



El cuidado y la intervención en el campo de la salud mental

Berenice Pérez Ramírez
Escuela Nacional de Trabajo Social
Universidad Nacional Autónoma de México
Diciembre, 2021

Resumen

El objetivo de este artículo es ubicar los malestares que se producen bajo el paraguas conceptual de la salud mental en el contexto capitalista. Si bien, los factores económicos y políticos no son determinantes en la producción de malestares subjetivos, sí tienen una incidencia importante en su aparición, generalización y agudización. Frente a ello, se lanza la pregunta ¿cómo plantear el cuidado y la intervención en este campo? Uno de los hallazgos es desplazar la noción hegemónica de cuidado adaptativo e individual, hacia un proyecto de intervención que apunte al reconocimiento de las emociones y los cuerpos.

Palabras clave: cuidado, intervención, salud mental, capitalismo, trabajo social

Abstract

The aim is to locate the ailments that occur under the conceptual umbrella of mental health in the capitalist context. Although the economic and political factors they are not determinative in the production of subjective ailments, do have an important impact on their appearance, generalization, and exacerbation. Faced with this, the question is: how to raise care and intervention in this field? One of the findings is to shift the hegemonic notion of adaptive and individual care, towards an intervention project that aims at the recognition of emotions and bodies.

Key words: care, intervention, mental health, capitalism, social work

Introducción

La locura ha sido y es una preocupación constante en muchos terrenos de la vida social: en las ciencias, las artes, en la escritura, el cine, la vida cotidiana, etc. La locura asusta porque nos hace recordar nuestra fragilidad “Desafía nuestro entendimiento de los límites mismos de lo que implica ser humano” (Scull,

2019, p. 15). Scull le define como una perturbación duradera de la razón, el intelecto y las emociones, es un fenómeno que se encuentra en todas las sociedades y plantea desafíos profundos, a nivel práctico y simbólico para el tejido social y para la idea misma del orden social (Scull, 2019, p. 16). Si bien ha sido un tema que el campo médico ha querido para sí, especialmente la psiquiatría, la locura le excede. Plantea preguntas al ámbito social, cultural, político y económico. Ha implicado gran estigma para quien le encarna y nos permite desestabilizar la cordura, el orden social y trastoca las transformaciones culturales. Por ello, la locura es potente.

¿Por qué el interés de rastrearle en las distintas fases del capitalismo? Iniciaré diciendo con Marx (1867) que la estructura económica de la sociedad capitalista brotó de la estructura económica de la sociedad feudal, fue en este momento en que el productor directo, el obrero, emergió como condición de ya no ser esclavo o siervo de otra persona. No obstante, estos trabajadores recién emancipados sólo podían convertirse en vendedores de sí mismos, una vez que se ven despojados de todos sus medios de producción y de todas las garantías de vida que las viejas instituciones feudales le aseguraba (Marx, 1987, p. 608). Así, el proceso de donde surgieron el obrero asalariado y el capitalista tuvo como punto de partida la esclavitud del obrero.

Para Marx, los primeros indicios de producción capitalista se presentan inicialmente en algunas ciudades del Mediterráneo durante los siglos XIV y XV. Sin embargo, la era capitalista la ubica a partir del siglo XVI. La historia del capitalismo no ha sido homogénea en todos los países, en cada sitio se observan diferentes fases, distintos grados y diversas manifestaciones (Marx, 1987, p. 609). El capitalismo es caracterizado de la siguiente manera:

Los grandes señores feudales [se levantaron] contra la monarquía y el parlamento, crearon un proletario

incomparablemente mayor, al arrojar violentamente a los campesinos de las tierras que cultivaban y sobre las que tenían los mismos títulos jurídicos feudales que ellos, y al usurparles sus bienes comunales (...) La antigua aristocracia había sido devorada por las guerras feudales y la nueva era [mostraba] que [el] dinero es la potencia de las potencias. (Marx, 1987, p. 611)

Me interesan las fases capitalistas más consolidadas porque históricamente fueron el punto de partida para postular “explotación y disciplina” como elementos que forjan el sistema de trabajo asalariado, punto nodal del capitalismo (Marx, 1987, p. 627). Estos elementos delinearon a los nuevos locos: los holgazanes, los improductivos, las indisciplinadas, las impredecibles, las y los inconformes, los y las revoltosas, etc.

