

MONOGRÁFICO 2.

Ignorancia y complejidad: la sociología de la enfermedad mental

MANUEL TORRES CUBEIRO
UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA
DEPARTAMENTO DE FILOSOFÍA

Resumen: ¿Es posible una sociología de las enfermedades mentales? Este artículo aborda esta pregunta describiendo primero la falta de conocimiento contrastado sobre la dolencia mental (ignorancia). En segundo lugar, describe cómo los sistemas sociales abordan la complejidad que este hecho conlleva desde una sociología de sistemas. Una vez abordados estos dos elementos clave repasamos cuatro aportaciones en sociología de la enfermedad mental: primero, el concepto de alfabetización en salud mental de las sociedades contemporáneas; segundo, describimos el complejo entramado que asocia un estigma de violencia y peligrosidad a la dolencia mental; tercero, la propuesta de los modelos basados en agentes; y finalmente, los imaginarios sociales de la enfermedad mental como herramientas para comprender la simplificación de la complejidad y manejo de la ignorancia que

todo sistema social afronta. El artículo termina constando afirmativamente a la pregunta planteada y delimitando las condiciones de posibilidad de una sociología de la enfermedad mental.

Palabras clave: Sociología médica, enfermedad mental, sociología sistemas, imaginarios sociales .

Ignorance and complexity: the sociology of mental illness

Abstract: Is a sociology of mental illness possible? This article addresses this question by first describing the lack of proven knowledge concerning mental health issues (ignorance). It then sets out to describe how social systems tackle such inherent complexity from the perspective of social systems theory. Following the discussion of these two key elements, we review four contributions to the sociology of mental illness: firstly, the concept of literacy in mental health in contemporary societies; secondly, we describe the complex framework that links a stigma of violence and dangerousness to mental health issues; thirdly, the proposal of models based on agents; and finally, the social imaginaries of mental illness as tools to understand the simplification of such complexity and the handling of ignorance that any social system needs to address. The article concludes with a positive response to the research question posed and defines the conditions required to make a sociology of mental illness feasible.

Key Words: Medical sociology, mental illness, sociology and systems, social imaginary.

M2: Ignorancia y complejidad: la sociología de la enfermedad mental



Manuel
Torres Cubeiro

https://doi.org/10.26754/ojs_ais/ais.2021426228

Recibido: 30/06/2021

Aceptado: 23/09/2021

INTRODUCCIÓN

En un artículo de 2002 el sociólogo español Sánchez Moreno (2002) se plantea la existencia o no de una sociología de la enfermedad mental. Basándose en un artículo anterior (Thoits, 1999), pero sin tener en cuenta los manuales de la sociología médica americana (Cockerham, 2017)¹ Sánchez Moreno diferencia entre dos posibles sociologías de la enfermedad mental. Por un lado una teoría del etiquetado, la desviación social o del estigma. En esta teoría: *“La mayoría de las enfermedades mentales crónicas no son otra cosa que un rol social y es la reacción social el determinante más importante en la adquisición de ese rol”* (2002: 38). Según este autor la teoría de la etiquetación disuelve la enfermedad mental sin ofrecer la identificación de las causas de la misma. No habría por lo tanto una sociología de la enfermedad mental en este primer planteamiento.

Una segunda teoría según Sánchez Moreno sería la teoría del estrés social. Una serie de características sociales (edad, género, ingresos, raza, etnicidad...) serían estresores, por ello mediadores causales en la aparición de la dolencia mental (2002: 45-6). Pero según este autor (2002: 47) esta segunda teoría describe un proceso más que explicar una causa, donde el término estrés oculta más información que describe (2002: 48). Ni la indefensión

¹ *“By acknowledging the bio-psycho-social complexity, both classifications recognize a reality of mental illness with multiple faces, with ontological, psychological and social elements”* (Cockerham, 2017).

aprendida ni el modelo de desesperanza (2002: 49) aportarían factores causales según Sánchez Moreno. La conclusión a la que llega Sánchez Moreno es coherente con este análisis: “ninguna de ellas [las dos teorías citadas] es capaz de dar cuenta de los factores determinantes para la aparición del deterioro psicológico” (Sánchez Moreno 2002: 51). En este artículo vamos a reformular el reto del planteamiento de Sánchez Moreno en su artículo de 2002.

¿Es posible una sociología de las enfermedades mentales²? Para contestar a esta pregunta vamos a dar un pequeño rodeo. Primero, constatamos un hecho que debería ser incuestionable para cualquier disciplina que se enfrente a las enfermedad mental: no sabemos (de ahí lo de ignorancia³) que es exactamente o que causa la enfermedad mental. En el año 2021 no existe aún, como se verá en un momento, aunque ha sido afirmada su existencia una y otra vez a lo largo de la historia de las diferentes disciplinas, un conocimiento científico de la(s) causa(s) de la(s) enfermedad(es) denominadas mentales. De ahí la primera palabra del título: ignorancia. Argumentaremos que es necesario partir del reconocimiento de esta ignorancia para poder comprender las posibilidades de una sociología de lo que se entiende por enfermedad mental.

Como segundo apartado de este escrito, nos adentramos en la delimitación de lo que es, en sociología de sistemas, la naturaleza de la sociedad. Desde la perspectiva de la sociología de sistemas sociales, la sociedad no es una realidad física u ontológica como una roca o un edificio, aunque como consecuencia de relaciones sociales las rocas se muevan de sitio y se construyan edificios. La sociedad, en teoría de sistemas sociales, no es tampoco una especie se meta-mente coordinada entre varios individuos miembros de una comunidad, aunque las interacciones sociales influyan en las realidades psicológicas o mentales. La sociedad no es

² Usamos sociología de las enfermedades mentales o de la salud en un sentido amplio, con aportaciones desde diversas ciencias sociales como la antropología (antropología médica o de la salud, o de la enfermedad mental), la sociología (sociología de la salud o enfermedad mental) y el trabajo social, por nombrar solo tres disciplinas.

³ Desde Sócrates se diferencia al sabio, por afirmar saber, del filósofo, quién reconoce su ignorancia y busca el saber. La ignorancia del primero no es reconocida, la del segundo es la curiosidad que alimenta el conocimiento científico.

ni una realidad ontológica ni una realidad psicológica, sino una realidad interpersonal, compleja. Desde la sociología de sistemas sociales, como veremos, la sociedad emerge en la historia evolutiva como simplificación para manejar la complejidad creciente de las interacciones entre humanos y hacer más factible la comunicación, y por lo tanto aumentar el improbable éxito evolutivo de la especie. La sociedad es, como veremos, una realidad interpersonal, ni una realidad física ontológica, ni una realidad psicológica, sino una realidad interpersonal o social.

Una vez delimitados el sentido en el que aparecen en nuestro título las palabras “ignorancia” y “complejidad” como elementos claves de una posible sociología de las enfermedades mentales, abordamos ya en el cuerpo del artículo, cuatro aproximaciones a la enfermedad mental en clave sociológica en los que estos dos elementos ya han sido tenidos en cuenta, como antecedentes posibles de una auténtica sociología médica de las dolencias o enfermedades mentales.

Primero delimitamos un concepto esencial que debería ser la base de una futura sociología de las enfermedades mentales. Nos referimos al concepto de **alfabetización (o no) en salud mental** de las sociedades contemporáneas. Un concepto creado en 1997, por el psicólogo social A. Jorm para designar la falta de alfabetización de la sociedad general en temas de salud mental. En segundo lugar, describimos las investigaciones sociológicas sobre el entramado complejo que asocia la violencia y la peligrosidad, como un **estigma**, a la dolencia mental. Algo aparentemente tan inevitable como la alfabetización, y fundamento de cualquier posible sociología de estas dolencias. Aludiremos a las investigaciones punteras de la socióloga Norteamérica B. A. Pescosolido y su equipo.

