

margen N° 75 – diciembre 2014

## Reflexiones en torno a la noción de cronicidad en Salud Mental

Por Valeria Romina Yonson

**Valeria Romina Yonson.** Mg Salud Mental. Lic en Psicología. Psicóloga en Hospital Escuela de Salud Mental, provincia de Entre Ríos. Docente en la Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Entre Ríos.

### **La cronicidad como destino biológico de la enfermedad mental**

Al iniciarse la Edad Moderna, para el sujeto cartesiano la locura quedará del lado de la sin razón, del error. El loco no piensa y por ello, no existe. Connotaciones éstas que serán determinantes para su exclusión, que encuentra eco y se materializa en el “Gran Encierro” del siglo XVII. Se erigen así en Europa los grandes internados que esconderán en épocas de crisis a los vagabundos y desocupados, como además sacará de circulación a quienes perturban el espacio social porque rozan los márgenes del desorden, el crimen y el escándalo.

El Gran internamiento, que encuentra su cristalización en el Hospital General de París no es más que la aplicación y extensión misma del sistema disciplinario que con talante de control, represión, asistencia y transformación espiritual, gobierna la vida de los internados.

Por su parte, aquí hace su introducción la medicina, que se valdrá de la disciplina hospitalaria para vigilar, controlar, distribuir enfermos y a la enfermedad misma. Así es cómo la psiquiatría señala, delimita y clasifica el comportamiento según señales observables, deviniendo así hacia fines del siglo XVIII la categoría enfermedad. Este conocimiento del loco se inicia en una clínica de la mirada en donde la psiquiatría empieza a describir y clasificar diversas entidades mórbidas apareciendo diferentes estados patológicos. Así comienza a gestarse y tomar forma, vehiculizándose en la escritura, una clasificación de las diversas nosografías.

En lo que atañe a la diferenciación del loco curable e incurable, data ya de estos tiempos. Pinel y sus contemporáneos intentan clasificar, separar diversas entidades mórbidas. Asimismo comienzan los ensayos de una división entre locos curables e incurables y si es necesaria, la separación en salas diversas. Aunque inicialmente, los alienados curables e incurables podían estar agrupados en un mismo establecimiento sin que la presencia de los incurables se constituyera en un obstáculo para el tratamiento de los curables. Pinel insiste en la necesaria precocidad de la intervención. En este sentido, la mayor parte de los alienados pueden curar en el año que sigue al comienzo de la enfermedad y el pronóstico se vuelve menos favorable a medida que pasa el tiempo. Pero más precisamente, bajo el influjo de Esquirol, se procedió a la construcción de casas de escaso presupuesto y poco personal para acoger sólo a los locos incurables.

Una modificación sustancial se dio tras los descubrimientos de Bayle acerca de la Parálisis General Progresiva. A partir de allí la balanza se orienta a hallazgos anatómicos, relegando las causas morales de los primeros alienistas. Además, se inaugura el concepto de proceso mórbido, en el cual una misma entidad puede manifestarse a través de diversos síntomas y signos en diversos

momentos de su evolución. Esto produce una nueva delimitación de la función del psiquiatra. Además de establecer un diagnóstico, deberá realizar un pronóstico de acuerdo con la evolución característica de diversos cuadros nosográficos. La parálisis general progresiva se caracteriza desde el punto de vista anatómico por una meningitis que es crónica y en el aspecto clínico, se presentan delirios de grandeza, manía y demencia. Esta última afección recibe una connotación diversa después de Esquirol, ligada al progresivo declive de las funciones cognitivas y por tal, sus principales características serán la cronicidad e incurabilidad, teniendo entonces un mal pronóstico.

En el siglo XIX es cuando comienza a gestarse el concepto de cronicidad y empiezan a diferenciarse aquellos estados crónicos, por tal irrecuperable e incurable, de aquellos procesos mórbidos en los que rápidamente aumenta la sintomatología, siendo estos procesos no obstante, curables y reversibles, recibiendo por tal el nombre de procesos agudos. Estos estados agudos se oponen a los estados crónicos que permanecen en el tiempo, son de larga duración y conllevan la dimensión de lo irreversible. La mirada, y por tal el interés médico sobre ellos, es retirada, ya no hay nada que hacer, son irrecuperables.