1. La locura en las distintas fases del capitalismo: trazos de una historia compleja

a) Entre el siglo XV y el siglo XVIII

Este periodo en Europa se conoce como “la era moderna temprana”, una era de transformaciones religiosas, políticas, económicas y culturales. Ubicamos aquí el ascenso de los Estado - nación, el asentamiento del sistema capitalista a partir de la ampliación del comercio y los mercados; un declive de la iglesia católica con el afianzamiento de la Reforma protestante; las manifestaciones del Renacimiento que involucraron la difusión de la cultura impresa, el auge de las artes (la arquitectura, la música, la literatura, el teatro, etc.), el nacimiento de la revolución científica y paralelamente las guerras y la sangrienta cacería de brujas (Scull, 2019, p. 88).

Las posesiones y las brujas fueron una explicación para algunos tipos de locura. Si bien eran dos categorías que se articulaban, había diferencias. A las brujas se les relacionaba con el diablo y eran responsables de las desgracias. Las posesiones, por su parte, podían darse en hombres y mujeres. Ambas coincidían en que desafiaba al cristianismo y se corría el riesgo de ser señalado como loco (Scull, 2019).

Los casos considerados más graves, denominados lunáticos, desde esta visión mostraban comportamientos violentos, delirios y acciones impredecibles, se consideraban los más difíciles porque eran los que amenazaban al orden social, ignorando restricciones, sutilezas y jerarquías (Scull, 2019, p. 100). Por otro lado, estaba la histeria, que

involucraba una agitación emocional y emulaba síntomas de diversas enfermedades (Cruz y Rodríguez, 2017). El manicomio más conocido de la época fue el Bethlem Royal Hospital, un hospital de caridad que apenas recibía a un pequeño grupo de locos. Estas representaciones:

... de los locos eran algo que los letrados e iletrados podían apropiarse por igual [porque] en esta época, el teatro llamaba a un público sorprendentemente grande y diverso. En algunos teatros de Londres se reunían hasta 3000 personas para observar la acción, provenientes de todas las clases sociales (Scull, 2019, p. 113).

En este periodo, del siglo XV al XVIII, la locura ocupó un lugar complejo porque produjo fascinación en las artes y la literatura, al mismo tiempo que generaba temor por considerarle efecto de fuerzas sobrenaturales y como un campo fértil para las ideas médicas. En este momento los locos estaban sueltos o como encargo familiar y sólo una pequeña parte podría haber estado confiando (Scull, 2019, p. 127).

b) La locura en el siglo XVIII

A finales del siglo XVII, ser loco significaba ser ocioso e incapaz, por esta razón, la categoría de locura englobaba a un grupo heterogéneo de personas: pobres, desprestigiados morales, los tullidos, los huérfanos, los ancianos y los lisiados (Scull, 2019, p. 128). En este siglo, la participación de los médicos en el tratamiento de los dementes era escaso o nulo.

Los primeros manicomios holandeses o dolhuizen habían comenzado a aparecer ya para el siglo XV. Eran minúsculos, con espacio para menos de una docena de pacientes, pero para los siglos XVI y XVII muchos sentían la presión de expandirse, pues las familias y las comunidades buscaban deshacerse de los locos amenazantes. (Scull, 2019, p. 129)

Hasta ese momento solo las familias acomodadas podían acceder a estos espacios para ubicar a sus familiares. El siglo XVIII vio nacer la sociedad de consumo, donde el mercado y el comercio crecieron rápidamente y es en este momento que se reconoce “el apuntalamiento estructural del nuevo comercio con la demencia (lunacy)” (Scull, 2019, p. 141; Carosio, 2008), aperturando una red informal de nuevos manicomios que brindaban seguridad y aislamiento del loco.