En tercer lugar, presentamos un ejemplo de una línea de investigación inaugurada en la Universidad de Santiago de Compostela por el profesor J.L. Pintos, y del que el autor de este artículo forma parte. Una línea de investigación centrada en la comprensión de cómo funcionan las simplificaciones que la sociedad ofrece de esa complejidad e ignorancia: los denominados **imaginarios sociales de la enfermedad mental**. Finalmente, abordamos brevemente el denominado **Agent based modeling**. Esta teoría aporta modelos cibernéticos de sistemas

complejos, ofreciendo una herramienta interesante en la comprensión de cómo los procesos de decisión individual generan conductas sociales. Aplicado a las dolencias mentales, la complejidad implicada en la comprensión de las conductas individuales (un agente en la denominación de esta teoría), en nuestro caso los individuos “tocados” por la enfermedad mental (pacientes/enfermos, familiares, profesionales de la salud mental) es como veremos alta. Cada conducta individual se integra en un entramado complejo de difícil, primero identificación como veremos, pero sobre todo, de difícil predicción. Los modelos basados en agentes individuales propuestos por esta novedosa teoría pueden ofrecer, creemos, luz en la comprensión de los procesos sociales que articulan y coordinan, sin aparente articulación ni coordinación, relacionados con las dolencias mentales. Esa comprensión nos parece, y así lo argumentaremos a lo largo del artículo, clave para una posible sociología de las dolencias mentales.

El artículo **finaliza**, a modo de propuesta, contestando a la pregunta con la que iniciábamos esta introducción. Teniendo en cuenta los argumentos presentados y los ejemplos de teorías, delimitamos las condiciones de posibilidad de una sociología de las enfermedades mentales.

IGNORANCIA Y COMPLEJIDAD: EL DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO ES SOCIAL NO MÉDICO

La mejor constatación de nuestra ignorancia sobre las enfermedades mentales se encuentra en la inexistencia de una prueba médica para diagnosticarlas. No existe prueba fisiológica o test médico que pueda realizarse para asignar un diagnóstico de esquizofrenia o uno de depresión, dos de las dolencias mentales con mayor prevalencia (Fernández Liria, 2018). A lo largo de la historia de la psiquiatría (Berrios y Porter, 1995) y de los síntomas de las dolencias mentales (Berrios, 1995, 2008) se ha apostado por diversas hipótesis sobre su causa u origen, siempre basadas en el modelo prevalente en cada tiempo. En la época antigua se atribuía su causa a un desequilibrio en los humores o bilis; en la edad media a la influencia de los demonios o espíritus. En la actualidad, desde la revolución científica, la hipótesis predominante apunta a un desequilibrio en los neuro-trasmisores como causa

de estas patologías. Pero no existe ni ha existido hasta la fecha una prueba médica que permita un diagnóstico incontrovertido de lo que se ha denominado dolencia o enfermedad mental. Aunque los criterios de diagnóstico en psicología clínica y psiquiatría se hayan consolidado, gracias a las sucesivas versiones del DSM (*Manual de diagnóstico estadístico*) y de la CIE (*Clasificación Internacional de las Enfermedades*), actualmente en sus versiones quinta y décima respectivamente (*American Psychiatric Association*, 2013, 2014; WHO, 1993); no hay a día de hoy una prueba diagnóstica inequívoca o universal. Un individuo con un diagnóstico afianzado de esquizofrenia o de depresión, ha conseguido, por norma general, una larga serie de etiquetas diagnósticas diferentes, en una prolongada carrera antes de consolidar el diagnóstico “definitivo” que tiene en el presente (Torres Cubeiro, 2012a; Cockerham, 2017).

La pregunta clave entonces es: si no existe una prueba única, ¿qué es entonces una dolencia mental? La OMS (*Organización mundial de la salud*) y la APA (*Asociación Americana de Psiquiatría*) la definen con criterios “bio-psico-sociales”. Establecen tres ejes: (1) uno biológico o médico, (2) uno psicológico o mental; y finalmente, (3) un eje social; además de la interacción entre los tres (*American Psychiatric Association*, 2014; WHO, 1993). El diagnóstico de una dolencia mental se establece pues tras una entrevista clínica (*American Psychiatric Association*, 1999) con un especialista que ha de recoger información sobre estos tres conjuntos de elementos: los bio médicos, los psicológicos y los componentes sociales. Veamos un ejemplo de cómo funciona.

El primer eje del diagnóstico diferencial implica el *descarte* de toda patología bio médica. La *American Psychiatric Association* y la OMS afirman que tras *desestimar* la existencia de otras dolencias bio-médicas, el paciente debe, para cada etiqueta diagnóstica psiquiátrica, manifestar un número de síntomas prefijado en un periodo de tiempo fijado en cada dolencia. Estos criterios temporales han sido establecidos, afirman los manuales, siguiendo criterios estadísticos consensuados. La existencia de esos síntomas (o no) es determinada por medio de pruebas psicológicas y/o en la entrevista con el paciente o sus allegados. El listado de síntomas de cada dolencia es, teóricamente, producto de comités internacionales que usan las estadísticas oficiales de cada país para *consensuarlos*.

Examinamos a continuación, a modo de ejemplo, el caso del listado de síntomas para el diagnóstico del denominado “Trastorno de depresión mayor” del DSM (*American Psychiatric Association* 2014: 105). Copiamos a continuación el listado de síntomas. El médico o psicólogo, con su experiencia clínica, debe decidir si en el paciente se manifiestan estos síntomas, o no. En la lectura de la larga cita que copiamos a continuación le pedimos al lector que al mismo tiempo que lee el listado de síntomas, piense en *cómo* el especialista decide si el síntoma esta o no presente en el paciente. Es decir, el lector debe hacerse la siguiente pregunta: para decidir en cada síntoma, el especialista ¿se basa en una prueba objetiva (un test fisiológico o médico)? o ¿en la comunicación entre el paciente (y/o sus allegados) con el clínico? Veamos:

“A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer. (Nota: No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica).

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)

2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).

3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)

4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.

5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).

6. *Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.*

7. *Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).*

8. *Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).*

9. *Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.*

B. *Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.*

C. *El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.*

D. *El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.*

E. *Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco. Nota: Esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maníaco o hipomaníaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica.” American Psychiatric Association, 2014: 104-7).*

Al leer con detenimiento el listado de síntomas para el “trastorno depresivo mayor” se constata que la decisión de si el paciente padece o no los síntomas de un trastorno depresivo se fundamenta no en una prueba biomédica objetivable sino en la comunicación entre el facultativo y el posible paciente (y/o sus allegados). Es decir, en la interpretación de la comunicación entre el facultativo y su paciente se deben utilizar criterios establecidos para cada síntoma de acuerdo con los estándares aprendidos por el facultativo en un momento y en un tiempo concreto. Depende por lo tanto, tanto de la formación del médico de familia,

psiquiatra o psicólogo (véase: Labora, 2016), como de la formación y expectativas del paciente. En definitiva, si un síntoma se “ve” o “percibe” como existente en un paciente, depende de un proceso de comunicación. Este proceso es un proceso social, no médico. La clave está, como veremos en un momento, en la comunicación de las simplificaciones de la complejidad relacionada con la enfermedad mental y cómo manejar la ignorancia sobre sus causas.

Resumiendo, no sabemos la causa o origen de las denominadas enfermedades mentales. No existe prueba médica para detectarlas. Pero lejos de aceptar esta falta de reconocimiento y afirmar categóricamente nuestra ignorancia, los manuales de diagnóstico psiquiátrico en uso defienden la existencia de una causa biológica (desequilibrio en neurotransmisores) mientras diagnostican con criterios sociales. Veamos ahora, qué papel juega la complejidad, y cómo veremos la sociedad, en la delimitación de esos criterios sociales.

IGNORANCIA PSIQUIÁTRICA: COMUNICACIÓN SOCIAL EN CONTEXTOS COMPLEJOS, LAS CIENCIAS PSI

Relacionado con lo el diagnóstico psiquiátrico, el sociólogo americano de la medicina y de las dolencias mentales Cockerham señala en su ya clásico manual de sociología médica de 1981: *Sociology of mental disorder* (Cockerham, 2017) que no se sabe a ciencia cierta cual es la causa de las dolencias mentales. Cockerham lo afirma con contundencia:

“...there is as yet no conclusive explanation of the causes of mental disorder nor a established cure – despite all the cost, effort, and attention that mental illness has generated throughout human history” (Cockerham, 1996: 28).

