



PSICOANALISIS Y SALUD MENTAL

Para una crítica de la
razón psiquiátrica

Emiliano Galende

Paldós Psicología Profunda



PSICOANALISIS Y SALUD MENTAL

Biblioteca de PSICOLOGIA PROFUNDA

2. A. Freud - *Psicoanálisis del desarrollo del niño y del adolescente*
4. A. Freud - *Psicoanálisis del jardín de infantes y la educación del niño*
6. C. G. Jung - *La psicología de la transferencia*
7. C. G. Jung - *Símbolos de transformación*
8. A. Freud - *El psicoanálisis y la crianza del niño*
9. A. Freud - *El psicoanálisis infantil y la clínica*
12. C. G. Jung - *La interpretación de la naturaleza y la psique*
13. W. R. Bion - *Atención e interpretación*
14. C. G. Jung - *Arquetipos e inconsciente colectivo*
15. A. Freud - *Neurosis y sintomatología infantil*
16. C. G. Jung - *Formaciones de lo inconsciente*
17. L. Grinberg - *Identidad y cambio*
20. A. Garma - *Psicoanálisis de los sueños*
21. O. Fenichel - *Teoría psicoanalítica de las neurosis*
22. Marie Langer - *Maternidad y sexo*
24. Hanna Segal - *Introducción a la obra de Melanie Klein*
25. W. R. Bion - *Aprendiendo de la experiencia*
29. C. G. Jung - *Psicología y simbólica del arquetipo*
30. A. Garma - *Nuevas aportaciones al psicoanálisis de los sueños*
31. Arminda Aberastury - *Aportaciones al psicoanálisis de niños*
32. A. Garma - *El psicoanálisis. Teoría, clínica y técnica*
33. R. W. White - *El yo y la realidad en la teoría psicoanalítica*
35. W. Reich - *La función del orgasmo*
36. J. Bleger - *Simbiosis y ambigüedad*
37. J. Sandler, Ch. Dare y A. Holder - *El paciente y el análisis*
40. Anna Freud - *Normalidad y patología en la niñez*
42. S. Leclaire y J. D. Nasio - *Desenmascarar lo real. El objeto en psicoanálisis*
44. I. Berenstein - *Familia y enfermedad mental*
45. I. Berenstein - *El complejo de Edipo. Estructura y significación*
48. J. Bowlby - *El vínculo afectivo*
49. J. Bowlby - *La separación afectiva*
50. J. Bowlby - *La pérdida afectiva. Tristeza y depresión*
51. E. H. Rolla - *Familia y personalidad*
56. I. Berenstein - *Psicoanálisis y semiótica de los sueños*
57. Anna Freud - *Estudios psicoanalíticos*
59. O. Kernberg - *La teoría de las relaciones objetales y el psicoanálisis clínico*
60. M. Sami-Ali - *Cuerpo real, cuerpo imaginario*
62. W. R. Bion - *Seminarios de psicoanálisis*
63. J. Chasseguet-Smirgel - *Los caminos del anti-Edipo*
64. G. Groddeck - *Las primeras 32 conferencias psicoanalíticas para enfermos*
65. M. A. Mattoon - *El análisis junguiano de los sueños*
66. D. Foulkes - *Gramática de los sueños*
67. Anna Freud - *El yo y los mecanismos de defensa*
68. Heinz Kohut - *La restauración del sí mismo*
69. R. Fliess (comp.), W. Reich y otros - *Escritos psicoanalíticos fundamentales*
70. Georges Amado - *Del niño al adulto. El psicoanálisis y el ser*
71. Jean Guillaumin - *Los sueños y el yo. Ruptura, continuidad, creación en la vida psíquica*
72. I. Berenstein - *Psicoanálisis de la estructura familiar*
73. M. A. Mauas - *Paradojas psicoanalíticas*
74. N. Yampey - *Psicoanálisis de la cultura*
75. C. M. Menegazzo - *Magia, mito y psicodrama*
76. L. Grinberg - *Psicoanálisis. Aspectos teóricos y clínicos*
77. D. J. Feldfogel y A. B. Zimmerman (comps.) - *El psiquismo del niño enfermo orgánico*

(continúa al final del libro)

Emiliano Galende

PSICOANALISIS Y
SALUD MENTAL

Para una crítica de la razón psiquiátrica

Prólogo del Profesor Valentín Barenblit

1a. edición, 1990

Cubierta de Gustavo Macri

Impreso en la Argentina - Printed in Argentina
Queda hecho el depósito que previene la ley 11723

La reproducción total o parcial de este libro, en cualquier forma que sea, idéntica o modificada, escrita a máquina, por el sistema "multigraph", mimeógrafo, impreso, por fotocopia, fotoduplicación, etc., no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.

© Copyright de todas las ediciones en castellano by

Editorial Paidós SAICF
Defensa 599, Buenos Aires

Ediciones Paidós Ibérica SA
Mariano Cubí, 92, Barcelona

Editorial Paidós Mexicana SA
Guanajuato 202, México

ISBN 950 - 12 - 4139 - 4

INDICE

Prólogo por el Prof. Valentín Barenblit	I
Introducción	9
Santiago S. y la institución psiquiátrica	25
1. EL PSICOANALISIS Y LA SALUD MENTAL	35
El psicoanálisis en la cultura y la forma social	41
La verdad y el poder: una política del psicoanálisis	55
La neutralidad del psicoanálisis	61
El psicoanálisis y la demanda social	65
Las críticas a la función social del psicoanálisis	72
2. EL SISTEMA DE LA SALUD MENTAL	79
Las formas históricas del daño mental	82
Las disciplinas	85
Teorías y saberes	88
Las prácticas terapéuticas	102
Las instituciones	107
3. HISTORIA CRITICA: DE LA PSIQUIATRIA POSITIVISTA A LAS POLITICAS DE SALUD MENTAL	121
El nacimiento político de la psiquiatría	123
Pinel y la figura médica	130
La medicina mental y sus modelos	135

4. LOS MOVIMIENTOS DE PSIQUIATRIA	
INSTITUCIONAL	139
Las comunidades terapéuticas	143
La política del Sector	147
La política de desinstitucionalización en Italia	156
El incidente de Gorizia	158
El programa de psiquiatría democrática y la ley de Salud Mental	161
¿Hacia dónde se avanza? Los resultados	165
La psiquiatría comunitaria en Estados Unidos	168
La ley Kennedy y los centros comunitarios de Salud Mental	171
Las propuestas de la psiquiatría comunitaria	176
Sedimentación de las políticas comunitarias	180
5. CONSTITUCION DE LAS POLITICAS	
DE SALUD MENTAL	185
La nueva demanda	196
Hacia una disciplina sociopolítica	198
El reordenamiento teórico	201
Las nuevas técnicas	204
La construcción de una nueva imagen institucional	208
El sujeto de las políticas de Salud Mental	210
Esquema de una política de Salud Mental	211
Estrategias de atención primaria y Salud Mental comunitaria	216
6. LAS PRACTICAS DEL PSICOANALISIS EN	
SALUD MENTAL	231
Freud y la Salud Mental	238
Psicoanálisis, psicología y medicina en Argentina	244
Las intervenciones psicoanalíticas	262
La institución para el psicoanálisis y el psicoanálisis institucional	272
La intervención en crisis. Psicoanálisis y prevención primaria	279

PROLOGO

Desde hace ya varios lustros se observa en distintos países importantes desarrollos en relación con los problemas vinculados a la salud y la enfermedad mental. Estos desarrollos surgen constantemente en torno a experiencias concretas que han generado profundas transformaciones conceptuales, cuyo carácter más significativo es, a mi entender, aquel que promueve la sustitución de los principios y prácticas de la asistencia psiquiátrica tradicional y genera la fundación del campo de la Salud Mental.

El campo delimitado por la Salud Mental es amplio, complejo y, aunque requiera todavía precisiones en relación con sus alcances y límites, podemos afirmar que la Salud Mental debe concebirse como inherente a la salud integral y al bienestar social de los individuos, familias, grupos humanos, instituciones y comunidad. En esta dimensión de la Salud Mental se articulan el estudio de los problemas de la salud y la enfermedad mental, la investigación de las necesidades psicosociales y la organización de los recursos para satisfacerlas.

Cabe señalar que desde esta aproximación conceptual la Atención a la Salud Mental se implementará a través de diversas actividades fundadas en el saber de distintas disciplinas, que tienen como objetivos primordiales y comunes los de fomentar, promover, conservar, restablecer y rehabilitar la Salud Mental de la población. Así, este campo debe definirse como una producción interdisciplinaria —porque ningún saber disciplinar podrá responder a su amplitud— e intersectorial —porque, si bien inherente al sector de la salud, los objetivos enunciados deberán

ser abordados a través de las acciones conjuntas de distintos sectores vinculados a los proyectos de bienestar social de la población—.

El psicoanálisis como disciplina y los psicoanalistas como profesionales no eludieron el desafío de estas propuestas. En múltiples proyectos, y de muy diversas maneras, se han incluido en programas e instituciones asistenciales y de atención a la Salud Mental. Sus aportaciones adquieren relevancia histórica en etapas destacadas de la cristalización de avances en los desarrollos de la Salud Mental.

Como una expresión de estos hechos se pueden observar en la producción bibliográfica aportaciones que reflejan las diversas tendencias y sus pertinentes elaboraciones teóricas y técnicas.

En este contexto de abundantes referencias bibliográficas surge este libro que nos ofrece Emiliano Galende con una calidad singular y que, sin duda, ocupará un lugar más que destacado en los ámbitos psicoanalíticos y de la Salud Mental. Una sólida experiencia en su praxis como psicoanalista y como experto profesional de la Salud Mental respalda este trabajo donde el autor transmite el producto de una profunda y sostenida reflexión conceptual que evidencia en cada capítulo su exigencia teórica, su rigor epistemológico y su compromiso ideológico y social.

Emiliano Galende sostiene, desde la obra de Freud, su pensamiento como psicoanalista. Basándose en este marco teórico, pone énfasis y recupera de la teoría freudiana una perspectiva frecuentemente olvidada, la de un pensador que no vaciló en extender sus conclusiones teóricas fundadas en la investigación clínica para abordar el estudio e interpretación de la cultura y la sociedad como ámbitos de la subjetividad humana.

Emiliano Galende no se satisface con resoluciones fáciles ni se acomoda en la obturación del conocimiento; por el contrario, en la lectura de su texto se pone en evidencia la búsqueda constante, la problematización creativa y la interrogación acerca de la articulación entre Psicoanálisis y Salud Mental. Sujeto y medio social, ideología y política, fantasía inconsciente y realidad, teoría y praxis, son estudiados como eslabones que componen complejas estructuras donde se promueven y definen la salud y la enfermedad, el placer y el sufrimiento, la cura o la

cronificación; en definitiva la vida y la muerte en su continuo proceso de intrincadas y azarosas relaciones.

Es de destacar que desde esta perspectiva de la Salud Mental y a través de un minucioso análisis, encuentran su lugar y definen sus interacciones dialécticas los fenómenos políticos, los valores socioculturales, las relaciones histórico-sociales, las vicisitudes de los conjuntos humanos y los efectos que generan en las formas de vida los enfrentamientos por el poder.

En el contexto de estas problemáticas habrán de comprenderse entonces las teorías y las técnicas psicoanalíticas, los modos de relación entre psicoanalistas y sus formas de participación interdisciplinaria en la atención a la Salud Mental.

Fiel al legado freudiano, Emiliano Galende produce un pensamiento crítico. Esta configuración de su pensamiento, su deseo de develar la verdad, producir conocimiento y sus propuestas de transformación social, dan especial sentido a su labor. Como él mismo afirma: "Me guía la intención de que mi intervención ayude a la recuperación de un pensamiento crítico en este sector de problemáticas humanas, dominado, debo reconocerlo, por las actitudes pragmáticas y tecnicistas de los planificadores y los repliegues teoricitas de muchos psicoanalistas". Pero su crítica se redefine en sus fundamentos y objetivos: "Estoy convencido que toda crítica, para ser materialista, debe servir a la construcción de una alternativa, a riesgo de convertirse en un inútil juego de la razón".

Desde esta posición, Emiliano Galende enuncia sus confrontaciones polémicas con distintas corrientes y pensadores del campo psicoanalítico y de otras disciplinas. Su discurso se dirige a la precisión conceptual, a la formulación teórica, reconoce su valor ético y lo explicita atento a su propia advertencia de que "en las teorías cuyo objeto es un sector cualquiera de la realidad humana la teoría no es ajena a la realidad que enuncia y no es posible teorizar sin transformar en algún sentido esa realidad".

Una perspectiva que adquiere particular relieve en este trabajo, nos muestra al autor en su calidad de historiador. En el texto se evidencia la importancia de la referencia histórica enunciada con una cualidad especial. El lector recibe una elaborada información acerca de la evolución de las ideas y los modos de acción en los campos del Psicoanálisis y la Salud Mental, pero el autor no se limita a la descripción, sino que analiza sistemáticamente los contenidos de esta historia desde una perspectiva

epistemológica. Configura así una lectura crítica de la investigación histórica que se orienta al develamiento de las estructuras en los contextos históricos donde se desarrollan la producción de las ideas como también los modos de acción que generan.

Sobre las premisas hasta aquí enunciadas se estructura el texto de esta obra que brinda, así, excelente respuesta a sus dos objetivos básicos: el análisis de los problemas actuales en las políticas y programas de atención a la Salud Mental y, por otra parte, el estudio de las formas de participación del Psicoanálisis y los psicoanalistas en el campo de la Salud Mental.

Este libro representa un aporte de inapreciable valor para la reflexión, el cuestionamiento y la producción de conocimiento. Los análisis, conceptualizaciones y propuestas que se abordan en los distintos capítulos, examinan los fenómenos psicosociales que inciden en el campo de la subjetividad humana y se expresan en los comportamientos individuales, grupales, institucionales y comunitarios.

Este enfoque permite discriminar y articular los elementos que intervienen en la compleja estructura social donde se determinan los valores y destinos de la salud y la enfermedad mental.

Podemos esperar que el mensaje de Emiliano Galende generará importantes adhesiones y también estimulantes polémicas. Desde estos efectos será, seguramente, un marco de referencia de alto nivel para psicoanalistas y profesionales de la Salud Mental. Al mismo tiempo, posibilitará el esclarecimiento para quienes, desde la labor política y técnica, orientan mediante la planificación y la gestión administrativa los lineamientos y modos de acción de las organizaciones de la Salud Mental.

Valentín Barenblit
Barcelona, octubre de 1989

INTRODUCCION

Introducir a un libro suele requerir que el autor justifique las razones que lo llevaron a escribirlo. De modo explícito hay razones de orden teórico, ideológico y práctico que me han conducido a pensar en dar forma de libro a una intervención concreta en el debate actual en Salud Mental desde mi condición de psicoanalista. Me guía la intención de que mi intervención ayude a la recuperación de un pensamiento crítico en este sector de problemáticas humanas, dominado, debo reconocerlo, por las actitudes pragmáticas y tecnicistas de los planificadores y los repliegues teoricitas de muchos psicoanalistas. Son viejas formas, aunque renovadas, del apoliticismo, que prefieren ignorar la complejidad de lo que tratan, empobreciendo así el carácter de las respuestas que ofrecen. El modo crítico que me propongo para abordar estas cuestiones no consiste en politizar o ideologizar la comprensión o las respuestas, error frecuente en el que (también debo reconocerlo) caímos muchos en la década del setenta. Se trata más bien de problematizar, es decir, recuperar en toda su amplitud el conjunto de factores que determinan los modos en que se plantean los problemas de Salud Mental, las maneras de comprenderlos y las respuestas políticas que se efectúan, a fin de dejar planteadas las diferentes soluciones posibles. En síntesis, se trata de potenciar el análisis crítico para mejorar las respuestas prácticas.

Pero hay también otras razones en la concreción de este libro. Las cuestiones teóricas e ideológicas, los problemas epistemológicos, las orientaciones políticas que debatimos, no deben dejarnos olvidar que estamos frente a un sufrimiento humano concre-

to y que me atrevo a llamar inmenso. Comencé mi profesión viviendo como médico interno en un Hospital Psiquiátrico, del que luego fui jefe de una pequeña sección, mientras realizaba mi formación como psicoanalista. Más tarde, como Secretario General de la Federación Argentina de Psiquiatras, recorrí junto a mis compañeros de Comisión la casi totalidad de las Colonias y Hospitales Psiquiátricos del interior del país. También algunos hogares de menores y cárceles. Es difícil olvidar nuestra responsabilidad con los hombres y mujeres que allí viven. Uno de cada mil ciudadanos está internado en un establecimiento psiquiátrico, sometido a la pérdida diaria de su dignidad humana, en condiciones de miseria y aniquilación reflejada en los olores y los rostros que estos hombres nos muestran. Cada vez es más difícil dar razones valaderas para mantener esta "solución" de los manicomios. Por lo tanto, también para desentendernos de lo que allí sucede. Y sabemos que este rostro cruel de la psiquiatría no encierra la totalidad de los que sufren por trastornos mentales.

Debo entonces hacer dos introducciones: una referida a los modos de análisis teórico en que creo pueden fundarse prácticas más racionales en Salud Mental, y otra, de constatación y documento de los problemas que enfrentamos, a través de la breve historia de un paciente que habré de relatar.

Es difícil cuantificar los problemas de salud mental, ya que los límites entre lo que consideramos enfermedad y salud son borrosos, permeables. Las cifras resultan así datos indirectos y parciales. Se considera que, además de las internaciones psiquiátricas en establecimientos especiales, un 20% de las camas de hospital de los países desarrollados están ocupadas por pacientes con trastornos psíquicos. En EE. UU. se expenden más de doscientos millones de recetas de psicofármacos al año. En las grandes ciudades de Occidente se calcula que uno de cada diez habitantes consulta alguna vez en su vida a un especialista "psi". Algunos datos epidemiológicos hablan de un 25% de la población urbana con trastornos neuróticos, psicosomáticos o problemas de adicción a drogas. Cerca de un 2% de la población padece trastornos o tiene conductas de orden psicótico. No voy a aportar más cifras, cuyo valor me es relativo, ya que los problemas de Salud Mental no son sólo cuantitativos sino fundamentalmente cualitativos, tienen que ver con la calidad de vida. Pero los gobiernos y los técnicos planificadores, que sí se guían por cifras, han compren-

didado que es necesario actuar en este terreno. La consigna de Salud Mental es hoy prioritaria en las políticas de Salud, sobre todo en los países occidentales.

Naturalmente el crecimiento del sector Salud Mental en los últimos treinta años es notorio. Aumentaron los técnicos de lo mental, aumentó la difusión de los problemas psíquicos en la población, creció el debate ideológico y político en los planificadores encargados de las respuestas asistenciales, se incrementaron en el campo de la cultura los interrogantes sobre el fenómeno subjetivo en las sociedades desarrolladas. Desde los organismos gubernamentales se estudió cómo compatibilizar la necesidad de un crecimiento de las respuestas sanitarias con los gastos que ocasionan.

Este crecimiento de los problemas mentales focalizó también los interrogantes sobre las condiciones de la vida social. Había consenso para la consigna de Salud Mental, pero algunos se preguntaron: ¿el sujeto adaptado a las exigencias de la vida social urbana actual, es decir, el nuevo sujeto que produce la sociedad capitalista desarrollada, puede ser considerado psíquicamente sano?, ¿si el enfermo mental es el individuo, debe considerarse a la sociedad siempre como sana?, ¿no hay sociedades que, en las formas de relación humana que promueven, deben ser consideradas como patológicas y por lo mismo patógenas para sus miembros? Estos interrogantes complejizaron en todos los niveles la construcción de respuestas en Salud Mental.

La idea que sustentó la psiquiatría, de considerar a los trastornos psicológicos como a las demás enfermedades que trata el médico, fue mostrando su insuficiencia, su incapacidad de dar respuestas a los nuevos problemas que se plantearon, y ha debido ir dejando lugar a nuevas perspectivas. La psiquiatría pudo “naturalizar” ciertos conflictos, aplicando un conocimiento positivo, objetivista, a los comportamientos humanos considerados patológicos, tratándolos como el médico trata a las cosas del cuerpo, en tanto operaba con sujetos previamente diferenciados y excluidos (psicosis, demencias, parálisis general progresiva, etc.). Pero extender estos criterios a los conflictos relacionales contenidos en una neurosis, la adicción a drogas, las depresiones o los problemas de familia, no podía sino mostrarse como una medicalización abusiva. Paulatinamente se fue introduciendo una visión más racional y adecuada, que volvía a comprender los fenómenos mentales como estrechamente ligados a las cosas de

la vida. Desde esta nueva perspectiva se pudo comprender mejor las características represivas del dispositivo psiquiátrico, y los efectos de encubrimiento que la medicina mental había producido sobre la verdadera naturaleza de las enfermedades que trata.

El haber resituado los problemas de las enfermedades mentales más próximos a las formas de vida de los sujetos (proceso en marcha pero no resuelto) permite fundar una intervención más amplia sobre las condiciones de vida, de carácter más preventivo que asistencial, y atender a las fragilidades subjetivas por las que hacen su aparición las enfermedades. Se ha podido comprender así, y ya ha logrado consenso entre los técnicos de Salud Mental, que son formas de vida social, es decir, son relaciones humanas concretas que genera la sociedad industrializada actual, responsables del crecimiento de poblaciones en mayor riesgo de fracasar en la vida o enfermar. Los niños, en relación con los problemas del desamparo, los viejos excluidos de la vida productiva y social, los desocupados crónicos, las poblaciones que migran a las ciudades con pérdida de valores culturales, los jóvenes que no acceden a una inclusión productiva en la vida social, etc. También aquellos que, incluidos en el sistema productivo, están en riesgo mayor de enfermar por el sometimiento a ritmos de trabajo, a exigencias desmedidas y prolongadas, a rupturas de vínculos con la familia, a procesos intensos de aculturación. Es necesario comprender que son éstas las problemáticas humanas, sociales, que progresivamente van poblando el campo de la Salud Mental.

Si bien en gran parte se han superado las concepciones psiquiátricas que consideraban como enfermedades a los padecimientos psíquicos, no por ello hemos dejado de diferenciar a las personas que padecen y enferman por sus dificultades en la vida de aquellas otras que enfrentan sus infortunios y actúan sobre sus causas. Hay una existencia concreta de personas que necesitan ayuda psicológica y que motivan la necesidad de una respuesta técnico-profesional para aliviar sus padecimientos. Se trata entonces de evaluar las respuestas más convenientes. Durante la década del sesenta las respuestas se habían polarizado entre una psiquiatría que medicaliza y encubre los problemas del sufrimiento subjetivo y aquellas posiciones que, surgidas de la crítica al dispositivo político de la psiquiatría, disolvían la especificidad de los problemas de Salud Mental o negaban simplemente la existencia de enfermedades mentales. Compartimos las posiciones que, frente a esta dicotomía, se plantearon dialectizar el pro-

blema, es decir, asumir las dimensiones políticas, sociales, de las cuestiones englobadas en Salud Mental y a la vez procurar intervenciones más correctas para atender a los que enferman o pueden enfermar. Esto genera un doble compromiso: reconocer la existencia real de la enfermedad mental y las distintas formas en que la sociedad actual ha potenciado en grandes sectores de población las fragilidades subjetivas, poniendo en situación crítica las llamadas poblaciones de riesgo; segundo, la necesidad de aportar colectivamente al ensanchamiento de un camino de mayor racionalidad para el tratamiento de estos problemas, asumiendo la obligación para con los sujetos que fracasan o enferman.

En la década del sesenta nuestro compromiso con la Salud Mental nos había llevado a visualizar a la sociedad capitalista dependiente, con sus injusticias, sus desigualdades, su desprecio por la vida y la felicidad de grandes sectores de la población, como la productora de los mayores daños a la salud psíquica y a la realización personal de los individuos. Escribimos entonces *Psiquiatría y sociedad*, un libro en el que tratamos de mostrar cómo la medicina mental, atribuyéndose los valores de la ciencia, se constituía en un poder represivo sobre los enfermos, funcionalizándose con los valores y la ideología de la sociedad dividida en clases. Sigo creyendo que criticar la hegemonía del modelo médico objetivista y cuestionar la pretendida cientificidad del positivismo psiquiátrico era, y es aún hoy, la base para proceder al desmontaje de su poder y hacer así viable una política de Salud Mental más racional y humana. Pero entonces pensábamos que se aproximaba un cambio social profundo, y que era éste el que iba a posibilitar la construcción de un hombre nuevo en una sociedad más justa, de la que esperábamos la realización más plena y acabada de los valores de la Salud Mental. Esto no ha dejado de ser cierto para nosotros, pero hemos aprendido que ninguna transformación social ha sido suficiente para asegurar la felicidad subjetiva de los individuos y que las mejores condiciones que crea el cambio social para asumir en profundidad los valores de Salud Mental, pueden ser desaprovechadas si no se cuenta con los recursos teóricos y técnicos adecuados para enfrentar estos problemas. Por otra parte, como es obvio, no es posible esperar los cambios en la sociedad para comenzar a pensar e implementar las acciones correctas. Es necesario aportar conocimientos y esfuerzos en beneficio de las poblaciones afectadas.