El aumento de dementes pobres también se incrementó y con ello la apertura de manicomios

públicos, edificaciones sencillas y, en algunos casos, austeras, ya que se consideraba que no había razones para construir edificios con comodidades, considerando la clientela a la que iba dirigida. Los manicomios fungieron como depósitos para los denominados dementes. En poco tiempo había hacinamiento, condiciones insalubres de alojamiento, ningún tipo de atención médica ni de rehabilitación y se les comunicaba en celdas de aislamiento “sin rastro alguno de humanidad” (Sacristán, 2009, p. 165). Este momento debe ser contextualizado con el auge del trabajo asalariado, la movilidad geográfica y la separación del trabajo y el hogar, factores surgidos de una sociedad orientada al mercado (Scull, 2019, p. 143).

La “nueva geografía de la locura” trajo consigo un negocio en ascenso: los nuevos manicomios. Estos espacios ofrecían seguridad, aislamiento y discrecionalidad para las familias, el cuidado fuera del entorno doméstico e instauraban la fantasía de que había una separación entre los locos y los cuerdos. Para 1795, aparecía un nuevo enfoque que llamarían “tratamiento moral” y se atribuye a Philippe Pinel (1745 – 1826). Los defensores del tratamiento moral proponían que la cura de un lunático estaba en crear hábitos de autocontención y para llegar a ello, se debía adquirir confianza en lugar de la coacción, despertar los sentimientos morales del loco y usarlos para propiciar una disciplina moral (Aztarain, 2018).

c) La locura en el siglo XIX

Los asilos fueron la respuesta a los horrores del manicomio del ancien régime y su emergencia significaba el impulso de un avance científico y humanitario en el tratamiento de los enfermos mentales. Mezclando el problema social de la locura, con el de la mendicidad, el de la enfermedad contagiosa y otras formas de marginalidad aguda, produciendo ese precipitado asilar que Foucault denominó «el gran encierro» (Pia, 1990). Esta concentración de locos en un espacio social hizo que surgiera una nueva clase de expertos en la medicina de los asilos que, poco a poco, fueron configurando su identidad como especialistas, “esta expansión pronto se afianzó en todos lados en el papel creciente del Estado como financiador y administrador de las instituciones que surgieron en toda Europa y América del Norte” (Scull, 2019, p. 190).

Para 1819, Jean – Étienne Dominique Esquirol ya planeaba un sistema nacional de asilos en Francia y fue en 1838 que la Asamblea Nacional aprobó una ley que ordenaba a cada departamento en el país la

construcción de un asilo con dinero público para albergar a los locos; con ello se intentaba prevenir la apertura de asilos privados caracterizados por una administración religiosa, una dirección médica obligatoria, basado en un modelo de caridad cristiana. Esta política se ejecutó paulatinamente (Huertas, 2003). Es en este siglo que los asilos comenzaron a recibir a la población pobre, así como las cárceles y las penitenciarías fueron un medio para castigar al lumpenproletariado, especialmente a quienes se señalaba como vagabundos y criminales.

Si desde el siglo XVIII se empezó a relacionar la locura como una afección de la civilización, en el siglo XIX estas ideas se extendieron aún más porque ser catalogado y tratado como loco hacía imposible ganarse la vida, la locura produciría pobreza para quien la encarnaba, ya no se era respetable y mucho menos se contaría con apoyo de subsidio público.

La enajenación, según argumentaban alienistas y sus aliados, era una enfermedad de la civilización y los civilizados [...] la vida se volvía más compleja, más “antinatural”, adquiere un ritmo más acelerado [...] despertaban pasiones y ambiciones, como ocurría con los cambios económicos ondulantes del nuevo orden económico basado en el mercado [...] La agitación del cuerpo político reverberaba en los cuerpos y las mentes de la ciudadanía. (Scull, 2019, p. 226)

