarta la libertad del sujeto: “Es lo peor que te digan que tienes esquizofrenia (...) Es como una especie de esclavitud, toda tu vida gira en torno a la esquizofrenia, los médicos y el hospital” (Castro, 2019, p. 62).

En la vida de las personas que han sido asociadas a una enfermedad mental, el diagnóstico se convierte en un mal, en lo peor que han podido heredar de algún lugar, que no se sabe muy bien de donde viene. Lo peor de la enfermedad mental, o de la esquizofrenia, es justamente la esclavitud frente a una cuestión que las mantendrá atadas de por vida a tecnologías como la clasificación diagnóstica, la medicina y las instituciones hospitalarias. Si habláramos en clave de imaginarios sociales, quizás ocurriría que dicha asociación a la esclavitud no es más que una representación cultural del sufrimiento en el encierro, la condena de ser enfermo mental y, por tanto, de ser desterrado socialmente. Otro relato dice, a propósito de lo anterior, “(...) la gente no me valora, no valgo nada para ellos, porque tengo este maldito diagnóstico. Soy como inferior, y es difícil vivir así” (Castro, 2019, p. 64).

El llamado “sufrimiento psíquico”, o también denominado “malestar psíquico”, se vincula a las personas que tienen un diagnóstico psiquiátrico, y está sujeto a un modo de vivir, es decir, a “un vivir así” en el que tener la marca del diagnóstico es producto de un modo de ser del individuo, clasificado de acuerdo con ciertas nomenclaturas que definen la normalidad y anormalidad de las emociones y pensamientos. Ese modo de vivir se convierte en un estilo de acción del sujeto “esquizofrénico”, “bipolar” o “depresivo”, que tiene repercusiones complejas en las emociones, perpetuando el dolor y sufrimiento a causa de una condición psiquiátrica, en otras palabras, el sujeto estará destinado vivir como un enfermo mental. Por tanto, la asociación que se realiza entre diagnóstico y persona no es más que una producción de sentido por la que cruza el individuo afecto a ello, y eso nunca significa tener

algo bueno, sino más bien algo que está determinado por el sufrir: “es la cuestión más mala de la vida, es como ser un sidoso, un leproso” (Castro, 2019, p. 67).

De ese modo, el diagnóstico psiquiátrico marca la designación del sufrimiento. Es, de alguna manera, el bautismo del sufrir, donde todo comienza y nunca más termina. Es el mal que se impregna en los cuerpos de los sujetos, ya que, como maldición que cae sobre el propio individuo, queda sujeto a una nomenclatura diagnóstica difícil de evitar. El mal de la enfermedad mental, nominada mediante un diagnóstico psíquico, no es más que el efecto performativo que las personas obtienen en sus vidas y que transforma todo alrededor de ella: “vivir con esquizofrenia ha sido lo peor, es decir, una maldición” (Castro, 2019, p. 68).

Solo las personas afectas a este tipo de situaciones son las que pueden definir el pesar del sufrimiento. En ese sentido, el peso que trae la “carga” de una enfermedad como la bipolaridad, la depresión y la esquizofrenia, transfigura todas las formas de interacción del sujeto, inclusive en los gestos, los movimientos, formas de vestir, etc., caracterizando las maneras del habitar de la locura:

Yo soy loco, ante todo, y he sufrido por ser loco, y no me gusta sufrir, pero he aprendido del sufrimiento, también soy poeta, pero nadie me dice así porque soy ante todo loco, enfermo mental, psiquiátrico, tonto, estúpido y puros diagnósticos. Si voy al médico soy esquizofrénico, si voy a comprar pan soy el loco ‘culiao’ de la cuadra; si voy a presentarme a un trabajo soy un discapacitado, o sea, entonces, ¿cómo no sufrir así, si me obligan a sufrir? Y estos terapeutas no son esquizofrénicos y bipolares, están del otro lado de la mesa del box y escriben lo que nos pasa, después nos estudian, hacen clases con nosotros y nos muestran a sus médicos, escriben libros y *papers* y después nos encierran y nos inyectan. A mí me pusieron electroshock, porque mi mamá aprobó que lo pusieran, y después quiere que no la odie, y el odio dicen que viene porque estoy psicótico y después me vuelven a encerrar, ¿cómo quieren que no sufra? (Castro, 2019, p. 69)