Cierto fracaso de los ideales políticos de los años sesenta ha permitido reabrir interrogantes sobre la importancia crucial de los problemas subjetivos y, aunque no se abandone la expectativa de que son las acciones colectivas la clave de los procesos de transformación social, el atender a las fragilidades de los sujetos ha sido revalorizado. El énfasis puesto por entonces en las condiciones objetivas de las contradicciones sociales como factor casi exclusivo de los procesos de transformación, debe compartirse hoy con esta revalorización de lo subjetivo. El cuidado de los individuos, los derechos humanos, la desigualdad de la mujer, el problema de los niños, de los ancianos, de los marginados del proceso social, de los que sufren o enferman psíquicamente, etc., requiere ser atendido sin demoras, contemplando su especificidad. En esta vuelta a la preocupación y al interés por los sujetos reales y actuales, el psicoanálisis, como el método más riguroso de exploración de la subjetividad, y como uno de los instrumentos críticos más profundos de la sociedad y la cultura, ha cobrado una nueva importancia. Lamentablemente, para muchos analistas el psicoanálisis funciona como un intérprete absoluto. Para otros la neutralidad del método analítico los lleva a imaginarse al margen de los procesos que interpretan. Los primeros desconocen que no hay ningún código completo, que sature todo, que recubra la totalidad del fenómeno subjetivo, social o cultural. Los segundos ignoran que la interpretación de un fenómeno histórico, aun en un sujeto, compromete al intérprete. La producción inconsciente no tiene un código unívoco. Por nuestra parte el psicoanálisis nos ha ayudado de manera central en el análisis histórico, tanto respecto de la configuración de la Salud Mental como se verá en el texto, como también respecto de nuestra propia historia en relación con estos temas. Pienso que la historia que recordamos no es la misma historia que los conflictos y las tensiones actuales nos hacen recordar. Estamos en este sentido satisfechos de haber persistido, en un contexto psicoanalítico que tendió a cerrarse sobre sí mismo, en los esfuerzos de abrirlo a las problemáticas de la cultura y la sociedad, especialmente en cuanto a Salud Mental. Y de haber persistido también en algunas certezas respecto de lo social, en un ambiente en el que el terror hizo incrédulos a muchos. Todo actor social, es decir, interpretante de su realidad, sólo puede definirse en relación con otros interpretantes. Traspasar el cerco psicoanalítico requiere abrirse a la pertinencia de cada enfoque, a una aceptación de las diferencias, a un traspasar

los interrogantes puestos por el mismo psicoanálisis para abordar en plenitud la complejidad del campo connotado por Salud Mental, en el que las preguntas de otras disciplinas enriquecen la construcción de respuestas.

Los interrogantes planteados

En los últimos treinta años asistimos a una transformación profunda del campo hegemonizado hasta entonces por la medicina mental y que ha dado lugar a la nueva denominación de Salud Mental. Esta no es de ningún modo una renovación o modernización de la psiquiatría; por el contrario, es un replanteo en profundidad de los problemas de la salud y la enfermedad mental que está dando lugar a una recomposición de todos sus aspectos: la comprensión del daño psíquico, en relación con las fragilidades subjetivas y con los factores de riesgo; la constitución de un ámbito disciplinario nuevo, denominado políticas de Salud Mental; la reformulación de las teorías, con apertura a conceptualizaciones sociológicas, antropológicas, políticas, etc.; la organización de nuevas prácticas con preponderancia de las técnicas psicossociológicas, para intervenir en ámbitos comunitarios y en función preventiva; la abolición progresiva de la institucionalización psiquiátrica y sus establecimientos manicomiales, para ser reemplazados por Centros Periféricos y equipos comunitarios.

Este proceso ha permitido un replanteo global de las cuestiones implicadas. a) Se ha podido volver a interrogar sobre qué son las enfermedades mentales, rompiendo con el esquematismo medicalizante de las respuestas psiquiátricas. b) Está en reconsideración toda la cuestión de los profesionales habilitados para tratar estas enfermedades y la realización de las acciones preventivas, perdiendo hegemonía la figura del médico psiquiatra. c) Las maneras psiquiátricas de tratar los problemas mentales han dejado lugar a otras posibilidades de abordaje más racionales y humanas. Estas tres cuestiones (qué son las enfermedades mentales, quiénes deben tratarlas y de qué manera) tienen hoy un carácter interrogativo, problemático, y están por lo mismo abiertas a distintas soluciones.

Dos de las características esenciales en la configuración actual en Salud Mental son: la caída de la psiquiatría como disciplina totalizadora, con la multiplicación de respuestas pre-

ventivo-asistenciales y una reformulación de las relaciones con la medicina, sus valores, su organización y sus modelos de atención. Respecto de lo primero, el panorama de Salud Mental en casi todo el mundo occidental se caracteriza por la coexistencia de diversas concepciones del trastorno mental (psiquiátricas, psicoanalíticas, comunitaristas, sociológicas, antropológicas, y las variantes que cada una comprende), multiplicidad de tratamientos sumamente heterogéneos (psicofarmacológicos, psicoterápicos, institucionales, físicos, biológicos, etc.) sin la necesaria fundamentación teórica, y también la configuración mixta de modelos de asistencia (coexistencia de modelos asilares clásicos con comunitarios, preventivos, etc.). Notablemente cada una de las concepciones, con sus tratamientos y modelos de asistencia, no se reconoce como enfoque o tratamiento parcial de los problemas de Salud Mental; tienden más bien a configurarse como totalizantes, abarcativas, por lo que la coexistencia con otras concepciones mantiene abiertas las polémicas y las luchas por cierta hegemonía. No se trata de un estado caótico sino por el contrario de la impregnación de este sector por lo que caracteriza los procesos sociales, ya que cada concepción refleja de algún modo una manera de pensar al hombre y su relación social. Este es a mi entender uno de los logros mayores del pasaje a las políticas de Salud Mental, ya que ha permitido sensibilizar, permeabilizar, el dispositivo autoritario y autosuficiente de lo psiquiátrico a lo que sucede en la vida social. Ninguna otra disciplina muestra, como Salud Mental, tal capacidad de embrague con lo social y nivel de crítica de las funciones que promueve. Esto mismo nos advierte de las ventajas de mantener abierta esta situación polémica ya que no es posible hacer coherente, homogeneizar, el campo de Salud Mental sin atender a lo que caracteriza la sociedad real en la que sus prácticas se desarrollan. Por el contrario, la imposición de una concepción no puede sino reflejar un modo autoritario y excluyente de cierre de los problemas de Salud Mental a su relación con la vida social. Hay ejemplos en el mundo que deben ser aprovechados. Algunos países socialistas que impusieron para Salud Mental la hegemonía de modelos comunitarios de asistencia, no encontraron obstáculos para la participación comunitaria que era corriente como valor en otros aspectos de la vida social. Las políticas de psiquiatría comunitaria que se impulsaron en EE. UU. fracasaron, en gran parte porque no reflejaban valores de la sociedad real, y porque en su pretensión

totalizadora no generó una política de convivencia con las otras prácticas vigentes en Salud Mental. La psiquiatría democrática en Italia se desarrolló en el seno mismo de las políticas de los partidos de izquierda, los que facilitaron su penetración y despliegue en la sociedad. La política del sector, en Francia, tuvo finalmente que aceptar la presencia de los modelos psiquiátricos y psicoanalíticos, más cercanos al individualismo burgués que caracteriza a su sociedad. En este mismo sentido hemos advertido en repetidas oportunidades sobre el error de algunos psicoanalistas de imaginar al psicoanálisis en una función de reemplazo de la totalización psiquiátrica, desechando lo que nos parece más valioso para un psicoanalista, cual es la posibilidad de comprender e interpretar la producción de síntomas que estas diferencias provocan en los sujetos actores en Salud Mental. La respuesta médico-psiquiátrica al malestar cultural y social no puede suplirse con una respuesta psicoanalítica, igualmente reductora e ilusoria.

Respecto de la relación con la medicina, rota la función de recubrimiento médico que ejerció la psiquiatría, los problemas se han planteado de otra manera. Desde Salud Mental, en la coherentización de una política para el bienestar humano (físico, psíquico y social), se tiende a reforzar las posiciones de los enfoques sociales de la medicina. Esto produce una alianza estratégica de Salud Mental con la medicina social, basada en una identidad de objetivos, y sin medicalizar los problemas mentales considerándolos como enfermedades. El énfasis puesto en la salud antes que en la enfermedad permite la realización de acciones conjuntas en la comunidad. Hemos de ocuparnos en el texto de la participación del psicoanálisis en esta reconsideración de la enfermedad, tanto en medicina como en Salud Mental. Curiosamente la psiquiatría biologista, en retirada hace cincuenta años por el desarrollo de las políticas de Salud Mental, hace un retorno de su ideología positivista por vía de los psicofármacos. Tras el éxito que iniciara Laborit con su descubrimiento de la clorpromacina, del tratamiento de los estados afectivos de algunas psicosis y depresiones, se ha “descubierto” que era redituable la aplicación de drogas a los estados afectivos de las personas, con independencia de su valoración patológica. Un artificio más se agregó a la vida en la actual sociedad desarrollada. Millones de personas atenúan sus ansiedades, provocan su sueño, alejan sus angustias, ingiriendo distintos psicofármacos.

El plan del libro

Se propone básicamente dos objetivos: un análisis de las respuestas actuales a los problemas de Salud Mental y la intervención del psicoanálisis en estas respuestas. Quiero hacer algunas puntuaciones que entiendo pueden ayudar a la lectura.

Los distintos modos históricos en que se configuran las respuestas asistenciales en Salud Mental no son comprensibles como desarrollos internos de esta disciplina. Por el contrario, en el conjunto de determinaciones que provocan sus reordenamientos periódicos, los factores histórico-sociales, políticos, son esenciales, aunque no exclusivos. Para comprender su constitución actual tuvimos que desechar las nociones de progreso y desarrollo, de los conocimientos en primer lugar, pero también de las prácticas terapéuticas y los modelos de asistencia. Hemos entendido así una crítica histórica de los sucesivos reordenamientos de las respuestas disciplinarias a las enfermedades mentales, lo que nos permitió acceder a una visión más compleja de la red de determinaciones en que se deciden las orientaciones. Analizamos así el modelo desplegado por Pinel, su desemboque en la configuración positivista médica de Kraepelin, los reordenamientos que se efectúan por la fenomenología y los movimientos de Higiene Mental, hasta la configuración de las actuales políticas de Salud Mental. En este recorrido nos ha resultado claro que el método de crítica histórica es a la vez la verdadera epistemología de la psiquiatría, ya que la comprensión de la constitución de sus conceptos y el funcionamiento de sus teorías sólo es posible con referencia a los procesos histórico-sociales. Lo mismo hemos visualizado respecto del rostro más denigrado de la psiquiatría asilar: la exclusión/segregación del loco y su custodia en los manicomios. La psiquiatría se hace representante y asume a su cargo fuerzas de exclusión del loco que anidan en los sujetos, en la sociedad y en los poderes del Estado. Nos resulta claro que la ideología asilar, la que segrega, encierra y custodia al enfermo mental, no es sólo la del psiquiatra alienista, forma parte de la conciencia y el comportamiento social, y requiere para su abolición definitiva actuar sobre los conjuntos humanos y las configuraciones de poder. Esto es clave ya que cualquier política en Salud Mental que se proponga alternativas a la institución manicomial, debe actuar simultáneamente sobre el aparato estatal, la conciencia social espontánea y su producción imaginaria, y el dispositivo psiquiátrico-profesional.

También hemos observado que las determinaciones históricas sobre la configuración de lo mental no se hace de modo homogéneo sobre todo el dispositivo psiquiátrico. Ciertos desarrollos teóricos, por ejemplo, se hacen más sensibles a las dominancias de la ideología científica, se aceleran en el proceso histórico, a la vez que se hacen más regresivas las prácticas o las instituciones. Tal sucede con la fenomenología por ejemplo. Igualmente algunos movimientos de reforma transforman los dispositivos institucionales, pero dejan en pie las teorías y prácticas que, o se mantienen constituyéndose en una fuerza conservadora, regresiva, o toman rumbos diferentes de los que propone la reforma institucional. Algo así ocurrió con los movimientos de Higiene Mental de comienzos de siglo. Hemos entonces procedido a diferenciar, en el interior de la disciplina de lo mental, cinco elementos que nos parece mantienen una autonomía relativa entre sí, tal como se observa en los sucesivos reordenamientos históricos. Estos son: la producción de fragilidades subjetivas, configuración histórica de poblaciones de riesgo, y existencia de enfermos mentales; disciplinas encargadas de organizar los dispositivos sociales de respuesta a estas problemáticas; los saberes que tratan de inteligir el daño mental y la construcción de teorías; las prácticas terapéuticas; las instituciones. El conjunto de estos aspectos permite comprender lo que llamo el Sistema de la Salud Mental, y posibilita desarrollar un modelo de análisis para las distintas configuraciones de las políticas de Salud Mental, en diversos momentos históricos. Es con este modelo de análisis que abordamos los tres desarrollos más importantes en las políticas de Salud Mental de este siglo: el sector en Francia, la psiquiatría comunitaria en EE. UU. y la desinstitucionalización en Italia.

En el capítulo 5 me propongo desarrollar el análisis de las políticas actuales en Salud Mental, lo cual me era esencial para ubicar los lugares precisos de intervención de las prácticas psicoanalíticas. Paso revista a lo que entiendo ha sido y sigue siendo el factor más importante en la determinación del actual reordenamiento de Salud Mental, cual es la emergencia de nuevas demandas de atención surgidas en el seno de una crisis muy profunda en la configuración de las actuales relaciones sociales y su impacto en la subjetividad. La pérdida de lazos de solidaridad, la fractura en los vínculos sociales, las modificaciones en los ordenamientos simbólicos de la familia, los cambios en

los procesos de socialización de los niños y en los modos de crianza, los profundos trastocamientos de las relaciones de los sujetos con su cultura que imponen las migraciones internas y externas, etc., han generado un nuevo tipo de subjetividad, que será analizado en el texto como "sujeto paranoide".

Es necesario adentrarse en estas cuestiones para comprender que ya no se trata del individuo puesto en el lugar de un objeto natural por su condición de enfermo, como hizo la psiquiatría positivista.

Las nuevas políticas de Salud Mental definen al objeto de su intervención como un "sujeto político", y esto, aun en sus comienzos, ha de implicar una transformación muy profunda de lo que hasta hace poco se pensaba como problemas de salud y enfermedad.

Este capítulo debía desembocar en el análisis de las políticas de Salud Mental en Argentina, tarea que inicié y en la que esperaba hacer surgir más nítidamente la fecundidad del método crítico como herramienta de construcción de respuestas más racionales y eficaces a los problemas que enfrentamos. Estoy convencido de que toda crítica, para ser materialista, debe servir a la construcción de una alternativa, a riesgo de convertirse en un inútil juego de la razón. El análisis de la situación argentina se hace demasiado extenso para ser incluido en este libro, por lo que resigné su tratamiento, esperando concretarlo en un próximo libro.

En cuanto al psicoanálisis hemos señalado su autonomía relativa respecto de la configuración del campo de Salud Mental, pero a la vez su pertenencia social a las prácticas de la cura. Esta autonomía está reflejada en el título mismo del libro. Desde esta posición, y siguiendo un camino que creemos inauguró Freud con sus interpretaciones sobre la cultura y la sociedad, trataremos de fundamentar la pertinencia de establecer un pensamiento psicoanalítico sobre el conjunto de los problemas humanos englobados en Salud Mental y las respuestas que la sociedad ha ofrecido y ofrece. Ya he dicho que el psicoanálisis no recubre con su intervención la totalidad de problemas de Salud Mental, y no debe ser visto como una respuesta totalizante que supla a la de la psiquiatría. Analizamos esa intervención en tres niveles: en primer lugar en lo que el psicoanálisis aportó desde siempre como intérprete actuante del fenómeno cultural y social, campo en el

que se definen los problemas del bienestar humano y la enfermedad; segundo, como herramienta crítica fundamental para el análisis interno del dispositivo teórico y práctico de la psiquiatría y de las nuevas políticas de Salud Mental; en tercer lugar, las prácticas de los psicoanalistas en las instituciones de este sector, y su contribución a un nuevo tipo de lazo social.

Lo primero nos llevó a replantearnos las tesis freudianas sobre la cultura y la forma social, para probar su vigencia en las nuevas configuraciones sociales. Visualizamos al respecto que los análisis freudianos sobre las cuestiones de la verdad, su relación con la historia y la concepción del poder, se constituyen en una herramienta teórica fundamental para analizar las demandas actuales que trata la Salud Mental. Para avanzar en esta dirección hay que superar, y eso intento en el texto, los obstáculos que interponen los defensores de una neutralidad del psicoanálisis, supuesta exigencia de la ciencia, que no es más que una política de neutralización de sus enunciados; y la crítica, ésta de izquierda, que apuntando a una supuesta función ideológica del psicoanálisis en el campo social, tiende a apartarlo de toda función transformadora en su interpretación del fenómeno humano. Dedico a ambas posiciones un apartado especial del primer capítulo.

Respecto de lo segundo, el psicoanálisis permite comprender las implicancias que para los sujetos y la sociedad tienen las respuestas psiquiátricas y pedagógicas en Salud Mental. Análizo, siguiendo el señalamiento freudiano de las tres tareas no resolutorias (curar, educar, gobernar) las demandas en salud mental; la norma pedagógica y las demandas escolares; la demanda del Estado de estabilizar el tejido social por las respuestas disciplinarias. En cuanto a las políticas comunitarias, entiendo que abren un espacio nuevo en el que la interpretación psicoanalítica del lazo social y la producción de síntomas permite fundar con rigor prácticas preventivas y de promoción en Salud Mental. Baste recordar, como ejemplo, que la teoría según la cual la apertura al diálogo con los otros, es decir, a la palabra, de los conflictos del sujeto, idea base de las intervenciones comunitarias, es en su origen una teoría psicoanalítica de la resolución del síntoma.

En cuanto al tercer nivel, el de las prácticas psicoanalíticas, es tema del último capítulo. Creí necesario recuperar la memoria histórica sobre la participación de los psicoanalistas en los

tratamientos en Salud Mental, hechos que parecen haber sido olvidados por muchos. Reseño así la creación de la Policlínica Psicoanalítica de Berlín, impulsada por Freud mismo. El respaldo de Freud al grupo de Zurich que trabajaba psicoanalíticamente en la Clínica Psiquiátrica de Burghölzli, sobre todo en las personas de Max Eitingon, Hans Sachs, Karl Abraham, y otros. Igualmente el trabajo de Sandor Ferenczi en la Casa de Salud de Budapest, y las luchas que, junto a Hollos, Ragó y Levy, desarrollaron desde el psicoanálisis por la abolición de los hospitales psiquiátricos durante el gobierno de Bela Kun. A través de estas referencias y de las manifestaciones explícitas de Freud, es posible reconstruir algunas líneas de las primeras intervenciones del psicoanálisis en los problemas de la salud mental.

En la misma dirección recuerdo las intervenciones de los psicoanalistas argentinos, sobre todo de Enrique Pichon Rivière. A partir de esta historia se trata de fundar más coherentemente lo que llamo una política del psicoanálisis en Salud Mental, expresada de hecho en las diferentes intervenciones de los psicoanalistas en este sector: tratamientos analíticos en las instituciones psiquiátricas, psicoanálisis de las instituciones y psicoanálisis institucional, e intervención en los gabinetes escolares, en el diseño de políticas y planificación en Salud Mental, en prevención.

Entiendo que el psicoanálisis existe en los psicoanalistas, y que éstos intervienen en Salud Mental bajo diferentes formas, desde siempre. Se trata de asumir en profundidad el sentido de esa intervención, posibilitando doblemente pensar lo que estas intervenciones suponen para el destino social del psicoanálisis y el diseño de una estrategia más coherente y racional de acción en Salud Mental desde el psicoanálisis. Sostengo la idea de que las políticas de Salud Mental y las de psicoanálisis no se proponen los mismos objetivos. Entiendo por políticas en cuanto a esto los modos orgánicos en que se responde desde una disciplina a un requerimiento social, en su comprensión conceptual y en los actos concretos que se promueven para abordarlo. Mientras todo el dispositivo de Salud Mental está dispuesto para responder y estabilizar las demandas de la sociedad y el Estado respecto del sufrimiento psicológico, el psicoanálisis tiende a reabrir interrogantes sobre estas demandas, a enriquecer un pensamiento sobre ellas, a devolver al sujeto su propia palabra, su propio saber sobre el deseo y el dolor. Este es el modo en que el psicoanalista

se compromete con el sujeto en su padecimiento o en su riesgo de enfermar, y constituye en sus valores la ética que orienta su práctica. No es por cierto ajeno a esta ética el ensanchar el plano de la cura haciendo del psicoanálisis una empresa liberadora del hombre, tal como su fundador lo anhelara.

Finalmente quisiera agradecer a quienes de distintas maneras han contribuido a las ideas de este libro. En primer lugar, a mis pacientes, especialmente a los del Hospital Psiquiátrico de Rosario, quienes además de sostener el ejercicio de mi práctica y la adquisición de mi experiencia, mucho me enseñaron sobre la vida. Los múltiples diálogos con ellos están reflejados en las reflexiones del texto.

A mis amigos del Foro Psicoanalítico, con quienes hemos debatido y compartido varios de los temas de este libro: Beatriz Grunfeld, Luis Horstein, Julio Marotta, Aldo Melillo, Gervasio Paz, Rafael Paz, Dora Romanos y Gilberto Simoes. También a Ricardo Avemburg, Gilberte Gilou de García Reynoso, Fernando Ulloa, Silvia Bleichmar, cuyas ideas, en diálogos del Foro, me han sido de gran valor para pensar estos temas.

Por último, a mi amigo Valentín Barenblit, cuya sensibilidad para el sufrimiento humano, su ingeniosidad para la acción práctica y su rico pensamiento, estimulan desde hace años mi reflexión sobre los problemas de Salud Mental y psicoanálisis, temas estrechamente ligados a su nombre.

SANTIAGO S. Y LA INSTITUCION PSIQUIATRICA

Santiago está internado en el Hospital Psiquiátrico R. por orden judicial. Fue llevado por la policía, que lo mantenía detenido desde hacía unas semanas. Había agredido con un martillo de albañilería a un compañero de trabajo, provocándole una lesión no grave. En este ataque no habían mediado circunstancias previas que lo justificaran. Santiago, sereno de una obra en construcción, se abalanzó sobre su compañero cuando éste ingresaba al trabajo, insultándolo y golpeándolo. Fue contenido por otros compañeros, que no se explicaban la excitación de Santiago ni comprendían las acusaciones e insultos que les dirigía. Finalmente llamaron a la policía. Cuando veo a Santiago, habían transcurrido tres meses de este episodio y más de dos de su internación. En la historia clínica, realizada a su ingreso, se relataba este episodio y lo que el paciente había construido por entonces como razones de su proceder. Acusaba al compañero de ser el cabecilla de un grupo que lo asediaba con epítetos de “cornudo” y “maricón”, proferidos verbalmente durante el trabajo (alucinaciones verbales) y también en inscripciones en las paredes de la obra y otras señales que sólo él, sereno de la misma, podía ver de noche cuando todos se retiraban y que desaparecían al llegar el día. En la historia se señala a su ingreso “un estado catatonóide, con negativismo relativo”, ya que aceptaba las indicaciones que se le realizaron durante las entrevistas de admisión. Ya en la sala, toma la medicación y no rechaza al médico que lo visita. Consta un diagnóstico de “esquizofrenia paranoide”, y se le habían practicado, además de tranquilizantes e hipnóticos que sigue tomando, seis electrochoques, el

último hace ya más de un mes al momento de mi encuentro con él. Durante nuestra primera entrevista se mostró como una persona amable, bien dispuesta a recibirme, aunque no fue fácil entrar en diálogo con él, ya que guardaba largos silencios. En ese tiempo colaboraba en la distribución de la comida a los otros internos, en algunas tareas de la sala y tenía permiso para salidas, que en general eran breves y poco frecuentes. Parecía evidente que no deseaba marcharse del hospital, sólo hablaba de su salida para realizar algún corto paseo a comprar cigarrillos. Se podía dialogar cordialmente de las cosas de su vida en el hospital, pero guardaba silencio cuando le preguntaba sobre su futuro o sus proyectos más cercanos. En otros momentos, al preguntarle sobre las razones de su internación, me decía que ya lo había contado, que la policía sabía, y solía levantarse e irse dando por terminada la entrevista. Vi a Santiago durante nueve meses, en general dos o tres veces por semana durante treinta a cuarenta minutos. Las entrevistas se hicieron más frecuentes en el último mes, con más tiempo de duración, época en la que tomé algunas notas sobre el tratamiento. Han pasado ya más de dieciséis años de estas entrevistas, dejé de verlo en 1972. Es con esas notas, que conservo, que construyo este relato.

Santiago nació en Entre Ríos, en una estancia. Su madre trabajaba allí de cocinera. Su padre, decía su madre, era un peón con quien ella vivió durante algunos años en ese lugar. Pero él siempre pensó que era un capataz, viejo muy cariñoso con él cuando chico y de quien su madre habló siempre con ternura. El paciente se lo había preguntado a su madre, pero ésta sólo respondía con reprensiones; nunca lo negó. Sus recuerdos de este hombre son tiernos, salía con él a caballo, alguna vez lo llevó al pueblo en la chata. Cuenta que fue la muerte de este hombre lo que motivó que abandonara con su madre la estancia cuando tenía ocho años. Pasó a vivir entonces con una tía y su esposo en una ciudad del interior. Su madre se empleó de doméstica y él ayudaba a su tío. Sólo recuerda de ese tiempo que extrañaba a su madre y el campo, y que solía dudar de la muerte del capataz, imaginando que retornaban a la estancia.

“Bueno... yo sabía que había muerto, hubo un velatorio en el pueblo... no me llevaron, estaban todos tristes... pero no sé... pensaba que me podía haber equivocado... y... en una de esas lo encontraba... era bueno...”

Cuando Santiago tenía diez años su madre quedó embarazada

y fueron a vivir con el compañero de su madre, un hombre mayor, viudo, policía, de mal carácter. Nunca se llevó bien con él. Cuenta que solía emborracharse y exigirle a él que lo atendiera, que fuera a comprarle bebida. Lo odiaba y le tenía intenso miedo. Cuando nació su hermana las cosas empeoraron. Solía pegarle a su madre “por cualquier cosa”, y a él también: “me pegaba para mandarme, porque sí...” En ese tiempo pasó a cuidar de su hermana, que aún no caminaba, llevándola siempre con él, por miedo también a que llorara cuando estaba “el viudo” porque se enojaba y le pegaba a la madre. Las llegadas de este hombre a la casa eran especialmente temidas. Santiago lo esperaba preparado para huir si llegaba borracho, en general con su hermanita, a casa de la tía con la que habían vivido. No recuerda nada de las reacciones de su madre frente a estas escenas; la tía solía decir que era ella la culpable por aguantarlo.