A partir de los desarrollos que venimos haciendo podemos decir que para diagnosticar la cronicidad de una enfermedad mental, se atenderá entonces a la dimensión del pronóstico: allí donde entra una variable temporal que dé cuenta de ciertos cambios que permiten diferenciar aquellos estados mórbidos en función de los cuales se introduce el plano de lo irrecuperable, en el cual ya no hay cambios deviniendo incurable. La cronicidad se liga entonces al proceso evolutivo irreversible de una enfermedad mental, su destino biológico, esto es central por que como mencionamos precedentemente, la mirada psiquiátrica en términos de la psiquiatría más clásica, es retirada de estos estados crónicos.

Asimismo, y avanzando un poco más en estas reflexiones, podemos considerar cómo la ontologización de la enfermedad mental (Canghilem, 1971) atraviesa estas descripciones: la enfermedad está en la naturaleza del ser humano, es una realidad preexistente, es un objeto más de la naturaleza biológica que se ofrece a ser aprendido y el lenguaje descriptivo del que se vale el médico no hace más que enumerar las manifestaciones clínico - patológicas que se expresan en la fenomenología de los síntomas.

A modo de ilustración de las conceptualizaciones que venimos desplegando, tomaremos algunos postulados del psiquiatra francés Henri Ey, en el que se evidencia claramente, por un lado el estatuto de las clasificaciones nosográficas como entidades naturales en donde hay una “naturaleza enferma”, que se van a diferenciar unas de otras de acuerdo a un diagnóstico. Por otro lado, se hace evidente la connotación del concepto de cronicidad en medicina y específicamente en el ámbito de la psiquiatría, como el transcurrir de determinadas enfermedades mentales, un estado evolutivo de aquellas. Para ello tomaremos dos capítulos de los “Estudios Psiquiátricos” de Henri Ey. En primer lugar, este psiquiatra francés retoma las dos posiciones antagónicas que en la psiquiatría hay en relación a la enfermedad mental:

- teoría psicogenetista o psíquicos: quienes sostienen el origen exclusivamente psíquico de las perturbaciones mentales. El origen y la causa del trastorno mental se encuentran en el ámbito psíquico y en el ambiente social del enfermo. La enfermedad mental es mental en dos sentidos en patología y en síntoma.

- tesis mecanicista, somatista, organicista: los partidarios de esta tesis abogan por el carácter puramente somático de las enfermedades mentales. En este sentido, la enfermedad mental es física dos veces, en sus síntomas y en su etiología. El trastorno mental tiene su apoyatura aquí en el cuerpo.

Para Henri Ey la enfermedad mental siempre es orgánica en su etiología aunque su patogenia es psíquica. En este sentido dice: “(...) *la Psiquiatría es una rama de la medicina, pero una rama especial que tiene por objeto propio la enfermedad mental: enfermedad en tanto efecto de un proceso patológico, y mental en tanto efecto de la organización de la vida psíquica a un nivel inferior*” (2008: 77).

Luego plantea que la enfermedad mental es una alteración mental de naturaleza orgánica, así como las enfermedades orgánicas son amenazas a la vida, las enfermedades mentales son ataques a la libertad. En esta línea, la psiquiatría es la rama de la medicina aplicada a las dimensiones de la libertad. Toda enfermedad mental altera la actividad de integración del sujeto. Como proceso mórbido, disolviendo la actividad psíquica, disminuye la libertad y la responsabilidad del paciente, así es que lo propio del trastorno mental es desadaptar al sujeto del grupo.

Posteriormente en otro capítulo de los “Estudios Psiquiátricos”, titulado: “La clasificación de las enfermedades mentales y el problema de las psicosis agudas”, Henri Ey plantea: “*La clasificación sistemática de las enfermedades mentales considerada como una clasificación de “especies linneanas” siempre asedió el pensamiento de los psiquiatras (...) esta cuestión de la “sistemática” de las enfermedades parecía ser lo más importante en los tiempos en que el alienista disponía de tiempo y, por así decir, solo tenía que “etiquetar” a sus pacientes (...) el psiquiatra atiende menos esta exigencia nosográfica, lo cual no por eso deja de ser exigente. Es muy difícil aceptar la idea de que no hay especies de “enfermedades mentales”.*” (2008: 13)

En este sentido, Henri Ey sostiene que una ciencia sólo puede establecerse si tiene como base una clasificación natural de los fenómenos que constituyen su objeto, este objeto son las enfermedades mentales. Por lo que hay ciertas categorías y especies naturales que deben ser aisladas. Allí comienza a desplegar las principales clasificaciones nosográficas de los últimos tres siglos y afirma no obstante que la psiquiatría no ha hecho mayores progresos en términos de clasificaciones nosográficas y que siempre que se intenta clasificar a los pacientes mentales manteniéndose clásicos, se vuelve al tipo de clasificación Kraepeliniana.