Las posturas antipsiquiátricas ya aparecieron en este siglo (Vázquez, 2011). Por ejemplo, en Francia, entre 1860 y 1870 se vivió una crisis de legitimidad psiquiátrica, se atacaban las competencias de los alienistas y ya se hablaba de confinar a personas cuerdas por motivos políticos (Scull, 2019, p. 246). En contraparte, Bénédict Augustin Morel (1809 - 1873) reforzó la idea de que la locura era un problema médico que se afianzaba en el cuerpo y reforzó la necesidad de su encierro en asilos, publicando en 1857 el “Tratado sobre la degeneración intelectual, moral y física de la raza humana” que, a lo largo de una década, fueron ideas de gran auge. Otro alienista que promovió nociones eugenésicas fue Jean - Baptiste Lamarck (1744 - 1829), quien resaltaba que esta degeneración era hereditaria.

d) La locura en el siglo XX

A inicios del siglo XX, en Alemania, emergió fuertemente la tendencia de indagar las raíces biológicas de la locura con el fin de descubrir su

etiología. En 1910, Eugen Bleuler, psiquiatra suizo, introdujo el término “esquizofrenia”, que caracterizó con: incoherencia, agitación, pensamientos desordenados, delirios, alucinaciones, que podía derivar en la demencia (Novella y Huertas, 2010). Cabe destacar que, a inicios de este siglo, comenzaron a cuestionarse los términos que se utilizaban: lunáticos o locos, así como loqueros, alienistas o psicólogos médicos. A los pacientes, cada vez más, se les denominó psicóticos y, a los médicos, psiquiatras. En los Estados Unidos se cambió el término locos por enfermos mentales. En Inglaterra, en 1930 reemplazó el término lunático por persona de mente insana. En Francia, en 1948, dejó de denominarles aliénés por malades mentaux. En 1972, el Departamento de Salud y Seguridad Social de Londres, hizo una declaración oficial en torno a las políticas británicas, en el que sugería brindar mejores servicios para los discapacitados mentales, posicionando este término (Scull, 2019).

El 28 de julio de 1914 se declaró la Primera Guerra Mundial y con ello, miles de personas mutiladas y muertas, pero también:

Soldados que había quedado mudos. Que temblaban sin control. Que pasaron noches insomnes perseguidos por pesadillas. Que de un día para otro se declararon ciegos [...] Que se decían paralizados, aunque ningún acontecimiento físico pareciera haber provocado la parálisis. (Scull, 2019, p. 294)

En el transcurso de la guerra se acumularon las bajas psiquiátricas (Stucchi-Portocarrero, 2014). Esta experiencia perfiló la política para la Segunda Guerra Mundial, que consistió en eliminar a quienes fueran “psicológicamente inaptos”.

En este siglo también ganó terreno la idea de que la locura era resultado de agentes patógenos que acechaban varias partes del cuerpo, se extendían por el torrente sanguíneo y envenenaban el cerebro, su presencia --decían-- se podía demostrar en el laboratorio. Las fuentes tóxicas provenían del estómago, el bazo, el cuello uterino o el colón, así que si se extirpaban se podría detener el malestar. Con ello se reconoce el inicio, por la década de los años 30, de una época de experimentación psiquiátrica: barbitúricos, lobotomía transorbital, terapia de choque de insulina y terapia electro – convulsiva (Scull, 2019; Correa, 2010).

A mitad del siglo XX, los asilos eran una constante en casi todo el mundo, al menos, donde Occidente se hizo presente. Poco después, a mediados de la década de 1950, vendría la tendencia opuesta, el cierre de los asilos, acelerándose en la década de 1960, principalmente en Gran Bretaña y América del Norte (Scull, 2019). Este fenómeno coincidió con la introducción del primer tratamiento farmacéutico, en 1954 la Food and Drug Administration autorizó la venta de la clorpromazina y con ello la relevancia del reduccionismo biológico y un negocio desbordado.