Desde los doce o trece años Santiago comenzó a escaparse de la casa. Deambulaba por la ciudad, hacía algunos trabajos de cadete. Por entonces su madre lo anotó en una escuela nocturna para que aprendiera a leer y escribir. Nunca había ido antes a una escuela, aunque dice que había aprendido solo a leer “algunas cosas”. Durante el año que fue a la escuela de noche y trabajaba de día, comenzó a imaginar cómo escapar de esta casa, llevándose a su hermana. No recuerda por qué circunstancias se produjo una pelea con su padrastro, éste le dijo que lo iba a poner preso, y Santiago decidió entonces irse a la Capital. Llegó a ésta a los quince años, con la dirección de un amigo con quien había trabajado antes. Desde entonces no volvió a ver a su madre ni a su hermana. Cuenta que una tía, hermana de su madre, vive en esta ciudad y él tenía anotada una dirección cuando llegó, pero nunca logró encontrarla. No tiene recuerdos muy precisos de cómo vivió su adolescencia en nuestra ciudad. Fue aprendiendo el oficio de albañil con un hombre, mayor que él, al que conoció en una pensión, quien era de un pueblo cercano a la estancia en que Santiago nació. Esta coincidencia lo llevó a una amistad muy querida por él. Durante el tiempo de nuestras entrevistas iba a visitarlo al hospital con frecuencia, y se interesaba en la curación de Santiago. Posteriormente nos ayudó a buscarle trabajo cuando tratamos que se externara.

En la pensión en donde vivía, Santiago conoció a Elsa, quien trabajaba allí de mucama. El tenía unos veinte años y ella diecisiete. Elsa había llegado a la ciudad desde un pueblo de

Santiago del Estero, donde aún vivía su familia, y tenía dos primas que habían llegado con ella y trabajaban también en servicio doméstico. Los domingos solían salir los cuatro juntos. En poco tiempo Elsa y Santiago fueron a vivir juntos, en una casa que Santiago armó en una villa de emergencia en la que vivían dos compañeros de trabajo. Los dos conservaban sus trabajos y pudieron comprar un terreno en las afueras de la ciudad, en el que comenzaron a construir una casita en los fines de semana. Solía ayudarlos “el compadre”, un compañero de trabajo de Santiago, mayor que él, y que sabía más de construcciones. Cuenta que esos fines de semana eran para él muy alegres. Se juntaban con las primas de Elsa y “el compadre” en el terrenito, trabajaban en la casa, y hacían un asado para todos. Por entonces Elsa quedó embarazada y nació una niña, a quien Santiago le puso el nombre de su hermana. Como Elsa tuvo que dejar un tiempo su trabajo, ya no podían continuar la obra y los fines de semana Santiago comenzó a tomar, vino o ginebra, en abundancia. Dice él que la bebida lo ponía tonto, lo hacía poner agresivo con Elsa y el compadre. “Alguna vez llegué a pegarle, pero era la bebida...” Las primas ya no iban a verlos y también el compadre se fue alejando. Cuando su hija tenía seis meses se enfermó con diarrea y murió a los cuatro días, a pocas horas de ser internada en el hospital. A partir de entonces bebía con más frecuencia e intensidad. Dejó de interesarle la construcción de su casa, comenzó a faltar a su trabajo para quedarse tomando en la villa. Tuvo problemas con la policía por peleas con vecinos, cuando tomaba mucho.

Habían transcurrido tres meses desde la muerte de la niña cuando Santiago sufrió un accidente. Se cayó de un andamio de la obra, desde ocho metros, y quedó inconsciente, no recuerda cuánto tiempo pero cree que varios días. También se produjo una fractura en el fémur y otra en la muñeca, por lo que permaneció en cama y enyesado mucho tiempo. La muerte de su hija y el accidente marcan un giro importante en la vida de nuestro paciente.

Su mujer trabajaba durante el día y retornaba a la noche. Santiago, que no podía movilizarse, la esperaba con ansiedad, alcoholizado. “Era la bebida, no sé si era cierto, pero yo pensaba que me engañaba, que tenía otro tipo... yo no servía para nada... estaba atontado...” Parece que los celos, en el comienzo, surgieron porque ella “se arreglaba especialmente”, o porque un día regresaba tarde y desarreglada. Se desprende de su relato que le

hacía escenas violentas, que la acusaba de engañarlo y de haber dejado morir a la nena. Creo que Santiago vivía aterrorizado de que Elsa no volviera, que lo abandonara, y es probable que algo de estos sentimientos se realizaran en las escenas en las que la acusaba de la muerte de la hija. Finalmente, un día Elsa no retornó, como Santiago temía, y esperaba hacía tiempo. Algún vecino de la villa fue a decirle que Elsa pedía que le mandaran su ropa, que no quería verlo más. Son un tanto borrosos, a veces contradictorios, sus relatos de esta época. En algún momento me cuenta que él le dejó la casa con todo. Otras veces que le mandó su ropa, y el siguió viviendo allí solo. Recuerda que “el compadre” venía a verlo algunas veces, y que le comentaba que había visto a Elsa y que ésta iba a volver si él volvía a ser el de antes. Cuando se repuso de su pierna este amigo le consiguió un trabajo de sereno en una obra, en la que él era capataz. Allí vivió los meses anteriores a su ingreso al hospital.

Fue en ese empleo que comenzó a incubarse lo que provocó su internación. Dice que recordaba mucho a su madre y a su hermana, a quien con frecuencia confundía con su hija muerta. Por momentos creía que también su hermana había muerto. Deambulaba por la obra, insomne, durante las noches, y sólo dormía de madrugada. El compadre que lo había llevado allí, dejó un día su empleo y no lo volvió a ver. Al principio le extrañó que no se hubiera despedido de él, que le hubiera mandado decir por otro compañero que cambiaba de trabajo. Más tarde, no pudo explicarme cómo, dice haberse enterado de que el compadre vivía con Elsa, su ex mujer. Nada había hecho para confirmar esta situación, pero se mostraba convencido de que era cierta. Se sentía engañado y comenzaba a reconstruir recuerdos de escenas vividas con Elsa y el compadre en las que hallaba un nuevo sentido y descubría que “seguramente” lo habían engañado desde antes. También comenzó a pensar que podían haber tramado juntos la muerte de su hija, aunque cuando me lo cuenta se avergüenza de pensarlo y rápidamente dice que eran “tonterías” que se le ocurrían, culpando a la bebida. Sin embargo, repite con frecuencia que ellos han “muerto para mí”, que no quiere verlos más, con lo cual la muerte lo mantiene atado a esta historia de pérdidas en la que la hija y su hermana ocupan el centro.

En las noches que deambulaba por la obra dice que encontraba señas del compadre, o trampas para que se cayera, por lo que

pensaba, aún sigue creyéndolo, que el compadre seguía estando en la obra aunque él no lo viera. Las señas, dice, eran inscripciones en las paredes, que lo aludían en su condición de “cornudo” o “maricón”. Otras se trataba de tirantes cruzados de determinada manera, o ladrillos puestos en lugares que podían provocarle una caída en la noche. Sin embargo, no pensaba que el compadre quisiera matarlo, sino sólo burlarse de él. Ante la pregunta de por qué podía querer burlarse, solía decirme que “a lo mejor” era para que no fuera más tonto, para que supiera ser más desconfiado y “aprendiera a ver” cómo es la gente. La misma razón tendría para contarle a los demás compañeros de la obra del robo de su esposa, para humillarlo y enseñarle. Para enseñarle a no “perder más con una mujer” (expresión popular entreterriana para nombrar la separación). Otras veces me dice que el compadre lo sometía a “pruebas terribles” dejándole esas cosas que podían provocar su caída al vacío, y que cada noche era para él un desafío. En el último tiempo antes de su internación estas ideas se fueron extendiendo a los demás compañeros de la obra. Percibía que le hacían determinadas señas de “cornudo” o se burlaban comentando entre ellos sobre alguien “maricón”. El no trabajaba en la construcción, fuera de su puesto de sereno, ya que aún no se había repuesto de las fracturas, pero preparaba las cosas de la comida al mediodía para los obreros, hacía las compras, etc., con lo que se sentía más expuesto a la burla y al escarnio. Fue uno de estos compañeros, al que sabía amigo del compadre, al que atacó con un martillo pensando que era el “cabecilla” de las humillaciones y burlas. No da más razones. Piensa que los celos lo enfermaron junto a la bebida, “como a cualquiera a quien el compadre engaña con su mujer”. A veces dice que con la bebida estaba atontado y que muchos recuerdos no sabe si ocurrieron realmente.

Dejé de ver a Santiago en 1972. Por entonces evaluábamos en la sala, que estaba en condiciones de dejar el hospital. Pero la externación se presentaba difícil: no tenía familiares, el único amigo que conocíamos colaboraba en la búsqueda de trabajo, pero no podía ayudarlo con su alojamiento y manutención. No tenía familia, ni vivienda, ni trabajo, pero además se mostraba preocupantemente adaptado al hospital y llegó a acusarme de que yo también quería abandonarlo cuando él no se sentía del todo bien, refiriéndose a su pierna fracturada. Desechó varias propuestas de trabajo que le hicimos, aun con la posibilidad de que podía ir a dormir al hospital por las noches, ya que, señalaba, no iba a

decir a otros que él vivía en “el loquero”. A veces nos decía que no nos preocupáramos más, que él se iba a ir solo en cualquier momento. Estábamos en cierto modo atrapados: nos asustaba su desamparo y los riesgos psíquicos de una exposición directa a su realidad en la vida, pero también nos inquietaba su permanencia en el hospital por otras razones. No podría decir, aún hoy, cuánto perduraba de su enfermedad. No mostraba por entonces ninguna señal de sus ideas delirantes, y había podido elaborar bastante del encadenamiento de pérdidas que era su historia. Toda la situación en aquel momento estaba dominada enteramente por su intenso desamparo. En estas condiciones dejé de verlo y saber de él.

Recobré la historia de Santiago hace poco tiempo, quince años después. Me habían invitado a unas Jornadas sobre psicosis en una Colonia del interior del país. Allí está internado ahora Santiago. Me sentí confundido, en parte avergonzado, en parte culpable de verlo allí. Nunca fue externado desde el tiempo de nuestras entrevistas; en un reordenamiento del Hospital Psiquiátrico en el que estaba, y considerándolo enfermo crónico y sin familia, lo habían trasladado a esta Colonia, seguramente para siempre. Tenía 24 años cuando ingresó, ahora tiene 40. Sólo conversé con él un rato, de su vida en estos años, de algún recuerdo de su historia, de su hija muerta. Salvo el atontamiento, del que sigue hablando, no encontré nada en él que me permita decir que está enfermo. Su enfermedad es la hospitalización misma.

Uno de cada mil habitantes del país está internado en algún establecimiento psiquiátrico. La mitad de ellos son considerados crónicos. Las historias singulares de estas personas seguramente representan también, como en Santiago, algún drama de sus vidas.

Es posible vincular los padecimientos de estas personas con sus fragilidades psíquicas, pero esto no recubre el problema que tenemos planteado con el internamiento. Santiago tiene un vínculo frágil con el mundo; el repliegue sobre sí mismo, que fue nombrado “catatonoide” en los comienzos de su enfermedad, perdura en un desinterés manifiesto por todo lo que lo rodea. No obstante recordó mi nombre y vino a mi encuentro. Padece sin duda de un daño en su pensamiento en tanto es con el pensamiento que se vincula con su historia. El habla de “atontamiento”, nos lo advierte para que no sigamos indagando en sus

heridas. El aparente o real sometimiento a las condiciones del Hospicio, que parecen expresar una adaptación francamente patológica, la desconfianza a todo ofrecimiento de interlocución o vínculo que reabra sus problemas de desamparo, muestran un abandono de toda lucha por habitar otro mundo que no sea éste, y parecen explicar su prolongado internamiento. Sin duda, muestra una resignación para aceptar su situación que nos asombra. No dudamos de que Santiago, en tanto sujeto psiquiatrizado, ya no puede desprender los problemas que lo aquejaron, o siguen aquejándolo, de su condición de institucionalizado. Su vida pasada ya no es separable de la institución psiquiátrica y ésta es a la vez la que configura la totalidad del sentido de su ser. No creemos que el conjunto de vicisitudes penosas de su vida y el estallido de su psicosis expliquen su psiquiatrización actual. Si en todo caso aceptamos llamar enfermedad a sus padecimientos, la relación institucional que propone la psiquiatría está lejos de permitir su curación. En todo caso la solución psiquiátrica misma es patológica.

La psicosis de Santiago, creemos, tampoco es separable de las condiciones de vida previas a su emergencia. Sin embargo, la solución psiquiátrica consiste en separarlas siempre. Esto permite a la sociedad ocultar la cualidad patógena de ciertos aspectos de la vida social y negar en un mismo plano que no hay lugar en ella para los que fracasan o se marginan. Se siente así aliviada por lo que expulsa y segrega bajo el rótulo de enfermo.

El dispositivo actual de Salud Mental significa un cambio de política respecto de la psiquiatría, aunque deba comprenderse hoy como un proceso de transición. Se trata de devolver a cada uno de los protagonistas su propia responsabilidad: al Estado en su función de preservar las formas más humanas de solidaridad social; a la sociedad a través de los grupos comunitarios para hacer efectivo el compromiso solidario con los que fracasan o enferman; a la familia como elemento esencial productor de seguridad psíquica o enfermedad; al individuo para la asunción responsable de su destino. Esto requiere de un cambio profundo en las formas de pensamiento de todos y cada uno de estos protagonistas sobre la salud y la enfermedad mental.

Finalmente, Santiago mismo ha encontrado en su condición de loco institucionalizado una identidad que lo exime de un tormento que ya no soportaba. Su solución es patológica, sin dudas. Este libro pretende desentrañar la patología de las res-

puestas que la sociedad, y especialmente la psiquiatría, han producido, para intentar pensar un camino alternativo de atención colectiva de los problemas mentales que no resigne las exigencias éticas de libertad y solidaridad. Encontramos en el psicoanálisis referencias clave para orientarnos en esta dirección.

1. EL PSICOANÁLISIS Y LA SALUD MENTAL

“El concepto de descentramiento, en su rigor teórico, porta a la vez la metáfora materialista de la imposibilidad de un centro, y el hueco sin fin sobre el que las ideologías hacen su investimento”.¹ De este modo E. Roudinesco advierte sobre la tendencia, inherente a la subjetividad humana, a rechazar toda teoría que descentre la conciencia. Freud lo advirtió tempranamente, y encontró en ello una de las mayores resistencias al psicoanálisis. De las tres heridas narcisísticas infligidas al hombre² (respecto de la relación con la naturaleza, con la especie y consigo mismo), es esta última la que ha abierto, y sigue produciendo, las sucesivas distorsiones del psicoanálisis. El descentramiento del sujeto respecto de sí mismo indica el lugar del inconsciente, abriendo a la palabra humana “la otra escena”, en la que la fantasía encuentra su lugar.

¿Todavía hay resistencias al psicoanálisis? Considerando su presencia en todas las manifestaciones de la cultura, el trabajo intelectual y hasta el lenguaje cotidiano de grandes sectores sociales, parece desmentirse esa idea. Con frecuencia surge otro modo de ver las cosas: la resistencia está en esa misma extensión, se la neutraliza absorbiéndola en lo establecido. Ambas posiciones tienden a ver al psicoanálisis como un producto exterior a la cultura y a la sociedad, y encuentran en esta extraterritorialidad las garantías de preservación de su poten-

1. Elizabeth Roudinesco, *Pour une politique de la psychanalyse*, París, Maspero, 1977.

2. S. Freud, “Una dificultad del psicoanálisis”, *O.C.*, Biblioteca Nueva, Madrid, 1967, t. II.

cialidad crítica. Se espera así del psicoanálisis que aquello que denuncia tenga la cualidad de una denuncia, de un enfrentar sorpresivo a "los otros" con aquello que los afecta y no quieren ver. Las señales de estas resistencias parecen indicarnos que estamos en el buen camino, que no nos han rodeado, que no nos hemos confundido con "ellos".

Es necesario mirar desde otra perspectiva. Creemos que los pensamientos críticos, y el psicoanálisis es uno de ellos, se producen en el seno mismo de lo que vienen a transformar. El psicoanálisis es un producto de la cultura y Freud un hombre de su tiempo. Pero un pensamiento crítico no es estático, no se agota en la denuncia, opera en tanto las condiciones que dieron lugar a su surgimiento se mantienen. Para el psicoanálisis el sujeto y la sociedad que constituye son esencialmente estructuras divididas de conflicto, en ese sentido irreductibles a toda adaptación o equilibrio. Se trata de establecer los modos, las posibilidades, de que en el seno de una estructura así concebida se produzcan valores individuales y sociales de bienestar, de felicidad, de atenuación del sufrimiento.

La sociedad actual ya no es comprensible como totalidad. Hay una fragmentación creciente en todos los planos: en la vida social misma, tal como es vivida por los conjuntos humanos; en las teorías que deben definir objetos específicos; en las disciplinas (no puede hablarse más de "*una*" sociología); en las prácticas. No vacilamos en situar a la Salud Mental como una disciplina del campo socio-político. Esto modifica la referencia a la medicina como ciencia objetiva. La problematiza, ya que se requiere del aditamento "social" para que la medicina se asuma en su función de política sobre el hombre y su bienestar. Con este aditamento, la Salud Mental forma parte de las políticas de Salud. Una intervención en Salud Mental, en la dirección que nos planteamos, requiere de una comprensión de los procesos sociales y su regulación, para entender a nuestra disciplina como uno de sus aspectos. Es en relación con este análisis de lo social como trataremos de visualizar la intervención del psicoanálisis, que no podría comprenderse por la comparación de las teorías o las técnicas solamente.

Lo que en el plano social se oculta y se disimula es la existencia de la dominación (de una parte de la sociedad sobre otra, de un individuo sobre otro) y de poder (sus formas de ejercicio y distribución). Freud nos muestra a la cultura, en su forma social,

como contrato y regulación de estas dimensiones de dominación y poder, desde la perspectiva del sentimiento inconsciente de culpabilidad y la agresividad. El poder en el campo social, como la sexualidad en lo psíquico, es lo reprimido-que-está-en-todas-partes. La creciente fragmentación de la vida social y el papel de las disciplinas como fundadoras de consenso, no han hecho más que acentuar el ocultamiento de las relaciones de poder en el tejido social.

Una disciplina como Salud Mental, que encuentra sus conocimientos en la doble vertiente de la sociología y la psicología (incluyo al psicoanálisis), se encuentra de inmediato con el problema de los límites. Lo social y lo psicológico justamente no se prestan con facilidad a la fragmentación, ya que recubren todos los aspectos de la vida humana.³ De allí la tentativa de expandir los límites a todos los planos de subjetivación o su contrario, limitar a lo considerado psíquicamente patológico, diferenciado. En segundo lugar, se habla en Salud Mental de “una sociedad”, “una comunidad”, como si se tratara de algo homogéneo, sin tener en cuenta su constitución dividida en clases sociales, en conflictos de generación (padres-hijos), en las culturas, etc. En tercer lugar, hay una diferenciación de características poblacionales: sociedad urbana/rural, marginal/estable, etc. Estos tres niveles (impregnación del todo social, la no homogeneidad y las singularidades de población) deben comprenderse como diferenciaciones mantenidas por fuerzas de exclusión, por tendencias conflictivas que generan formas transaccionales, sintomáticas, de existencia social. Si se desconocen estos aspectos, haciendo de la sociedad o la comunidad “una”, se facilita el trabajo silencioso de este poder de exclusión interna y externa: los marginados hacia fuera del conjunto; los pobres, los frágiles, recludos hacia adentro. Todo poder se ejerce en este doble requerimiento de homogeneización y exclusión de lo que queda como resto, como desecho. Comprender esta estructura de división y conflicto, permite atender a un mismo tiempo a las fuerzas de exclusión en el sujeto (que apartará al loco como lo otro de su razón), en el grupo (expulsión del “chivo expiatorio”) y en la sociedad (separación del marginal).

3. Recordemos que el modelo interno/externo sigue siendo un problema para el psicoanálisis, el que de todos modos más lo elaboró. Continuidad o discontinuidad, ruptura y reconstrucción del límite, recomposición estructurante en el individuo de lo Otro y comprensión de un exterior subjetivado, etc.

Un ejemplo de silenciamiento y homogeneización lo constituye el llamado movimiento de relaciones humanas, que tiene su presencia en Salud Mental en tanto ideología específica de reparación del tejido social. Este movimiento ha planteado la reivindicación generalizada de la "autogestión", en principio ligada al modelo de las relaciones de trabajo. Estas ideas corren el riesgo de hacer creer que el orden social es un producto de interacciones causales libres. Se oculta así que en el grupo autogestionado, en las relaciones de trabajo o en salud, se cuele siempre alguien que hace de intruso (el líder que dirige), o se descuelga un desviante, al que se margina. El líder, en nuestro caso el técnico de Salud Mental, aun cuando ejerza un liderazgo democrático, hace de embrague entre el orden vertical de la organización social y el orden horizontal que se pretende para el grupo o comunidad. El poder parece así no estar presente, pero está representado, se filtra capilarmente llenando el espacio-tiempo social (Foucault).

En la relación que instituye la psiquiatría se hace visible la estructura asimétrica de poder del psiquiatra y sumisión del enfermo, y queda invisible (denegada) la dimensión del representante del poder (psiquiatra) y representado (enfermo). En lo visible de la relación psiquiátrica el poder está en posición de sujeto de la enunciación, tiene la palabra y el saber, y el enfermo está en posición de sujeto del enunciado, es hablado por el saber psiquiátrico o se limita a responder. Esta estructura está soportada por el psiquiatra, él es su agente, y por la institución, pero no agota en esto su constitución. Si en el siglo pasado el humanismo médico y la razón iluminista invistieron de racionalidad al asilo, en la actualidad el poder tecnocrático y la relación social que instaura han mostrado su funcionalidad con este modelo objetivista, haciendo equiparables la relación social espontánea y la que instituye la psiquiatría. Todos funcionamos respecto de estas nuevas formas sociales del poder, como objetos. En rigor, la masa social vota pero no habla. El diálogo en el plano social se muestra imposible. Los medios de comunicación social nos confinan permanentemente a la condición de receptores y consumidores.

Deleuze y Guattari⁴ señalan en el pasaje a un capitalismo de consumo el surgimiento de lo que llaman axiomáticas: hay una

4. G. Deleuze y F. Guattari, *El antiedipo*, Barcelona, Barral, 1973.

sustitución del control social mediante cuentos, por el control mediante cuentas, sustitución de códigos por axiomáticas. Si los códigos operaban la subjetivación y el sujetamiento de los individuos en el capitalismo de producción y acumulación, las axiomáticas operan en el capitalismo de consumo poniendo a los sujetos sujetos al servicio de los dispositivos “maquínicos” de producción y consumo. La diferencia es que el control de los sujetos mediante códigos o cuentos opera en una dimensión semántica, desde el sistema mismo de las ideologías dominantes, mientras que el control mediante cuentas, axiomático, opera en una dimensión sintáctica, desde el modelo de realización de las axiomáticas que portan las instituciones y sus prácticas. No estamos ya frente a las grandes ideologías de dominación, más o menos visibles o explícitas, sino frente a formas sutiles de objetivación por el poder encarnado en las disciplinas y sus instituciones.

La identificación del sujeto con las estructuras sociales, políticas e ideológicas es productora de subjetivación, y ésta produce el encadenamiento del sujeto al orden social. Se produce así una doble garantía del orden vigente: se garantiza que la ideología se refleje en los objetos o en los hechos sociales objetivos, y se garantiza también que se refleje en los sujetos (en cada uno de los otros y también en el Otro). Esta articulación asegura la efectividad del encadenamiento a la vez que mantiene su opacidad social. El énfasis puesto por las actuales teorías del consenso en la verosimilitud (en las que la verdad es simulada por lo verosímil), tomado como criterio por las disciplinas sociales, asegura este dominio de la ideología. Las disciplinas sociales, entre ellas Salud Mental, se constituyen de este modo en metáforas de la ideología dominante, y requieren la construcción de una intervención de sentido opuesto: *destrucción de los supuestos materiales sobre los que operan (poblaciones de riesgo, comunidades marginales, escuela, delincuencia, drogadicción, etc.); análisis conceptual de las dimensiones subjetivas en que esos hechos asientan; generación de intervenciones que devuelvan al individuo su relación con lo colectivo.*

El proceso de ideologización es masificante, necesita de conjuntos sociales, y ésta es una de las funciones que tienden a asumir las disciplinas. Por el contrario, el movimiento de una intervención psicoanalítica es singularizante, tiende a resituar en el sujeto su relación con lo colectivo (edípico en primer lugar, social). Creo que esto mismo diseña un tipo de intervención

disciplinaria en la que ningún técnico de la Salud Mental está, conceptual y metodológicamente, mejor situado que el analista.

Para Freud el lenguaje juega un papel esencial en la estructuración del orden social. Como lo mostró entre otros Lévi-Strauss, las relaciones de intercambio (de mujeres, de bienes y servicios, y de mensajes) se regulan mediante caminos discursivos e interdicciones o proscripciones hechas de palabras. La frontera entre la naturaleza y la cultura es de orden lingüístico, como tal es un acontecimiento inmaterial o una transformación en superficie. El enunciado que define a la pulsión como trabajo exigido a lo psíquico por su relación con lo corporal⁵ señala en el individuo esta transformación. Lévi-Strauss dice que la frontera entre naturaleza y cultura está hecha de prohibición del incesto. Esta prohibición, hecha de palabras, es una regla y por ello cultural. Pero a la vez su universalidad la emparenta con la naturaleza. Su forma negativa, de prohibición, genera una función positiva, ya que hace posible la diferenciación del triángulo edípico: padre, madre, hijo. Este triángulo, como señalan Deleuze y Guattari, separa a las mujeres de los hombres, a los hijos de los padres, a los vivos de los muertos. Queda en esta operación un resto neurótico en la identidad, que estos autores vinculan: con la histeria (no estar seguro si se es hombre o mujer), con la fobia (no estar seguro si se es padre o hijo) y con la obsesión (no estar seguro si se está vivo o muerto).⁶ La ley de prohibición del incesto, en esta dimensión negativa que genera positivities, separa también los sujetos de los objetos (las mujeres son objeto, por eso se habla de intercambio); diferencia entre las mujeres, los objetos sagrados (madre-hermana-hija) de los profanos, las que pueden ser tomadas y penetradas; separa a los hombres que deben cumplir la ley (hijos) de los que la representan (padres), cuya máxima expresión sería la de los nobles o los dioses que no sólo la representan sino que la hacen y no están sometidos a ella. Se puede pensar que todas las leyes culturales son generadas por transformaciones sucesivas de esta ley. En sentido freudiano, relación con una naturaleza y una madre a la que está prohibido regresar, prohibición del placer, que genera el rodeo por el laberinto de la cultura (con su matiz de espiritualidad paterna), regido por el aplazamiento de la satisfacción y el principio de realidad.

