

EL ENFERMO MENTAL EN SERVICIOS SOCIALES: ENTRE LO FAMILIAR Y LO EXTRAÑO

Manuel Sides Galán¹

RESUMEN En los comienzos del S.XXI, el hombre se expresa en nuestra civilización a través del mito de Narciso y su malestar psíquico más acentuado lo constituye la depresión. **¿Cómo situarse, qué actitud tomar, qué responder, en el ámbito profesional de servicios sociales, ante una persona a la que otras instancias sociales han atribuido una “enfermedad mental”?** Para situar este interrogante, es necesario establecer cuál es estatuto de la locura y de la enfermedad psíquica, en una sociedad deprimida que pretende administrar al loco u olvidarlo en la miseria y la marginación, adormeciendo eficazmente su locura

Actualmente, son muchas las voces críticas, profesionales en medios científicos, familiares en diversos periódicos, estudios e informes de variadas instituciones que plantean una insuficiencia de recursos de la llamada “salud mental comunitaria” (dispositivos, personal, medios técnicos), pero también un amplio debate que revise conceptos y teorice las prácticas profesionales. De otra manera, asistiremos, cada vez más, a una creciente biologización de la asistencia a través de los psicofármacos, a la promoción de una beneficencia moderna (asociacionismo e iniciativa privada) y, en tercer lugar, a la expulsión de toda búsqueda de significación subjetiva del sufrimiento, avalada por registros conductuales y entrenamientos adaptativos.

Desde los conocimientos de las ciencias humanas (sociología, historia, psicología, lingüística, antropología, psicoanálisis), **intentamos así articular lo individual y lo social, con la referencia estructural de transformar un malestar particular en un acercamiento a una posición menos alienada de sujeto.**

PALABRAS CLAVE Enfermo mental, salud mental comunitaria, servicios sociales, estatuto de la enfermedad mental en la sociedad actual, psicoanálisis.

Desde hace varios años han surgido insistentemente un conjunto de noticias en los medios de comunicación, así como informes, documentos e investigaciones sociológicas de distintas administraciones y voces críticas de medios profesionales sobre una cuestión cuya respuesta está aún por determinar: **¿Qué hacer en nuestra sociedad con las personas a las que ciertas instituciones han atribuido una “enfermedad mental”?** ¿Son acaso un signo de realidad virtual inquietante titulares de prensa como “España, a la cola de Europa, con un sólo psiquiatra infantil por cada 53.000 menores” (El País, 3-4-00), “Una mujer degüella a su hijo esquizofrénico de 17 años tras suplicar en vano a la administración que fuera internado” (Levante, 22-3-02), “Sin centro psiquiátricos” (Levante, 3-9-02), “Las familias de enfermos mentales califican la falta de centros de tercermundista” (Levante, 3-9-02), “Enfermos mentales, muy pobres pero en familia” (Levante, 17-12-02) “Decenas de enfermos mentales mendigan a diario por las calles de Valencia sin recibir atención médica” (Las Provincias, 6-2-03).

Todos aquellos estudios e investigaciones ponen de relieve un incremento de la demanda de atención en salud mental muy por encima de los recursos sanitarios y sociales generados, situación descrita con gran preocupación, por el psiquiatra González Duro en un artículo de 1.999 (1): “Las políticas de salud mental se han orientado hacia un asistencialismo pragmático, dejando a un lado la prevención comunitaria y la rehabilitación de los enfermos crónicos... El Estado neoliberal diseña las políticas sociales y garantiza los servicios mínimos, al tiempo que incentiva la iniciativa privada y exalta los méritos del asociacionismo y de la beneficencia modernizada”. Así mismo, hace unas semanas, el propio Ministerio de Sanidad presentaba una evaluación de la atención de los enfermos mentales en España⁽²⁾ donde confirman graves deficiencias de los servicios de salud mental. En primer lugar, el informe constata el desigual e incompleto desarrollo que la atención a estas personas ha tenido en las distintas autonomías a lo largo de los últimos 20 años. En segundo lugar, en la mayoría de comunidades se aprecia una notable insuficiencia de recursos (infraestructu-