La nominación diagnóstica en psiquiatría emerge en el acto clínico y encierra un ejercicio social que genera sufrimiento en los sujetos “locos”. Esta especie de maldición, que se asienta en los cuerpos y emociones de las personas que cursan la locura, revela el sufrimiento,

que lo diferenciará entre ser normal o anormal, y además descubrirá la desnudez humana de quien padece tal dolor: “(...) yo sufría por eso [por la esquizofrenia], era como que no lograba salir de eso, mis sentimientos eran de pesadumbre” (Castro, 2019, p. 70). Así, la fatalidad del diagnóstico —en este caso, la esquizofrenia— funciona como una aflicción del alma, que termina por enterrar al sujeto en sentimientos de rabia, vergüenza y resignación.

La experiencia del sufrimiento psíquico está relacionada con lo que Levinas (2001) denominaría como: “el mal que se sufre”. La explicación acerca del sufrimiento no es más que la relación que establece la persona con la enfermedad, y, especialmente, con el nombre que a ésta se le da. Tal sufrimiento debe ser comprendido en tanto se tiene un mal (una maldición). En el caso de Levinas (2001), esta explicación está relacionada con la idea del sufrimiento de los otros, y no en comprender ese lugar del otro. Como consecuencia de esto último, la importancia de entender el lugar del otro redirige la comprensión del sufrimiento a un terreno experiencial, es decir, al lugar de cada sujeto diagnosticado psíquicamente, y ya no desde una perspectiva normalizadora a la que la salud mental adscribe y en la que funda su intervención. En ese sentido, intentar curar, ayudar, aliviar o incluso acompañar el sufrimiento se convierte en un modo de gobernar en la enfermedad y, por tanto, nos remite a un lugar de dominio de la experiencia de otro. No obstante, comprender la experiencia del sufrimiento no significa hacerse cargo del sufriente, sino más bien descubrir el sentido profundo de ese sufrimiento, en el que operan las consecuencias más nefastas del diagnóstico psiquiátrico.

Cuando vamos a la experiencia de los protagonistas del sufrimiento psíquico, nos encontramos con los efectos irremediables que el bautismo psiquiátrico impone en la vida. Son esas experiencias las que están marcadas por el rechazo, el estigma y el exilio de la vida cotidiana: “La gente no me valora, no valgo nada para ellos porque tengo este maldito diagnóstico. Soy como inferior, y es difícil vivir así” (Castro, 2019, p. 75). En ese escenario podríamos preguntarnos: ¿cuál es el sentido de hacerse cargo del sufrimiento de alguien diagnosticado? ¿Por qué nos arrogamos la idea de curar, cuidar e incluso abrazar al sufriente psíquico? Hacernos cargo de ese sufrir que nosotros mismos provocamos, ¿significa dar fin al estigma, el exilio y el propio dolor humano?

Las consecuencias del acto científico y clínico del diagnóstico en la vida de un sujeto deben considerarse como importantes. Si hiciéramos una analogía entre religión y ciencia (que no es el interés de este artículo), el modo en que opera el diagnóstico psiquiátrico es similar a aquel mal con que los dioses castigan a las personas por el pecado cometido. Esta semejanza funciona en la dinámica médico-psiquiatra, que nombra a un sujeto por el hecho de llevar síntomas relacionados con una enfermedad psíquica, ya sea esquizofrenia, bipolaridad, etc. Entonces, la acción diagnóstica se comprende como un ejercicio que señala realidades personales y sociales universalmente reconocidas por una disciplina, y que difieren de ciertas normalidades determinadas *a priori*. En este sentido, la práctica médica-psiquiátrica analiza y toma posiciones frente a una serie de síntomas o características conductuales que indican, de acuerdo con los manuales diagnósticos, lo que es un trastorno psiquiátrico. Sin embargo, ¿qué nos hace pensar que esa forma de diagnosticar no es más que un acto ideológico, que funciona silenciosamente en los imaginarios en relación con las enfermedades mentales?