Como consecuencia, para detectar una dolencia mental los criterios han sido y son sociales, pues para detectar una dolencia mental esta tiene que ser vista como

“a significant deviation form standards of behavior generally regarded as normal by the majority of people in a society. The relevance of this [...] is that, even though a pathological mental condition is something that exist within the mind of an individual, the basis for determining whether

a person is mentally ill often involves criteria that are also sociological” (Cockerham, 1996: 2).

Si no existe una causa médica clara y no hay una prueba diagnóstica única, ¿en que consiste el trabajo de la psiquiatría? Afir-mar que la dolencia mental es definida socialmente no es negar su existencia ontológica, todo lo contrario. No se niega la realidad del sufrimiento psíquico o psiquiátrico al constatar su construc-ción social. No se está afirmando que sea una fabricación inten-cionada como parece dependerse de algunas interpretaciones de la antipsiquiatría (Szasz, 1974; 1997). La construcción social de la dolencia mental no implica una construcción carente de realidad (Horwitz, 2002) sino la delimitación de su evidente esen-cia social, comunicativa. Aún en el caso de que supiéramos la causa médica de la dolencia mental, la difusión de esa informa-ción dependería de la comunicación social. Que la ciencia sepa a ciencia cierta la cadena completa de un virus, no conlleva ni la difusión completa de esa información a todos los miembros de una sociedad (incluidos los médicos), ni que ese conocimiento solucione todos los problemas relacionados con la incidencia del virus. En este sentido el psiquiatra español Fernández Liria afir-ma, en cuanto a las dolencias mentales que:

“La Psiquiatría no es una ciencia porque el objeto de la ciencia es producir conocimientos y el de la Psiquiatría es producir un bien social. Tampoco son ciencias la Medicina, la Arquitectura, o las ingenierías... A estas disciplinas las denominamos tecnologías” (Fernández Liria, 2018, p. 20).

La tesis Fernández Liria es que la Psiquiatría, entendida como el *“modo de concebir y enfrentar la pérdida de la salud mental”* (2018: 15) no puede explicarse por lo que han dicho o pensa-do sus psiquiatras, *“sólo puede entenderse comprendiendo las sociedades a las han servido, como resultado de un cambio en los encargos que definen una función social”* (2018: 15). Por ello afirma que:

“Entendemos mejor la evolución de la Psiquiatría y las disciplinas afines si consideramos las teorías en las que han pretendido basarse como la ideología – en el sentido de falsa conciencia que Marx da a este término – con la que los psiquiatras y profesionales afines pretenden justificar una práctica que les viene reclamada desde afuera” (2018: 5).

La función social de la psiquiatría es y ha sido sentar la bases de una comunicación social exitosa para manejar “*la pérdida de la salud mental*” (2018:15). Dado que, como veíamos no se conoce a ciencia cierta la causa de esa pérdida, y que su detección se fundamenta en la desviación de la normalidad, el trabajo de la psiquiatría es generar expectativas plausibles para aumentar las posibilidades de manejar esa desviación de la normalidad con cierto éxito. Detengámonos un momento en la comprensión de cómo funciona la construcción de la comunicación en la sociedad.

Tenemos por lo tanto que la psiquiatría, ciencia especializada en las dolencias mentales, no ha detectado una causa definida del comportamiento definido como locura. Como hemos visto los manuales de psiquiatría definen los trastornos como una matriz compleja de elementos interrelacionados. Siendo el manejo de la complejidad el elemento definitorio de los sistemas sociales.

Vamos a adoptar una perspectiva basada en una sociología de los sistemas sociales, inspirada en el alemán N. Luhmann. Desde esta perspectiva, una sociedad es un sistema surgido en la evolución para generar simplificaciones de la complejidad y aumentar las posibilidades de éxito. La sociedad es desde este punto de vista, un sistema de comunicación que asegura el éxito comunicativo, pues con las simplificaciones generadas aumentan las posibilidades de éxito de las comunidades humanas. Las sociedades funcionan en sociología de sistemas con comunicaciones, no con individuos (Izuzquiza, 1990; Luhmann, 2007). Un sistema social es precisamente el mecanismo que emergió en la evolución humana para asegurar mayor probabilidad de continuidad de los grupos humanos, algo de por sí altamente improbable.

De alguna manera, mediante la repetición recursiva en la comunicación de unas simplificaciones y no de otras, las sociedades se aseguran de que cierta información, y no otra, sea seleccionada. Digamos, por ejemplo, un psiquiatra afirma ante su paciente que éste padece esquizofrenia. El sistema social, en la actualidad a través del trabajo de los medios de comunicación, pero también a través de la educación, se asegura que ambos interlocutores tengan mayores posibilidades de comunicación. Para el médico “esquizofrenia” no significa en absoluto lo mismo que para el paciente, pero el término le permite pensar y actuar

como si se entendieran, es decir, actuar coordinados. La sociología de la medicina y de las enfermedades mentales estudia los procesos que permiten esa coordinación, no el comportamiento o la “realidad” bio-médica de la dolencia mental (otras ciencias se ocupan de él). Mientras que para el médico tenemos una etiqueta diagnóstica según los criterios de la psiquiatría en cada momento, una etiqueta que cumple múltiples funciones; en el caso del paciente el término “esquizofrenia” describe más bien una experiencia vital. La sociedad es el dispositivo comunicativo que se ha asegurado de que ambos asuman que entienden al otro, presuponiendo ambos que la palabra “esquizofrenia” significa más o menos lo mismo para el otro⁴. La sociedad funciona para aumentar las improbables probabilidades de la comunicación. La sociedad como sistema se asegura de que las observaciones integrantes de cada comunicación funcionen, más o menos, en contextos complejos. Pero, ¿qué es la complejidad social?

Las sociedades funcionan en entornos complejos (Torres Cubeiro, 2012a). La complejidad es la imposibilidad de relación entre todos y cada uno de los elementos de un sistema. Si pensamos en una nube de estorninos, cada pájaro individual selecciona los movimientos a realizar sin reaccionar nada más que a los más cercanos a él; sin embargo, desde el exterior, la nube de estorninos (la sociedad en nuestra metáfora) parece seguir una pauta coherente y prefijada (Dawkins, 2009). La complejidad en sentido luhmaniano describe precisamente este mismo fenómeno en la comunicación como base de la sociedad. Apliquémoslo a la enfermedad mental.

Los estándares de psiquiatría definen la enfermedad mental, como veíamos, como una “realidad” entrecruzada entre elementos biomédicos, psicológicos y mentales, es decir, una realidad compleja. Dado que ignoramos la causa de las dolencias mentales, pero aunque la conociéramos, lo que entendemos por enfermedad mental es una construcción social generada en la comunicación con simplificaciones (Torres Cubeiro, 2012a). La definición, detección y comprensión de la enfermedad, se

⁴ Luhmann (1998) denomina a esto doble contingencia: en una interacción comunicativa ni el emisor ni el receptor del mensaje están seguros de que el otro entienda y actúe en el mismo sentido. Los significados y sentidos “compartidos” atribuidos al otro son la base social (comunicativa) sobre la que se construye el sistema social.

encuentra mediada por la sociedad. Las sociedades socializan a sus miembros con simplificaciones de la complejidad, generando roles, expectativas, atribuciones sobre la enfermedad. Parsons definió el rol del enfermo (Parsons, 1975) como el conjunto de expectativas que permiten guiar la comunicación cuando aparece una enfermedad. El médico y el paciente han sido socializados y detectan, identifican y comprenden lo que le pasa al paciente usando esas simplificaciones.