¹Psicólogo

ras, personal, camas en hospitales, programas de atención domiciliaria, apoyo familiar y de rehabilitación-inserción), así como una escasísima dotación para servicios de psicogeriatría y atención a niños y adolescentes. En tercer lugar, se ha detectado la presencia activa de servicios de carácter lucrativo en la red de asistencia, sobre todo en reinserción sociolaboral, centros de día y atención domiciliaria, gestionados por entidades privadas o por el movimiento asociativo de familiares. En cuanto a la situación concreta de la Comunidad Valenciana en el ámbito de recursos sociosanitarios, se han detectado más gravemente estos mismos déficits, así como otros señalados en otros estudios ⁽³⁾ sobre el desarrollo del reciente sistema de atención de salud mental en esta Comunidad. En uno de ellos se denuncia la persistencia de dos redes institucionales de salud mental separadas y descoordinadas: la de la Generalitat (que agrupa el 24% del personal) y la de diputaciones (agrupa el 55%) y la falta de relación entre la red sanitaria y la de servicios sociales. En otro, llevado a cabo recientemente por la propia Generalitat Valenciana, un estudio descriptivo donde se ha elaborado un perfil sociológico de enfermos mentales crónicos, a partir de aplicar un cuestionario a 479 expedientes de solicitud de plaza en centros específicos, resulta ilustrativo que la mayoría de estas personas no ha realizado programas como apoyo familiar, ayuda a domicilio o talleres (92%), ni ha utilizado recursos sociales especializados (61%) y viven en su mayoría con su familias (62%), donde se agrupa un alto porcentaje de discapacidad familiar (47%) y vejez en los cuidadores ⁽⁴⁾.

Parece como si, respecto a estas personas, todo apuntara a cierto desentendimiento en el ámbito de decisión de las políticas sociales planificadas por la Administración, adormeciendo masiva y eficazmente la locura a nivel neurofisiológico, olvidándolos en sus familias donde cualquier día la crisis de la locura puede estallar, o incluso, en la peor de las situaciones, la calle se convierte en el hogar definitivo donde pierden su identidad y adquieren la de excluido.

En qué sociedad estamos? ¿Cuáles son los determinantes de la subjetividad en el hombre del S. XXI? Por una parte, el modelo liberal de mundialización acentúa la tribalización social (el retorno a confesionalismos intolerantes, particularismos etnicistas, odios identitarios) en detrimento de los uni-

versal de un Estado de derecho, privilegia la presión del beneficio material y económico favoreciendo de las desigualdades sociales y la alineación en la esfera pública. Por otra parte, la regresión a una cultura donde el narcisismo triunfa, propiciando un nuevo infantilismo ⁽⁵⁾, una sociedad de individuos que hacen de la diferencia un fetiche fuente de exclusión y del objeto de consumo un ídolo.

A la luz del psicoanálisis, la subjetividad del hombre contemporáneo está dominada por una forma atenuada de melancolía, por el sufrimiento depresivo: una mezcla de tristeza, apatía, búsqueda de identidad, impotencia del sexo y culto de sí mismo, reducido a mirarse en la desdicha infinita de su imagen. La lógica que opera en este sufrimiento es la narcisista, en ella se busca huir de su inconsciente, suprimir cualquier angustia y conflicto, persigue una felicidad imposible, adictiva al mundo, que termina vaciando su deseo y aboliendo su historia ⁽⁶⁾.

Desde principios del S. XX, la neurosis obsesiva y la histeria expresaban la patología psíquica contemporánea: la neurosis obsesiva como consecuencia de una cultura que enfatizaba el valor del trabajo y la histeria como efecto de una moral que reprimía cruelmente la sexualidad, esencialmente la femenina. A comienzos del S. XXI, la enfermedad, el malestar psíquico dominante en nuestra civilización no se corresponde con la figura del loco, sino con la del depresivo que gira alrededor del mito de Narciso, desplegándose en una estrategia de sujeto inexistente, creyendo que puede lograr la inmortalidad doblándose a sí mismo en la clonación o borrando los límites de la realidad y la ficción, de lo bueno y lo malo, de la verdad y la mentira, como nos lo muestra la película *El Shwou* de Truman. Otro escenario de este juego fascinante y encrucijada lo encontramos en la última novela de Saramago ⁽⁷⁾, cuyo personaje central, un profesor de instituto, depresivo, ensimismado en una vida adaptada y rutinaria, incapaz de amar y hablar con los otros de tu a tu, inicia la vertiginosa tarea de saber quién es. A través de un progresivo y angustiante encuentro con un sosia, su semejante, un otro-yo, en la relación imaginaria de la lucha narcisista diferencia-igualdad, poco a poco en el edificio de su frágil identidad irrumpe dramáticamente el conflicto con ese yo-otro cargado de emociones, inundando trágicamente su alma de inconsciente, sexualidad, culpa y muerte.