5. S. Freud, "Los instintos y sus destinos", *O.C.*, íd., t. II.

6. G. Deleuze y F. Guattari, *ob. cit.*

El orden capitalista actual ha sido visto por algunos como hecho de los señuelos de un incesto: muerte de Dios (Padre), goce de los objetos y dominio de la Naturaleza (Madre). Si, como pensaba Freud, la fraternidad, la relación entre hermanos, se constituye por el asesinato del padre (abolición del rey y sus sustitutos) y el tabú del incesto, cabe la idea de un nuevo orden de goce extremo de la Naturaleza (consumo de objetos-goces sexuales más libre, pero también dominio de la pulsión de muerte) que desequilibra al conjunto social y trae las conocidas invocaciones al nuevo monarca (padre idealizado) para que restablezca la ley y la prudencia. Jesús Ibáñez ha escrito: "Hay lucha de clases en los tres sistemas de intercambio. Las clases oprimidas están condenadas a acudir a un mercado en el que sus mercancías (el trabajo) son devaluadas. Los proletarios, privados del Oro, al mercado laboral. Las mujeres, privadas del Falo, al mercado matrimonial. Los niños, privados de la Lengua, al mercado escolar".⁷ "El obrero recibe dinero como valor, la mujer una compensación por el hijo, como equivalente simbólico del Falo, el niño la adquisición simbólica de la Lengua. Reciben como compensación de una privación real una castración simbólica; como pago por el hecho de ser explotados (educados) el derecho a ser explotados (educados)". Es decir: la subjetividad es necesariamente sofocada por el sujetamiento del sujeto al sistema social, al trabajo asalariado, al sistema de la educación. Hemos de retomar luego esto. Nuestra idea, recordamos, es si el psicoanálisis en su intervención en Salud Mental porta valores propios de comprensión de la cultura y la organización social. Hemos enfatizado el lugar abarcativo de la problemática de la castración y la ley de prohibición del incesto como articuladora de la diferencia e identidad subjetivas. Vamos a interrogarnos ahora por la teoría que sobre la cultura y la sociedad Freud alumbrara.

EL PSICOANÁLISIS EN LA CULTURA Y LA FORMA SOCIAL

El 12 de diciembre de 1929, Wilhelm Reich, en una reunión del círculo de Freud en Viena, pronunció una conferencia en la cual abordaba la cuestión de la profilaxis de la neurosis. Señalaba en su teoría a las condiciones patógenas de la cultura y las condi-

7. Jesús Ibáñez, *Del algoritmo al sujeto*, España, Siglo XXI, 1985.

ciones sociales de miseria. Freud no estaba de acuerdo sobre la posición de Reich, porque desatendía las causas subjetivas, la sexualidad, como origen de las neurosis.⁸ Poco tiempo después de esa conferencia Freud escribe su texto *El malestar en la cultura* (1930). Allí define a la cultura como “la suma de las producciones e instituciones que distancian nuestra vida de nuestros antecesores animales, y que sirve a dos fines: proteger al hombre contra la naturaleza y regular las relaciones de los hombres entre sí”.⁹ En sus textos sobre la cultura no deja de vincular la experiencia analítica de las neurosis con ciertos fenómenos culturales y sociales. La religión y la neurosis obsesiva, ciertas patografías como la de Leonardo da Vinci, el delirio paranoico con los sistemas filosóficos, etc.

No pretendo encontrar en la obra de Freud un análisis de las particularidades que ha cobrado la organización social actual, aunque muchas de sus observaciones prospectivas tienen una vigencia sorprendente. Pero nos sigue pareciendo útil el análisis freudiano de la civilización, en el cual pone un énfasis mayor en lo irreductible del vínculo conflictivo del hombre con la cultura, y como tal invariante, frente a las formas históricas que va tomando la formación social. En cuanto a esto, es evidente que el pensamiento de Freud no pertenecía a las concepciones modernas, que ponían toda la expectativa en la idea de progreso y en la esperanza de una capacidad de los hombres en la historia de proveerse finalmente una sociedad más acorde a la satisfacción de sus necesidades y al cumplimiento de sus deseos de felicidad. Su cercanía a Goethe, al que cita varias veces en *El malestar en la cultura*, a Shopenhauer, a Nietzsche, se expresa en su propio pensamiento sobre la humanidad y lo acerca a los pensamientos negativos, críticos de los ideales modernos, escépticos, que tenían vigencia en Alemania sobre finales del siglo pasado. Dice en este texto: “Un buen número de luchas en el seno de la humanidad se concentra en torno de una única tarea: encontrar un equilibrio apropiado (por consiguiente de naturaleza tal que asegure el bienestar de todos) entre las reivindicaciones del individuo y las exigencias culturales de la comunidad. Y uno de los problemas de los cuales depende el destino de la humanidad es saber si este

8. R. Jaccard, *Historia del psicoanálisis*, Barcelona, Guernica, 1984.

9. S. Freud, *El malestar en la cultura*, O.C., ídem, t. III.

equilibrio es realizable por medio de cierta forma de civilización, o si por el contrario este conflicto es insoluble".¹⁰

El equilibrio, como lo muestran todas las evidencias de la vida social, está lejos de lograrse. El texto mismo de Freud es justamente esta observación y un intento de dar cuenta de las razones de este fracaso. En la sociedad, tal como Freud lo muestra, la adaptación del individuo a su medio es neurotizante, o mejor aun, crea ciertos rasgos patológicos de carácter, se empobrece intelectualmente, aplaca su impulso creador, vuelve contra él mismo la agresión que se le prohíbe dirigir al exterior. Freud cifra más sus esperanzas en la acción transformadora del sujeto sobre la realidad de su entorno. Piensa que un enfrentamiento entre dos grandes fuerzas, Eros y Tánatos, impregna el fenómeno civilizatorio. El Eros tiende a la unión con el otro, a la vida en tanto conjunto social, siempre amenazado por las fuerzas de la pulsión de muerte y la destrucción. Estas atacan la *ligadura (Bildung)* que sostiene la unión del conjunto. Atacan igualmente el principio de realidad que impone aplacamiento al goce, y a la realidad misma que es la de la sociedad y su cultura. Estas luchas no tienen fin; son como tal irreductibles, porque están ligadas al principio mismo del proceso civilizador. Freud concluye en *El malestar en la cultura* que sólo cabe esperar que el individuo encuentre alguna forma de equilibrio en su economía libidinal personal y que la formación social logre un funcionamiento que haga más soportable la amplitud de la represión y la renuncia que impone a sus miembros. Las sociedades que tratan de hallar ese equilibrio por la vía de la pura moral del deber, sólo logran generalizar la exaltación colectiva del masoquismo moral, que normalmente juega un papel en el proceso civilizador, pero que en su expansión lleva a estos grupos humanos a la destrucción y a la muerte.¹¹ Las guerras religiosas son su ejemplo mayor. Pero también las formas colectivas que tras hallar un objeto preciso a la vida, una misión, un deber que somete todos los demás aspectos, exacerbaban la moral del grupo y lo disponen para la aniquilación de los diferentes.

Sin embargo, Freud no duda en afirmar que los hombres, en sus anhelos manifiestos, desean hallar la felicidad. Se pregunta: "¿Qué fines y propósitos de vida expresan los hombres en su

10. S. Freud, ob. cit., pág. 106.

11. S. Freud, "El problema económico del masoquismo", *O.C.*, íd., t. I.

propia conducta: qué esperan de la vida, qué pretenden alcanzar en ella? Es difícil equivocarse la respuesta: aspiran a la felicidad, quieren llegar a ser felices, no quieren dejar de serlo".¹² Por esto, quien dirige el programa de la vida es el principio del placer. Pero, ¿se ajusta este reinado del placer a lo que la experiencia analítica, y aun una mirada directa sobre la vida de los hombres, nos muestra? Este camino, el de lo negativo, atrae a Freud con todos los riesgos de abordarlo. Goethe, a quien Freud cita, decía: "Nada es más difícil de soportar que una serie de días hermosos". Es difícil eludir lo evidente: el ser humano reclama estabilidad, quiere disfrutar según se dice, pero no soporta lo estable, sueña con aquellos giros de su vida que lo transportarán finalmente al paraíso anhelado, a la aventura, al goce sin límites del sexo y la riqueza. Al psicoanálisis le tocó mostrar que todo paraíso anhelado se construye con lo perdido, con la infancia y sus primeros objetos. No hay más tesoros verdaderos que los enterrados. Y en esto opera la muerte y la repetición. "La satisfacción ilimitada de todas las necesidades se nos impone como norma de conducta más tentadora, pero significa preferir el placer a la prudencia, y a poco de practicarla se hacen sentir sus consecuencias".¹³ No hay duda de que los hombres prefieren la prudencia, pero no dejan de soñar con esa satisfacción ilimitada, perdida.

Si la felicidad es algo profundamente subjetivo y los caminos se singularizan por la referencia a la infancia, a lo perdido, el sufrimiento humano le aparece a Freud como un comportamiento más general. Señala tres de sus fuentes principales: la naturaleza que impone sus condiciones a los hombres; la muerte, ligada a la caducidad biológica del cuerpo, y "la insuficiencia de nuestros métodos para regular las relaciones humanas en la familia, el Estado y la sociedad". Este último aspecto es el que más depende del hombre, su constructor, y crea el interrogante de por qué las instituciones sociales, que nosotros mismos hemos creado, no nos representan bienestar y protección para todos. La búsqueda de una respuesta a este interrogante, y despejadas las razones económicas, lleva a Freud a plantear en la constitución de nuestra naturaleza psíquica algo que pueda explicarlo.

Respecto de la naturaleza y los sufrimientos que ella impone como límite a la vida humana, Freud propone pasar al ataque

12. S. Freud, *El malestar en la cultura*, O.C., íd., t. III, pág. 10.

13. S. Freud, íd., pág. 11.

sobre ella, como miembro de la comunidad humana, empleando las técnicas y la ciencia, con todos y por el bien de todos. Quizás el modelo esté dado por la comunidad agraria, en la que la lucha contra las inclemencias es un factor aglutinador importante. Las defensas contra lo que el cuerpo nos impone como sufrimiento se agrupan alrededor de las formas de evitación de lo displacentero: las drogas, los tóxicos, el alcohol. Freud advierte sobre la difusión y el éxito que pueden tener las drogas “quitapenas”, como las llama, y se lamenta de cuántas energías son derivadas y podrían servir para transformar la suerte humana.

Es respecto del sufrimiento en las relaciones humanas que nos detendremos un poco. Freud señala algunas técnicas para la evitación del sufrimiento que nos trae la relación con los otros: desplazamiento de la libido; reorientación de los fines instintivos para sortear la frustración del mundo exterior; la sublimación, si ésta permite acrecentar el placer del trabajo psíquico o intelectual en ciertos sectores sociales, siempre que no estén bajo la presión de necesidades imperiosas (la sublimación requiere del individuo poseer ciertas cualidades especiales); el repliegue sobre sí mismo con apartamiento del mundo, como los viejos ermitaños. Freud incluye entre las técnicas defensivas contra los otros, la locura: aquel que se aparta del mundo y construye uno nuevo, en el que quedan eliminados los rasgos intolerables, y sustituidos por otros adecuados al deseo. Este camino hacia la felicidad no permite ir muy lejos: la realidad es siempre más fuerte y se impone. Esto en el individuo, en tanto el repliegue psicótico arrastra hacia el interior del yo aquel sector de la realidad con el que lucha. Pero también los conjuntos humanos pueden emprender juntos “la tentativa de procurarse un seguro de felicidad y una protección contra el dolor por medio de una transformación delirante de la realidad”. Las religiones deben considerarse como semejantes delirios colectivos, sobre todo en la crisis de los grandes sistemas religiosos de Occidente y el surgimiento de nuevas religiones, más pequeñas en el número de adeptos y menos consistentes en sus promesas. ✓

El hombre hace también su tentativa, desgraciada en cierto sentido, de hallar la felicidad y alejar el sufrimiento por medio del amor. Espera de él hacer una síntesis de sí mismo y del otro, en el seno de la nostalgia irresoluble por lo perdido: “Contra todos los testimonios de sus sentidos el enamorado afirma que yo y tú son uno y está dispuesto a comportarse como si realmente

fuera así".¹³ En la búsqueda de la felicidad plena, completa como se dice, se construye una orientación de la vida que hace del amor el centro de todas las cosas, que deriva toda expectativa de satisfacción del amar y ser amado. Y el amor nos compete a todos, es imposible marginarse de él, sin sufrir en el núcleo del ser, porque está "en el origen mismo de las cosas"; en la experiencia de completud con el primer objeto (Madre), pero se renueva, se realimenta en la sexualidad, como prototipo de satisfacción y completud. Sin embargo, no traspasa más que la ilusión de un reencuentro con lo perdido, la felicidad no llega y el amor reinstaura en el sujeto el prototipo mismo del sufrimiento. No es casual el uso de la invocación al amor que hacen las religiones y los regímenes paternalistas. Es el señuelo para un engaño al que el hombre no puede sustraerse fácilmente. Freud advertía en *El malestar en la cultura*: "El punto débil de esta técnica de vida (el amor) es demasiado evidente, y si no fuera así a nadie se le habría ocurrido abandonar por otro tal camino hacia la felicidad. En efecto: jamás nos hallamos tan a merced del sufrimiento como cuando amamos; jamás somos tan desamparadamente infelices como cuando hemos perdido el objeto amado o su amor".¹⁴

En el camino de la felicidad la gente encuentra sus desvíos, sus atajos, sus descansos y fatigas: la fuga en el callejón de las neurosis, donde se procuran las satisfacciones sustitutivas y se exalta en definitiva el sufrimiento; el consuelo de la intoxicación con drogas; o emprender, como hemos visto, esa desesperada tentativa de rebelión que son las psicosis. Por un lado, las instituciones de la vida social, la escuela, el partido, la iglesia, proponen un camino de felicidad y alejamiento del dolor, reduciendo de distintas formas el valor de la vida presente, intimidando la inteligencia, exigiéndonos el deber, masificando nuestra posibilidad creativa. Todas ellas reglan en algún sentido nuestra vida, imponen normas pedagógicas, esperan educar más que enseñar, fuerzan una adaptación que Freud nos ayudó a entender como basada en la represión y la consiguiente neurosis.

El sufrimiento colectivo ya no tiene su imagen en las catástrofes naturales, en las grandes epidemias que traían la muerte, ni aun la guerra lo representa totalmente. El sufrimiento colectivo, en el que Freud pensaba en los años de la gran crisis mundial en

14. S. Freud, *id.*, pág. 3.

que escribió su libro, va tomando hoy la forma de un estupor silencioso: formas groseras de narcotización o más sutiles y silenciosas, aunque no menos perniciosas, de las pequeñas adicciones que van embotando nuestra sensibilidad frente a los estímulos agradables o desagradables; la pérdida de las relaciones de amor por descrédito general de su posibilidad misma; la libertad, incluida la sexual, amasada de soledad y aislamiento. La lucha contra la naturaleza ya no nos compete, se ha transformado en cosa de los técnicos, lo que no nos salva de sufrir sus efectos. La relación con el cuerpo y la muerte se han hecho también lucha técnica, información, porcentajes (alguien me decía tener treinta por ciento de vida, aludiendo al cáncer que padecía). La vida social, sus instituciones, nos han anonimizado. El sujeto ha interpuesto cada vez más intermediarios e intermediaciones entre él y la gestión de su vida, que ya no le pertenece enteramente, ni aun cuando frente al médico desee su muerte. De la mano levantada en la asamblea al voto secreto, de la reunión en la plaza al referendo, cuando nos dicen que aún decidimos, nos ocultan que hemos sido expropiados de los resortes que definen el sentido de nuestras vidas.

La pregunta de Freud parece así confirmarse: “¿Cómo es posible que los hombres construyen un modo de vida social que sólo les trae coerción y sufrimiento, en vez de resguardo y protección?, ¿de qué nos sirve, por fin, una larga vida (que nos promete la técnica médica) si es tan miserable, tan pobre en alegrías y rica en sufrimientos, que sólo podemos saludar a la muerte como feliz liberación?”¹⁵ Habrá que pensar entonces sólo en un equilibrio adecuado, ya que no una resolución que nos acerque a una sociedad más cercana a la felicidad de sus miembros. Como Hobbes, Freud pensaba que “el hombre es lobo del hombre”, y su teoría de la cultura y la organización social está cerca de las teorías políticas del contrato social. Buena parte de las luchas en el seno de la humanidad giran alrededor del fin único de hallar un equilibrio adecuado, es decir, que traiga una forma de bienestar colectivo. Pero, dice Freud: “... uno de los problemas del destino humano es el de si este equilibrio puede ser alcanzado en determinada cultura o si el conflicto en sí es inconciliable”.¹⁶ La necesidad de una organización social regula-

15. S. Freud, *id.*, pág. 20.

16. S. Freud, *id.*, pág. 26.

da está dada porque dejado al libre juego de las relaciones, el poder del más fuerte se impondrá al más débil: "La vida humana en común sólo se torna posible cuando llega a reunirse una mayoría más poderosa que cada uno de los individuos y que se mantenga unida frente a cualquiera de éstos. El poderío de tal comunidad se enfrenta entonces como Derecho con el poderío del individuo, que se tacha de fuerza bruta". La justicia es, desde el inicio de la vida humana colectiva, el primer requisito. Esto requiere la seguridad de que el orden jurídico, una vez establecida la norma, no será violado a favor de un individuo o grupo humano. La norma jurídica debe regular, en la formación cultural, la renuncia que todos los individuos han hecho a la satisfacción de sus instintos. El desarrollo cultural impone pues restricciones, la justicia asegura que sean regladas. Hemos de ver luego el lugar que asignamos, en el pensamiento freudiano, a la norma jurídica, junto a la norma pedagógica y a la norma en las conductas psicológicas.

Si la primera fase de la cultura está ligada al totemismo, es decir, la prohibición de elegir un objeto incestuoso, el tabú, la ley y las costumbres irán incorporando nuevas restricciones que afectarán tanto a hombres como a mujeres. Si la cultura exige sustraer una parte de la sexualidad en la vida de los individuos, "la estructura material de la sociedad también ejerce su influencia sobre la medida de la libertad sexual restante". "El temor a la rebelión de los oprimidos induce a adoptar medidas de precaución más rigurosas. Nuestra cultura europea occidental corresponde a un punto culminante de este desarrollo. Al comenzar por proscribir severamente las manifestaciones de la vida sexual infantil, actúa con plena justificación psicológica, pues la contención de los deseos sexuales del adulto no ofrecería perspectiva alguna de éxito si no fuera facilitada por una labor preparatoria en la infancia... En cambio carece de toda justificación el que la sociedad civilizada aun haya llegado al punto de negar la existencia de estos fenómenos, fácilmente demostrables y hasta llamativos... El efecto de estas medidas restrictivas podría consistir en que los individuos normales, es decir, constitucionalmente aptos para ello, volcasen todo su interés sexual, sin merma alguna, en los caudales que se le han dejado abiertos".¹⁷

Está claro que la sexualidad no está reprimida de manera

17. S. Freud, *id.*, pág. 32.

homogénea. El sector de ésta que sufre la represión también está condicionado a lo que la sociedad considera útil o funcional para sus propios objetivos. Esto nos plantea, ya que seguimos considerando a este efecto represor de la sexualidad como causa de las neurosis, el sentido de lo que parece ser una mayor libertad en este terreno. Caben dos posibilidades: hay efectivamente una mayor libertad sexual, es decir, menos represión en el plano social y en la cultura que han influido benéficamente en la familia y su función subjetivante, o se trata de un cambio en las funciones parentales (edípicas) con distorsión de los sistemas simbólicos de subjetivación (ley del padre) que acarrea una desorganización de la vida sexual y por lo tanto un cambio de las significaciones. Una alteración de la propia identidad sexual y un desinvertimiento del cuerpo del otro como objeto de amor acompañará esta segunda posibilidad. Seguramente la verdad esté hecha, en cuanto a esto, de las dos posibilidades. Sin duda parecemos asistir a un desplazamiento. La función paterna, organizadora de la separación de la madre e instauradora de un límite identificatorio, parece desplazada hacia los sistemas sociales, pedagógicos, de regulación. La vida institucional de los niños comienza cada vez más temprano por una parte, y nunca hubo dispositivos sociales de atención a los chicos como en nuestra época. Si las neurosis expresan las frustraciones de la vida sexual, procurando mediante los síntomas hallar satisfacciones sustitutivas, aunque éstas acarreen sufrimiento y las dificultades con el mundo exterior, cabe pensar cuánto los cambios observables en las patologías actuales que demandan asistencia, están ligadas a estos cambios en las funciones culturales y familiares. Las neurosis nos son pensables y abordables como formas regresivas de apego a la infancia, de imposibilidad de elaboración de las separaciones fundantes de la identidad, pero las nuevas problemáticas subjetivas son las de una infancia destrozada, colmada de desamparo y mortificaciones, que generan formas autoagresivas o de violencia sobre los otros, comportamientos que expresan una relación paranoica con el mundo y sus semejantes.

La renuncia a la sexualidad directa y la puesta de la libido con fin inhibido al servicio del grupo, implica como recompensa el incremento del lazo social por vía de los sentimientos de amistad, o por el ligamen libidinal identificatorio que constituye la masa. La sociedad actual no tiende a incrementar estos lazos,

que van acompañados del viejo ideal de “amar al prójimo como a ti mismo”. Por el contrario es el individuo, disociado de la masa y de sí mismo, puesto en los circuitos mortíferos de la competencia y el éxito personal, el que ocupa hoy la imagen de la realización subjetiva. Freud no compartía la esperanza racionalista, progresista, de que la sociedad sepa encaminarse hacia un mundo mejor. Pensaba que existen en el sujeto condiciones para hacer de la sociedad un lugar de lucha y tensión entre los hombres. Descartaba, en ese año de crisis del capitalismo occidental (1930) y de construcción de la revolución socialista en la Unión Soviética, que la igualdad en la apropiación económica y en los derechos sociales pudiera generar una igualdad efectiva. “El narcisismo de las pequeñas diferencias”, el repliegue sobre la diferencia propia y la tendencia aniquilatoria del otro diferente, no permiten abrigar esperanzas de que la forma social resuelva el problema de las igualdades. Dice en este texto: “La verdad oculta tras de todo esto, que negaríamos de buen grado, es la de que el hombre no es una criatura tierna y necesitada de amor, que sólo osaría defenderse si se la atacara, sino, por el contrario, un ser entre cuyas disposiciones instintivas también debe incluirse una buena porción de agresividad. Por consiguiente, el prójimo no le representa únicamente un posible colaborador y objeto sexual, sino también un motivo de tentación para satisfacer en él su agresividad, para explotar su capacidad de trabajo sin retribuir-la, para aprovecharlo sexualmente sin su consentimiento, para apoderarse de sus bienes, para humillarlo; para ocasionarle sufrimientos, martirizarlo y matarlo. HOMO HOMINI LUPUS (el hombre lobo del hombre): ¿quién se atrevería a refutar este refrán, después de todas las experiencias de la vida y de la Historia?”¹⁸

El hombre actual ha pagado caro los beneficios de la seguridad material: “La miseria psicológica de las masas” crece, disminuyendo las posibilidades de felicidad. Mientras las fuerzas sociales de cohesión consisten en identificaciones mutuas entre los individuos del grupo y con sus líderes, la sociedad actual anonimiza el poder al mismo tiempo que disuelve vínculos. La división creciente entre el poder anónimo y la masa es uno de los rasgos mayores de la sociedad tecnologizada de hoy. La disociación creciente es el precio que se paga en esta paradoja de un poder y una relación

18. S. Freud, *Id.*, pág. 37.

social que, teniendo por función crear identidad, se hacen crecientemente impersonales. El nuevo amo (empresario) ya no conoce a sus obreros, éstos tampoco saben quién domina sus vidas, aun la relación entre ellos se fragmenta en la pertenencia masiva a “una empresa”. Pero también el amante se hace desconocido en la vida sexual de las grandes ciudades, la amistad ha perdido sus lugares y es crecientemente reglada, etc. El hombre, en las configuraciones de sentido que le brinda su historia, sus orígenes y arraigos, se hace extraño para los otros, finalmente para sí mismo. Freud vinculaba (curiosa y genial observación) el desarrollo de esta tendencia con el superyó y el sentimiento de culpabilidad: “... corresponde por completo el propósito de destacar el sentimiento de culpabilidad como problema más importante de la evolución cultural, señalando que el precio pagado por el progreso de la cultura reside en la pérdida de felicidad por aumento del sentimiento de culpa”. El superyó no es sólo la autoridad internalizada, es también el que lleva al yo a buscar ser castigado en el mundo exterior. Justamente el sentimiento de culpabilidad, provocado por el superyó, se amortigua en el lazo social, en el reencuentro con un otro de trato y ternura. Cabe preguntarse si en el hombre contemporáneo los sistemas de autopunición superyoica no han expandido sus funciones, para generar esta tendencia al aislamiento, al repliegue sobre sí mismo y al enfrentamiento paranoico con los otros. El superyó cultural, del que Freud hablaba, se constituía por las figuras idealizadas de los grandes hombres de la historia (los padres de la patria, por ejemplo). Ese superyó, con sus exigencias de acatamiento y sumisión, genera una potencialidad neurotizante por las restricciones que impone, pero posibilita también la configuración de un límite y su transgresión. Se puede coincidir en su relativa benignidad, salvo en sus formas exacerbadas. Este superyó cultural se configura hoy por poderes impersonales: el poder atómico, dueño de la vida; las corporaciones financieras, dueñas de nuestro destino económico; las potencias supranacionales, etc. La difusión de grupos fundamentalistas, religiosos o políticos forma parte de las soluciones desesperadas de volver a utópicos orígenes de seguridad y certeza.