Decir que el mal de la enfermedad mental deriva de un hecho científico pudiera ser exagerado; no obstante, cuando ponemos la experiencia por sobre el discurso psiquiátrico comprendemos el dolor del “loco”, en otras palabras, ya no es la consecuencia de la inmoralidad (que es la explicación teológica y parte de las primeras explicaciones psiquiátricas), sino más bien de un acto científico que, en su afán por racionalizar una experiencia diferente o distinta, define y confina al individuo en el diagnóstico, quedando destinado a ser un trastornado mental. Este acto científico, que parece inofensivo, es ejercitado en la cotidianidad de las prácticas clínicas de los hospitales públicos, y es corroborado por la opinión pública en los distintos espacios de socialización, dejando por fuera cualquier explicación social de ese sufrimiento, o la experiencia que el loco tiene en su vida cotidiana respecto de sus conductas.

La falla en la sinapsis cerebral o la falta de serotonina tiene una mayor preponderancia explicativa que la pobreza, la autoexplotación, el trauma o inclusive el fracaso en el mundo del capitalismo tardío. Esto quiere decir que solo las explicaciones científico-biológicas sirven para explicar la locura, y el sufrimiento que ello provoca —un

efecto colateral— debe aprehenderse del mismo modo: a través del tratamiento psiquiátrico y, principalmente, a través del psicofármaco.

El sufrimiento en la hospitalización psiquiátrica

La hospitalización psiquiátrica es una forma de intervención que la psiquiatría ha detentado desde sus orígenes. Desde que se conoce la forma de hacer psiquiatría en el mundo, la hospitalización —también denominada “internación”— es el método por excelencia para tratar las enfermedades mentales. En relación con ellas, siempre encontraremos a personas con diagnósticos psiquiátricos de los más variados, especialmente del ámbito psicótico y anímico. Además, el mecanismo de la internación (voluntaria o involuntaria) se ha convertido en un lugar de alta complejidad en la salud pública, fundamentalmente en la salud mental, sin dejar de mencionar los hospitales y clínicas psiquiátricas, públicas y privadas.

Goffman es quien primero nos advierte de esta relación, en su estudio sobre los internados (1954), especialmente las instituciones hospitalarias de psiquiatría. Goffman muestra cómo los internados se constituyen como lugares de sometimiento del paciente al personal, generando sumisión, obediencia y subordinación del loco frente al personal hospitalario. Ya en esa línea, Goffman será uno de los primeros en exhibir el sinsentido de las instituciones psiquiátricas y la hospitalización, ya que no cumplen el propósito para los cuales fueron creados, es decir, el bienestar, la protección y la mejora de quienes cursan un diagnóstico psíquico y se han desajustado socialmente. Por tanto, los hospitales psiquiátricos o manicomios terminan siendo “(...) internaderos donde se transforma a las personas (...)” (Goffman, 1998, p. 25), y donde esa transformación está amparada bajo un mecanismo coercitivo que favorece el sufrimiento de estas personas y que siempre está asociado a la “mortificación del yo” (1998).

Las personas que han atravesado esta experiencia confirman lo que Goffman nos advirtió desde hace más de cincuenta años. Más allá de ser un hospital psiquiátrico o una unidad de hospitalización psiquiátrica en un hospital general, lo que se vive alrededor y al interior de ellos refleja la más oscura experiencia que los sujetos locos pueden tener en toda su vida de persona diagnosticada.