Todo sistema funciona como si fuera a permanecer igual que en el pasado, pero irremediamente cambia, se transforma y evoluciona (Luhmann, 2007). Usemos un ejemplo de la psiquiatría del siglo XIX, cuando en Galicia se abre el primer y único gran manicomio en Conxo, a las afueras de Santiago de Compostela. La curia Compostela recupera la propiedad de las tierras que habían sido transferidas a la diputación en los años 60 (Torres Cubeiro, 2010). Los “pobres alienados” no tenían, se razona en los periódicos de la época, lugar donde ser tratados. Coincidiendo con un periodo políticamente convulso en toda la Península, el cardenal de la catedral de Santiago logra firmar acuerdos con las diputaciones provinciales que por ley debían atender a estos “alienados”. La prensa local repite con bastante insistencia la necesidad caritativa, cristiana, de atender a los “dolientes”. Luhmann define la evolución social en tres pasos (Luhmann, 2007). Un sistema social repite su código, el que ha funcionado hasta ahora, con la intención de que no cambie. Nuestro obispo, sin coordinación directa con la prensa, aunque socialmente comunicándose con ella, establece una nueva manera de entender lo que luego será la dolencia mental. Para hacerlo ancla la innovación (el manicomio) en los valores religiosos (la caridad). Anteriormente, los dolientes debían permanecer en las casas, o si hacemos caso de la antropología médica, eran “tolerados” en sus parroquias (González Fernández, 1992). Un sistema social nuevo está emergiendo en ese momento en que se abrirá el nuevo manicomio: una nueva concepción de la locura que la separa de la iglesia, la psiquiatría científica aparece en toda Europa asociada a los manicomios (Huertas, 2012; Porter, 1989; Ullerspeger, 1954). En Galicia este nuevo paso (nuevo sólo desde nuestro presente), está anclado en los códigos comunicativos, religiosos, del pasado. Una vez aparecido una nueva forma, una mutación en la replicación del sistema, hay básicamente dos posibilidades: o es aceptada, o no es aceptada. En nuestro caso,

la interpretación prevalente en el siglo XIX asociada a la Beneficencia y a la Caridad (Torres Cubeiro, 2010) se enfrenta a una interpretación emergente, es decir a una nueva forma de encarar la locura. Pero los manicomios, no se aceptan sin más. Poco a poco, repitiendo una y otra vez en los periódicos, acumulando pacientes, generando conocimiento en las universidades y distribuyéndolo progresivamente en las escuelas, irá ganando la versión médica credibilidad y aceptación. Así en 1885 Conxo solo cuenta con unos pocos internos, pero unos pocos años después, 1906, se ha ampliado, el manicomio ha dejado de ser una obra de Beneficencia y se ha convertido en una sociedad mercantil que genera beneficios económicos (véase: Torres Cubeiro, 2010). De una lógica comunicativa religiosa, nunca del todo abandonada, se fue adoptando una lógica comercial poco a poco perfectamente engarzada con la emergente psiquiatría científica.

La evolución social es por lo tanto evolución comunicativa. La comunicación funciona recursivamente de la siguiente forma: dos sistemas se comunican cuando uno elige algo, primero, como información. Un sistema, digamos, una persona, selecciona de entre una gran cantidad de posibilidades, en nuestro ejemplo hablar del manicomio en términos de beneficencia en un periódico de 1885. El lector, el otro sistema receptor de la emisión comunicativa del periodista, debe decidir si aceptar o no esa información. Si la acepta, y no podemos asumir que al hacerlo piense exactamente en lo mismo que pretendía el autor del artículo, la comunicación puede seguir. Si no acepta la intención comunicativa del autor, la comunicación pese a ello continúa, pues la respuesta (de no aceptación) influye en el proceso comunicativo. Desde el punto de vista del sistema, la comunicación, aun siendo rechazada, y digamos cuestionada, la comunicación continúa. Y es en esa continuidad donde la repetición genera el sentido. Los sistemas sociales son producto de la repetición de ese mismo proceso con opciones, una y otra vez. La apertura del manicomio genera flujo de comunicación en el que se genera la semántica donde su apertura adquiere sentido. La suma de todas las aceptaciones y de todos los rechazos determina la comprensión social, en nuestro caso, del manicomio. Poco a poco los cambios en el contexto social van aumentando la plausibilidad de otras formas de entender lo que es un asilo, un manicomio. Es difícil pensar que tuviera éxito en 1885 en Galicia un artículo en una revista científica, o en

un periódico, sobre el papel de los neurotransmisores en la asimilación de la serotonina en los procesos depresivos agudos. No porque no fuera “verdad”, sino porque socialmente no se había “evolucionado” en esa dirección.

Como vemos, todo sistema social está en permanente evolución, jugando en un conjunto de sentidos posibles que se contradicen en la complejidad del flujo de la comunicación. No existe la sociedad como existe una roca. No existe cultura o sentidos socialmente compartidos como existe un río. La sociedad tiene una realidad diferente a la ontológica de roca o el río. Es así, porque la sociedad es comunicación en constante proceso de mantener la permanencia. Pero a diferencia de las cosas materiales, lo social está irremediabilmente sometido al cambio. La sociedad no es una realidad ontológica como una cosa material, ni es una realidad psicológica como un sentimiento, sino una realidad intersubjetiva, como lo que entendemos por amor romántico (Luhmann, 1985). En el amor son las expectativas de dos personas las que crean “su” amor (Harari, 2014). Por eso solemos decir que las sociedades no aprenden, que repiten sus mismos errores. Sociológicamente esa afirmación está mal formulada, pero es válida en la comunicación social. Pero no se puede tocar como una realidad física, aunque las consecuencias de la comunicación social, de la sociedad, son bastante peores que las meramente físicas. Así, el genocidio de los “deficientes mentales”, en los regímenes fascistas de la segunda guerra mundial, fue posible socialmente porque la comunicación social le daba sentido. El miedo como herramienta comunicativa, la pobreza económica de la depresión contextualizan la lógica del exterminio de los “deficientes mentales” primero, para desembocar después en el genocidio generalizado e industrialmente organizado de los campos de concentración.

Recapitulando, hemos constatado nuestra ignorancia sobre las dolencias mentales y hemos descrito los procesos sociales por los que se generan expectativas con sentido que explican cómo funciona el diagnóstico psiquiátrico. La ignorancia y la complejidad son sus bases. Necesitamos recuperar la pregunta que nos hacemos en el título del artículo: ¿es posible una sociología de las dolencias mentales? La sociología de sistemas nos ha delimitado la naturaleza comunicativa de la sociedad. Una sociología de las dolencias mentales debe por lo tanto

describir los procesos comunicativos en los que se generan las expectativas para que el diagnóstico psiquiátrico, aunque basada en la ignorancia, sea aceptado y tenga sentido. Como anunciábamos en la introducción vamos a ver cuatro ejemplos de investigaciones en ciencias sociales que parten de la ignorancia y la complejidad que hemos señalado. Un primer ejemplo del estudio de las simplificaciones que la sociedad genera para abordar la ignorancia y la complejidad relacionadas con la dolencia mental son denominados imaginarios sociales de la enfermedad mental.

IMAGINARIOS SOCIALES DE LA ENFERMEDAD MENTAL

Cuando vamos al supermercado a comprar un producto nos enfrentamos a un reto homérico: el número de opciones es casi infinito y debemos elegir siempre con poco tiempo. Elegir un detergente para la ropa, pero: ¿de qué precio?, ¿con qué aroma?, ¿ecológico?, ¿con aditivos químicos?, ¿marca blanca o marca comercial?, ¿tamaño?, etc. La publicidad y la presentación de las opciones en los estantes del supermercado “guían” nuestra elección.

De la misma manera ante un comportamiento bizarro, inexplicable nos enfrentamos a una tarea verdaderamente homérica: ¿es una enfermedad? o ¿es una elección “culpable” de un individuo indeseable?, ¿se puede curar?, ¿cómo? De entre todas las explicaciones posibles, ¿con cuál me quedo para interpretar lo que veo?: ¿mal aprendizaje, enfermedad mórbida subyacente, factores sociales o un conflicto edípico no resuelto? ¿violento peligroso o creador excéntrico?, ¿posesión demoniaca o stress psicológico?, ¿vivencia invivible desde una siempre presencia del familiar o simple rareza graciosa? O ¿desequilibrio hormonal?, o ¿desequilibrio de la serotonina? O, puede que sea una herencia genética que el individuo no supo manejar. Existen infinidad de opciones que aparecen en nuestra mente para interpretar el comportamiento extraño, pero ¿con cual nos quedamos? El sistema social a través del proceso de socialización nos lanza a un conjunto amplio de posibilidades, nos pone delante un “pool” semántico. Ahora tenemos que decidir cual de esas posibles interpretaciones es la “verdad”. Tenemos que discriminar y seleccionar para encontrar el sentido,

comunicarnos y actuar. Los imaginarios sociales son las guías con las que poder seleccionar⁵.