Toda sociedad vale lo que valen en ella las relaciones del hombre con el hombre. Para conocer y juzgar una sociedad es preciso indagar en lo esencial que la constituye, el lazo humano

del cual está hecha. Este depende de las relaciones jurídicas establecidas, pero también de las formas del trabajo, de las maneras del amor, de los valores que rodean y prestigian la vida y la muerte. Por esto un análisis serio de lo social no puede hacerse por los principios jurídicos, por la organización política o la retórica de los discursos ideológicos, sino por los lazos humanos reales que determina. No hay que olvidar que con demasiada frecuencia en los últimos años distintos regímenes políticos o movimientos sociales o religiosos, en nombre de los mismos principios que los constituyen, se vuelven con violencia inaudita contra sus mismos sostenedores. Freud nos enseña a mirar el lugar de la violencia y la destrucción en la conformación de la cultura y la forma social. La experiencia de la historia nos enseña a su vez que la violencia ha sido ejercida siempre en nombre de ciertos ideales políticos o religiosos. La consigna de “el hombre es para el hombre el ser supremo”, que fue bandera de las revoluciones socialistas de este siglo, no aseguró que el hombre fuera respetado en su derecho a la vida. Del otro lado, los sistemas liberales, en nombre de principios de libertad, imponen a grandes masas humanas la violencia cotidiana de la explotación, la marginación, la miseria y la muerte. Esta sociedad, basada en un discurso jurídico-político de libertad y relaciones humanas reales de violencia, explotación y marginación, se encuentra hoy en dificultades para ocultar lo visible. Se producen sí nuevos desplazamientos. Una violencia ejercida ya no en nombre de principios de igualdad y justicia sino en ambiciones de hegemonía política o creencias religiosas, invade el mundo. La violencia nuclear por su parte propone ya no un modelo de dominación sino de holocausto, de destrucción de toda la humanidad. Un límite, una cierta frontera en la destructividad del hombre, parece haberse atravesado.

Uno de los modos más flagrantes de destrucción de lazos sociales es la masificación. Esta es un proceso de deshumanización. El individuo no puede sostener una representación de sí mismo en tanto masa. Requiere del otro. La caída de ideales colectivos y proyectos se ha reemplazado por la masa de consumidores. En ella se pierden las individualidades. Si uno mira televisión verá fácilmente que ya no hay grandes epopeyas, esas guerras más personalizadas, cuyos ideales daban sentido y permitían la identificación. El nuevo personaje de la violencia es el “duro”, el hombre violento porque sí, el mercenario, el que mata

por encargo de otro que permanece anónimo. Y esta violencia no necesita de ideales o principios, es un "en sí". La identificación que promueve no es la de un ideal sino la de un acto a realizar, a imitar, como acto de pura violencia. Es aquí donde creo que Freud encontraría razón a sus tesis sobre la agresividad humana, y donde se abona una pregunta por las causas subjetivas de estos hechos. ¿Sobre qué condiciones de la subjetividad se hace posible la masificación regresiva del hombre y esta identificación general con la violencia? Bruno Bettelheim, con sus estudios sobre el campo de concentración y luego las instituciones, ha dado ejemplos extremos de cómo se pierden todas las insignias de la individualidad y se anulan los ideales en estos sitios de humanidad secuestrada. Perdidos los ideales que pudieran hacer del conjunto de hombres un grupo, se transforman en masa indiferenciada de individuos. Todo terror es desimbolizante. Produce despersonalización, confusión y violencia indiscriminada. El pensamiento se empobrece, permanece "pegado" a la realidad exterior. Por eso los poderes militares, como lo mostró la última dictadura en Argentina, se centran en una lógica insoslayable: ofrecen la seguridad no para una elección de vida sino en la búsqueda de sobrevivir a través de un sistema manifiestamente mortífero. ¿No se lo sintetiza en la frase "la paz de los cementerios"? En la subjetividad humana hay condiciones de dependencia al otro terrorífico que transforman en familiar lo que es inquietante y extraño. Sólo un sujeto puede comprender un sentido, así como todo fenómeno de sentido implica un sujeto. Lacan ha enfatizado cómo la violencia es captable como relativa a un sentido, no como pura expresión de la destructividad. La tesis es freudiana en cuanto sitúa la violencia y la agresividad en la relación humana, no como expresión de una naturaleza instintual. Freud encontró cierta razón de la agresividad en la concurrencia por un objeto (muerte del padre). La subjetividad burguesa, que alienta esta lucha y concurrencia por el objeto, ponía en juego ciertos valores ligados a la agresividad: la virtud de la fuerza, la lucha por el éxito, la competitividad, etc. Se los considera como índices de una maduración del yo indispensable para la realización exitosa del vínculo social. Esto concuerda con la modernidad hegeliana según la cual el deseo del hombre es realizable y mediatizado por el deseo y el trabajo del otro. Esto es la expresión más acabada del individualismo burgués, que identifica la realización del hombre con la realización económica

del individuo (utilitarismo). Pero la sociedad actual, de hegemonía del capitalismo desarrollado, parece haber llevado a su forma más abstracta la violencia; las relaciones de coerción/dominación se han despersonalizado. La pérdida de los propios ideales burgueses, y la ruptura de una competitividad reglada, cuyo modelo era el viejo mercado, parece provocar una violencia desligada (*Entbindung*), en ese sentido más abstracta. Se trata, pareciera, de la destrucción de todo (la naturaleza, los bosques, el planeta) y de todos, no ya la imposición de un individuo sobre otro, ni de una clase sobre otra, ni de un pueblo sobre otro. El terrorismo de la sociedad actual, ¿no es la identificación subjetiva en algunos individuos de esta violencia, que consiste más en destruir todo ya que no hay más ideales por los que luchar? Se ha perdido para grandes sectores sociales su participación personalizada en el mundo. Si no hay ideales tras los cuales vivir y tampoco luchas de transformación posible de la realidad, ni nada personal que afirmar por la violencia sino por la fuerza misma, es decir una violencia ya no medio sino totalizadora y abstracta, es de esperar que la agresividad y la destrucción en la sociedad actual sea progresivamente abstracta y despersonalizada.

Si hemos hecho este recorrido por el texto de Freud, señalando a la vez los lugares de su incidencia en la cultura y la sociedad actual, es para mostrar que las preocupaciones del psicoanálisis por el sujeto humano no se limitaron a la exploración subjetiva de la cura. Trascendieron muy tempranamente hacia los distintos espacios de subjetivación humana, en los que en definitiva cobran sentido nuestros conocimientos y nuestra intervención sobre el destino colectivo. Creemos válido fundar de este modo una reflexión psicoanalítica que, originada en la experiencia de la transferencia, permite intervenir sobre los problemas humanos que recorta el dispositivo de la Salud Mental. Freud mismo en el final de *El malestar en la cultura* señalaba: “Si la evolución de la cultura tiene tan trascendentales analogías con la del individuo y si emplea los mismos recursos que éste, ¿acaso no estará justificado el diagnóstico de que muchas culturas —o épocas culturales y quizás aun la comunidad entera— se habrían tornado neuróticas bajo la presión de las ambiciones culturales? La investigación analítica de estas neurosis bien podría conducir a *planes terapéuticos de gran interés práctico*, y en modo alguno me atrevería a sostener que semejante tentativa de transferir el

psicoanálisis a la comunidad sea insensata o esté condenada a la esterilidad”. Advierte luego sobre la necesidad de prudencia en esta transferencia de conceptos, y continúa: “En cuanto a la aplicación terapéutica de nuestros conocimientos, ¿de qué serviría el análisis más penetrante de las neurosis sociales si nadie posee la autoridad necesaria para imponer a las masas la terapia correspondiente? Pese a todas estas dificultades, podemos esperar que algún día alguien se atreva a emprender semejante patología”¹⁹

LA VERDAD Y EL PODER: UNA POLITICA DEL PSICOANALISIS

En 1922²⁰ Freud define el psicoanálisis, en una triple caracterización, como: 1º) un procedimiento para la investigación de los procesos mentales inconscientes, que de otro modo permanecen inaccesibles; 2º) como un método, fundado sobre estas investigaciones, para el tratamiento de los trastornos neuróticos, y 3º) una serie de concepciones psicológicas, adquiridas por este medio, y que se ensamblan unas con otras para formar progresivamente una nueva disciplina científica. No se trata de partes separables ya que no puede reducirse el psicoanálisis a uno solo de estos aspectos. Es necesario pensarlo como descubrimiento y construcción conceptual en el triple dominio que señala: la incidencia de lo inconsciente en los procesos mentales, la construcción de un método de tratamiento de las neurosis y un sistema teórico que se reclama científico. En la tradición freudiana el psicoanálisis tiende a ligar estos aspectos como momentos lógicos de una misma experiencia fundamental: la transferencia. La “cosa” analítica articula la investigación del inconsciente, la intervención terapéutica y la sistematización conceptual, que pueden distinguirse en la enseñanza, pero sin desconocer el proceso de descubrimiento que anima esta temática y que vincula entre sí a los diversos planos en donde se expresa. *Psicopatología de la vida cotidiana, El chiste y su relación con lo inconsciente, La interpretación de los sueños*, los textos dedicados a las cuestiones del método en la cura, los historiales. Pero también *El malestar en la cultura, Psicología de las masas y análisis del yo, Tótem y tabú*, etc., que constituyen en su con-

19. S. Freud, íd., pág. 64.

20. S. Freud, “Psicoanálisis y teoría de la libido”, *O.C.*, íd., t. II.

junto una unidad de análisis, en tanto ámbitos de la subjetividad humana, campo por lo mismo de lo inconsciente y pasible de un abordaje psicoanalítico. El trabajo dedicado al “múltiple interés por el psicoanálisis” es un ejemplo manifiesto de que la intención freudiana no se limita a una teoría de las neurosis sino que interesa al conjunto del campo subjetivo. Igualmente la idea según la cual el psicoanálisis no ha hecho más que transportar a lo normal ideas adquiridas trabajando sobre el material patológico.

Freud, que sin duda admiraba a Goethe, lo seguía en cuanto éste opinaba que toda teoría se vuelve oscura lejos del resplandor de la experiencia. La experiencia de Goethe era la vida misma, como campo de reflexión. La de Freud era el inconsciente, al que interrogaba, principalmente en la cura, pero también en todos los ámbitos humanos en que se manifestaba. La búsqueda interrogativa de lo inconsciente era para Freud (en cuanto a esto, científico) una búsqueda de la verdad. Fue de los primeros en mostrar que la verdad no se muestra por sí misma, no se revela al desnudarla del error o la confusión que la cubriría. La verdad se construye, en los intersticios del habla, en los indicios del relato, en los productos de la cultura, en los modos en que los hombres organizan su relación entre sí y con la naturaleza. Por eso Freud analizaba, con método construido a partir de los conceptos en que se sistematizaba su experiencia. Analizaba en la asociación libre del neurótico, en el discurso de los productos culturales, en la organización de las instituciones clave (la Iglesia, el Ejército), en la construcción de lo colectivo. El psicoanálisis, dice, “... se atiene más bien a los hechos de su esfera de trabajo, aspira a resolver los problemas más cercanos a la observación, los pone a prueba nuevamente en la experiencia, siempre está inacabado, siempre está dispuesto a rectificar o modificar sus teorías”.²¹

Es necesario no confundirse en cuanto a un abordaje psicoanalítico de las cuestiones sociales o políticas. Ningún discurso sociológico o político puede colmar la cuestión de la especificidad del real analítico, que encuentra su expresión en la fantasía inconsciente y la transferencia. De igual modo el discurso analítico no puede recubrir la totalidad del campo social o político. Sólo en la medida que este campo contiene una dimensión de subjetividad actuante, se genera la pertinencia de una interrogación

21. S. Freud, *id.*

analítica. Nos interesa especialmente detenernos un poco en el pasaje de la problemática del inconsciente y la verdad en los conjuntos sociales.

Toda teoría, incluida la psicoanalítica, organiza un sector de lo real en una configuración de sentido, establece cierta linealidad y continuidad del saber en su campo contra lo heterogéneo. Pero si hay una necesidad de representación de lo real para establecer su dominio por la teoría, todo saber tiene una imposibilidad de perfección, no se constituye completo, sin resto.

El inconsciente freudiano, cognoscible por la producción de ciertos efectos (*lapsus*, chiste, sueños, síntoma, etc.), no permite establecer sobre él un saber cierto y verdadero. Este inconsciente, como decía Freud, habla una “multiplicidad de dialectos”, y ha de producir sus efectos en todas las dimensiones del sujeto, aun del sujeto de la ciencia. La “dificultad” para el analista es que no tiene un fundamento que garantice el saber, ni una experiencia que lo verifique. Fácilmente esta dificultad se transforma en una fascinación por lo negativo, por el “no saber” del inconsciente (Lacan). Para Freud la razón es la única vía que puede llevarnos al conocimiento de la realidad externa, igualmente, como señala en *El porvenir de una ilusión*, nada debe impedirnos para utilizar el pensamiento a los fines de una crítica del propio pensamiento. Las faltas del saber, que son faltas también del ser, no impiden sino que posibilitan un advenimiento de la verdad. Esto muestra una escisión entre el saber y la verdad. Para Freud la precariedad del saber, su incompletud, permite fundar críticamente la verdad sobre su historia en el interior mismo de los materiales que opera, no necesita de una referencia exterior, tal como hemos visto en su estudio sobre la cultura. La escisión entre el saber y la verdad no se confunde para Freud con la escisión del sujeto. F. Rella,²² en un trabajo reciente, cuestiona en Lacan su método de abordaje de la falta en el ser y en el saber que lo llevaría a fundar enteramente “una” verdad, la del discurso que excede todo discurso, y toda relación del lenguaje con lo real. No se trataría más, para Lacan, de la realidad, sino de la verdad en el análisis. La verdad no extrae entonces su garantía de la realidad, sino de la palabra. El inconsciente es así el nombre de la verdad. Nos parece ajustada la observación de Rella, que compartimos, ya que muestra una

22. Franco Rella, *Crisis de la razón*, México, Siglo XXI, 1983.

de las vías teóricas de neutralización del análisis. Se trata de una posición de descripción-contemplación de las confusiones del mundo, en espera de que una verdad sea finalmente revelada. Creemos que Freud estuvo enteramente empeñado en la confrontación del saber racional con la naturaleza contradictoria de lo real, de hacer visibles las contradicciones para transformarlas. No sólo porque se habilita una interpretación de la que se espera un impacto sobre el conflicto en la cura, sino porque es el mismo método crítico con que Freud operaba en sus análisis de la sociedad y la cultura. Por eso su empeño en definir una “verdad histórica”, como lo muestran los escritos últimos. La “verdad material” no tiene una articulación en el texto de Freud, permanece como un “más allá del lenguaje”, como un concepto límite, más acá del cual estamos en el dominio del lenguaje, es decir, el dominio de la “verdad histórica”. Es en este espacio en el que puede definirse lo subjetivo y transformarse.

Nos parece que se corresponde con lo que, desde otra perspectiva, Freud propone de ensanchar el dominio del yo, para poder anexar al “proceso secundario” nuevas zonas de realidad interior, pulsional, y exterior.²³ Esto no es una tarea terminable; es decir, debemos contar con su inagotabilidad esencial, tanto en el análisis como en todos los ámbitos de experiencia subjetiva: cultural, social, histórica. La “verdad material” no es originaria, se nos muestra como límite en el que el análisis se detiene; el trabajo sobre la “verdad histórica” no está destinado a descubrir más allá de ella una verdad originaria o absoluta. La verdad histórica, en el individuo o en lo colectivo, es lo que genera la certeza en el delirio, en la ideología, en la religión, y va a rodear de creencia a otros contenidos, deformándolos. El texto fundamental de Freud, *Moisés y el monoteísmo*, es un ejemplo de análisis bajo una misma fórmula de ambas dimensiones: trauma-defensa-tiempo de latencia-desencadenamiento-retorno parcial de lo reprimido.

El trabajo analítico en el delirio es la historización, es decir, recuperación de la verdad histórica por despejamiento de sus deformaciones: “librar al fragmento de verdad histórica-vivencial de sus desfiguraciones y apuntalamiento en el presente real-objetivo y resituarlo en los lugares del pasado a los que pertenece”.²⁴ El psicótico es “incurable” en tanto no abandona el rechazo

23. S. Freud, *El yo y el ello*, O.C., íd., T. II.

24. S. Freud, “Construcciones en psicoanálisis”, O.C., íd., t. III.

(*Werverfung*) de la realidad presente, refugiado en la certeza de la verdad (pasada) del delirio. El delirio es en sí mismo una realidad “inventada” desde la historia, que trae aparejada la imposibilidad de transformar la realidad actual, de obrar sobre sus conflictos.

Igual consideración merecen las construcciones o delirios colectivos. Estos también toman su fuerza de la verdad histórica de épocas primordiales olvidadas y, como el delirante, son grupos sociales que neutralizan su capacidad de transformar la realidad social. El sujeto freudiano (tópica) contiene una “pluralidad y heterogeneidad de gramáticas” (Rella), es decir, expresa una pluralidad de la razón; de igual modo, el análisis de la cultura muestra su relación con la complejidad del espacio social-histórico en la que esta pluralidad de la razón se representa. Los procesos primarios y secundarios tienen, como Freud afirma, lógicas diferentes y aun heterogéneas; igualmente, el espacio social también expresa la existencia contradictoria de racionalidades diferentes. Hemos visto esto en lo visible y reprimido de la dominación y el poder. Opuesta a la idea lacaniana de “un” lenguaje y una razón única y absoluta, la existencia de estas lógicas diferentes, su pluralidad de lenguaje, sus contradicciones, las modalidades transaccionales (de compromiso) que requiere, permiten pensar los procesos de transformación en la cura y en el espacio social. Dice Rella al respecto: “... construir cognoscitivamente la realidad conflictual del espacio histórico significa, precisamente, construir también la realidad conflictual de la razón: la realidad de sus conflictos”.²⁵ Es decir, se trata de una construcción crítica, en el análisis de la transferencia como en el análisis del producto cultural, no absoluta, no resolutive, con condiciones de interminabilidad. No se trata entonces de “una razón” que sea reconstruida por la construcción, ni menos aun revelada. Esta parcialidad de la razón, que aborda la construcción, las condiciones de inagotabilidad del inconsciente, permiten pensar al sujeto en sus procesos, ya que en tanto conflictiva es una estructura productiva, obligada a la transacción. Tanto en la experiencia del análisis como en la intervención social, anexar nuevas zonas al yo, como Freud nos propone,²⁶ es en definitiva asegurar el dominio, aunque siempre relativo, de la razón.

25. F. Rella, ob. cit., pág. 146.

26. S. Freud, *El yo y el ello*, O.C., íd., t. II.

En este sentido el psicoanálisis no es neutral, ni en el lazo social que instaura en su método ni en lo que promueve en el campo social. La neutralidad valorativa, uno de los elementos del método analítico, no debe ser una neutralización de lo que en el paciente se exprese de su ser de sociedad.

Por lo mismo, en cuanto a la cultura y la sociedad, las teorías psicoanalíticas no son neutrales, ni deben ser utilizadas para una política de neutralidad que siempre resulta ser una neutralización de lo que no se desea ver o promover en el campo social. No pienso, como sugiere Castel,²⁷ que toda teoría en el campo social sea un dispositivo ideológico, ya que no expresan mecánicamente relaciones de clase. El psicoanálisis puede ser en este sentido un ejemplo. Pero tampoco debe caerse en la idea de un discurso recubierto de la neutralidad de la ciencia, menos de las llamadas ciencias sociales, ni, como tiende a pensar cierto psicoanálisis, de un discurso no afectado por las tensiones ideológicas y los valores sociales. La idea de un psicoanálisis que recupere la tradición crítica freudiana, es decir, develador de las contradicciones y su lugar social, supone una toma de partido por un modo de intervención sobre lo humano. Porque lo que caracteriza un pensamiento crítico, como creemos es el psicoanálisis, es su capacidad de problematizar la realidad sobre la que piensa, mostrar su complejidad, sus tensiones, sus fuerzas, los caminos de resolución de sus conflictos. Un pensamiento crítico no se propone describir fenómenos, constatar realidades o contemplar las oscuridades del destino humano, sino transformar comprendiendo la complejidad de su objeto.

Freud, quien no era ajeno al destino de los elementos críticos de su pensamiento, decía respecto de la extensión del psicoanálisis: "Nuestra primera intención fue la de llegar a comprender las perturbaciones de la vida anímica humana, ya que una experiencia singular nos había mostrado que en tal terreno la comprensión coincide con la curación y que hay un camino que conduce de la una a la otra. Pero luego, cuando reconocimos las íntimas relaciones, o incluso la identidad interior, entre los procesos patológicos y los llamados normales, el psicoanálisis se convirtió en psicología profunda, y dado que nada de lo que crean o hacen los hombres es comprensible sin auxilio de la psicología, nacieron espontáneamente las aplicaciones del psicoanálisis a

27. R. Castel, *El psicoanalismo*, México, Siglo XXI, 1980.

numerosos sectores científicos, sobre todo a las ciencias del espíritu, y se plantearon nuevas tareas".²⁸ En el mismo texto Freud llega a recomendar la preparación psicoanalítica de los maestros y educadores, como un medio más eficaz para intervenir psicoanalíticamente sobre los aspectos neurotizantes de la norma pedagógica y "el análisis de los maestros y educadores parece ser una medida profiláctica más eficaz aun que el de los niños y menos difícil de llevar a la práctica". La unidad conceptual del psicoanálisis, su relación con la verdad en los problemas humanos, habilita su intervención más allá de la terapia que funda. Por si quedaran dudas de esta posición freudiana, termina esta conferencia diciendo: "Os he dicho que el psicoanálisis comenzó como una terapia; pero no es en calidad de terapia como yo quiero recomendarlo a vuestro interés, *sino por su contenido de verdad*, por los descubrimientos que nos procura sobre aquello que más interesa al hombre sobre su propio ser y por las relaciones que señala entre sus más diversas actividades. Como terapia es una entre muchas, si bien sea PRIMA INTER PARES".²⁹

LA NEUTRALIDAD DEL PSICOANALISIS

En los últimos cincuenta años, en todas las sociedades de Occidente, el psicoanálisis ha sido bien recibido. En general, respetando las vicisitudes en cada país, ha entrado en los círculos sociales altos y en los medios académicos. Ha despertado interés no sólo como terapéutica de las neurosis, sino también como fenómeno de la cultura. Ocurren, sin embargo, dos situaciones curiosas que merecen ser destacadas. Es difícil abrir un libro actual sobre sociología, teoría política, antropología cultural, sin encontrarse de inmediato con la inclusión de categorías psicoanalíticas en sus análisis. Las teorías freudianas de la cultura y la sociedad, sus aportaciones sobre la institución, son ampliamente tenidas en cuenta. Diría que la sociología actual y la teoría política tienen en el psicoanálisis un interlocutor privilegiado. Sin embargo, los analistas y sus sociedades siguen en general defendiendo la neutralidad social y política del psico-

28. "Nuevas aportaciones al psicoanálisis", *O.C.*, íd., t. II, pág. 947.

29. S. Freud, íd., pág. 953.

análisis y no participan explícitamente de este debate que, no dudamos, hubiera apasionado a Freud.

Algo similar ocurre con Salud Mental. No hay sistema asistencial de salud mental en Occidente donde no se cuente con algún psicoanalista entre sus miembros. Fueron psicoanalistas los que fundaron el movimiento de antipsiquiatría inglés (D. Cooper y R. Laing), los que junto a otros psiquiatras llevaron adelante el Sector en Francia, los que impulsaron la psiquiatría comunitaria norteamericana. En Argentina participan de la asistencia mental desde la década del cuarenta. En las grandes ciudades su participación en la asistencia es hegemónica. Dominan desde su apertura las escuelas y facultades de psicología y algunas cátedras de psiquiatría en medicina. Su presencia entre las prácticas médicas es creciente: en medicina psicosomática, en interconsultas, en profilaxis obstétrica, en preparación prequirúrgica, etc. En el plano social nadie duda de identificar en los psicoanalistas una profesión: hay profesores que lo enseñan, instituciones médicas que los reconocen, títulos privados que se otorgan, escuelas de psicoanálisis y en algunos países (Francia y EE. UU.) se otorgan títulos académicos de psicoanalistas.

Pese a todo esto hay un notable silencio del grueso de los analistas sobre el carácter de tales prácticas, su sentido, la dirección que cabría darles. Es más, no es raro sorprenderse con frecuencia ante la pregunta “¿se puede hacer psicoanálisis en las instituciones?”, como si se ignorara que hace ya muchos años que se lo hace. No se pregunta por las condiciones en que esta práctica fue posible; la pregunta asienta sobre una denegación. Si, como es conocido, el movimiento lacaniano agrupó en Francia a un buen número de psicoanalistas de hospital o que trabajaban en el sector (el mismo Lacan permaneció en Sainte-Anne hasta casi el final de su enseñanza), se lo acompañaba con el enunciado de una exigencia de rigor que parecía excluir su práctica en lugares públicos. También esto facilitó una psiquiatrización silenciosa de este psicoanálisis, por cierto, opuesta a todo rigor y también opuesta a las enseñanzas del maestro.

La ilusión entre los psicoanalistas, al verse progresivamente incluidos en los sistemas simbólicos de la cultura, la sociedad (profesionales) y la medicina, es que replegándose sobre sí mismos (el famoso silencio a veces no es más que esto) o negativizando ciertos símbolos culturales como los diplomas, los títulos, negándose como profesionales, negándose en su función de cura-

dores, podrían lograr una extraterritorialidad social que los pondría a salvo de la asimilación cultural. Nostálgicos de la idealizada marginación del Freud de los comienzos, sólo pueden ensayar la denegación de una realidad que, como la castración, está a la vista. En el seno de esta denegación, como pasa siempre que ésta opera, se hace de todo, se trasponen límites, se evita el pensamiento. Se interviene así en todos los niveles: hospitales psiquiátricos, centros de Salud Mental, escuelas, revistas de divulgación, centros culturales, universidad, etc., sin intentar abrir espacios de reflexión que permitan dar cuenta de estas prácticas en sus efectos sobre el psicoanálisis y sobre los sectores de la sociedad en que operan. El psicoanálisis lacaniano, que no está sólo en esto que señalamos, al prestigiar el pensamiento de lo negativo, ha favorecido este proceso: se trata de curar diciendo que no se cura, se trata de enseñar educando diciendo que es imposible, se está en las instituciones asistenciales diciendo que se oponen a prevenir, etc. La negativización actúa como salvconducto y contraseña para transitar por esos lugares.