¿Cómo situarse, qué actitud tomar, qué responder, en el ámbito profesional de los servicios sociales generales o comunitarios un “enfermo mental” y su locura”? Plantear adecuadamente este interrogante supone no privilegiar el discurso sociopolítico ni el administrativo legal, sino el fecundo campo teórico y de la praxis, estableciendo cuál es estatuto de la enfermedad psíquica y de la cura, qué mentalidad colectiva hay en la sociedad occidental, a la luz de los conocimientos de las ciencias humanas y de la naturaleza, intentando así articular lo individual y lo social, para sostener con estas personas vínculos (terapéutico, laboral, educativo). En nuestra sociedad depresiva, asistimos a un cientifismo erigido en religión, las ciencias cognitivas que valorizan el hombre-máquina en detrimento del hombre deseante, un increíble resurgimiento de hechiceros, videntes, mediums, prácticas de sugestión y el imperio de la ilusión alienante y tranquilizadora de las sustancias químicas: la psicofarmacología curaría las enfermedades mentales o nerviosas y los síntomas del sufrimiento psíquico sin necesidad de buscar su significación ⁽⁸⁾.

Frente a ello, el papel del psicoanálisis es permitir que el paciente se libere de los obstáculos interiores que encuentra en su acceso al deseo y a la verdad, a través del Yo (Je) de su palabra personal inconsciente y verdadera ⁽⁹⁾, mientras que el rol del psicoanalista consiste en una presencia de “escucha atenta” y de no respuesta a la demanda que se le hace de actuar para lograr la desaparición del síntoma y calmar la angustia. Lo que importa es lo que las formaciones de su inconsciente psíquico, dinámico, afectivo (síntomas, sueños, actos fallidos) significan para el sujeto hablante, pues a lo que se enfrenta es a la búsqueda de un significante perdido allí donde el deseo está en juego ⁽¹⁰⁾. Ahora bien, estos obstáculos interiores se presentan bajo un mecanismo psíquico y un aspecto diferente en las neurosis, la perversión o psicosis. **Mientras el neurótico se encuentra con la locura sinientra de sí mismo en la vuelta de su reprimido inconsciente, el psicótico se encuentra con lo forluido de sí mismo que vuelve del exterior, de lo real, como si de otro yo se tratara, bajo el extraño terror de delirios y alucinaciones, como Freud muestra en el cuento de Hoffman, El Hombre de la arena** ⁽¹¹⁾. Por tanto, Freud, basándose en la causa inconsciente, revoluciona el concepto de síntoma y su cura: el síntoma

no es producto de una insuficiencia, neurológica, fisiológica o insuficiencia de integración social, sino que pertenece a lo más íntimo e ignorado, disfrazado en una palabra del paciente por decir en la cura.

Mirando una décadas hacia atrás, encontramos que, en España, en los años 80, se desmantelan las instituciones de hospitalización psiquiátrica, de carácter benéfico, a cargo de las Diputaciones, los manicomios (del griego “manía”, locura y “Komeo”, cuidar), tras el cuestionamiento de la función de esta psiquiatría tradicional en Europa y Estados Unidos:

Tras la irrupción de los avances en psicofarmacología de los años 50, y en los años 60-70 del movimiento antipsiquiátrico-deshospitalización, el auge del psicoanálisis y el desarrollo el campo de las psicoterapias y, finalmente, la puesta en marcha de la llamada psiquiatría social, comunitaria. Todo este “empuje innovador y reformista” apuntaba a devolver la palabra y la subjetividad al enfermo, a insertar estructuras asistenciales en la comunidad y abiertas a toda la población, a conceptualizar la enfermedad mental como susceptible de tratamientos psicoterapéuticos, grupales, psicosociales, rehabilitadores y a utilizar los psicofármacos como facilitación del contacto y mejor autocontención del paciente. Con ello se iniciará en España, aunque tardíamente, **la salud mental comunitaria: los llamados “enfermos mentales” serían atendidos por equipos multidisciplinares en una red de dispositivos o centros tanto sanitarios como sociales insertos en la comunidad**, no descuidando la asistencia a los más necesitados ⁽¹²⁾.

Sin embargo, actualmente, como plantean González Duro y Roudinesco respectivamente, la psiquiatría pierde entidad e identidad y el psicoanálisis es rechazado por ineficaz, la psiquiatría dinámica que asociaba una teoría del sujeto a una nosología y a una antropología casi ha desaparecido frente a una psiquiatría biológica: la progresiva medicalización de la asistencia, la psicofarmacología ha aniquilado el saber psiquiátrico y ha expulsado toda subjetividad (¿Quién soy, qué quiero?). A esto se añade el ideal cognitivista de correlacionar estados mentales y estados cerebrales, disecciona al sujeto en disposiciones, capacidades y conductas. Así, el sujeto que padece una locura no necesita que se acuda a su historia singular, no es más que un discapacitado de cognición cuyo tratamiento será clasificar sus síntomas en la categoría del DSM

más apropiada a su conducta, administrarle luego los neurolépticos correspondientes y persuadirlo de no razonar al revés y entrenarlo adaptativamente a su entorno familiar y social.