Los imaginarios sociales no hacen desaparecer la incoherencia, la ignorancia, la complejidad, el caos o las inconsistencias, sino que alimentándose de ellos, construyen vínculos sociales. En ese caldo de cultivo, en un contexto social complejo, aparecen los equipos interdisciplinarios en las unidades de salud mental (Torres Cubeiro, 2009a, 2009b). Es allí donde psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros y psiquiatras trabajan juntos, comunicándose en un “pool” (caldo de cultivo) semántico contradictorio, social.

Los imaginarios sociales de la dolencia mental construyen sociedad al permitir soñar, imaginar, la cura de la enfermedad mental. En otro lugar hemos diferenciado cuatro imaginarios sociales utilizados para pensar, actuar y comprender la enfermedad mental (Torres Cubeiro, 2012b). Uno de ellos es el dominante, el construido sobre el modelo de enfermedad como entidad mórbida subyacente. Una enfermedad es, para este imaginario, una entidad o síndrome que afecta al ser humano siguiendo un curso predecible. La malaria, el sarampión o un catarro son ejemplos modelo. Una dolencia se adquiere o contrae, ésta tiene un curso de desarrollo predecible, y es por ello que los médicos pueden detectarla a través de los síntomas; atajarla y paliar sus efectos. En la psiquiatría se ha añadido al imaginario social de enfermedad el adjetivo de mental, sin embargo el peso dominante perceptivo recae en la semántica del concepto de enfermedad. El imaginario social de enfermedad mental se vio reforzado al atribuir a la química cerebral, nunca completamente comprendida, la causa de la dolencia. Los éxitos de la biotecnología en otros campos médicos, especialmente la genética, alimentan este imaginario social. La promesa del proyecto Genoma Humano encierra la esperanza de encontrar los desencadenantes genéticos de cada dolencia mental. La promesa de medicinas generadas con células diseñadas para cada persona alimenta no sólo a la industria biotecnológica sino al propio sistema médico.

⁵ Sobre el concepto de imaginarios sociales véase: Pintos, 1995; Torres Cubeiro y Carretero, 2019; Torres Cubeiro, 2015, y el Grupo Compostela para el Estudio de los imaginarios sociales, GCEIS.

La dolencia mental como “problema psicológico” es el segundo imaginario social. La psicología se diferencié entre las disciplinas científicas al observar el comportamiento humano gracias a lo que hoy llamaríamos “cognición”, en un sentido amplio. Las múltiples escuelas surgidas desde entonces comparten un imaginario social del comportamiento bizarro, extraño o caótico. Cada humano tiene una visión idiosincrática del mundo (cognición) construida en su experiencia vital que da coherencia a su comportamiento. La dolencia mental o el malestar psicológico, es producto de visiones ya consolidadas o aprendidas. De alguna manera, la actuación del psicólogo detecta esos procesos de aprendizaje erróneo consolidados, buscando reeducar. Alimentándose en otros imaginarios sociales, la dolencia mental o locura es percibida como una dolencia psicológica cognitiva o del comportamiento que causa stress y/o una adaptación no estable al entorno del individuo (Tyrer y Steinberg, 2006). La psicología ofrece un imaginario social menos rígido que el de la psiquiatría, aunque emparentado con el imaginario de la enfermedad como entidad mórbida subyacente. Un elemento esencial de este imaginario social son los test de diagnóstico psicológico. Con un aurea cuasi mágica se pide al psicólogo de las unidades de salud mental (Torres Cubeiro, 2009) que detecte los “mal-aprendizajes”.

La sociología aparece como ciencia en el siglo XIX para ofrecer una descripción de un sistema social cada vez más complejo e inabarcable (Luhmann, 2007). Uno de sus fundadores dedicó un libro completo a un tema que aparentemente no tenía ninguna explicación social: el suicidio. Hablamos del clásico de Durkheim (1989) *El Suicidio*. Durkheim detectó la conexión de variables sociales con una conducta en apariencia idiosincrática. Ya en el siglo XXI todos los manuales de sociología médica de la dolencia mental tienen capítulos dedicados a analizar las relaciones de la dolencia mental con: clase social, raza, edad, género, estado marital, vida rural o urbana, migraciones, etc.⁶ La imagen aquí construida es que está asociada a variables sociológicas, sino ¿cómo explicar que haya más entre las mujeres?, o ¿cómo comprender que la prevalencia y pronóstico de casi cualquier

⁶ Véase a modo de ejemplo: Brown, 1989; Cockerham, 2017; Gallagher, 1980; Levison, 1971; Prior, 1993.

dolencia mental sea peor entre las clases sociales con menos recursos? La percepción comunicada es que la dolencia mental aparece y se mantiene por causas sociales (Tyrrer y Steinberg, 2006: 99-105).

El cuarto imaginario social es el proveniente del psicoanálisis. El imaginario social psicoanalítico percibe la locura como conflicto emotivo provocado por el trance edípico. Cada humano vive un deseo que ha de reprimir, con esa represión, según Freud, nos educamos y socializamos. Ese conflicto edípico crea en cada humano un inconsciente con unas reglas idiosincráticas. Al seguirlas cada uno de nosotros se relaciona con el mundo. La psicosis y la neurosis, conceptos creados pro Freud, son dos formas patológicas de resolver “en falso” el deseo y su necesaria represión. En el imaginario social el médico psiquiatra se encargaría de los casos más psicóticos, dejando para el psicoanalista los casos de neurosis. Su parecido con el imaginario social psicológico es evidente, pero lo diferenciamos de aquél por su importancia en la semántica de los imaginarios sociales de la locura.

Sociológicamente no es relevante si el imaginario social aporta verdad o no, sociológicamente describimos cómo sirven para construir sentido comunicativo donde no lo había. Pues un sistema social no se arriesga en una única apuesta, sino que los imaginarios sociales de la dolencia mental siguen siendo múltiples e incoherentes. De ahí que la labor del sociólogo sea explicar porque al “comprar” en el supermercado de ideas seleccionamos para nuestro vecino, hermano, paciente o familiar, uno de los imaginarios sociales y no los otros. La semántica social ofrece un amplio universo de significado donde “comprender” lo incompreensible en su complejidad.

Como vemos, la locura o la enfermedad mental son definidas socialmente en la comunicación social. Los imaginarios sociales simplifican esa complejidad y permiten el manejo de la ignorancia, La ignorancia de sus causas y la complejidad de su naturaleza nos han servido para definir como es construida socialmente su definición. Antes de entrar en la delimitación de las posibilidades de una sociología de la dolencia mental, hemos de detenernos en dos asuntos: por un lado lo que se ha denominado alfabetización

en salud mental, y por otro la comprensión del estigma asociado a las dolencias mentales en todas las sociedades.

ALFABETIZACIÓN EN SALUD MENTAL: COMUNICACIÓN DE LA IGNORANCIA

La OMS señala que un 25% de la población está en riesgo de padecer una enfermedad mental (Sturgeon, 2006). Un 25% de las familias tienen un miembro con una persona con una dolencia mental (Jorm, 2012). Los trastornos mentales suponen un 17% de la discapacidad a nivel mundial (Alonso et al., 2013). Un informe de 2010 sobre “enfermedades del cerebro” eleva a un 33% el riesgo en Europa de padecer estas dolencias (Olesen et al., 2012). Aplicado a España (Parés-Badell et al., 2014) el impacto económico de los trastornos relacionados con el cerebro ronda el 8% del PIB suponiendo un gasto de unos 1.700 euros per cápita anuales y unos 2.500 anuales para cada persona afectada (Olesen et al., 2012; Parés-Badell et al., 2014). Además, según la OECE en países desarrollados el impacto de costes directos e indirectos asociados a las dolencias mentales es superior al 4% del PIB (OECD, 2014).