2. La locura empobrece y la pobreza enloquece (Marisa Wagner)

El breve recuento sobre los enfoques y tratamientos de la locura a lo largo de la historia que hemos esbozado en el apartado anterior nos permite afirmar que hay una conexión entre las condiciones económicas, políticas y sociales con los criterios que se establecen espacial y temporalmente para definir quién encaja y/o quién escapa a las definiciones sociales y médicas de la locura. Si bien, las condiciones económicas y sociales no son determinantes en el surgimiento de este fenómeno, sí son relevantes. Aquí algunos ejemplos: en el siglo XVIII los criterios para definir quiénes eran los locos, coincidían con quienes eran pobres, desprestigiados morales, tullidos, huérfanos, ancianos y lisiados. En el siglo XIX, los asilos recibían cada vez más a la población pobre, ampliando esa tarea a las cárceles como una forma de castigo para el lumpenproletariado, tal como ocurre en la actualidad. El proyecto eugenésico que se afianzó en el siglo XX en todo el mundo se planteaba bajo criterios de clase y raza muy específicos.

La desigualdad es un hecho palpable en los distintos contextos en los que nos desenvolvemos. El concepto de Gramsci de subalternidad (Crehan, 2016) nos permite comprender los mecanismos a través de los cuales se implanta la desigualdad entre colectivos y sectores, nunca entre individuos. De hecho, la naturaleza de su subalternidad se define en gran parte por las formas específicas en que estos sectores se incorporan al Estado. A su vez, el Estado se entiende como “todo el complejo de actividades prácticas y teóricas con las que la clase dominante no solo justifica y mantiene su dominio, sino que logra ganarse el consentimiento activo de aquellos sobre quienes gobierna” (Gramsci en Crehan, 2016, p. 16). Así, el pensamiento gramsciano nos permite afirmar que los subalternos han estado sujetos a regímenes capitalistas avanzados y sus sofisticados

mecanismos de reproducción social que les han mantenido en condiciones de profunda desigualdad a lo largo del tiempo.

En la subalternidad hay una dimensión psicológica porque “[l]a desigualdad puede, por ejemplo, penetrar profundamente en la mente” (Crehan, 2016, p. 16) o, en palabras de Fanon, la subalternidad implica estar subordinado mentalmente porque “han sido hábilmente inyectados con miedo, complejos de inferioridad, trepidación, servilismo, desesperación, humillación” (Fanon, 1967, p. 7). Es difícil escapar a esta “negligencia capitalista” (Faleiros, 2013) porque estamos implicados con ese Estado, en distintas y contradictorias modalidades, que no operan bajo nuestra elección.

3. Cuidado e intervención en el campo de la salud mental

Para Rojas Lasch (2018) la imbricación entre neoliberalismo y el fortalecimiento del Estado y de su rol público en materia de lo social se da a través de mecanismos de gobierno sobre los procesos de subjetivación y de construcción de una moral acerca de lo social y de los sujetos de lo social. La autora afirma que esto ha tenido consecuencias en la producción y consolidación de subjetividades y en la forma de comprender las desigualdades por parte de un tipo de ciudadanos neoliberalizados. Su argumento central es que el rol del Estado en materia de lo social se ha orientado a enseñar a cuidar a otros, entendiendo el cuidado como una responsabilidad de los individuos.

El impacto de estas nociones se puede rastrear en trabajo social, pues “si antiguamente la acción asistencial se caracterizaba por intervenciones moralizadoras y disciplinadoras, hoy funcionan de manera más difusa y confusa, articulando una práctica de orden y cuidado (care), de coerción y empatía (Rojas Lasch, 2018, p. 132). El cuidado aquí está ligado a la desigualdad y a las relaciones y apoyos institucionales (Faleiros, 2013). El cuidado es la preocupación por el tiempo de la vida, con la expresión de la vida y con las condiciones laborales.

Si el cuidado pretende inclinarse como un proceso emancipador, se deberá asumir que en la vida profesional diaria se requiere una práctica de cuidado y, por otro lado, que se debe trastocar la noción de “cuidado capitalista”, o mejor dicho, de “descuido” capitalista (Faleiros, 2013, p. 87). Faleiros (2013) afirma que, en el ámbito del trabajo social, el tema del cuidado se suele confundir con el cuidado adaptativo,

aquel que funciona para no incomodar y sujetarse al orden social. En este sentido, la dimensión profesional contiene una dimensión política porque implica cuestionar el descuido capitalista que profundiza la desigualdad, maquillándole de bienestar individual.