Lo esencial de la experiencia analítica es que, aun cuando socialmente se incluya en las prácticas terapéuticas, es decir de la salud, el psicoanálisis es absolutamente irreductible al saber médico y a las técnicas psicológicas. El psicoanálisis no puede objetivar en la experiencia transferencial que funda sin dejar de ser. La reducción del psicoanálisis a las técnicas psicológicas o médicas son las desviaciones más frecuentes y conocidas. Pero es un error creer que a estas desviaciones, justamente calificadas de ideológicas, se debe oponer un psicoanálisis neutral. En tanto método crítico, develador de las configuraciones de conflicto que son los síntomas, el psicoanálisis toma partido por el deseo, y muestra sus avatares en el sujeto y en la sociedad. E. Roudinesco³⁰ ha señalado con acierto que la política del psicoanálisis es el ejercicio de una ética: situarse del lado de la verdad del deseo es atacar críticamente lo que la sociedad interpone como obstáculo.

La crítica a la psiquiatría asilar y la antipsiquiatría representó en su momento el diseño de una política para enfrentar la que la psiquiatría ejercía a través de sus modelos clasificatorios y objetivantes y la segregación, exclusión y encierro del enfermo que operaba. Se trataba de mostrar la función de la medicina

30. E. Roudinesco, *Pour une politique de la psychanalyse*, París, Maspéro, 1977.

como encubridora y legitimadora de esta política. En muchos sectores, esta crítica llega también al psicoanálisis planteándole su propia definición sobre la salud mental y sus condiciones en la sociedad. De hecho el psicoanálisis ha ejercido, en cuanto a esto, una política implícita: nunca avaló la exclusión-custodia de los enfermos mentales, siempre sostuvo una práctica de respeto por la palabra del enfermo, y una ética de la verdad y el deseo. Se trata entonces de definir, precisar, esa política, establecer las grietas por donde la intervención de los analistas se somete al aparato ideológico de la salud, rescatar la experiencia acumulada para la explicitación de alternativas en salud mental.

La construcción colectiva de una política del psicoanálisis hacia Salud Mental está sin realizar; este libro pretende avanzar en esa dirección. Una política de este tipo plantea un doble requerimiento: una toma de partido en la teoría y la práctica del psicoanálisis y la definición de una intervención crítica sobre el aparato ideológico de la salud, en la medicina mental, en la organización social, en la norma educativa. El primer requerimiento implica el alerta a lo que hemos llamado antes desviaciones del psicoanálisis. Un ejemplo de esto fue, en los comienzos de la enseñanza de Lacan, el análisis de las teorías del yo, que tuvo la virtud de mostrar desde la teoría misma la función política (adaptacionista) de esta psicología y en general de las técnicas psicológicas. Puso así al psicoanálisis fuera de esas *técnicas*, en las que siempre hay manipulación del otro y por lo tanto una relación de poder. La política que encaró Lacan fue la de rescatar en su radicalidad la posición psicoanalítica sobre el sujeto, permitiendo rescatar núcleos críticos esenciales del pensamiento freudiano. ¿Es necesario recordar que la psicología del yo fue la que brindó el mayor respaldo a la renovación psiquiátrica americana?

Es imposible comprender el surgimiento de la antipsiquiatría, el Sector francés, la psicoterapia institucional, la crítica a la institucionalización psiquiátrica, sin la presencia del psicoanálisis en esos contextos políticos. Hay en todo esto una política del psicoanálisis en estado práctico. Se trata de hacerla explícita y asumirla para darle todo el sentido freudiano de una intervención crítica. ¿Acaso no nos mostró Freud un cierto camino que posibilitó que fuera desde el psicoanálisis que se denunciara a lo social como represivo, a la cultura como conformista y a lo curativo como adaptacionista? Corresponde ahora, traspasando

ese plano de denuncia, asumir los enunciados que lo acompañan para construir una intervención positiva. No se trata solamente de la exigencia de un mayor rigor teórico y práctico, ni de proponer un purismo utópico. Se trata de la asunción en profundidad de la posición de analistas. Contra lo que algunos parecen creer, el psicoanalista no existe y se reproduce en circuitos internos autosuficientes. A lo sumo estos circuitos institucionales aportan a una identidad de psicoanalista, que no puede recubrir la que la demanda social impone como identidad profesional. Se trata entonces de establecer las relaciones entre la identidad analítica y la identidad social, que no siempre responden a iguales criterios. Las instituciones psicoanalíticas han creado distintas ceremonias, sociales e institucionales, para la consagración de esta identidad. Algunas más academicistas, o más religiosas, otras más próximas a la experiencia analítica. Creo que hay que tener claro que así como no hay autocreación (el analista es ungido siempre en procedimientos simbólicos de consagración), tampoco la identidad del analista, en tanto profesión, escapa a su determinación por los propios símbolos de la cultura y la sociedad.

EL PSICOANALISIS Y LA DEMANDA SOCIAL

R. Castel³¹ ha escrito que cuando el analista se profesionaliza, como prestador de servicios, el psicoanálisis se transforma en una empresa privada de neutralización de los conflictos sociales. “Prestación de servicios” designa un lugar social que articula una demanda a una respuesta disciplinaria. Si el lugar del psicoanalista en el campo social no es disciplinario, es decir, no hace profesión, ¿cómo definir su lugar en las prácticas sociales? Por otra parte, podemos coincidir que toda práctica social que responde a una demanda con un servicio es potencialmente neutralizadora de conflictos sociales. En salud mental, como en medicina, al curar la desnutrición de un niño, o en el derecho el aplicar la norma jurídica. Pero, nos preguntamos, ¿toda acción sobre los conflictos sociales que se expresan en problemáticas individuales, equivale ideológicamente a una intervención neutralizante de los mismos? Nuestra tesis, que tratamos de desarrollar, es que el psicoanálisis justamente

31. R. Castel, *El psicoanálisis*, México, Siglo XXI, 1980.

funda una práctica en el territorio social que posibilita la apertura de interrogantes en el seno mismo de las demandas que trata. Si recordamos la opinión de Castel es porque nos parece particularmente importante este tipo de enunciados, todavía con cierto prestigio, en cuanto impulsan, en el repliegue de lo social que promueven para los analistas, una neutralización de la capacidad crítica del psicoanálisis.

Castel confunde, creemos, su opinión sobre los analistas, a los que no les otorga crédito crítico, con el psicoanálisis. Este está tan lejos de ser absorbido por la demanda social como de neutralizar los contenidos conflictivos que la misma expresa.

El último medio siglo ha sido rico en una crítica general a los sistemas sociales de institucionalización. La escuela, la familia, la prisión, la iglesia, el asilo, los institutos para menores. Lugares en los que la sociedad moderna lleva adelante su política de regulación y adaptación del conjunto a los criterios del trabajo productivo y trata de controlar lo que margina. Por cierto, no resulta casual que la psicología y el psicoanálisis se hagan presentes en estos lugares, y asuman la representación de los restos de humanidad que aun alberga esta sociedad. Sobre todo, los problemas de la infancia y su educación han sido motivo de la intervención de los psicoanalistas. Se nos convoca en general a esas instituciones para garantizar una acción correctora sobre la que justamente no ofrece nunca seguridad: la sumisión del deseo a un orden educativo. Esto ya se sabe, después de Freud. Lo saben los educadores, los gobiernos, los especialistas. No es posible esperar que los individuos se asimilen sin resto a la institucionalización dispuesta. Sobre todo, se sabe que la institución pedagógica deja cada vez más individuos marginados. Las escuelas diferenciales, que habían proliferado en el siglo, ya no son la respuesta válida. En todos los niveles de la educación, los establecimientos y sus profesores contienen problemas para los cuales no tienen solución. Se limitan a albergarlos. También se sabe que los psicoanalistas son los que saben de esta naturaleza conflictiva del alma humana. Se los llama entonces a estas instituciones para ocuparse de este resto, para dominar o regular lo que no marcha. Lo cual no quiere decir, la experiencia en cuanto a esto es elocuente, que los psicoanalistas se apliquen a esta misión asignada. Cuando alguien, sobre todo entre los niños, no puede más en el sistema de la norma pedagógica, sobreviene la segregación, las clases especiales, las escuelas diferenciales para los

débiles, los institutos de detención para los delincuentes, las granjas o el asilo para los drogadictos, etc. Es inherente a toda institucionalización generar sus inadaptados.

El deseo de saber sirve de base para sujetar al individuo a una demanda educativa, en la familia, en la escuela. Se trata de sujetar el deseo a la empresa pedagógica: al deseo de saber se lo transforma en deseo de educar. ¿No han poblado la vida de los niños de juegos didácticos? El juego ha devenido empresa educativa porque hay un saber pedagógico que no se pregunta por lo que el niño desea, sino por lo que "necesita" saber, para educarlo aceleradamente. Han mezclado el juego y el trabajo. El niño ya no sabe si al jugar con estos juguetes modernos no está siendo "trabajado" por los adultos que quieren que aprenda. Todo esto es legitimado porque la vida social actual requiere preparación. Prepararse para un después en que la sociedad ha de exigirle educación, adaptación, en el criterio de utilidad del tiempo, que exige que no se pierda. Lacan ha mostrado en la relación pedagógica lo que instituye ese significativo amo. Todas las formas de institucionalización se hacen en nombre del bien del individuo: la escuela, la justicia, la medicina, la psiquiatría. El dolor mismo que causan en el individuo, índice del malestar que contienen, es señal del bien que hacen. Sólo el psicoanalista, frente a los materiales que trata, no se plantea el hacer el bien, no es tampoco una pedagogía. Se propone que la palabra emerja en el sujeto y está dispuesto a aceptar sus consecuencias. Interroga más bien a las normas pedagógicas y las reglas de la educación, como interroga al mito o a la fantasía, al delirio o a la cultura. No se propone corregir, lo que no es igual a indiferencia por los sentidos y valores en juego. No se propone la corrección pedagógica, educativa, ni se plantea si tal cosa está bien o está mal, porque para el analista la posibilidad de transformación real se juega en el hacer hablar, para que desplieguen su sentido los materiales que trata. Dicho de otro modo: cuida que en su saber no se articule un poder sobre el otro y lo hace interrogando al saber de quien habla.

Las formas de organización social regulan el campo de relaciones humanas. Estas regulaciones pueden potenciar los efectos neurotizantes de la cultura o, al contrario, generar amortiguaciones adecuadas para sus conflictos. A los analistas nos interesan las instituciones que, productoras de normas, constituyen espacios privilegiados de subjetivación, contribuyendo a

conformar la identidad del sujeto. La definición de Freud al calificar de imposibles estas tareas (gobernar, educar, curar) señala su carácter conflictivo esencial, no reductible. Son dispositivos amplios de regulación social que no estabilizan la problemática que tratan. La identidad que promueven no resulta nunca una identificación lograda y definitiva del sujeto con los principios civilizatorios y culturales, tal como hemos visto en el análisis que Freud hace de la cultura. Se trata de tender al equilibrio, a buscarlo, por recomposiciones menos neurotizantes. Esa es la posibilidad que el discurso freudiano deja abierta: la de un sujeto cuya capacidad de adaptación se expresa en su capacidad de transformar la realidad displacentera. La noción de equilibrio es la de una adaptación conflictiva, no estable, y tiene en el texto freudiano un espesor metapsicológico: tópico, dinámico y económico. Se encuentra contenido en la idea de un “principio de constancia” (tomado en el mismo sentido que le otorga Fechner), y vinculado en el texto de *El malestar en la cultura* (cap. II) con la prosecución de la felicidad en la economía psíquica individual.

El Estado, la escuela, la salud, la Iglesia, son las instituciones normativas que reglan los comportamientos individuales. El Estado a través de la organización política, jurídica, administrativa, trata de establecer las normas que hagan posible la convivencia social, cuidando y vigilando los comportamientos públicos de los individuos; la escuela cuida de la organización de una inteligencia normada, asegura a los sujetos los contenidos que deben llenar su deseo de saber; la medicina regula las demandas de salud, establece los criterios de bienestar físico y sus condiciones, cuida del cuerpo normativizado de los individuos; la Iglesia se ocupará de reglar las condiciones del espíritu moral, de allí que es quien más visiblemente ejerza la vigilancia del sexo y las pasiones de los hombres, y quien más alerte sobre los peligros de salirse de esta moral reglada.

Es sobre esta problemática de la regulación de los comportamientos que Freud advierte sobre las tareas que denomina imposibles: gobernar, educar, curar. Estas tres áreas recubren la casi totalidad de los espacios sociales donde se gestan las relaciones humanas, para hacer sociables a los individuos. Cuando un individuo es maleducado, ingobernable o neurótico, fractura el vínculo social esperado. La imposibilidad de la que nos habla Freud es una convocatoria a la pérdida de la ingenuidad sobre la

relación humana y el éxito de los sistemas de regulación y control. Justifica además la necesidad de un pensamiento crítico sobre estos aspectos, como lo expresan los textos que hemos citado. Creemos que la intención freudiana es señalar además un camino, específico para el psicoanálisis: avanzar interpretando sobre aquellas formaciones sociales que, como el síntoma neurótico, hacen obstáculo a la circulación del deseo humano. Estas áreas que Freud nos señala son justamente el campo de lo colectivo que más expresa la dimensión conflictiva de la relación humana y, por lo tanto, potencialmente productora de síntomas. En tanto productores de norma son espacios privilegiados de producción subjetiva y a la vez de no estabilización, de no resolución de los conflictos que subyacen. Por eso mismo, lugares de equilibrio social. Ninguna sociedad puede privarse de establecer las leyes y las instituciones que organicen el vínculo social de sus miembros para hacer gobernable al conjunto. Es una cuestión que requiere por lo mismo de una disponibilidad del poder y la violencia por parte del Estado, y engendra una organización de débiles y poderosos, de dominadores y dominados, que la intención reguladora y de equilibrio que se proponen las leyes no logra resolver en ninguna forma social.

Igualmente, una sociedad necesita organizar los espacios educativos, que garanticen que los individuos se vinculen al saber en el seno normativizado de lo que esa sociedad considera útil, necesario y acorde con los valores que promueve. Pero el deseo de saber no se sujeta fácilmente a la empresa pedagógica; se requieren, entonces, ciertas reglas escolares, que la institución escolar impone con mayor o menor empeño y violencia. Todo sistema de educación es intrínsecamente coercitivo, porque se trata de corregir aquello que, librado a su propio desarrollo, tendría otro destino en el sujeto. En cuanto al curar es obvio que, muy cercano a la pedagogía, curar requiere de una norma psicológica y que ésta se establece socialmente, no librada jamás al individuo.

Freud nos dice entonces que devienen tareas imposible de consumir: corregir los desvíos patológicos de la razón; pretender reducir el deseo de saber, curiosidad sexual infantil de por medio, a las normas pedagógicas; estimar que se puede garantizar el comportamiento social de los hombres por las leyes establecidas para gobernarlos, funciones que toda sociedad debe imponerse. No de realizar, eso es obviamente lo que se hace, sino de que logren sobre los hombres las tareas que enuncian. Esto

no es ajeno a que sean los ámbitos en los que se denuncia siempre al poder, en sus abusos, en sus ambiciones de igualar, en su no respeto por lo que de singular porta cada individuo.

Estos tres ámbitos institucionales son los lugares de producción y organización de las demandas dirigidas a Salud Mental. De manera explícita y visible, en tanto se espera de Salud Mental que constituya una disciplina instituyente de la norma psicológica, sus regulaciones, su corrección frente al desvío. También de manera no visible, en tanto estos ámbitos encarnan en el sujeto las normas que promueven y hacen que la representación consciente que el individuo tiene de su propia demanda se exprese en los valores que organizan las instituciones de la sociedad. Veamos:

1ª) ¿No es porque el Estado debe preservar su poder, que debe cumplir la función social de atender al fracaso individual o de grupos humanos, el sufrimiento, el desequilibrio de los vínculos sociales? La demanda que el Estado hace de atender en la disciplina mental estas cuestiones, es una demanda de gobernabilidad, de preservación del retículo social. En principio, no le interesa al Estado que se develen las causas reales, sociales, de producción del malestar, en tanto se reserva para sí mismo los ajustes generales de la sociedad en que ellos se producen. Los deseos de los hombres, las ambiciones económicas, los modos de apropiación y explotación del esfuerzo de otro, la violencia de los intercambios sexuales, etc., sustituyen un orden de relaciones sociales que el Estado regula pero no devela. Se demanda a Salud Mental que recubra estas problemáticas, que las interiorice en sus dispositivos institucionales, en suma, que se constituya como parte del Estado en este sector.

2ª) La familia, la institución escolar, el aparato judicial, ¿no demandan a Salud Mental que se haga educable al niño que hace síntomas, que se asista al enfermo de la familia, que nos ocupemos del delincuente al que se considera psíquicamente enfermo? Aquí también la demanda es de restitución o control, no se pregunta demasiado por la complejidad de los conflictos en que tales problemas se producen.

3ª) El individuo mismo, ¿no nos demanda que lo aliviemos del sufrimiento sin preguntarnos demasiado por su deseo? ¿No espera él también de los dispositivos de Salud Mental que sean asistenciales, que lo restituyan al circuito social?

El campo de la Salud Mental se constituye en derredor de estas demandas. Uno de los rasgos esenciales del psicoanálisis es que allí donde la demanda exige una respuesta el analista instala una interrogación. El analista propone un orden distinto de abordaje de estas cuestiones englobadas en la demanda, cuya característica fundamental es la de no ser resolutive: hacer hablar al fantasma y el deseo; propone al sujeto su asunción de la dimensión conflictiva, escindida, es decir constituido en sistemas heterogéneos; le muestra su incompletud esencial, etc. En otras palabras, lejos de silenciar la demanda y neutralizar los conflictos que expresa, el psicoanalista se propone hacerla hablar, y ésa es su intervención primera. ¿Acaso no se debe a esto la incomodidad mutua que la institución de Salud Mental y el psicoanalista sufren frente a la demanda que le dirige la familia de internar al enfermo? La institución porque está preparada para “cerrar el caso” con una internación, el analista porque al negarse a ella abre una crisis en el seno mismo de la demanda familiar y de la respuesta de la institución. Si la política de Salud Mental tiende a hacerse cargo de estas demandas, neutralizarlas a través de la prevención o la asistencia, es evidente que la posición del psicoanálisis y la actitud de los analistas expresan una política diferente: introducen en la Salud Mental un pensamiento y una práctica crítica de lo subjetivo, sus sufrimientos, sus desviaciones.

Esta política del psicoanálisis tiene como condición la de analizar las tendencias particulares, rescatar las singularidades y evitar la fijación de modelos de intervención. Se interviene siempre sobre la base del análisis concreto de una situación institucional, de una demanda escolar, de un pedido de asistencia, etc. Hay que estar en cuanto a esto advertidos de dos problemas. Cuando el psicoanálisis genera un efecto de creencia, se convierte en dogma, interrumpiéndose la comprensión de la dialéctica conflictiva de sus intervenciones; se convierte así en modelo y se tiene la ilusión de que cada experiencia analítica, o cada intervención, repite ese modelo. Es necesario no abandonar la posición de analista que exige una singularización plena: caso por caso, situación por situación. Por otra parte, el dispositivo administrador de Salud Mental exige justamente que el psicoanalista explicité un modelo de intervención, que reglamente sus prácticas, que fije sus criterios. Este camino, obviamente imposible para el psicoanalista, lleva a lo que es el requerimiento

de un orden disciplinario: reducir todas las prácticas a las categorías técnicas e ideológicas de la medicina asistencial o de las psicologías positivistas. Para evitar estos requerimientos de medicalización o psicologización de la intervención analítica, es absolutamente necesario que el psicoanalista pueda actuar en salud mental en todos los niveles, singularizando al máximo sus intervenciones y enfrentando la exigencia de modelización y normativización de sus prácticas que le dirige el aparato administrador.

Hemos seguido hasta aquí tres pasos esenciales. Nos ocupamos de definir el espacio socio-político en el que se recorta la política de Salud Mental y en el que desarrolla su intervención el psicoanalista. Luego hemos revisto las posiciones del psicoanálisis respecto de la cultura y la sociedad, que configuran una cierta teoría sobre los procesos sociales. Finalmente tratamos de mostrar, basándonos en la afirmación de Freud sobre las tres tareas imposibles, la política que despliega el psicoanálisis respecto de las demandas sociales. Este recorrido intenta desarrollar la argumentación que fundamente una intervención en Salud Mental lo más próxima a la experiencia psicoanalítica. Esta posición ha motivado críticas, algunas en nombre de la neutralidad política del psicoanálisis. De esta crítica, a la que hemos mencionado asentada sobre una denegación de la realidad, no hemos de ocuparnos. Otra es la crítica llamada “de izquierda”, preocupada por los usos sociales del psicoanálisis, al que vinculan de hecho con los dispositivos ideológicos. Vamos a detenernos en ella.

LAS CRITICAS A LA FUNCION SOCIAL DEL PSICOANALISIS

En la conferencia que Freud pronunció en el 2º Congreso de Psicoanálisis, realizado en Nuremberg en 1910, decía: “¿Debemos acaso ofrendar a la extinción de las neurosis tan duros sacrificios, cuando el mundo está lleno de tantas otras miserias ineludibles? ¿O debemos por el contrario cesar en nuestra labor de descubrir el sentido secreto de la neurosis, considerándola peligrosa para el individuo y nociva para el funcionamiento de la sociedad, y renunciar a deducir de un descubrimiento científico sus consecuencias prácticas? Desde luego, *no*. Nuestro deber se orienta en la dirección opuesta. La ‘ventaja’ de las neurosis es en

fin de cuentas un daño, tanto para el individuo como para la sociedad, y el perjuicio que puede resultar de nuestras aclaraciones no ha de recaer sobre el individuo. El retorno de la sociedad a un estado más digno y más conforme con la verdad, no se pagará muy caro en estos sacrificios. Pero, sobre todo, todas las energías consumidas hoy en la producción de síntomas neuróticos al servicio de un mundo imaginario, aislado de la realidad, reforzarán por lo menos el clamor en demanda de aquellas modificaciones de nuestra civilización en la que vemos la única salvación de nuestros sucesores”.³²

Transcribo esta larga cita para mostrar que los problemas que hoy enfrentamos, de una intervención más amplia del psicoanálisis en Salud Mental, surgieron muy tempranamente en la historia del psicoanálisis.

En 1918, W. Reich ya había fundado en Viena el primer Centro de Higiene Mental, orientado y atendido por psicoanalistas. En esos años se habían abierto los primeros de estos centros en EE.UU. y en Francia. Por la misma época, Ferenczi se preocupaba de ajustar el método analítico para ser implementado en los hospitales públicos. Un psicoanálisis abierto al pueblo y accesible a los conjuntos sociales, formó parte de las preocupaciones de los primeros analistas, incluido Freud. El debate está abierto desde entonces y por lo tanto las críticas. Estoy convencido de que el pasaje de la institucionalización psiquiátrica a las políticas de Salud Mental en los últimos años, junto al desarrollo del psicoanálisis, permiten replantear lo esencial de este debate.

Los reproches “de izquierda” han girado básicamente alrededor de tres aspectos: a) la relación analítica, transportada al ámbito público, provoca efectos sociales específicos; su modelo de relación dual alimentaría las formas burguesas del individualismo (intimidad, privacidad, distinción de lo público y lo privado, etc.); b) el psicoanálisis en sus teorías y sus prácticas tendría una estructura de clase, por lo tanto es ideología y sus aplicaciones al campo social no podrían sino expandir esa ideología; c) como parte de las ideologías de clase, el psicoanálisis ocuparía un lugar en las tareas del control social. Muchas de estas críticas, mostrada su inconsistencia, se han ido abando-

32. S. Freud, “El porvenir de la terapia psicoanalítica”, *O.C.*, *id.*, t. II, pág. 402.

nando. Jugaron y aún siguen jugando en algunos sectores menores un papel importante en la neutralización del psicoanálisis en el campo social. No sólo no se visualizaban sus aspectos críticos, y por lo tanto transformadores, sino que la crítica que se le dirigía no se proponía más que su neutralización, sin indicar alternativa alguna. De hecho sirvió para que ese lugar social de la Salud Mental siguiera dominado por las ideologías represivas de la psiquiatría.

El psicoanálisis, en cuanto teoría, ha representado la crítica más radical sobre el sujeto contemporáneo, y ha tenido consecuencias visibles en otros campos: en la ciencia, en las teorías sobre la sociedad y la cultura, en los problemas de la ideología, del pensamiento filosófico, etc. Además, como teoría indisociable de la experiencia del análisis, teoría y clínica, han generado un campo práctico de intervención crítica. Compartimos la idea de un desfasaje fundamental entre el rigor de la interrogación analítica del sujeto en la cura, y la frivolidad de los psicoanalistas respecto de lo social y lo político. Forma parte de ciertas cuestiones de clase. Pero esto no debiera confundirse con el psicoanálisis, que no ha visto, por su extensión, absorbida, refutada o neutralizada su capacidad de "teoría crítica".³³ Debemos exigir que toda crítica pueda, para ser justa, articular los niveles en que el psicoanálisis opera, ya que el método de abordarlo por sus distorsiones nos parece carecer de valor intelectual. Vamos a ocuparnos con más detalle de las críticas que formulara R. Castel, no sólo por el valor que asignamos a este autor, por su compromiso militante con las cuestiones de la Salud Mental desde hace años, sino porque representan una influencia importante en el pensamiento de muchos reformadores de la psiquiatría actual. Voy a sintetizar, con el riesgo lógico de ejercer cierta arbitrariedad sobre sus escritos, las críticas que Castel ha formulado:

1º) Castel opina que el psicoanálisis y los psicoanalistas son el recambio institucional de una medicina mental desprestigiada. La "verdad social" del psicoanálisis sería esta relación inmediata entre el psicoanálisis y el control social que ejerce la psiquiatría.