Mientras tanto sólo una minoría de la población busca ayuda el primer año de la aparición de los síntomas iniciales para lo que será posteriormente un diagnóstico de dolencia mental (Jorm, 2012, pp. 1-2). Los estudios indican que se tarda una media 15 años en reconocer y/u obtener un diagnóstico para las enfermedades mentales (Jorm, 2012, pp. 1-2). Lo cual conlleva un retraso en la búsqueda de tratamientos o terapias (Jorm, 2012, p. 2), aumentando riesgos y costes. Dado que el desarrollo de las dolencias mentales es mayoritariamente en la primera juventud y la adolescencia, pero tienden a convertirse en enfermedades crónicas, la incidencia y coste se multiplican (Alonso et al., 2013).

En claro contraste con estos datos epidemiológicos, Jorm (2012) indica que el gasto en salud mental no se corresponde este impacto en la población. En España, según datos del Banco Mundial (2016), el gasto general en salud (privada y pública) era del 9.6% del PIB en 2010, bajando hasta el 8.9% en 2013. La media de la Unión Europa ronda el 10% del PIB en las mismas fechas. Pero del montante total del gasto sanitario en Europa, el

10% se destina a programas de salud mental, bajando en España hasta un 5% del gasto sanitario (Ministerio de Economía y Competitividad, 2014, pp. 10–14).

Existe pues una discrepancia entre el impacto de las dolencias mentales (25 % población) y el gasto dedicado a ellas: entre un 5% y un 10% del gasto total sanitario, que no supera el 10% del PIB. Tenemos pues una contradicción entre lo que sabemos sobre las dolencias mentales, su incidencia en las poblaciones y los recursos asignados a ellas. Esta discrepancia no es un problema médico, ni un problema económico. Es un problema social. La sociología, consciente de esta evidencia, ha generado los tres conceptos. Veamos primero el concepto de Alfabetización en Salud Mental acuñado en 1997 en Australia.

El concepto de Alfabetización en Salud Mental aparece en un artículo en 1997 del australiano A.F. Jorm. En este primer artículo (Jorm et al., 1997), Jorm presenta una encuesta en Australia y define la ASM con varias dimensiones. Así, la ASM es definida como

“el conocimiento y las creencias sobre desórdenes mentales que ayudan en su reconocimiento, manejo y prevención. La alfabetización en salud mental incluye: la habilidad para reconocer desórdenes específicos; el conocimiento sobre cómo buscar información en salud mental; el conocimiento de los riesgos y las causas, y de los posibles tratamientos tanto profesionales como de auto ayuda; y las actitudes que promueven el reconocimiento de adecuadas búsquedas de apoyo”(Jorm et al., 1997, pp. 182-3).

En una publicación reciente (Jorm, 2015) Jorm describe cómo desde 1995 ha habido en Australia sucesivas campañas en las que se ha buscado aumentar la alfabetización del público en general en temas de salud mental. Jorm alude a una campaña centrada en la depresión, *Beyond Blue*, (Jorm, 2015, p. 1167), y otra centrada en mejorar las actitudes de la población en general para ayudar en casos de dolencia mental, *Mental health first aid* (Jorm, 2015, p. 1167). Quizás lo más significativo es que Jorm constatan la escasa eficacia de campañas bien intencionadas. Jorm apunta como causa, el no tener en cuenta lo que sí sabemos sobre encuestas ya realizadas en alfabetización en salud mental.

Jorm anota la escasa eficacia de las campañas no diseñadas sin un previo estudio de la población y de aquellas campañas estatales no pensadas para atajar dimensiones específicas (no generalistas) de la ASM (Jorm, 2015, p. 1160). Indica además la importancia de ese trabajo de diseño para no incrementar, como veremos, el estigma asociado a las dolencias mentales. Es decir, sin tener en cuenta el conocimiento ya existente las campañas que buscan aumentar el conocimiento en salud mental, no sólo no lo logran, sino que aumentan el estigma asociado a las dolencias mentales.

ESTIGMA EN SALUD MENTAL: LAS EXPECTATIVAS GANAN EN LA COMUNICACIÓN

Un elemento clave para entender la distancia entre el conocimiento científicamente contrastado y lo que la población general conoce de las dolencias mentales proviene del concepto de estigma social, acuñado por Goffman en clara relación con esta temática. E. Goffman en 1963 escribe su obra *Estigma* (1980). Una identidad estigmatizada, argumenta Goffman, surge en un proceso social donde las interacciones con los otros lo desvían de lo considerado como identidad normal. El estigma nace de la interacción con el grupo, subraya Goffman. En una obra posterior, *Internados* (Goffman, 1972), el mismo autor analiza la situación de los diagnosticados como enfermos mentales utilizando el concepto de estigma. Goffman describe los procesos por los que en los manicomios (instituciones totales en su terminología) se aprende a manejar la vida con la dolencia mental dentro del estigma con el que socialmente se la etiqueta. Posteriormente la sociología de la desviación ahondó en la etiquetación como fenómeno sociológico principal en el proceso de construcción social de la dolencia mental⁷.

En los años 90 del siglo XX, con una orientación pragmática, Bernice Pescosolido inicia un esfuerzo investigador sobre el estigma asociado a las dolencias mentales. En 1992 Pescosolido publica un artículo titulado: *Beyond rational choice: the social dynamics of how people seek help* (Pescosolido, 1992a). En él fundamenta con resultados de encuestas nacionales en EEUU un

⁷ Véase entre otros Becker, 1971, 1973; Scheff, 1975b, 1975a.

modelo donde la atribuida decisión individual racional al seleccionar ayuda médica, se muestra errónea. Por lo tanto, el sentido común que nos indica cómo toman las personas sus decisiones está equivocado. Pescosolido señala que son los “patrones contruidos socialmente para tomar decisiones” de salud los que explican el comportamiento individual (1992a, p. 1096), no la atribuida racionalidad.

Con esta investigación inicia Pescosolido una larga carrera de investigaciones sobre cómo el estigma asociado a las dolencias mentales media en la percepción que tenemos sobre ellas, pero también en las campañas diseñadas, como veremos, para paliarlo. En años sucesivos publica con otros investigadores artículos y capítulos de libros apoyando esta afirmación⁸. Resumimos brevemente las principales aportaciones de este esfuerzo. La decisión de acudir o no a un especialista está mediada por las reacciones del medio y los otros significativos del individuo, sin que el cálculo racional se muestre en las encuestas como el procedimiento decisivo en la toma de decisiones. Son las reacciones al estigma percibido, argumenta Pescosolido, las que explican la decisión de no acudir al especialista médico antes los primeros síntomas, o la decisión de no contar lo que estamos viviendo a nuestra familia o en el trabajo: “los síntomas de enfermedad mental se mantienen fuertemente conectados para el público con temores sobre su potencial violencia y con deseos de distancia social” (Link, 1999, pp. 1328). La lejanía deseada del diagnosticado con una dolencia mental y la atribución de una posible violencia, dos elementos estigmatizantes, son repetidamente encontradas en la literatura especializada. Esto conlleva inevitablemente efectos negativos para los diagnosticados con estas dolencias: difícilmente buscarán a un psiquiatra por temor al estigma asociado, a la percepción atribuida al diagnóstico, sea cierta ésta o no (Link, 1999, pp. 1332-3).

En una publicación posterior Pescosolido apunta otra característica del estigma: aquellos que atribuyen los problemas mentales a causas estructurales, no a causas genéticas o biológicas, tienen más probabilidad de desear una mayor cercanía con los

⁸ A modo de ejemplo véase: Alegría et al., 1997; Pescosolido, B., 1992b; Pescosolido, 1993, 1996, 2016; Pescosolido et al., 1998; Pescosolido & Boyer, 1999; Pescosolido y Martin, 2015) 5

diagnosticados (Martin et al., 2000, p. 208). En consecuencia, propone que las campañas de educación en salud mental tengan en cuenta estos datos repetidamente contrastados. Su trabajo nos hace entender científicamente cómo media el estigma en la toma de decisiones, destinada a la lucha contra el estigma y sus consecuencias.