El cuidado político y crítico es parte de una perspectiva de reencuadre del sujeto y la estructura [...] Esto ya no es una ilusión de la mediocridad del cuidado y el individualismo, sino un proceso que necesita estar vinculado a las condiciones y estrategias objetivas para fortalecer la ética, la crítica y el cambio, valorando las expresiones de los sujetos con relación a la garantía de sus derechos. (Faleiros, 2013, p. 89)

Por tanto, el espacio de acción profesional debe apostar por implicarse con la vida cotidiana de las personas y eso sugiere comprender sus percepciones, sus temores, sus deseos, sus experiencias significativas atravesadas por el sentido común dado en su historicidad. La investigación y la intervención, por tanto, son actos reflexivos de atención en donde se asume un posicionamiento epistemológico, teórico-conceptual y metodológico (Falla, 2019; Muñoz, 2011). De esta manera, la intervención y la investigación en el trabajo social se manifiestan como prácticas políticas y, así entendidos en el campo de la salud mental, el cuidado también debe considerarse como una relación política que implica una responsabilidad ética “[c]uidar, en este sentido, significa considerar al sujeto para darle fuerza sin quitarle la responsabilidad al Estado” (Sawaia en Faleiros, 2013, p. 86).

El cuidado como relación política se opone a considerar que la intervención se dirige al rescate o la reinserción de las personas porque esto implicaría suponer que basta con una práctica abocada hacia el individuo y, al mismo tiempo, que se puede humanizar al capitalismo. La intervención debe considerar que “el núcleo económico de esta nueva hegemonía [en torno a la locura/el trastorno mental] es el mercado farmacéutico, la férrea alianza entre medicalización y mercantilización en el campo de la subjetividad, la proliferación de diagnósticos psiquiátricos y el aumento del consumo de psicofármacos” (Cea Madrid y Castillo Parada, 2018, p. 568). Significa también tener cuidado con la idea de que basta hacer comunidad organizada para desafiar ese poder hegemónico en el campo de la salud mental, porque sería romantizar e incluso desactivar la potencia ese poder en determinados espacios, como si fuese una elección u opción de conciencia por parte de los

subalternos.

En la investigación/intervención se propone rechazar la separación entre lo político y lo personal, entre pensamiento y emoción y recuperar, en todo momento del proceso las experiencias en su condición de vivencias paradójicas. Por tanto, no se trata de “dar voz” a los sujetos porque tienen un lugar de enunciación propio y en la relación que construimos con ellos también encontraremos el nuestro para entrar en diálogo. Por otro lado, se sugiere ampliar la noción de cuidado del otro en el sentido de no “extraer” información sino acompañar, escuchar y dar soporte. La atención al cuerpo, a los cuerpos, es fundamental, porque sea de forma consciente y explícita o inconsciente e implícitamente, se genera una interconexión entre la experiencia corporal propia y con los interlocutores en la investigación/intervención. Ahmed (2015) indica que el objetivo de subordinar las emociones en un proceso funciona también para subordinar lo femenino y el cuerpo. La construcción del conocimiento se manifiesta en nuestros cuerpos o, en las palabras de Ahmed (2015), el conocimiento está ligado a lo que nos hace sudar, estremecernos, temblar, etc.

En trabajo social se suele concebir la intervención como una acción racional, objetiva y con propósitos claros. El trabajo en el campo de la salud mental ha permitido replantear esta noción de intervención, ya que la experiencia encarnada supone una forma de conocimiento desde la experiencia manifiesta en el cuerpo, ello implica no centrar todo en la cognición y memoria pues las formas de conocimiento no solo son textuales, sino sensoriales y sociales (Aguilar, 2014). El cuerpo no es una tabula rasa, ahí se libran procesos reflexivos, tiene una habilidad inherente para aprender y vehicular significado.