Enumera de igual forma una serie de reglas a considerar para la clasificación de las enfermedades mentales, entre las cuales es pertinente nombrar:

- La enfermedad mental se caracteriza por una fisonomía clínica, es decir, una forma típica de evolución de los trastornos de la vida mental, condicionada por un proceso de base somático;
- La clasificación de las enfermedades mentales se divide naturalmente en: la patología del campo de la conciencia y la patología de la personalidad. Siendo estas últimas las que definen las enfermedades mentales crónicas, son formas patológicas durables de la personalidad. Por lo que en las psicosis y neurosis crónicas, el criterio evolutivo es decisivo. Mientras que en la patología de la conciencia los niveles de disolución de la conciencia determinan las enfermedades mentales agudas. Las enfermedades mentales crónicas se caracterizan por una disolución de la personalidad en un modo de existencia durable.

Aunque no nos detendremos detalladamente en el modelo médico hegemónico, es sin embargo, pertinente mencionar que el biologicismo, como característica estructural del modelo biomédico, se plasma claramente en estos diagnósticos. Hay una determinación biológica que causa la enfermedad y todas las demás dimensiones subjetivas, históricas, sociales, son secundarias. El paciente en este contexto es un hecho exterior en relación a lo que sufre. Cabe aclarar que el modelo biomédico puede impregnar cualquier práctica en el campo de la salud mental,

prescindiendo aun de la medicina, resta inquirirnos entonces por cuan atravesados estamos en nuestra labor diaria como trabajadores del campo de la salud mental por estos posicionamientos y postulados teóricos en torno a la cronicidad.

Atendiendo los desarrollos conceptuales introducidos precedentemente, queda claro cómo, para la psiquiatría más tradicional, los trastornos mentales están allí en la naturaleza del ser humano, es el progreso del conocimiento y la construcción del saber médico quien descubre y define las lógicas inherentes a esta naturaleza preexistente. En otros términos, mediante un acto perceptivo la mirada médica describe el “ser” a partir de la creación de un lenguaje específico que comunica la verdad de la enfermedad mental, un lenguaje que transmite la superficialidad de los fenómenos a través de un diagnóstico, de una clasificación nosográfica. Si lo crónico se liga aquí al proceso evolutivo irreversible de una enfermedad mental, ¿cuáles son las practicas que podríamos entonces ubicar como prevalente? Con todo ello en el caso del enfermo mental crónico, lo atraviesa una connotación negativa, lo ubica como alguien sin relaciones o con relaciones repetitivas en las que ya no es posible nada diferente, del cual ya no se espera nada, solo resta prescribir medicación para suprimir el cuadro sindrómico.

Considerando lo expuesto, y siguiendo los planteos de Paulo Amarante (2006), ubicar a la enfermedad mental como natural implica poner entre paréntesis al sujeto, su palabra y su experiencia, porque es el médico quien en nombre de su saber puede decir sobre su “alteración mental. Se sostiene desde aquí la necesidad de poner a la enfermedad entre paréntesis, siendo esto una actitud epistémica en tanto posibilitadora de producción de conocimiento por la puesta entre paréntesis y por tal suspensión del concepto y la posibilidad de generar nuevos conocimientos acerca de la experiencia del sufriente. Siendo la enfermedad mental una modalidad instaurada por la psiquiatría de referirse al padecimiento mental, no negamos por tal dicha referencia sino que ponerla entre paréntesis implica generar procesos de subjetivación de sujetos que están invisibilizados y reducidos a signos y síntomas de una enfermedad mental.

### **La complejidad de la dimensión de la cronicidad**

Tratando de buscar otros sentidos al término de cronicidad y de alejarnos de estos postulados teóricos, situamos la noción en la dirección que atraviesa a las instituciones totales descritas por Goffman. De manera tal que la cronicidad va adquiriendo una complejidad a partir de la cual le otorga un sentido diverso. Aquí la cronicidad se añade al padecimiento del sujeto, es creada por la institución total producto del largo tiempo de internación que inaugura “una carrera moral” que deja las marcas en el sujeto de su paso por la institución psiquiátrica. Desde el momento de la admisión se realizan procedimientos a través de los cuales se modela al sujeto para ser introducido en la maquinaria hospitalaria que lo despojan de su identidad personal, de su sentimiento de intimidad, sometiéndolo a la masificación, al disciplinamiento, al control y vigilancia permanente. Los efectos desubjetivantes que eso tiene para las personas internadas se materializa rápidamente y se transforman en moneda corriente en la cotidianidad. Las similitudes que aparecen entre los pacientes de un hospital psiquiátrico no son consecuencia de la enfermedad mental misma, sino que se producen a pesar de ellas: la cronicidad es desde esta perspectiva una enfermedad añadida, creada por la internación.