Algunos indican que la hospitalización tiene significaciones positivas, es decir, creen que la hospitalización beneficia cuando están cursando crisis y que, por tanto, a largo plazo, tiene efectos buenos en sus vidas. Sin embargo, muchos aclaran que una cosa es el beneficio y otro es el hecho de estar hospitalizado o encerrado, es decir, privado de la libertad, y el miedo que ello produce.

(...) es que la imagen de un hospital psiquiátrico que tengo es el Horwitz, y es lo más tenebroso en lo que he estado. Recuerdo que cuando estuve una vez ahí, porque tenía alucinaciones místico-religiosas, me amarraron y me inyectaron, después pasé días ahí y nadie me explicaba nada (...) ¿Es así el Peral? (Castro, 2019, p. 80)

Hoy en día, y en tiempos en los que Chile se ha vinculado a cuestiones de los derechos humanos, la hospitalización psiquiátrica sigue siendo tan polémica como en los tiempos del nazismo y de la posguerra. Nuestro país, a pesar de las innumerables estrategias que ha tenido al respecto, no ha podido limpiar la imagen del hospital psiquiátrico como un lugar relacionado con el dolor. En esa continuidad, las narraciones del sujeto loco sobre la internación siguen afirmando el sufrimiento de estar detenido en una institución de estas características.

Yo me hospitalicé voluntariamente, y recuerdo una vez que le pregunté algo a una enfermera o paramédico —no recuerdo bien eso—, me retó porque eso no debía preguntárselo a ella. La verdad no entendía muy bien lo que pasaba ahí adentro, entonces me comencé a sentir triste, así como abandonado. (Castro, 2019, p. 82)

La hospitalización, voluntaria o involuntaria, emerge como una narrativa del sufrimiento en la que la soledad, la tristeza y el dolor, que en un principio se asocian con lo psíquico o lo psicopatológico, emergen como una consecuencia radical del abandono. El hecho de estar apartado de la sociedad y el relacionamiento hostil por parte de quienes deben preocuparse por el bienestar del individuo, se convierte en la principal arma de destrucción del yo.

(...) al principio, cuando me iban a ver los doctores en el Horwitz, pasaban como en una junta médica día por medio para revisarme. Yo sentía que ellos pensaban que era un espécimen que tiene esto y esto otro. Es ahí que ellos mencionan el trastorno que tenía y me causó impacto, ¿que tendré? —me preguntaba—, o ¿qué cosa ten-

go? Me asusté un poco, pero en mi mente pensaba que me tenía que mejorar. (Castro, 2019, p. 83)

Por otro lado, la vida cotidiana al interior de una hospitalización psiquiátrica funciona con una constante y persistente despersonalización de los sujetos locos. Nadie explica nada, y los internos se convierten en objetos manipulados y manejados de modos insospechados. No obstante, estos mismos objetos de la psiquiatría cuentan sus experiencias de dolor y miedo en estos lugares, alejados de cualquier tratado internacional de derechos humanos o de leyes que los resguarden.

(...) yo viví la violencia en la internación psiquiátrica; a algunos los amarraban en las camas, conmigo no lo hicieron. Yo soy un tipo muy tranquilo, más allá de que tenga esquizofrenia, nunca le hecho mal a nadie. Ahora bien, lo que pasa con los pacientes psiquiátricos es abuso, y es que el abuso no se va a explicar de otro modo, y en un lugar como el psiquiátrico no se debe abusar de las personas, están para ayudarnos no maltratarnos. (...) Hay abusos verbales, debe ser porque somos mas vulnerables, porque somos esquizofrénicos, entonces todo el mundo cree que somos lo más bajo, y debemos adaptarnos a ese mundo. (Castro, 2019, p. 89)

La tesis de Goffman de hace más de cincuenta años sigue vigente en pleno siglo XXI. La forma en que se relaciona el personal con las personas hospitalizadas representa la indiferencia frente al sufrimiento psíquico. En los dos relatos anteriores se puede visualizar cómo el sufrimiento está asociado a la relación displicente con el “loco”, como si fuera un objeto sin valor y sin voz. El sufrimiento, por un lado, se manifiesta en la relación de indiferencia entre el personal y la persona (Goffman, 1998) que, por un problema psíquico, está internada en el hospital; pero, por otro lado, emerge como una forma de control de la locura, en la cual el hecho de ser una persona diagnosticada elimina cualquier capacidad de relación democrática, es decir, es como si ésta perdiera todo derecho por el solo hecho de llevar la marca del diagnóstico.