2º) Define cuatro modos de esta "verdad social": a) pasaje "de la institución asilar a la sublimación psicoanalítica de la psicoterapia institucional"³⁴; b) pasaje de la intervención psiquiátrica

33. T. W. Adorno, *Teoría crítica del sujeto*, México, Siglo XXI, 1986.

34. R. Castel, ob. cit.

clásica a una política del sector en la cual el psicoanálisis interviene en la comunidad; c) la proliferación de instituciones parapsiquiátricas que, por vía del psicoanálisis, extienden la influencia médica a otros sectores sociales; d) la difusión del psicoanálisis en la cultura, como psicología de recambio, al servicio de hacer de los conflictos algo individual y cumplir con el mandato social de “curarlos” en beneficio de la estabilidad social. Castel no visualiza la especificidad de las formulaciones del psicoanálisis en el seno de la ideología. Pretende analizar al psicoanálisis por la actitud de los psicoanalistas, impidiéndose así de analizar las dialécticas particulares entre el psicoanálisis y lo social. Por otra parte, pensar que hay continuidad entre la política de la psiquiatría y la del psicoanálisis, que permitiría que una prolongue las funciones de control en la otra, es ignorar demasiado lo evidente: las contradicciones entre el psicoanálisis y la psiquiatría han generado luchas concretas por la hegemonización ideológica y práctica de la Salud Mental, como la misma política del sector lo mostró. Por otro lado, todo análisis que homogeneiza y pone en un mismo bloque todos los problemas es paralizante, como la afirmación de la continuidad y reemplazo de la psiquiatría por el psicoanálisis.

3º) Piensa también que, dado que el loco peligroso ha dejado de ser el problema social en beneficio de las neurosis (“enfermos menores que faltan al trabajo”), el psicoanálisis, que sabe ocuparse de éstos, produciría un *aggiornamento* de la psiquiatría. Pretende que el psicoanálisis se habría extendido, favorecido por la psiquiatría y no contra ésta.

4º) La idea de un progreso de la psiquiatría llevaría a ésta a absorber al psicoanálisis, como habría asimilado en su desarrollo a la fenomenología, la sociología, la antropología, la psicología, etc. Esta tesis, diametralmente opuesta a la nuestra, supone una malignidad indestructible del dispositivo psiquiátrico, que lo haría capaz de devorar fácilmente a cuanto enemigo se acercase a cuestionarla. Las disciplinas que Castel nombra, lejos de ser absorbidas por la psiquiatría, han provocado su estallido, y la han condenado a reducirse a un papel secundario en la escena de la Salud Mental.

5º) Al remozar el aparato de la medicina legal, facilitaría la penetración de éste en el campo social, calificando con lenguaje médico-psicoanalítico los problemas sociales. Esta crítica de Castel tiene su fundamento en el psicoanálisis de EE.UU., pero

no es justa su extensión a todo el psicoanálisis. Además, atribuye a la intención psicoanalítica fenómenos que pertenecen enteramente a los modos de apropiación social de los conocimientos.

6º) Relaciona de manera específica al psicoanálisis con la prevención. Sin duda piensa en Caplan y EE. UU. No nos resulta fundada su sospecha de un efecto social dañino de la aplicación del psicoanálisis a los problemas de la prevención. Por el contrario, pensamos que si fuera posible que los gobiernos tomaran más en cuenta lo que el psicoanálisis enseña sobre la represión en la vida social, sus efectos serían beneficiosos.

7º) Castel resta al psicoanálisis su capacidad de aportar a una alternativa a la psiquiatría, ya que piensa que está encerrado en la relación de asistencia.

8º) La contradicción no sería entre el psicoanálisis y la psiquiatría sino entre lo que el psicoanálisis formula como ideal y lo que "realmente" hace.

La posición de Castel es de una exigencia absoluta. En la medida que el psicoanálisis no puede ocupar sino el espacio de las disciplinas en el campo social, su crítica va más allá del psicoanálisis para abarcar todo orden disciplinario. Curiosamente en este extremo su posición puede juntarse con la de los que, desde la derecha, intentan neutralizar al psicoanálisis exigiéndole, en nombre de la ciencia y el rigor, que se mantenga en los circuitos sociales de intimidad y recato. El territorio de la Salud Mental es un campo de realidad, más allá del psicoanálisis y la psiquiatría, se trata de la existencia objetiva de sujetos que fracasan en la vida social y requieren ayuda. Lo importante es no abandonar ese territorio a las políticas conservadoras y represivas de la psiquiatría. En definitiva, la cuestión es con qué política se enfrentan esos problemas. Es allí donde no cabe la crítica al psicoanálisis, que ha dado pruebas de su capacidad crítica en el campo social, sino a los psicoanalistas, en los modos prácticos en que este compromiso se asume o se deniega. En las contradicciones que se generan al introducir al psicoanálisis en la Salud Mental, se realizan intentos de penetración y asimilación mutua. Según distintos autores, la psiquiatría ha tratado de incorporar elementos, en general los más triviales, del psicoanálisis.³⁵ Igualmente

35. Uno de los últimos intentos es el de Paul Bercherie, *Fundamentos de la clínica*, Buenos Aires, Manantial, 1983.

el psicoanálisis puede ser investido de los valores de la psiquiatría, no sólo en las formas manifiestas del psicoanálisis norteamericano (Sullivan, Alexander, etc.) sino en las más sutiles de adoptarlo como técnica psicológica o nosografía moderna.

Se pueden señalar dos polos esquemáticos: uno que tiende a medicalizar, psiquiatrizar, a través de hacer de las teorías psicoanalíticas un fundamento de prácticas técnicas de objetivación y tratamiento; otro que aísla al psicoanálisis como discurso abstracto-especulativo, lo neutraliza por vía de la reflexión antropológica o filosófica, tratándolo como una metafísica del deseo y no como herramienta teórica de intervención crítica sobre la subjetividad. En esta tendencia ya Putnam, filósofo y analista norteamericano, impulsaba a Freud en 1920 a la construcción de una filosofía abarcativa. Freud se negó refugiándose en la condición de ciencia. Más recientemente las reflexiones de De Wahelens y P. Ricoeur, aunque más rigurosas y acotadas, están en la misma dirección. La enseñanza de Lacan ha favorecido también esta vía, pese a que él explícitamente la desautoriza. En una conferencia que pronunció en Roma en 1974, señalaba: "Si me esfuerzo por algo, es por decir cosas que se ajusten a mi experiencia de analista, esto es a algo limitado, puesto que ninguna experiencia de analista puede pretender apoyarse sobre tantas personas como para generalizar. Yo intento determinar con qué un analista puede sostenerse a sí mismo, lo que la función de analista implica como aparato —si puedo expresarme así—, como aparato mental riguroso; cuando se es analista, de qué barandilla hay que sostenerse para no desbordar de su función de analista. Porque cuando se es analista, constantemente sentimos la tentación de patinar, de deslizarnos, de deslizarnos por la escalera apoyados sobre el trasero, lo cual reconocemos que es muy poco digno de la función de analista. *Hay que permanecer rigurosos porque no hay que intervenir más que de una manera sobria y preferentemente eficaz.* Para que el análisis sea serio y eficaz yo trato de dar mis condiciones: parecerá que desborda sobre cuerdas filosóficas, pero no lo hace en lo más mínimo".³⁶

El ser rigurosos, el atenernos a la experiencia que funda la intervención analítica y nuestra concepción de los procesos

36. J. Lacan, Conferencia del 29 de octubre de 1974 en Roma, *Actas de la Escuela Freudiana de París, VIIº Congreso*, España, Petrel, 1980, pág. 33.

mentales, previene de estos dos modos polares de neutralización: la psiquiatrización o el aislamiento filosofante. En síntesis, porque el campo de enfrentamiento entre el psicoanálisis y la institucionalización de la psiquiatría no es un espacio abstracto, ni es el terreno teórico de la metafísica. Se trata para nosotros de un enfrentamiento en el espacio concreto de las prácticas sociales y los modos teóricos de comprensión del sujeto y sus procesos.

El proyecto freudiano, su causa, era sin duda complejo, indicaba aperturas, señalaba caminos, desalentaba otros. Pero trataba de avanzar en el rigor de la triple articulación que señalamos: consideración del inconsciente en los fenómenos subjetivos, método de análisis, teoría abarcativa de los procesos mentales. Si indicó senderos para una intervención sobre la sociedad y la cultura, su posición no era por cierto idealista, no proponía ningún remedio para la sociedad. El psicoanálisis opera en el campo social como fuerza de cambio, en la medida que la introducción del inconsciente y el deseo relativiza toda ilusión, explicita la nostalgia, ubica los lugares de dominio de la repetición, genera posibilidades de elaboración de lo perdido. Si las tres tareas imposibles señalan esos lugares sociales en que se expresa el malestar, "lo que no anda" de la vida social, el psicoanálisis indica y devela su función de focos imaginarios de aspiración, en los cuales todos se precipitan, se abalanzan, llevados por el ideal narcisista de ser patrón del poder, maestro del saber. Todos quieren gobernar, educar, saber curar. Una mirada al entorno social nos lo muestra. ¿No ha sido mérito del psicoanálisis hacer que esa mirada logre penetrar sus compactaciones imaginarias y mostrar su dimensión conflictiva irreductible? La interrogación que esta mirada funda nos muestra al psicoanálisis en su potencialidad crítica sobre las demandas que la Salud Mental integra.

2. EL SISTEMA DE LA SALUD MENTAL

Los problemas comprendidos en el campo de la salud mental pertenecen enteramente a la producción y circulación de valores en las relaciones humanas. Aun cuando la naturaleza biológica de los hombres esté comprometida y participe en estas relaciones, los valores salud y enfermedad mental, tanto en los individuos como en los grupos humanos, los modos técnicos en que son abordados y los saberes que se ponen en juego requieren de una referencia a la realidad social, recortan en ella un sector de la problemática subjetiva conformando una disciplina que instaaura y regula el conjunto de prácticas ligadas a ese sector. Hemos de tener en cuenta que las relaciones que los hombres mantienen entre sí, como con la naturaleza y consigo mismos, no son datos inmediatos que la conciencia espontánea pueda reflejar. Si la realidad, tanto social como natural, no fuera algo a descubrir, o si fuera captada por la conciencia en los modos aparentiales de presentarse, no habría necesidad de la ciencia. También en Salud Mental, aunque no constituya en sentido estricto una ciencia, partimos de un horizonte de racionalidad científica que nos obliga a analizar el conjunto complejo de articulaciones que se establecen entre la producción social de valores en Salud Mental, los modos históricos de representación de los problemas que suscita la enfermedad mental, es decir, la conformación de saberes y teorías, y las prácticas correspondientes.

Hemos entonces de partir de este primer postulado: el objeto de la Salud Mental (del mismo modo que se habla del objeto de una ciencia) no es un objeto natural, es un objeto social-histórico,

que no se restringe a la producción de enfermedades mentales sino a los valores positivos de salud mental, en que las mismas enfermedades pueden ser pensadas y explicadas.

La ambición de la psiquiatría de constituir una ciencia positiva sobre la enfermedad mental, ideal nunca realizado, se ha visto suplantada progresivamente por una concepción de los problemas de la salud mental que ha complejizado su objeto, o mejor dicho, ha puesto en evidencia la complejidad intrínseca a la producción de salud y enfermedad mental en los individuos y en los grupos humanos, ampliando por consiguiente el abanico de respuestas teóricas y los modos de abordaje técnico.

Hablar del objeto de una disciplina significa hablar de las problemáticas que ésta se ha planteado, es decir, de los recortes teóricos y prácticos que realiza en el tejido social, para adecuarlos a sus soluciones. En este sentido, sin pretender construir una historia de la Salud Mental, hemos de ocuparnos de los modos históricos en que los problemas de Salud Mental se han planteado y fueron abordados, porque por motivos teóricos, políticos y prácticos, los problemas fueron planteados de ese modo y se construyeron las respuestas que se dieron en distintos momentos históricos y en distintos contextos sociales. Entre otras razones porque pensamos a las disciplinas, y aun a las científicas, como constituyéndose en el seno de un debate, de un conflicto de los hombres con la naturaleza o de ellos entre sí, lucha del hombre que "quiere apropiarse del mundo en el modo del pensamiento". Por eso nos es necesario no el relato lineal de los pasajes de la psiquiatría moral de Pinel al modelo anatomoclínico de Kraepelin, o luego a la constitución de la llamada Salud Mental, sino que buscaremos establecer una explicación racional de los repentinos cambios en las teorías, en las prácticas y aun la redefinición de los problemas. Porque no se trata del despliegue histórico de un saber que progresa y unas prácticas más adecuadas y eficaces para curar, como suelen pensarlos los historiadores positivistas de la psiquiatría, sino en analizar la sucesión de coyunturas teóricas y prácticas, los repliegues y reordenamientos, que constituyen esa historia. En este aspecto es importante estar advertidos de que el evolucionismo en historia de una disciplina, o aun de una ciencia, es necesariamente positivismo en el interior de la disciplina, ya que supone una razón que progresivamente se va apoderando del objeto de conocimiento "iluminándolo". El campo de la Salud Mental, en su constitución actual, como trataremos

de abordarlo, no es entonces para nosotros el resultado acabado, moderno, de una concepción más correcta de los problemas y unas prácticas más sabias y racionales, sino la forma en que se van definiendo las problemáticas de la Salud Mental y sus abordajes en la actual coyuntura. Ha de interesarnos entonces el estudio de la constitución histórica de nuestro objeto, que es al mismo tiempo la historia real de esta disciplina. Hemos de oponer por lo tanto a la noción positivista de progreso del conocimiento, la de reordenamiento de los saberes sobre la salud y enfermedad mental, y a la idea de una continuidad de la psiquiatría en la llamada Salud Mental la de ruptura y redefinición de los problemas. En las políticas actuales en este sector se ha asumido más cabalmente que la Salud Mental forma parte de las condiciones generales del bienestar, se ocupa específicamente del bienestar psíquico y el sufrimiento mental, por lo que está estrechamente unida a las condiciones sociales de la vida. La pareja, la familia, la vida comunitaria, la participación en la vida política, etc., no es que condicionen o sean contexto del bienestar psicológico sino que son el ámbito mismo de producción de valores de felicidad o sufrimiento, conocimientos enriquecedores de la personalidad o empobrecimiento intelectual. Y estos valores, como los sistemas teóricos que los representan en el pensamiento, son propios de cada cultura en cada momento de su desarrollo.

Ya hemos señalado que las cuestiones relativas a la salud y enfermedad mental no tienen su origen en datos naturales, es decir que las normas de relación en las cuales se producen estos valores no son normas biológicas sino sociales. Las estructuras generatrices de la enfermedad mental funcionan en todas las culturas y sociedades, y en los distintos momentos históricos, en el mismo campo semántico en que se constituye el discurso social. Es decir que no hay una representación de la enfermedad mental, tanto en quien la padece como en quien construye saberes y prácticas sobre ella, que no esté sustentada en un orden de lenguaje y significación. Los modelos causalistas de la psiquiatría organicista, aun de la moderna psiquiatría biológica, postulan una generación de la enfermedad en un orden extralingüístico, natural, pero tal causalidad, de ser cierta, no exige de comprender que todo sufrimiento subjetivo está mediatizado por la relación del individuo a los símbolos que lo unen

al mundo, a los otros individuos y a sí mismo. Luego volveremos sobre esto. Nos interesa por ahora destacar que estas postulaciones han representado y siguen representando un intento de deshistorización de la enfermedad mental, es decir, de establecer una invariante cultural, social y subjetiva, que al naturalizar la enfermedad por sus causas, alimenta la ilusión de cientificidad positivista de sus enunciados.

Vamos a mostrar cómo en el campo de la Salud Mental, como antes en el de la psiquiatría, es posible diferenciar y analizar, según la autonomía relativa que tienen en su devenir histórico, cinco elementos, cuya articulación posterior nos permitirá discernir las tendencias actuales. Estos son:

- 1º) Formas históricas de daño mental
- 2º) Disciplinas a las que se asigna
- 3º) Teorías y saberes
- 4º) Prácticas terapéuticas
- 5º) Instituciones

LAS FORMAS HISTORICAS DEL DAÑO MENTAL

Toda sociedad produce una subjetividad situada en su tiempo histórico y a la vez genera las condiciones suficientes y necesarias para establecer distintas formas de padecimiento mental. Una de las virtudes de los estudios de la psiquiatría transcultural ha sido mostrar la universalidad del padecimiento mental, como asimismo sus formas culturales.

La afirmación de una modalidad histórica de producción de valores de Salud Mental, y por lo tanto de la definición de enfermedad, no debe entenderse en el sentido de un relativismo cultural. Se trata de mostrar que el daño mental sólo es comprensible en relación con los códigos simbólicos que cada sociedad en cada momento histórico pone en juego. Desde Freud sabemos que el sujeto normal, aquel capaz de actuar y transformar la realidad displacentera, es un logro posible del hombre, no un dato espontáneo del desarrollo humano. Todo está dispuesto en cuanto a esto para que el sujeto tome el desvío neurótico o psicótico que lo aparta de su cultura, no por no adaptado sino por una crisis en sus posibilidades de adaptabilidad. Pero si el sujeto es normal por referencia a una norma, debemos señalar que no hay normas absolutas, lo que es absoluto es la necesidad histórica, humana, de la existencia de normas, en tanto éstas son constitutivas de la

subjetividad. Alguien ha definido que la conciencia es un compendio de reglas sociales incorporadas al individuo. Una norma, una regla, es aquello que sirve para hacer justicia, instruir, enderezar. Normar, normalizar, implica imponer una exigencia a una existencia. La norma se propone como un posible modo de unificación de una diversidad, de reabsorción de una diferencia: “la posibilidad de referencia y de regulación que ofrece incluye la facultad de otra posibilidad, que no puede ser más que inversa. Oposición polar de una positividad y una negatividad”.¹ La infracción no es el origen de la regla sino de la regulación. Por ejemplo: las reglas gramaticales preservan el lenguaje “culto”, y regulan sus infracciones, del mismo modo la determinación de la enfermedad mental se hace en relación con una definición previa del estado subjetivo o social normal. Si en medicina biológica se trató de buscar la norma en el funcionamiento biológico, en la medicina mental tal norma es siempre una construcción cultural. En este sentido, toda cultura pone a disposición de sus miembros cojinetes de amortiguación de lo real, algunos de los cuales pueden ser francamente patológicos. Del mismo modo, toda cultura elimina o margina sus desechos, crea sus propias plagas patológicas y las representaciones adecuadas a sus valores.

Si en el Medioevo europeo predominó una simbólica de lo sagrado, y por lo tanto fijó en ello las normas para la desviación, la sociedad capitalista actual, estrechamente ligada a las normas de producción y consumo, exige plasticidad, flexibilidad de la personalidad y, por lo tanto, las fracturas psíquicas entrañan mayor marginalidad.

La experiencia contemporánea ha mostrado de manera extrema la relación entre la simbólica cultural, histórica, y la producción de daño mental. En aquellas sociedades del Tercer Mundo a las que el desarrollo capitalista les impuso un proceso de aculturación tremendo, en el que poblaciones enteras pasaron de una vida comunitaria basada en el grupo, a una forma social basada en el individualismo más feroz y competitivo, sufrieron verdaderas catástrofes subjetivas, donde la enfermedad mental, la drogadicción, el alcoholismo, etc. mostraron su estrecha conexión con la marginalidad social. Las concentracio-

1. G. Canguilhem, *Lo normal y lo patológico*, Buenos Aires, Siglo XXI, 1971, pág. 188.

nes urbanas aceleradas en estos países, que crean exigencias culturales violentas, precipitaron a grupos enteros a la enfermedad mental. En los últimos veinte años la incidencia de todo tipo de trastornos psíquicos afectó de tres a cuatro veces más a las poblaciones (negros africanos, musulmanes, hindúes, etc.) que llegaron de las ex colonias a los países de Europa, que a la población estable. La identidad étnica, con los sistemas simbólicos que regulan la relación entre los sujetos de una cultura, mostró que a la desagregación del grupo se sigue una desorganización de la subjetividad. Identidad subjetiva e identidad cultural muestran su mismo origen.

Pero que el individuo se enferme psíquicamente en relación a las normas culturales históricas, no implica que las sociedades sean siempre normales. Esta ha sido una de las falacias tanto del relativismo cultural como de la psiquiatría positivista. Baste con mencionar el problema del nazismo, para revelarnos que toda sociedad alberga posibilidades destructivas colectivas. De modo esquemático podemos señalar que:

a) Culturas que exigen demasiado a los individuos que las componen, constituyéndose en altamente patógenas al marginalizar de los sistemas colectivos de apropiación e intercambio a los que no se adaptan. Hay una correspondencia entre la violencia que estas sociedades ejercen sobre ciertos sectores con la resistencia violenta que éstos oponen. Es el ejemplo de los países del Tercer Mundo que han sufrido una modernización impuesta y acelerada.

b) Culturas que no exigen lo suficiente a los individuos, facilitando tanto el rechazo de los conflictos reales como ofreciendo a la cultura como una gran defensa frente a lo exterior. Un ejemplo de esto son ciertas culturas asiáticas que generan existencias replegadas, "catatonoides", sumamente frágiles frente a lo nuevo y, por lo tanto, condenadas a desaparecer en el desarrollo mundial de la modernidad.

c) Culturas que favorecen la formación de matrices patógenas, haciendo más difícil la asunción y resolución de conflictos. Por ejemplo, algunas culturas islámicas en relación con las normas sexuales.

Luego hemos de ver cómo la gran transformación que se gesta a partir de 1945 en Salud Mental no estuvo determinada sólo por

un cambio de teorías y prácticas terapéuticas, ya que se trató también y de modo esencial de la llegada de una demanda de asistencia de nuevo tipo, que requería readecuar el sistema de atención mental. Enfermos llamados funcionales, conflictos familiares, problemas de la niñez y, sobre todo, problemáticas ligadas a la desocupación laboral y la marginación: drogadicción, alcoholismo, desamparo social y familiar, etc.

LAS DISCIPLINAS

Toda cultura elabora ella misma los modelos para ser comprendida. La representación que la cultura da al daño mental, circunscribe el lugar en que ha de constituirse el conocimiento y define la disciplina que ha de encargarse del mismo. Así como en el Medioevo las representaciones colectivas de lo sagrado fueron el marco referencial en el que se definían los problemas de la enfermedad mental, y por lo tanto su abordaje era realizado por las disciplinas míticas y religiosas, con Pinel y la Revolución Francesa el enfoque es ético-político y la disciplina comienza a ser la medicina, porque ésta era la que mejor representaba los nuevos valores del humanismo iluminista.

Las prácticas terapéuticas religiosas no son en lo esencial una expresión de falta de conocimiento, sino del modo histórico social en que una representación religiosa de la enfermedad da lugar a un área cultural que se asigna la función de definir los problemas mentales y abordarlos. Resulta una ingenuidad positivista la idea de que las enfermedades mentales, como las infecciones, estaban allí desde siempre, esperando que por fin el conocimiento médico las iluminara para la ciencia. No se trata de desconocimiento *versus* conocimiento, ni de comprensiones mágicas *versus* conocimiento científico. No se trata tampoco de ganar para la ciencia médica algo que estaba alojado en las tinieblas de lo mítico. Se trata de la construcción de racionalidades diferentes, que responden a distintas hegemonías de valores en la sociedad. La medicina mental del siglo XIX no fue menos oscurantista y represora en sus modos prácticos que las prácticas míticas o religiosas sobre los locos.

La ideología dominante en las tribus africanas, llamadas primitivas, sobre la perturbación mental era mítica, y la disciplina que se ocupaba era la magia. En ellas se pensaba la perturbación como síntoma de las situaciones que vivía el grupo,

o sea, que se trataría de un otro imaginario que se expresaba en la enfermedad individual. Desde siempre se tratan estas perturbaciones en ritos colectivos, en los que la intervención del chamán está dirigida a una operación de simbolización, mediante la cual se transforman los hechos patológicos individuales, negativos, en situaciones sociales o grupales consideradas positivas. Es la norma social la que funda el consenso social para que la representación y el objetivo sean coincidentes en el acto terapéutico. Estas prácticas sostienen su eficacia, que no es poca, en el ritual y ceremonial reglado en su sistema simbólico, cultural, por el cual la representación mágica de posesión es transformada y eliminada, permitiendo al individuo la reapropiación de sí mismo.

Como luego veremos más en extenso, la medicina mental como disciplina de lo psíquico surge en el seno de la modernidad que inaugura la Revolución Francesa y se extiende hegemónicamente en Occidente, sostenida por el humanismo iluminista. Se corresponde doblemente con el prestigio que la medicina cobra como expresión más acabada de ese humanismo y con una conciencia social que comienza a regirse por el ideal de una razón científica. Igualmente el pasaje de la hegemonía médico psiquiátrica al campo de Salud Mental como disciplina más ligada a lo socio-político, ocurrido luego de la Segunda Guerra Mundial, es reflejo tanto de una nueva concepción del daño psicológico como de una nueva conciencia social surgida de la crisis del individualismo humanista (burgués), que ha de poner más el acento en las dinámicas grupales y comunitarias.

Hay entonces una correspondencia estrecha entre los modos sociales en que se representa la subjetividad y sus alteraciones (es decir, la norma psicológica) y la respuesta que una disciplina efectúa a esa representación.

Toda disciplina es en primer lugar un sector acotado y específico de práctica social, que genera las teorías que han de corresponderse con esas prácticas y las legitima. Asimismo, una práctica es en general un proceso de transformaciones efectuado por un trabajo humano determinado, específico. Las técnicas, puestas en acción por la práctica, son modos de operación, con instrumentos diversos (aun, por ejemplo, la palabra) sobre un campo o sector de la realidad, y tendiente a su transformación. De este modo, la disciplina define las prácticas y técnicas que se realicen ya que la técnica requiere de los saberes que la disciplina formula o formaliza. Luego volveremos sobre la técnica en las prácticas terapéuticas.

La existencia social de una disciplina requiere entonces formularse la siguiente pregunta: ¿sobre la base de qué necesidad de la estructura social se ha constituido y opera? Esto es doblemente preguntarse sobre su constitución relativa a determinado momento histórico y su mantenimiento presente, en relación con una demanda social operante, es decir, que requiere ser respondida. A su vez esta relación entre la demanda social y la disciplina en el caso de la Salud Mental muestra claramente la correspondencia y alimentación recíprocas: la demanda social es instituyente de la disciplina, pero ésta a su vez codifica, organiza y es también instituyente de su propia demanda.