Tanto en el siglo XVIII como ahora, “el psicótico de la acera se ha convertido en una característica familiar del espacio urbano: indigente, loco, abandonado. En su mayoría se amontonan en las partes menos deseables de las ciudades, donde los habitantes son demasiado pobres y políticamente indefensos para resistirse” (Scull, 2019, p. 391). Trabajo social se enfrenta a estas y otras complejas realidades, por ello, debemos atender al contexto para comprender la dimensión psicológica de la subalternidad, reconociendo que hay una negligencia capitalista que agudiza los malestares subjetivos y que se siguen reproduciendo los obstáculos al ser catalogado y tratado como loco, que sigue siendo muy difícil ganarse la vida porque la locura produce pobreza y la pobreza enloquece.

Estas coordenadas serán de suma importancia para comprender, cuidar e intervenir en el contexto de la pandemia por COVID-19:

Se estima que en América Latina y el Caribe, el 15% de los niños, niñas y adolescentes de entre 10 a 19 años (alrededor de 16 millones) viven con un trastorno mental diagnosticado y cada día más de 10 adolescentes mueren por suicidio en América Latina y el Caribe, es decir, casi 4,200 suicidios de jóvenes por año (UNICEF, 2021).

La pandemia está teniendo un grave impacto en los trabajadores de la salud, que están trabajando muchas horas y arriesgan sus vidas mientras los hospitales buscan tener suficientes equipos de protección personal. Las Américas es la región que tiene el segundo nivel más alto de consumo de alcohol en el mundo (ONU, 2020).

Los trastornos de ansiedad aumentaron con la pandemia y son los más comunes en la población mexicana. La ansiedad generalizada es la más común, significa que la persona está preocupada todo el tiempo, también se han incrementado los trastornos afectivos y los relacionados con situaciones estresantes, en particular estrés postraumático y de tipo agudo (IMSS, 2021).

Una encuesta realizada por el Instituto de Investigaciones para el Desarrollo con Equidad de la Universidad Iberoamericana (EQUIDE) reveló que, en los primeros meses de la pandemia en México, 27% de las personas mayores de 18 años presentó síntomas de depresión y 32% manifestó síntomas severos de ansiedad (Galván, 2021).

Consideraciones finales

La locura ha sido y es una preocupación constante en muchos terrenos de la vida social: en las ciencias, las artes, en la escritura, el cine, la vida cotidiana, etc. Si bien ha sido un tema que el campo médico ha querido para sí, especialmente la psiquiatría, la locura le excede, plantea preguntas al campo social, cultural, político y económico, ha implicado gran estigma para quien le encarna y nos permite desestabilizar la cordura, el orden social y trastoca las transformaciones culturales. Por ello, la locura es potente.

¿Por qué fue importante rastrearle en las distintas fases del capitalismo? Porque históricamente “explotación y disciplina” fueron elementos que forjaron el sistema de trabajo asalariado, punto nodal del capitalismo (Marx, 1987, p. 627). Estos elementos delinearon a

los locos: los holgazanes, los improductivos, las indisciplinadas, las impredecibles, las y los inconformes, los y las revoltosas, etc.

En el marco de la pandemia por COVID-19, la salud mental se ha posicionado como un tema prioritario en la región de América Latina y todo el mundo. Si bien la

pandemia es un hecho coyuntural, se insertó en un contexto más amplio: en la fase neoliberal del capitalismo. Desde ahí es donde habrá que cuestionar qué se entiende por cuidado e intervención en trabajo social.