En ese sentido, la experiencia del dolor, relacionada con la hospitalización psiquiátrica, representa una experiencia que desorienta, que deja sin explicación y, en muchas ocasiones, ni siquiera se logra significar. La hospitalización emerge como un mecanismo autorita-

rio y coercitivo, que violenta y absorbe cualquier racionalidad humana, quedando desprovisto de explicaciones y razones. Al parecer, el sufrimiento psíquico de quienes han sido designados a través de un diagnóstico psiquiátrico siempre será homologable a la hospitalización psiquiátrica y, generalmente, a un momento de sufrimiento por parte del sujeto: “se ven cosas malas en la hospitalización, uno sufre ahí” (Castro, 2019, p. 65); en consecuencia, el lugar del cuidado se vuelve un lugar del lamento y del dolor. Muchos declaran no querer repetir tal experiencia, porque justamente implica retornar al dolor continuo y a la exposición y al maltrato: “(...) no me hospitalizaría [otra vez] (...) me han contado varios compañeros que los maltratan en el psiquiátrico (...)” (*Id.*, p. 70). Y, de acuerdo con las propias experiencias de los protagonistas de estas historias, la violencia y la tortura se constituye como un aspecto legítimo de las instituciones totales: “le pegaron a un paciente, y los gallos no me gustaron (...) eran peligrosos esos enfermeros, como que siempre andaban como matones adentro de las salas del hospital” (*Id.*, p. 89).

La violencia, como forma de coerción y tortura, emerge de manera natural en los relatos de las personas que han cursado la internación psiquiátrica (Mills, 2014), asociando esta última al miedo y el castigo, y significando la experiencia negativamente. A pesar de que se insista que la hospitalización es un recurso terapéutico para mejorar las condiciones de vida de las personas que lo necesitan, esta se vuelve todo lo contrario:

(...) el enfermero tomó al paciente, lo tiró al suelo, lo pateó y uno no puede decir nada. Yo vi eso y no estaba psicótico, ni nada de eso. (...) él se quería ir, y por eso fue que le pegaron. A mí me dio miedo esa situación y le conté a mi hermana, pero creo que eso no está bien, él solo les insistía que quería irse de ahí. A mí me dio miedo, por eso no quisiera estar hospitalizado nuevamente. (Castro, 2019, p. 88)

De algún modo, la coerción psiquiátrica queda vinculada al sufrimiento psíquico a través de la violencia que utiliza de manera directa e indirecta. Pero, por otro lado, la coerción también queda anclada al miedo a la hospitalización psiquiátrica, a pesar de que esta pudiera ser necesaria: “además si te niegas, igual te hospitalizan, entonces es mejor por la buena que por la mala” (Castro, 2019, p. 90).

Son los propios locos quienes se dan cuenta de que existen injusticias al interior del internamiento psiquiátrico, y son estos mismos los que experimentan este dolor, los que narran en primera persona el sufrimiento de ser alguien sin voz, sin derecho o sin humanidad, y “es que no te tratan humanamente” (Castro, 2019, p. 92), y “aunque yo me niegue, si ustedes me ven mal, me hospitalizan” (*Ibid.*); “(...) además, pensaba cómo sufrían los pacientes psiquiátricos, y yo era uno de ellos (...) En el fondo me imagine como lo peor del mundo, porque el [hospital] psiquiátrico es lo más malo de la sociedad” (*Id.*, p. 93).