Otros autores se pronuncian sobre los efectos iatrogénicos que la hospitalización produce en los sujetos internados. Es atinado decir que Giovanni Berlinguer plantea que las instituciones psiquiátricas son en realidad fábricas de enfermos ya que fijan y agravan el padecimiento produciendo una destrucción de la personalidad de los sujetos internados. El mencionado autor

plantea además que *“Muchos de los síntomas con los cuales ha sido rotulado desaparecen al caer las estructuras a las cuales se encontraban ligados en forma estrecha, hasta el punto de exigir un trabajo gradual de de separación entre lo que puede considerarse como producto de la internación y lo que debe entenderse como el núcleo de la enfermedad originaria”* (1972:40).

Por su parte, Foucault habla acerca de estas huellas e inscripciones en los sujetos que dan cuenta del paso por las instituciones psiquiátricas, las describe de la siguiente manera: *“La situación del hombre hospitalizado comporta enfermedades particulares, una especie de hospitalismo (...) y el médico de hospital debe ser mucho más hábil para librarse del peligro de la falsa experiencia que parece resultar de las enfermedades artificiales, a las cuales debe atender en los hospitales. En efecto, ninguna enfermedad del hospital es pura. Así como el internamiento es creador de pobreza, el hospital es creador de enfermedad”*. (2009:119-120)

Tomaremos un texto de Mario Testa “El Hospital. Visión desde la cama de un paciente”, en este texto el autor da a conocer una visión del hospital desde la mirada del paciente a la que los trabajadores de salud no estamos habituados. En este escrito relata detalladamente su situación como paciente internado durante catorce días en diferentes hospitales de la ciudad de Buenos Aires. Seguidamente Testa avanza sobre la objetualización, encontrando allí una paradoja. Al respecto dice que el sujeto sea colocado como objeto -refiriéndose específicamente a las perturbaciones somáticas- es una necesidad de eficacia en el procedimiento terapéutico. Sin embargo, y aquí está lo paradójico, esto produce un desconocimiento de la subjetividad del paciente tornando ineficaz la intervención. La imposición de normas hospitalarias y los modos de comportamiento de los trabajadores de salud (médicos, enfermeros, etc.) da por resultado una supresión de la subjetividad del internado. El paciente, por su parte, asume su posición de objeto ya que le permite transitar por el ámbito hospitalario respondiendo por tal a las necesidades de la institución.

Como vemos, este proceso de objetivación está ligado íntimamente a los modos de organización hospitalaria, por lo que Mario Testa propone repensar si los criterios que delimitan las prioridades reguladas por las normas en el ámbito hospitalario son los correctos. Antes bien, estas prioridades atienden a las necesidades hospitalarias y no las del internado: *“No me cabe duda que salí del Hospital P siendo un objeto que funcionaba mejor que cuando entre (...), pero tengo una imborrable sensación de haber sufrido un deterioro como sujeto (...). En esta relación institucional que no vacilo en calificar de perversa, todos salimos perdiendo.”* (Testa, 1994:184). Nosotros creemos también que este proceso de objetualización en el campo de la Salud Mental está también íntimamente ligado al modo de relación terapeuta - paciente. Avanzando un poco más, Mario Testa plantea algo de esto cuando dice que para solucionar estos problemas, el principal obstáculo es la distancia entre los profesionales y el internado. El autor sustenta la tesis de que si bien es el cuerpo del sujeto el objeto de la medicina, éste no es un cuerpo aislado y separado sino que se encuentra inmerso en coordenadas históricas precisas. Si se considera tal dimensión, el paciente se convierte en actor social, en protagonista de la situación junto con los profesionales.

Hablamos también entonces de la cronicidad en el sentido de cierta relación de dependencia que el usuario tiene con el servicio de salud en un tiempo que se transforma en indeterminado, una temporalidad más allá de lo que habitualmente se pueda establecer. La objetivación del sujeto, modalidad de intervención, de relación entre terapeuta-paciente en la cual el tratamiento gira en torno a la prescripción de tratamientos medicamentosos y la atención prolongada de los pacientes en los servicios de salud, cronicidad derivada de esta relación estereotipada, objetualizante que obturan otros modos de intervención y de un sistema de salud que no puede dar otras respuestas al sufrimiento psíquico. La cronicidad podríamos pensarla aquí como aquella relación regular, de dependencia, que el sujeto tiene con un servicio de salud en un tiempo que se transforma en

indeterminado, una temporalidad más allá de la que habitualmente se pueda establecer. Esto nos confronta claramente con la pregunta acerca de los dispositivos alternativos y sustitutos a la internación y la descentralización hospitalaria para la atención en salud mental.