Resumiendo, Pescosolido analiza las relaciones entre alfabetización y estigma en un artículo de 2013 titulado: *The Public Stigma of Mental Illness* (Pescosolido, 2013). El artículo concluye con la afirmación de que la percepción de la violencia como algo esencial y asociado a la Dolencia Mental no ha perdido importancia social, sino que los datos sugieren que esa asociación persiste en el tiempo e, incluso, ha aumentado (Pescosolido, 2013). Jorm, el mismo autor de referencia en ASM, señala esta relación con el estigma:

“Aunque se ha detectado una mejora en las escalas que miden la alfabetización en salud mental, esta mejora no va asociada con una reducción de la percepción de peligrosidad o impredecibilidad percibida en las personas con un diagnóstico de dolencia mental, si se ha reducido el deseo de distancia social respecto de la dolencia mental” (Reavley, Morgan, y Jorm, 2014).

Es decir, coincidiendo con la bibliografía sobre Alfabetización, los estudios de sociología médica de las dolencias mentales centradas en el estigma apuntan a que las campañas de información que no tienen en cuenta la literatura sobre el tema contribuyen en el mantenimiento del estigma, explicando la distancia o contradicción que señalábamos.

MODELOS BASADOS EN AGENTES: UN PEQUEÑO SESGO MARCA LA DIFERENCIA

El premio nobel de economía T. Schelling propuso un modelo matemático para explicar la segregación racial (Clark y Fossett, 2008). Con su modelo se podía explicar cómo un pequeño sesgo racista podía dar lugar a barriadas racialmente segregadas. Cada individuo se define para sí mismo como “no muy racistas”, “no me importa vivir con vecinos que no son como yo, siempre que no me superen en número”. Schelling construyó un

algoritmo explicativo sobre la base de este “racismo moderado” explicando cómo precisamente ese tipo de racismo da lugar a comunidades completamente segregadas por raza.

Los modelos basados en agentes (*Agent-based modeling*) aplican la misma lógica de Schelling y ofrecen representaciones gráficas de cómo se produce esa segregación (Wilensky y Rand, 2015)⁹. Se fundamentan en que las decisiones individuales no coordinadas pero siguiendo reglas simples dan lugar, o más bien, hacen emerger comportamientos complejos. El ejemplo de los estorninos al que nos referíamos anteriormente sería un ejemplo. En la lógica del modelo planteado por Schelling sobre el racismo, cuando un hombre blanco decide comprar una casa en un barrio determinado, y no en otro, su racismo moderado le lleva a preferir un barrio donde no abunden vecinos de color, o gitanos. De la misma manera que un estornino se mueve decidiendo en función de la percepción de los pájaros a su alrededor para no chocar, y la suma de las decisiones de los estorninos hace emerger un patrón ordenado; de la misma manera el “racismo moderado” explica el complejo comportamiento que da lugar a barridas segregadas con blancos, gitanos o negros como población mayoritaria. Cada persona sólo elige en función de una percepción social, pues prefiere “aquellos que son parecidos a él mismo”, o más bien, percibidos como “parecidos a él mismo”.

Si rebobinamos en nuestra argumentación. Hemos visto que: (1) no sabemos a ciencia cierta que es o causa un dolencia mental; (2) lo que sabemos sobre las dolencias mentales, así lo dictan los estándares científicos, es que son algo complejo (elementos biomédicos, psicológicos y socio culturales); por lo tanto, (3) lo que “sabemos” sobre las enfermedades mentales es que son construcciones sociales, simplificaciones de esa complejidad (los imaginarios sociales de las dolencias mentales eran un ejemplo); como nos mostraban los índices de alfabetización en salud mental, el estigma asociado a estas dolencias y las dificultades de la sociología médica. ¿Es por ello posible una sociología médica de las dolencias mentales?

⁹ Las herramientas como NET-LOGO, SWARM, REPAST, ASCAPE, MASON o BRAVE ofrecen representaciones gráficas basadas en modelaje basado en agentes (Wilensky y Rand, 2015).

CONCLUSIÓN: ¿UNA SOCIOLOGÍA MÉDICA DE LAS DOLENCIAS MENTALES?

A lo largo de este artículo hemos abordado dos hechos incontestables. Por un lado la ignorancia sobre las causas de la dolencia mental. Por otro lado, la complejidad como el elemento en el que emerge la comunicación, es decir la sociedad. Sánchez Moreno no tiene en cuenta esta naturaleza de la sociedad. La sociología no estudia entes ontológicos o realidades psicológicas. La sociología estudia las simplificaciones generadas para manejar la ignorancia y la complejidad. Por eso, desde una perspectiva sociológica la enfermedad y la salud son construcciones sociales. Es evidente por lo tanto que la forma en la que se difunde la información sobre una dolencia condiciona su percepción, su evolución y su realidad. La sociología de la medicina se centra en la comprensión y descripción de esos procesos sociales y culturales en la construcción social de la enfermedad y de la salud. En este artículo hemos abordado algunos de los asuntos estudiados sociológicamente partiendo de esta perspectiva constructivista al tener en cuenta la ignorancia de las causas y su carácter complejo.

En conclusión, la sociología médica de la dolencia o enfermedad mental sí es posible. Para ello ha de partir de la aceptación, tanto de la ignorancia científica sobre su etiología, como de las simplificaciones que los sistemas sociales hacen emerger para su manejo. El reto está ahí¹⁰.

BIBLIOGRAFÍA

- Alegría, M., Pescosolido, B. A., Santos, D., y Vera, M. (1997). Can we conceptualize and measure continuity of care in individual episodes? The case of mental health services in Puerto Rico. *Sociological Focus*, 30(2), 113–129.
- Alonso, J., Chatterji, S., He, Y., y Organization, W. H. (2013). *The Burdens of Mental Disorders: Global Perspectives from*

¹⁰ El estudio sociológico de la práctica inexistencia en España de una sociología médica en general o de una sociología médica de las dolencias mentales en particular (con la excepción quizás de la antropología médica) está aún por hacerse.

- the WHO World Mental Health Surveys*. Cambridge University Press. https://books.google.es/books?id=_NBSess7vbgC
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5*. Editorial médica panamericana.
- APA. (1999). *DSM-IV Estudio de casos. Guía clínica para el diagnóstico diferencial* (A. Fraces y R. Ross, Eds.). Masson.
- Banco Mundial (2016). *Datos de libre acceso del Banco Mundial*. <http://datos.bancomundial.org>
- Becker, H. S. (1971). *Los extraños. Sociología de la desviación*. Tiempo contemporáneo. BBAA: Amorrortu.
- Becker, H. S. (1973). *Outsiders: Studies in the sociology of deviance*. Free Press.
- Berrios, G. (1995). *The history of mental symptoms. Descriptive psychopathology since the 19th century*. Cambridge U.P.
- Berrios, G. (2008). *Historia de los síntomas de los trastornos mentales. La psicopatología descriptiva desde el siglo XIX*. FCE.
- Berrios, G., y Porter, R. (1995). *The history of clinical psychiatry*. Athlone.
- Brown, P. (1989). *Perspectives in Medical Sociology*. Wadsworth.
- Clark, W. A., y Fossett, M. (2008). Understanding the social context of the Schelling segregation model. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 105(11), 4109–4114.
- Cockerham, W. C. (2017). *Sociology of mental disorder (10th ed.)*. Roudledge.
- Dawkins, R. (2009). *Evolución: El mayor espectáculo sobre la Tierra*. Espasa.
- Durkheim, E. (1989). *El suicidio*. Akal.
- Fernández Liria, Alberto. (2018). *Locura de la psiquiatría. Apuntes para una crítica de la psiquiatría y la "salud mental."* Desclée De Brouwer.