La deshumanización de la persona que es internada voluntaria o involuntariamente en un centro de salud mental, es el principio de una experiencia altamente compleja que, en muchos casos, causa dolor y sufrimiento, no por el hecho de estar cursando una crisis, sino porque se compromete al propio sujeto al que se le suspende su propia calidad de ciudadano. Al mencionar estas injusticias por parte de algunos de los internados, se deja ver el exceso de poder que se ejerce en estos dispositivos clínicos de salud pública, en los que se mantienen prácticas de deshumanización por el solo hecho de ser “loco”. En ese sentido, la hospitalización revela el mal, ese mal del que hacíamos referencia anteriormente: “(...) se ven cosas malas en la hospitalización, uno sufre ahí” (Castro, 2019, p. 92).

La experiencia dolorosa en la internación psiquiátrica puede tomar ribetes mucho más complejos, tanto así que, al suspender los derechos, ya sea de manera legal o ilegal, hacen ocupar una posición inferior al sujeto loco; como diría Bourdieu: “esa miseria de posición” (1999, p. 10) que experimenta el sujeto diagnosticado, hunde en lo más profundo del abismo cualquier humanidad que pudiera quedar en el cuerpo del humano loco.

La vida al interior del encierro psiquiátrico no es más que la vida del sufrimiento, y revela la pureza de la maldad humana a través de dispositivos de terror y de control, que se manifiestan a partir de lenguajes y formas de ser —a las que Goffman hizo referencia desde hace mucho tiempo—, permitiendo que este submundo se convierta en el escenario del terror para muchas personas que, por indicación o persuasión médica, terminan en el lugar más horrible de la humanidad.

Conclusiones

Vivir diagnosticado psiquiátricamente significa aceptar tener una enfermedad y, por ende, llevar un estigma que condiciona tu vida, obligándote a vivir de un modo determinado en relación con tu enfermedad, como un discapacitado, y que para ello vivir con un tratamiento psicofarmacológico se convierte en un modo de esclavitud, que es el modo central de la vida cotidiana y que revela solo una cosa: el sufrimiento. En ese sentido, vivir con un diagnóstico y atravesar, por ejemplo, la internación psiquiátrica en Chile, revelan el sufrimiento de las personas que atraviesan el fenómeno de la locura, ya sea por esquizofrenia, depresión o bipolaridad. El diagnóstico psiquiátrico funciona como el despojo de cualquier identidad del ser humano; sin embargo, el “loco” logra darse cuenta que ello funciona así, reconociendo que, en el acto de ser nominado como un enfermo psiquiátrico, hay pura violencia y, como consecuencia, deshumanización. La masificación de estas nominaciones ha sido un arma de doble filo en nuestra sociedad. Hoy, al usar las nominaciones diagnósticas cotidianamente —y de manera peyorativa—, la condición de las personas que tienen problemas de salud mental se ve vulnerada habitualmente. La deshumanización, característica de estas formas de nominar al sujeto “loco”, funciona socialmente para diferenciar al normal del anormal. Este funcionamiento, que se da inherentemente en las relaciones sociales, tiene una implicancia directa en las emociones de los individuos. En ese sentido, la humillación pública cuando se tiene una enfermedad también es parte de vivir con el diagnóstico psiquiátrico. Por otro lado, el maltrato se vuelve común y se naturaliza, y, a pesar de que se reconoce, se acepta como tal, no oponiendo resistencia a la burla pública ni al maltrato que ello significa. Ni los más cercanos, amigos o familiares, muchas veces comprenden estas situaciones. A ojos de las narrativas de estos sujetos, es ahí donde el sufrimiento comienza.