Al mismo tiempo, recordaremos que durante los años 80 y 90 en el ámbito del Bienestar Social se impulsan procesos sociales, culturales, económicos y transformaciones legislativas que favorecen la igualdad social y la mejora de la calidad de vida del conjunto de los ciudadanos. Así, la Constitución de 1978, los distintos Estatutos de Autonomía con sus respectivas Leyes de Servicios Sociales, junto con la Ley de Bases de Régimen Local de 1.985 fueron generando, en un proceso dinámico, un “Sistema Público de Servicios Sociales”, un sistema de protección social que sustituía al viejo sistema benéfico-asistencial. Por consiguiente, los poderes públicos, deben promover el desarrollo pleno y libre de la persona, eliminando causas que conducen a la marginación social, a través de servicios y prestaciones sociales con carácter universal. Así mismo, se establecieron equipamientos, infraestructuras y equipos multidisciplinares para gestionar y desarrollar estos servicios, configurándose una red de centros ⁽¹³⁾.

Mannoni, en el texto *El psiquiatra, su loco y el psicoanálisis*, plantea que si la sociedad no ha creado la enfermedad mental, sí puede actuar de modo que se convierta, una vez etiquetado-diagnosticado, sólo en objeto de muerte civil por invalidez o incapacitación, de referencias morales o prejuicios científicos, de un saber médico instituido y que los centros de cura sólo obedezcan a necesidades sociales, policiales, administrativas o políticas. Con lo cual se contribuye a alienarlo más, a fijarlo en un delirio, a intensificar un síntoma, pero también a otorgarle cierta irresponsabilidad y exclusión no sólo social, sino lo más importante: el aplastamiento de “lo que demanda hablar en el lenguaje de la locura”.

A continuación voy a describir una situación, ocurrida en uno de los centros de servicios sociales municipales de Valencia, con el fin de plantear las articulaciones que frecuentemente están presentes en la atención a estas personas:

Se trata de una madre, cercana a la vejez, que ha acudido en varias ocasiones a solicitar, a los servicios sociales municipales, una residencia para su hijo, enfer-

mo mental, de forma imperiosa, añadiendo una queja acerca de la imposibilidad de convivir con él, por las frecuentes disputas y esporádica agresión del hijo hacia ella. La profesional, visiblemente angustiada, decide recoger la documentación necesaria para tramitar esa residencia con la mayor diligencia y celeridad, con la intención de desempeñar sus funciones lo mejor posible y satisfacer la necesidad materna de separarse del hijo, deteniendo una relación impregnada de sufrimiento y riesgos. Pero el tiempo transcurre y esta madre no vuelve a llevar su queja al centro social hasta pasado un tiempo, incluso después de la ardua tarea de conseguir una plaza y recibir insistentemente el ofrecimiento por parte de esta profesional, rechaza esa concesión de la administración. La profesional, que creía conocer “la situación de familia monoparental disfuncional o problemática”, se siente entre lo cotidiano y atemorizada ante la evolución de esa situación, frustrada y desesperanzada por la paradójica conducta de la madre, sobre todo cuando los ve paseando por las inmediaciones del centro, juntos o discutiendo como una pareja mal avenida, o cuando viene otras veces a quejarse, repitiendo el ciclo. ¿Qué hacer y qué no hacer para que esa situación deje de repetirse?

En principio, el profesional de servicios sociales no prioriza “desvelar una situación que permita interrogar quién es cada personaje y que desea del otro, qué significa esa demanda, qué trampas y engaños oculta. Así, responde con una lógica de intervención que llamaremos binomio Necesidad-Recurso, ubicándolo como objeto de necesidades o carencias supuestamente sociales: necesita una ayuda económica, cuidados en el domicilio, información sobre tramitaciones. Y generalmente son los otros (familiares, vecinos, trabajadores de diversas instituciones, intervenciones de la policía) lo que realizan demandas por ellos, ante situaciones de abandono, pobreza o incapacitación civil o formando parte de las llamadas familias multiproblemáticas en servicios sociales.