Bibliografía

- Aguilar Díaz, M. Á. (2014). Corporalidad, espacio y ciudad: rutas conceptuales. En Adriana García Andrade y Olga Sabido Ramos (coords.), *Cuerpo y afectividad en la sociedad contemporánea*, México: UAM, , 317-346.
- Ahmed, S. (2015). *La política cultural de las emociones*. México: PUEG, UNAM.
- Aztarain, J. (2018). El cuerpo teórico de la psiquiatría de la ilustración. Recuperado en: <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/75A3F123-4396-4BDF-B487-299EF1C5EC36/146677/ilustracion.pdf>
- Carosio, A. (2008). El género del consumo en la sociedad de consumo. La ventana. *Revista de estudios de género*, Vol. 3, No. 27, pp. 130-169.
- Cea Madrid, J.C. y Castillo Parada, T. (2018). Locura y neoliberalismo. El lugar de la antipsiquiatría en la salud mental contemporánea. *Polít. Soc. (Madr.)* Vol. 55, No. 2, pp. 559-574.
- Crehan, K. (2016). *Gramsci's Common Sense Inequality and Its Narratives*. London: Duke University Press.
- Cruz, C. y Rodríguez, M. (2017) La histeria clásica y moderna: una visión sinóptica, Parte I Historia. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, No. 1, pp.113 -122.
- Faleiros, V de Paula. (2013). Desafios de cuidar em Serviço Social: uma perspectiva crítica. *R. Katál.*, Florianópolis, Vol. 16, No. esp., pp. 83-91.
- Falla Ramírez, U. (2019). Investigación social e intervención profesional: categorías centrales en la praxis del trabajo social. *Tabula Rasa*, 31, pp. 271-288.
- Fanon, F. (1967). *Black Skin, White Masks*. New York: Grove Weidenfeld.
- Galván, M. (2021). El golpe de la pandemia a la salud mental, un problema sin suficiente atención. *Revista Expansión política*. <https://politica.expansion.mx/mexico/2021/02/27/voces-golpe-de-la-pandemia-a-la-salud-mental-un-problema-sin-suficiente-atencion>
- Huertas, R. (2003). *Locos, criminales y psiquiatras: la construcción de un modelo (médico) de delincuencia*. [Proyecto de Investigación. Ministerio de Educación y Ciencia] http://www.atopos.es/pdf_05/locos-criminales-psiquiatras.pdf
- IMSS. (2021). Los problemas de salud mental a consecuencia de la pandemia son atendidos por el IMSS. Gobierno de México. Los problemas de salud mental a consecuencia de la pandemia son atendidos por el IMSS
- Marx, K. (1987). *El capital. Crítica de la Económica Política*. Tomo I. vigésima impresión. México. Fondo de cultura económica.
- Muñoz, G. (2011). Contrapuntos epistemológicos para intervenir lo social: ¿cómo impulsar un diálogo interdisciplinar? *Cinta moebio*, 40, 84 – 104. Recuperado de <http://www.facso.uchile.cl/publicaciones/moebio/40/munoz.pdf>
- Novella, Enric J. y Huertas, R. (2010). El Síndrome de Kraepelin-Bleuler-Schneider y la Conciencia Moderna: Una Aproximación a la Historia de la Esquizofrenia. *Clinica y Salud*, Vol. 21, No. 3, pp. 205-219.
- ONU. (2020). La pandemia de COVID-19 ha provocado una crisis de salud mental. <https://coronavirus.onu.org.mx/la-pandemia-por-covid-19-ha-provocado-una-crisis-de-salud-mental>
- Pia, M. (1990). Un marco teórico para el estudio de las instituciones de ancianos. [Tesis Doctoral en la Facultad de Ciencias Políticas y Sociología de la Universidad Autónoma de Barcelona] http://ih-vm-cisreis.c.mad.interhost.com/REIS/PDF/REIS_064_08.pdf
- Rojas Lasch, C. (2018). Afecto y cuidado: pilar de la política social neoliberal. *Polis, Revista Latinoamericana*, N° 49, pp. 127-149.
- Sacristán, C. (2009). La locura se topa con el manicomio. Una historia por contar. *Rev. Cuicuilco*. Vol.16, núm. 45. pp. 163-189.

- Scull, A. (2019). *Locura y civilización. Una historia cultural de la demencia, de la Biblia a Freud, de los manicomios a la medicina moderna*. México: FCE.
- Stucchi-Portocarrero S. (2014). La Primera Guerra Mundial y su impacto en la psiquiatría. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, Vol.77, No.3, pp.139-143.
- UNICEF. (2020). *En mi mente Promover, proteger y cuidar la salud mental de la infancia*. Estado mundial de la infancia 2021.
- Vázquez, A. (2011). Antipsiquiatría. Deconstrucción del Concepto de Enfermedad Mental y Crítica de La 'Razón Psiquiátrica. *Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*, Vol. 31, No. 3, pp. 2-19.