- Gallagher, B. J. (1980). *The Sociology of Mental Illness*. Prentice-Hall.
- Goffman, E. (1972). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Amorrortu.
- Goffman, E. (1980). *Estigma. La identidad deteriorada*. Amorrortu.
- González Fernández, E. (1992). Psiquiatría transcultural. Un achegamento pragmático. In M. Gondar Portosany y E. González Fernández (Eds.), *Espiritados. Ensaio de Etnopsiquiatría galega* (pp. 41–66). Laiovento.
- Harari, Y. N. (2014). *Sapiens. De animales a dioses: Una breve historia de la humanidad*. Penguin Random House Grupo Editorial España.
- Horwitz, A. V. (2002). *Creating mental illness*. University of Chicago Press.
- Huertas, R. (2012). Historia cultural de la psiquiatría. *Reglamento de Publicaciones*, 62.
- Izuzquiza, I. (1990). *La sociedad sin hombres. Niklas Luhmann o la teoría como escándalo*. Anthropos.
- Jorm, A. F. (2012). Mental health literacy: Empowering the community to take action for better mental health. *The American Psychologist*, 67(3), 231–243. <https://doi.org/10.1037/a0025957>
- Jorm, A. F. (2015). Why We Need the Concept of “Mental Health Literacy.” *Health Communication*, 30(12), 1166–1168. <https://doi.org/10.1080/10410236.2015.1037423>
- Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., Rodgers, B., y Pollitt, P. (1997). “Mental health literacy”: A survey of the public’s ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *The Medical Journal of Australia*, 166(4), 182–186.
- Labora, J. J. (2016). La evolución de la percepción social de los trastornos de la conducta alimentaria, y de la imagen, de los trabajadores/as sociales y su influencia en la práctica profesional. *Imagonautas. Revista Interdisciplinaria Sobre Imaginarios Sociales*, 8, 27–49.

- Levison, D. J.: G. (1971). *Sociología de la enfermedad mental*. Amorroutu.
- Link, B. G., Phelan, J. C., Bresnahan, M., Stueve, A., y Pescosolido, B. A. (1999). Public conceptions of mental illness: Labels, causes, dangerousness, and social distance. *American Journal of Public Health*, 89(9), 1328–1333.
- Luhmann, N. (1985). *El amor como pasión. La codificación de la intimidad*. Península.
- Luhmann, N. (1998). Los medios generalizados y el problema de la doble contingencia. In *Teoría de los sistemas sociales* (artículos) (pp. 9–73). Universidad Iberoamericana.
- Luhmann, N. (2007). *La sociedad de la sociedad*. Universidad Iberoamericana - Herder.
- Martin, J. K., Pescosolido, B.A., Tuch, S.A. (2000). Of fear and loathing: the role of ‘disturbing behavior’, labels, and causal attributions in shaping public attitudes toward people with mental illness. *Journal of Health and Social Behavior* 41(2), 208-223.
- Ministerio de Economía y Competitividad. (2014). *Plan Estratégico CIBERSAM (Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental) 2014-2016*. (MEC).
- Moreno, E. S. (2002). Sociología y enfermedad mental: Reflexiones en tomo a un desencuentro. *Revista Internacional de Sociología*, 60(31), 35–58.
- OECD. (2014). Making Mental Health Count. *Focus on Health*, 1–8.
- Olesen, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Wittchen, H.-U., y Jönsson, B. (2012). The economic cost of brain disorders in Europe. *European Journal of Neurology*, 19(1), 155–162.
- Parés-Badell, O., Barbaglia, G., Jerinic, P., Gustavsson, A., Salvador-Carulla, L., y Alonso, J. (2014). *Cost of Disorders of the Brain in Spain*. *PLoS ONE*, 9(8), e105471. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0105471>
- Parsons, T. (1975). The sick role and the role of the physician reconsidered. *Milbank Memorial Fund, Health and Society*, 53, 257–278.

- Pescosolido, B. (1992a). Beyond Rational Choice: The Social Dynamics of How People Seek Help. *American Journal of Sociology*, 97(4), 1092–1138.
- Pescosolido, B. (1992b). Illness Careers and Network Ties: A Conceptual Model of Utilization and Compliance. *Advances in Medical Sociology*, 2, 161–184.
- Pescosolido, B. A. (1993). Society and the balance of professional dominance and patient autonomy in medical care. *Ind. LJ*, 69, 1115.
- Pescosolido, B. A. (1996). Bringing the “community” into utilization models: How social networks link individuals to changing systems of care. *Research in the Sociology of Health Care*, 171–198.
- Pescosolido, B. A. (2013). The Public Stigma of Mental Illness: What Do We Think; What Do We Know; What Can We Prove? *Journal of Health and Social Behavior*. <https://doi.org/10.1177/0022146512471197>
- Pescosolido, B. A. (2016). The Beginning of the End? Deploying Rigorous Research in Real-World Settings to Reduce Stigma. *Journal of the American Academy of Child y Adolescent Psychiatry*, 55(5), 353–354.
- Pescosolido, B. A., y Boyer, C. A. (1999). How do people come to use mental health services? Current knowledge and changing perspectives. In *A Handbook for the Study of Mental Health: Social*. A.V. Horwitz and T.L. Scheid Contexts, Theories, and Systems (pp. 392–411). Cambridge University Press.
- Pescosolido, B. A., Gardner, C. B., y Lubell, K. M. (1998). How people get into mental health services: Stories of choice, coercion and “muddling through” from “first-timers.” *Social Science y Medicine*, 46(2), 275–286.
- Pescosolido, B. A., y Martin, J. K. (2015). The stigma complex. *Annual Review of Sociology*, 41, 87–116.
- Pintos, J. L. (1995). *Los imaginarios sociales: La nueva construcción de la realidad social (Vol. 30)*. Editorial Sal Terrae.
- Porter, R. (1989). *Historia Social de la locura*. Crítica.
- Prior, L. (1993). *The social organization of mental illness*. Sage.

- Reavley, N. J., Morgan, A. J., Jorm, A. F. (2014). Development of scales to assess mental health literacy relating to recognition of and interventions for depression, anxiety disorders and schizophrenia/psychosis. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(1), 61-69. <http://doi.org/10.1177/0004867413491157>
- Scheff, T. J. (1975a). *Labeling Madness*. Prentice Hall.
- Scheff, T. J. (1975b). The labeling theory of Mental illness. In T. J. Scheff (Ed.), *Labeling Madness* (pp. 21–33). Prentice Hall.
- Sturgeon, S. (2006). Promoting mental health as an essential aspect of health promotion. *Health Promotion International*, 21(suppl 1), 36–41. <https://doi.org/10.1093/heapro/dal049>
- Szasz, T. S. (1974). *The myth of mental illness: Foundations of a theory of personal conduct*, Rev. Harper y Row.
- Szasz, T. S. (1997). *The manufacture of madness: A comparative study of the inquisition and the mental health movement*. Syracuse University Press.
- Thoits, P. A. (1999). *Sociological approaches to mental illness. A Handbook for the Study of Mental Health*, 121–138.
- Torres Cubeiro, M. (2009a). Marcando unha diferenza: Scripts, imaxinarios sociais e enfermidade mental grave en Galicia. *Socioloxías de Los Márgenes: Libro Homenaje a Juan Luis Pintos de Cea-Naharro*, 1000–1023.
- Torres Cubeiro, M. (2009b). *Orden social e loucura en Galicia*. Univ. Santiago de Compostela.
- Torres Cubeiro, M. (2010). Cuentas del manicomio de Conxo: 1885-1924. Historia de Un Préstamo Hipotecario. *Siso/Saúde*, 50, 27–50.
- Torres Cubeiro, M. (2012a). *Complejidad social y locura en Galicia*. Académica.
- Torres Cubeiro, M. (2012b). Imaginarios sociales de la enfermedad mental. *RIPS: Revista de Investigaciones Políticas y Sociológicas*, 11(2), 101–113.
- Torres Cubeiro, M.. (2015). La evolución del concepto de imaginarios sociales en la obra publicada de Juan Luis Pintos de Cea Naharro. *Imagonautas*, 6, 1–14.

- Torres Cubeiro, M. T., y Carretero, Á. E. (2019). The Social Imaginaries Sociologies: The beginning of a needed conceptual clarification. *Sociedad Hoy*, 28, 141–161.
- Tyrer, P., y Steinberg, D. (2006). *Models for Mental Disorder*. Wiley. <https://books.google.es/books?id=OSE902OMutEC>
- Ullerspeger, J. B. (1954). *Historia de la psiquiatría y la psicología en España*. Alhambra. WHO (1993). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Diagnostic criteria for research (Vol. 2)*. World Health Organization.
- Wilensky, U., y Rand, W. (2015). *An introduction to agent-based modeling: Modeling natural, social, and engineered complex systems with NetLogo*. Mit Press.