Sin embargo, la situación antes descrita le hace entrar en un espacio relacional angustiante que deja obsoleto el esquema operativo “Necesidad-Recurso para satisfacer necesidades sociales, con mayor o menor coordinación con los sistemas institucionales de atención a la enfermedad mental”, sintiendo que las referencias de lo familiar (datos recogidos en expedientes, informes, su saber profesional, la reglamentación

socioinstitucional) no impiden que experimente que las quejas y demandas que atiende digan algo más, que la sorprenda, la inquiete y acuda rápidamente a orientar, aconsejar o actuar sus funciones institucionalizadas. ¿Porqué no escuchó también al hijo, desde una posición de sujeto? ¿Porqué no cuestionó las trampas y el imperio materno? ¿Qué hay de la palabra del padre como ley en la relación madre-hijo y en la estructura psíquica del hijo. Desde el psicoanálisis, se puede plantear que hay algo más que una relación imaginaria que termina en una encrucijada angustiante o alienante, donde los papeles son simétricos, médico que tiene la razón-loco sin razón, profesional social que sabe lo que necesita-loco discapacitado. Hay también una dimensión simbólica, donde lo buscado y exigido es un sentido en su historia particular, una significación desde el lugar de la palabra, del Otro, a un deseo inconsciente que es la llave para acceder al saber y la verdad que cura.

Notas y referencias bibliográficas

¹ González Duro, E. La crisis de la salud mental. Artículo de Abril 1999, aparecido en Internet.

² Artículo aparecido en el diario El País, el 16-2-2003, haciendo referencia a un “Informe de situación de Salud mental”, perteneciente al Ministerio de Sanidad.

³ Artículo aparecido en el diario Levante, el 17-11-2002, haciendo referencia a un estudio elaborado por un grupo de psiquiatras acerca del funcionamiento de la salud mental en la Comunidad Valenciana, a petición del Síndic de Greues.

⁴ Conselleria de Benestar Social. Perfil psicosocial de la persona con enfermedad mental crónica en la Comunidad Valenciana. 2002.

⁵ Andreas, A. Moral sexual y represión social. Granica. 1.977.

⁶ Roudinesco, E. ¿Porqué el psicoanálisis?. Paidós. 2000.

⁷ Saramago, J. El hombre duplicado. Alfaguara. 2002.

⁸ Artículo aparecido en el diario Levante, el 26-11-2002, resumiendo un estudio elaborado por el Colegio Farmacéutico de Valencia en el año 2001, que confirma otros estudios europeos: los fármacos para la salud mental (analgésicos, tranquilizantes, antidepre-

sivos, antipsicóticos y psicoanaléticos) superan con creces a los restantes tratamientos.

⁹ Mannoni, M. El psiquiatra, su loco y el psicoanálisis. S. XXI. 1985.

¹⁰ En este sentido, el dispositivo clínico del psicoanálisis es un dispositivo de palabra y una práctica clínica bajo transferencia. El tomar la locura a nivel de lenguaje, tratando de restituir la verdad mediante el diálogo con la sinrazón de la locura es algo que M. Foucault, en su obra de 1.964, Historia de la locura en la época clásica, reconoce como aportación fundamental del psicoanálisis a la civilización.

¹¹ Freud, S. Lo siniestro. Biblioteca Nueva.

¹² Sus bases se elaboraron con el “Documento para la Reforma Psiquiátrica y la Atención a la Salud Mental”, de 1.985, integrándolo en la asistencia sanitaria general, en la Ley General de Sanidad de 1.986. De esta manera, se proponía un **único sistema institucional público e integrado de salud mental, regido por los criterios de atención desde el ámbito comunitario**: potenciación de recursos asistenciales a nivel ambulatorio y hospitalización parcial (seguimiento clínico, medicación psicoterapia), atención a domicilio que reduzca la necesidad de hospitalización, al mismo tiempo que se desarrollarían servicios de rehabilitación y reinserción social, en coordinación con los servicios sociales y la reintegración en el medio sociofamiliar.

¹³ Unos, de **servicios sociales generales o comunitarios**, con un nivel de “atención primaria, dirigida al conjunto de la población y otros, de **servicios de atención especializada**, encaminados a determinados sectores de la población que, por sus circunstancias y condiciones, necesitan una atención más específica en el plano técnico y profesional, como infancia, personas mayores, refugiados, personas con discapacidad, etc. Los primeros se ubicarán en los Centros Sociales Municipales, mientras los segundos, para personas con “discapacidad-enfermedad mental”, se ocuparían de la rehabilitación, reinserción social y alojamiento.