La organización de los servicios de salud, el tipo de relación que fomentan, propician que el usuario deposite y delegue en ellos su propia capacidad para hacer algo con su padecimiento, incrementando la cronificación, es decir la pérdida de autonomía y la dependencia que se establece con los servicios de salud: “(...) *el sujeto crónico alude y es la otra cara de la moneda de un servicio y de una organización con respuestas estereotipadas y repetitivas en el caso (...) el sujeto crónico es la afirmación de que existe una organización ineficaz para encontrar soluciones distintivas al problema y para cambiar y promover cambios en todos los niveles que lo rodean*” (Aparicio, V; Desviat Y Otros, 1986 p 116-117).

### **Bibliografía**

**AMARANTE, Paulo.** 2009. “Superar el manicomio. Salud mental y atención psicosocial”. Editorial: Topia. Buenos Aires

**AMARANTE, Paulo.** 2006. “*Locos por la vida. La trayectoria de la reforma psiquiátrica en Brasil*”. Ediciones Madres de Plaza de Mayo. Buenos Aires

**APARICIO, V; DESVIAT, M; ESPINOSA, J Y OTROS.** 1986. “*Cronicidad en psiquiatría*”. Editorial: Mariar S. A. Madrid

**BASAGLIA, Franco.** 2008. “*La condena de ser loco y pobre. Alternativas al manicomio*”. Editorial: Topia. 1era ed. Buenos Aires.

**BASAGLIA, F.; LANGER, M; CARUSO, I; SZASZ, T Y OTROS.** “*Razón, locura y sociedad*”. Editorial Siglo Veintiuno. Decimoquinta edición. Buenos Aires,.

**BERLINGUER, Giovanni.** “*La enfermedad*”. 1994. Editorial: Lugar. Buenos Aires

**CANGUILLHEM, Georges.** 1971. “*Lo normal y lo patológico*”. Editorial: siglo veintiuno. Buenos Aires.

**FOUCAULT, Michel.** 2011. “*El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica*”. Editorial siglo veintiuno. 2 da edición 1era reimp. Buenos Aires

**FOUCAULT, Michel.** 2000. “*Los anormales*”. Editorial: Fondo de Cultura Económica. 1era edición. Buenos Aires.

**FOUCAULT, Michel.** 1996 “*La vida de los hombres infames*”. Editorial: Altamira. Buenos Aires.

**FOUCAULT, Michel.** 2008 “*El poder psiquiátrico*”. Editorial: Fondo de Cultura Económica. 1 era edición 2ª reimp. Buenos Aires.

**FOUCAULT, Michel** 2009 “*Historia de la locura en la época clásica. Tomo I y II Breviarios*”. Editorial: Fondo de Cultura Económica. 1 era edición 7ª reimp. Buenos Aires

**GALENDE, Emiliano.** 1990. “*Psicoanálisis y Salud Mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica*”. Editorial: Paidós. Buenos Aires.

**GALENDE, Emiliano.** 2008 *“Psicofármacos y Salud Mental. La ilusión de no ser”*. Editorial: Lugar. 1 era edición. Buenos Aires.

**GOFFMAN, Irving.** 1998 *“Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales”*. Editorial Amorrortu. Buenos Aires

**GOFFMAN, Erving.** 1998 *“Estigma. La identidad deteriorada”*. Editorial: Amorrortu. Buenos Aires

**HENRI EY.** 2008. *“Estudio N° 4 La posición de la psiquiatría dentro del marco de las ciencias médicas (La noción de “enfermedad mental”)”* En “Estudios Psiquiátricos”. Volumen I. Tomo I. Ed. Polemos. Buenos Aires.

**HENRI EY.** 2008 *“Estudio N° 20 La clasificación de las enfermedades mentales y el problema de las psicosis agudas”*. En “Estudios Psiquiátricos”. Volumen II. Tomo III. Ed. Polemos. Buenos Aires

**STAGNARO, Juan Carlos.** 2006. *¿Reduccionismo biomédico o psiquiatría dinámica?* Buenos Aires

**TESTA, Mario:** 1994 *“El hospital, Visión desde la cama del paciente”* En “Políticas en Salud Mental”. Saidón, O, Troianovsky (compiladores). Ed. Lugar. En: Revista DESCARTES N° 19/20. Editorial Anáfora. Buenos Aires.