¿Por qué el diagnóstico psiquiátrico tiene tanto poder que reduce a la mínima expresión a un ser humano, al cual, dotado de todas las condiciones naturales, deja limitado y excluido en el éxodo de la salud mental? En ese sentido, comprender este sufrimiento no ha sido preocupación de ninguna disciplina científica, y estas disciplinas solo se acercan por cuestiones procedimentales y un uso tecnocrático. Frente a ello, son las mismas personas las que dicen: “es que nadie

más te puede entender, un médico no entiende que es tener esquizofrenia, uno sí, porque está viviendo todo el rato con ello” (Castro, 2019, p. 55). Esto último responde a algo mucho más profundo: no nos interesa el sufrimiento del otro, y menos de alguien que está “loco”, porque deja de ser humano y lo cosificamos en un dato, una enfermedad, un diagnóstico, un paciente o un usuario. Finalmente, gana el diagnóstico y se invisibiliza al ser humano sufriente; con ello, desaparece el loco y la salud mental desplaza al propio sujeto de su seno, permitiendo que el diagnóstico psiquiátrico derrote a quienes están afectos a esta condición: “Tenía ganas de dar vuelta la enfermedad, de que no me doblegara (...), pero no pude seguir y comencé a perder la batalla contra la esquizofrenia” (Castro, 2019, p. 70). La resignación termina siendo el fruto del sufrimiento psíquico y el principio del abandono del loco.

Bibliografía

- Bataille, G. (2016). *La Experiencia Interior, suma Ateológica I*, Buenos Aires: El Cuenco de Plata Ediciones.
- Bourdieu, P. (1999). *La Miseria del Mundo*, Buenos Aires, Fondo Cultura Económica.
- Bracken, P. y Thomas P. (2001). Psychiatry beyond the current paradigm. *British Journal of Psychiatry*, 201, 430-434.
- Carrasco, J. y Leal, A. (2018). La reforma psiquiátrica brasileña y chilena y la gestión por la libertad. Una historia de los modos de gobierno en las prácticas vinculadas a la salud mental. En R. Karmy y L. Follegati, (comps.). *Estudios en Gubernamentalidad. Ensayos sobre el poder, vida y neoliberalismo* (pp. 161-194). Santiago de Chile: Communes.
- Castro M., A. (2019). *Las narrativas de las personas con un diagnóstico psiquiátrico: las voces de la locura*. (tesis doctoral). Santiago de Chile: Universidad Alberto Hurtado (sin publicar).
- Chase, S. (2015). *Investigación narrativa: multiplicidad de enfoques, perspectivas y voces*, en Denzin y Lincoln (coords.), *Métodos de recolección y análisis de datos, Manual de Investigación cualitativa*, Volumen IV. Barcelona: Gedisa Editorial.
- Fernández Liria, A. (2018). *Locura de la psiquiatría, apuntes para una crítica de la psiquiatría y la “salud mental”*. Bilbao: Editorial Descleé de Brouwer.

- Foucault, M. (2014). *El Poder Psiquiátrico*, México: Fondo Cultura Económica.
- Goffman, E. (1998). *Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Laslett, B. (1999). *Personal Narratives as Sociology. Featured essay, Contemporary Sociology*, 28, 391-401.
- Levinas, E. (2001). *Entre nosotros. Ensayos para pensar en Otro*. Valencia: Pre-Textos.
- Mills, Ch. & Suman F. (2014). Globalising Mental Health or Pathologising the Global South? Mapping the Ethics, Theory and Practice of Global Mental Health. *Disability and the Global South*, 1(2), 188-202.
- Ministerio de Salud. (1998). Departamento Jurídico Circular No 13, 2007, *Decreto supremo 579/98*. Santiago de Chile: Gobierno de Chile
- Ministerio de Salud. (2017). *Política y Plan Nacional de Salud Mental*. Santiago de Chile: Gobierno de Chile.
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020*. Ginebra: OMS.
- Ortiz Lobo, A. y Huertas, R. (comp.). (2018). *Críticas y alternativas en psiquiatría*. Madrid: Cataratas Ediciones.
- Rose, N. (2007). Terapia y poder: techné y ethos. *Cuadernos crítica de la cultura, Archipiélago*, 76, 101-124
- Rose, Nikolas. (2012). *Políticas de la vida: biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI*. La Plata: Editorial Universitaria.