Veamos brevemente qué entendemos como demanda en Salud Mental. Tosquelles, psicoanalista institucional, la define de este modo: "Conjunto de los factores que actúan sobre el deseo con vistas a *velarlo* y *develarlo* en un lenguaje".² En tanto en toda demanda de Salud Mental opera el deseo, ya que es éste su motor esencial, la demanda social en Salud Mental no es reductible a las formulaciones de la sociología clásica que tienden a asimilarla con la necesidad, al estilo de "se necesitan mil camas por millón de habitantes", etc. En segundo lugar, esta demanda tiene siempre una dimensión colectiva; no es la suma de deseos individuales, sino la conformación de un imaginario grupal, colectivo, en el que está implicado el deseo. La demanda en Salud Mental toma su fuerza de esta dimensión colectiva y es por esto que las reformas que la disciplina pretende instaurar en relación a una demanda no pueden encontrar eficacia si se limitan a reformas asistenciales, sin abarcar al imaginario social que sostiene y exige determinada respuesta asistencial y rechaza otras. En tercer lugar, toda demanda de Salud Mental se estructura en un discurso; es relativa al lenguaje en que cobra su existencia el deseo y el sufrimiento humano, cuyo núcleo articulador esencial es el temor a la locura y a la muerte. Doblemente esta estructura deseante y discursiva de la demanda de Salud Mental es esencial para que la disciplina se mantenga, ya que el técnico de Salud Mental define el lugar de un otro que, pareciendo satisfacer esa demanda, la perpetúa.

En cuarto lugar, la demanda no es necesidad, como dijimos antes. Es sólo porque la necesidad en Salud Mental, existente en

2. Tosquelles, citado por M. Mannoni, *La psichiatra, il suo "pazzo" e la psicoanalisi*, Roma, Saggi, 1971.

lo social (podríamos decir necesidad de placer, de realización, de vida plena, de felicidad, de ausencia de sufrimiento, etc., sin poder separarlo de su imaginario correspondiente) está siempre articulada a una demanda, tal como la necesidad de beber articula la demanda de bebida cuya relación con la sed es reveladora del deseo. Marx ya había señalado, en una perspectiva más ligada a la producción: “en la producción social no sólo se produce un objeto para la necesidad, sino una necesidad para el objeto”. El valor del objeto producido no está dado por su capacidad de satisfacer necesidades humanas sino por el cumplimiento posible de deseos a él ligados. Pero ningún objeto podría alimentar y sostener una demanda si no articulara a esos deseos alguna necesidad. Igualmente en Salud Mental la demanda es articulación de sufrimiento humano a un deseo, es decir, al llamado a un otro del que se espera una satisfacción. La disciplina se sostiene en la medida que instaure un técnico capaz de responder desde ese lugar del otro. Quiero señalar con esto, y luego será retomado, que el énfasis en las intervenciones comunitarias en Salud Mental, sobre todo en función de la promoción de valores en Salud Mental, encuentra un límite a su eficacia en este aspecto de la demanda: la articulación en la demanda de un deseo que requiere de un otro capaz de responder-satisfacer, tal como habitualmente se expresa en el reclamo de una atención individual. En quinto lugar, es esta demanda social (imaginaria y colectiva) la que entra en juego cuando hay que definir los vínculos entre una disciplina nueva y la necesidad social. Cuando la disciplina se constituye, la necesidad social se transforma irreversiblemente en demanda. Es ilustrativa al respecto la frase de G. Canguilhem sobre la medicina: “Hay medicina ante todo porque los hombres se sienten enfermos. Los hombres sólo secundariamente, porque hay una medicina, saben que están enfermos”.³ Es por esto que lo real de las enfermedades permite la existencia de diversas medicinas. Paralelamente, lo real del sufrimiento subjetivo da lugar a diversas disciplinas, tal como hemos reseñado, en distintas culturas y en diferentes momentos históricos.

TEORIAS Y SABERES

En un sentido general hemos de considerar, con el término de saber, una aprehensión de la realidad por medio de la cual ésta

3. G. Canguilhem, *ob. cit.*

se fija en un espíritu, bajo la forma de un conocimiento que, expresado en el lenguaje, es transmitido a otros sujetos, es posible de sistematizar y se liga siempre a una tradición. En ese sentido, el saber es siempre histórico-social. Todo saber requiere, en primer término, una operación de *discernimiento*, ya que la realidad, como antes vimos, se ofrece en una dimensión opaca, en la que el ser no es reductible a su apariencia. En segundo término, desde Platón, saber es también *definir*, ya que no alcanza saber entre lo que es y lo que parece ser, si no se muestra la esencia de lo que es, definición del ser de las cosas. En tercer término, se requiere una respuesta a por qué la cosa a conocer es como es. En el sentido aristotélico, saber es conocimiento no sólo de la idea sino de la *causa formal*, de lo que constituye esencialmente la cosa. El saber sustancial es doblemente entender y demostrar. En el pensamiento dialéctico saber es descubrir cómo algo ha llegado a ser lo que es, es decir, su proceso de constitución.

En esta dirección no hablaremos de un saber vulgar, o común, ya que éste no proporciona un conocimiento sino una nueva reducción a la experiencia de la vida misma. El saber requiere de una producción de inteligencia basada en los tres términos que hemos señalado: discernimiento, definición y conocimiento causal. El saber es entonces propio de la ciencia y de la filosofía. En los conocimientos que sustentan el conjunto de ideas y prácticas de la salud mental hay una apelación al saber científico o filosófico, del cual se trata de extraer sus leyes y sus métodos, pero, en nuestra hipótesis, sólo se consigue revestir de racionalidad teorías que se agotan en la descripción sin producir un conocimiento verdadero de su objeto. En este sentido, los saberes que históricamente y en diversas tradiciones han comprendido la enfermedad mental son saberes vulgares, ligados a cierta experiencia de la locura. En las concepciones más recientes en Salud Mental, al ligar los saberes más estrechamente a su génesis en las comunidades humanas, en el sentido de la llamada "sociología del saber" (Max Weber y otros), se tiende a aceptar el sentido ideológico de estos saberes, disolviendo la función veladora que la referencia al saber científico había producido.

Como teoría designamos aquellas construcciones intelectuales que surgen o son resultado de un trabajo del pensamiento, filosófico o científico. Pero una teoría puede tener dos formas:

constituir una explicación verdadera de los hechos que estudia, y por lo tanto permite penetrar en su realidad, o más simplemente resultar un simbolismo útil o cómodo para aplicar a determinada experiencia.

Ahora bien, nos interesa destacar que la formulación teórica no funciona de igual manera cuando está referida a una realidad física o natural o a una realidad humana. En el primer caso, el criterio de objetividad facilita el acceso a la verdad, y la teoría, en sus enunciados, no modifica el objeto que estudia. En las teorías cuyo objeto es un sector cualquiera de la realidad humana, la teoría no es ajena a la realidad que enuncia y no es posible teorizar sin transformar en algún sentido esa realidad. Esto porque toda teoría sobre realidades históricas o sociales no permanece al margen de esa realidad, sino que constituye esencialmente un hecho mismo de la realidad que teoriza, en general, un hecho clave, en tanto codifica, establece el lenguaje de esa realidad para el conjunto. Esto no implica una desvalorización de la construcción de teorías sobre las realidades de los hombres, por el contrario, las teorías nos hacen accesibles y comprensibles ciertas realidades humanas, pero debemos tener en cuenta que toda teoría posee una cualidad potencial de influir sobre la realidad que teoriza en sentido benéfico, productor de nueva inteligencia, o negativamente, para recubrir y oscurecer los hechos. La historia de la humanidad es por sí misma elocuente de esta afirmación. Teorizar sobre las cuestiones humanas, lo social, lo histórico, lo subjetivo, no es entonces ajeno a las cuestiones éticas que se ponen en juego.

En el sector de realidad humana que estudiamos, el de la Salud Mental, se hace evidente que toda teoría implica una ética, de modo patente en tanto cada teoría ha sustentado una forma de ejercicio de poder de unos hombres (técnicos, médicos, psicólogos, etc.) sobre otros (enfermos mentales), cuestiones suficientemente mostradas por los teóricos de la antipsiquiatría.

Un teórico (profesional de Salud Mental) implicado en la realidad que teoriza; unas teorías que al describir la realidad (enfermedades mentales) la transforman y la producen; un discurso ético que trasciende a los actores y al distribuir el poder coagula esta realidad hecha de enfermos (actuales o potenciales) y curadores: tal ha de ser nuestro enfoque de la producción de conocimientos y su enunciación en Salud Mental.

No vamos a ocuparnos de las teorías míticas o religiosas sobre

la enfermedad mental, no sólo pertenecientes a un pasado sino vigentes aún en ciertas sociedades. Es importante advertir que la constitución de una disciplina sobre lo mental establece una hegemonía de saberes en los que habrán de construirse los enunciados teóricos. Las teorías son así constreñidas al discurso de la disciplina y quedan descartadas otras teorizaciones posibles. Por ejemplo, ciertos saberes vulgares, en general impregnados de creencias colectivas, constituyen representaciones de los conflictos que llevan a la enfermedad y, en general, proponen en concordancia con esto una forma colectiva de tratamiento. Son teorías referidas a un saber vulgar, pero no siempre por ello falsas. La existencia de una disciplina como la psiquiatría, que refiere sus teorías a un saber científico o filosófico, descarta por inexactas o falsas estas teorías espontáneas, oponiéndolas a la verdad de su referencia científica. Sin embargo, sabemos que esta referencia a la verdad del saber científico no hizo verdaderas a las teorías psiquiátricas, que la historia misma fue mostrando como falsas e inexactas. Bástenos el ejemplo de la teoría anatomoclínica de Kraepelin, o las teorías organicistas de la paranoia. La constitución en los últimos años de un campo de Salud Mental más sensible al protagonismo de la comunidad en el tratamiento de sus problemas de salud y enfermedad tiende a revalorizar las teorías espontáneas o el saber vulgar sobre la enfermedad mental.

Igualmente sucede que ciertas teorías sobre salud y enfermedad mental tienden a modificar o transformar los valores de la disciplina, aun dentro de una misma conciencia social, produciendo efectos en los modos prácticos de abordaje de los problemas de salud. Estas teorías, siempre importadas por la disciplina, introducen nuevos valores y generan un campo de lucha teórica y práctica en el seno de la disciplina. Así sucede con la intervención del psicoanálisis en la Salud Mental, que sin abolir la conciencia médica que gobierna la disciplina, impone valores ajenos a ésta; así ocurrió también con la importación de las teorías sociales que introdujo Rappoport en el Henderson Hospital y que hicieron de fundamento al posterior desarrollo de las socioterapias y las comunidades terapéuticas inglesas. Nos parece importante tener en cuenta esta oposición entre hegemonía de ciertos valores que la disciplina impone *versus* importación de teorías y prácticas que, generando conflicto con esos valores, producen efectos transformadores, ya que la historia de

la salud mental nos muestra que los programas no han sobrevivido precisamente en el interior mismo de la disciplina médica mental (hegemónica en los últimos doscientos años) sino por las reformulaciones que se le imponen desde teorías y prácticas elaboradas por fuera de ella: el movimiento de higiene mental en EE. UU., las socioterapias inglesas, el psicoanálisis institucional francés, psiquiatría democrática en Italia, etc.

Como afirmamos al referirnos a la producción de enfermedad mental, las circunstancias preceden a su conceptualización, el daño subjetivo es lógicamente anterior a sus teorizaciones. La enfermedad mental es un existente, pero desde el momento en que existe una disciplina, como vimos, los modos históricos de enfermar son indiscernibles de las disciplinas, históricas también ellas, que los conceptualizan.

El problema que se planteó tempranamente a la medicina mental es que hecha la asignación a ella de los trastornos psíquicos (hecho más político que científico, como luego veremos), las teorías médicas de la enfermedad que fue construyendo no partieron de una experiencia con los enfermos que produjera los conocimientos necesarios para abordar las enfermedades. Los conocimientos no fueron efectos de la investigación sino surgidos de los saberes médicos y filosóficos de la época. Esquirol, padre de la psiquiatría occidental, suplantó los valores morales y políticos con que Pinel cercó el problema de la locura, por valores taxonómicos tomados de la medicina y de la botánica. Kraepelin fundó su laboratorio y diseñó el modelo anatomoclínico desde los conocimientos de la medicina de finales del siglo XIX, la parálisis general progresiva le creó la ilusión de certeza de su modelo, pero no permitió avanzar en ninguna investigación productiva sobre las demás enfermedades mentales. Lo mismo K. Jaspers y toda la fenomenología fueron un intento de la antropología filosófica de disputar el terreno de la locura al positivismo médico, pero no resultado de una experiencia e investigación de estas enfermedades.

Es esta misma circunstancia de aplicar teorías producidas en el seno de saberes médicos o filosóficos la responsable del extrañamiento entre teoría y práctica que caracteriza a la medicina mental. La única práctica que la psiquiatría fundamentó en sus teorías, al menos hasta la segunda mitad de este siglo, fue el diagnóstico, clasificación exhaustiva y siempre renovada de las enfermedades mentales. Por eso hemos afirmado en otros traba-

jos que la psiquiatría hizo de la nosografía su única teoría. Las prácticas terapéuticas, desde los baños termales, el electrochoque, la insulino-terapia, el aislamiento, la segregación social en la práctica de internamiento, etc., forman parte de un solo circuito: práctica represiva de una problemática de sujetos humanos que la ciencia no pudo iluminar con sus saberes. Luego veremos los cambios que introdujo la moderna psicofarmacología, pero adelantemos que, en cuanto a lo que examinamos, estos tratamientos son la aplicación de investigaciones neurobiológicas al tratamiento de estas enfermedades, pero no son conocimientos producidos por la psiquiatría misma ni prácticas terapéuticas que se desprendan de sus teorías.

En general, se ha señalado más bien la función que las teorizaciones psiquiátricas tuvieron de legitimar la exclusión y encierro de los enfermos (Basaglia, Foucault, etc.), ya que estas teorías no posibilitaron tratamientos recuperadores de la salud. Este divorcio entre teoría y práctica, tan particular en las concepciones psiquiátricas, posibilita que una (la teoría) haga de encubrimiento de la otra (práctica), ya que no la fundamenta. Es quizás una de las constataciones más importantes para los que se acercaron a la realidad de los asilos psiquiátricos: ¿qué relación existe entre medicina humanista, portadora de valores de libertad, desarrollo humano, progreso, en que la psiquiatría se respalda, y la realidad de miseria, encierro y represión en que viven los enfermos? ¿Cómo es posible a los fenomenólogos, que construyeron sus teorías psicopatológicas en referencia a las preocupaciones de la filosofía existencial, sostener y avalar estas instituciones y estos tratamientos? La respuesta es relativamente simple: la responsable de estas instituciones, los fundamentos del encierro de los enfermos, de los tratamientos represivos, no es la teoría psiquiátrica; ésta sólo legitima una práctica social de segregación, exclusión y custodia de los sujetos considerados enfermos. Es esta práctica, a la que podemos considerar como una política, la que se encubre con los supuestos saberes de la medicina o de la filosofía.

Basaglia reprocha a la psiquiatría su ignorancia de la ciencia, al servir de "cobertura ideológica de una ignorancia técnico-científica", pero no porque se espere que la ciencia positiva alumbre finalmente el campo de la enfermedad mental, sino que se trata de mostrar su funcionamiento real en el campo sociopolítico. Es este campo el que hay que considerar cuando se trata

de teorizar sobre lo mental como producto de relaciones entre los hombres. Para algunas tribus africanas (los vudú), la enfermedad mental es pensada (es decir representada teóricamente) como el efecto de una posesión o trance de un espíritu, al que el sujeto enfermo sucumbe. Este espíritu tiene como propiedad particular la de no ser conocido para el conjunto de la tribu, es decir, no pertenecer a su sistema simbólico. El tratamiento consiste en hacerlo simbolizable, tarea que realiza el chamán a través de ciertos artilugios. Este tratamiento tiene su eficacia (simbólica) en la aculturación que produce del síntoma. En este sentido, la psiquiatría occidental no es más verdadera en sus teorías, ya que constituye solamente la forma histórica particular en que se representa y se enuncia a la locura como enfermedad, al igual que las que estudia la medicina, y desde esta perspectiva se liga al proyecto científico de la modernidad. Es esto lo que interpretan los psiquiatras como progreso del conocimiento, como un avance sobre las representaciones míticas o religiosas a las que se considera formas del pensamiento más primitivas, o más propias de sociedades que consideran primitivas.

En Salud Mental, ya dijimos, las teorías, en tanto articulan determinadas concepciones del hombre y las relaciones humanas, están inexorablemente destinadas a expresar valores morales, ideales filosóficos, religiosos o políticos, con dominancias de algunos de éstos en razón del momento histórico y la sociedad considerada. Además, como luego veremos, estas teorías legitiman un poder de los técnicos sobre los sujetos considerados enfermos, pero este ejercicio de poder proviene en lo esencial de las formas sociales de organización y ejercicio del poder (el Estado, el sistema político, etc.) y no de la propia teoría.

La coexistencia de diversas teorías es ya una señal de no científicidad, una "anomalía científica" (Kuhn). Es más, no hay siquiera un acuerdo en definir el objeto de la psiquiatría y, por lo tanto, menos aun de las leyes de desarrollo de su objeto. Henry Ey lo define como "patología de la libertad"; Biswanger como "vicisitudes del ser-en-el-mundo"; Kraepelin antes como "patología médico-psiquiátrica"; López Ibor como "estructuras fenomenológicas morbosas"; K. Jaspers como "el acontecer psíquico consciente juzgado enfermo". Señalemos algunas cuestiones que fundamentan la no científicidad de las teorías de la psiquiatría médica: a la coexistencia de teorías (organicistas, genéticas, sociogenéticas, psicogenéticas, mixtas, etc.) se corresponde, en el sentido de

Kuhn, la no conformación de un paradigma, las anomalías conviven sin producir reordenamientos, o en la idea de G. Bachelard, no se visualizan rupturas epistemológicas que muestren la superación de las formulaciones ideológicas; las teorías psiquiátricas no trasponen la descripción y clasificación de los fenómenos y, en ese sentido, no definen un objeto formal; tampoco, a diferencia de las ciencias, constituyen un lenguaje propio y preciso, que permita pasar de la descripción a la construcción conceptual o formalización; la no producción de su propio método de investigación, tal como lo requieren las ciencias positivas, reemplazándolo por lo que algunos han llamado el “método empírico descriptivo”; lo que ya señalamos como ausencia de fundamentación desde la teoría de las prácticas técnicas; la trasposición a la psiquiatría de investigaciones de otras ciencias (genéticas, metabólicas, bioquímicas, etc.) sin reformulación de sus enunciados teóricos. Recordemos que este último punto ha dado lugar a las teorías genéticas de la delincuencia, por ejemplo, cuyos efectos de ocultamiento son evidentes, y no alejados de las más recientes investigaciones bioquímicas y metabólicas. Estas parten de investigar el metabolismo, ciertos procesos químicos o conformaciones genéticas en sujetos que han sido definidos por criterios sociopolíticos enfermos o delincuentes, es decir desde las teorías psiquiátricas, no desde la perturbación genética o metabólica. Obviamente estas teorías, al explicar las causas de estos problemas, producen un ocultamiento de las determinaciones reales, humanas, en que se define la delincuencia o la locura.

Esta imposibilidad de hallar en la ciencia positiva el respaldo a las teorías psiquiátricas no hizo abandonar, sin embargo, la ilusión de una ciencia natural para la enfermedad mental hasta entrada la segunda mitad de nuestro siglo, en que se ha ido dando paso a nuevas teorías de lo mental ligadas a lo sociopolítico. Una forma evidente de esta ilusión es la expectativa de lograr una unificación de las teorías, es decir, una ciencia psiquiátrica que terminara con las pluriteorías y produjera un conocimiento formal, sintético y riguroso. Esta ilusión, ya alimentada por Kraepelin en el siglo pasado, no ha sido, no obstante sus fracasos, abandonada. Una de sus formas actuales es la de esperar que la profundización de los conocimientos que aportan las investigaciones médicas que aludimos, produzcan finalmente un saber etiopatogénico y fisiopatológico, que deja-

rían en el terreno de las especulaciones todas las teorías anteriores. Esta expectativa tiene más racionalidad (aunque prestada de la ciencia) que otras ambiciones de producir esta unificación y, por lo mismo, una conclusión teórica por vía acumulativa. Ilusión empiricista ésta, supone que la acumulación por suma de observaciones minuciosas y descripciones precisas, las clasificaciones más exactas y exhaustivas, armarán el edificio teórico acabado de la psiquiatría. Es también el camino de los que reivindican la clínica psiquiátrica, como fundamento de un saber acumulativo que resolverá la dispersión teórica o la carencia de basamentos conceptuales.

Se parte en estos casos de un error típicamente positivista: se cree que las enfermedades, como las cosas de este mundo, están allí desde siempre, sólo falta el "progreso del conocimiento" para lograr su comprensión definitiva. Se deja de lado que la enfermedad mental es tan histórica como las teorías que le corresponden, y ambas marchan por el mismo camino y al mismo ritmo. El evolucionismo en historia del conocimiento se corresponde siempre con el positivismo en la ciencia particular.

Es sabido que la ciencia objetivista aplicada a la medicina, y sobre todo la incorporación de tecnologías científicas en los últimos cincuenta años, significaron un innegable progreso de nuestros conocimientos sobre las enfermedades biológicas y por lo mismo posibilitaron su mejor tratamiento. Obviamente no ocurrió tal cosa con la medicina mental. El grueso de las enfermedades muestran el fracaso de un conocimiento etiopatogénico y por lo mismo no son más controlables ahora que antes de la revolución científico-técnica. El progreso de los conocimientos en Salud Mental está ligado a una revalorización de las condiciones sociopolíticas de vida de los grupos humanos y su mayor o menor capacidad patogénica, y el progreso de los tratamientos se debe, por un lado, al desarrollo de la psicofarmacología moderna, y por otro, fundamentalmente, a las reformas de los criterios sociales: no segregación, modificación del encierro asilar, tratamientos en y por la comunidad, revalorización de la conflictiva subjetiva y grupal, etc.

Es importante tener en cuenta que la crítica global a la medicina mental, realizada en la última mitad del siglo, que reprochó con razón y justicia el papel negativo jugado por la referencia médica de la psiquiatría, obturadora de un conocimiento más racional de los procesos psíquicos de la enfermedad

mental y legitimadora de un orden psiquiátrico represivo y patógeno, sobre su pertinencia respecto del modelo médico positivista, objetivista y biólogo. La misma medicina ha cuestionado los valores que este modelo médico representa. Pero si pensamos en una medicina más social, que recupere la preocupación antropológica, es decir, que considere el bienestar y la salud en todas sus dimensiones, incluido el bienestar psíquico y social, es posible encontrar muchas coincidencias entre las luchas por esta medicina, más verdadera respecto de lo humano, y una psiquiatría que reformule sus teorías y tratamientos para acercarse a las problemáticas humanas, es decir sociales, de los enfermos mentales. En Argentina es estratégicamente clave unir la reivindicación por una reforma progresista en Salud Mental con los reclamos de una medicina para todos, ligada a las necesidades de las mayorías. El pasaje del énfasis puesto en la asistencia de los enfermos a la promoción de los valores de la Salud Mental, que replantea toda la teoría y los criterios de utilización de recursos, es coincidente con la tendencia actual, repetida en todos los foros internacionales sobre la salud, de definir a ésta no por la mera ausencia de enfermedad física, sino de un modo positivo por las condiciones mínimas necesarias a un bienestar físico, psíquico y social.

En líneas generales y a fin de ilustrar las diversas tendencias teóricas en Salud Mental, podemos esquematizar las siguientes orientaciones:

a) *Teorizaciones ligadas a la clínica*, que siguiendo cierta orientación kraepeliniana, se ocupan básicamente del ordenamiento de los cuadros patológicos, basadas en una jerarquización y diferenciación de síntomas en función de producir un diagnóstico. El ser de la enfermedad se revela en un ordenamiento de los síntomas, no tanto de los dinamismos patológicos sino de la diferencia con otros cuadros. A esta tradición, además de Griesinger, Kraepelin, Bleuler y, en alguna medida, Clérambault, Bonhdeffer, pertenecen también las orientaciones clínicas estructuralistas actuales, dominantes en la psiquiatría francesa posterior a Henri Ey.

b) *Teorizaciones basadas en el análisis psicopatológico*, sobre todo a partir del texto de K. Jaspers,⁴ y que abriera el cauce a una

4. K. Jaspers, *Psicopatología general*, Buenos Aires, Beta, 1953.

intervención fenomenológica y existencial en psiquiatría. Estos desarrollos que recogen la investigación fenomenológica desarrollada por Husserl a principios de siglo y la de Dilthey, creadora del método comprensivo en las ciencias del espíritu, opuestas al causalismo positivista y fundadora de una ciencia del sentido, tratan de aprehender el síntoma psíquico como un hecho global, en sus rasgos formales (fenomenología) y en su comprensibilidad o incomprensibilidad, es decir, de las relaciones de sentido. Las nociones de proceso y desarrollo, y las de relaciones de comprensión y relaciones de explicación, que caracterizaron nuclearmente la psicopatología fenomenológica, siguen vigentes en tanto ejes de definición y diferencia de las diversas enfermedades psíquicas. Se puede decir que, trascendiendo a los psiquiatras explícitamente fenomenólogos, las nociones de síntomas procesales y de desarrollo impregnan el criterio clínico del grueso de los psiquiatras contemporáneos.

c) *Teorizaciones de la psiquiatría dinámica*, fundamentalmente impulsadas por Sullivan y Alexander en EE.UU., en alguna medida recogen la tradición de Adolf Meyer (1866-1950), uno de los pioneros del psicoanálisis norteamericano. Esta corriente se propone utilizar algunas de las teorizaciones del psicoanálisis, sobre todo aquellas ligadas a las dinámicas del conflicto y el yo, para fundar una clínica psiquiátrica más sensible a los dinamismos inconscientes en la causación de la enfermedad. Esta corriente, que equivocadamente algunos han llamado de psiquiatría psicoanalítica (término inconciliable como veremos), pertenece a la tradición de las teorías y prácticas psiquiátricas, a pesar del énfasis puesto por Sullivan en las dinámicas interpersonales y aun el énfasis puesto por Karen Horney en los factores sociogenéticos.

d) *Teorizaciones provenientes de la neurobiología, neuroquímica, estudios endocrinos y metabólicos*, pueden considerarse como la expresión más contemporánea del organicismo tradicional. El hallazgo de la parálisis general progresiva, a finales del siglo pasado, que abrió esperanzas desmesuradas en hallar etiologías equivalentes para otras enfermedades, la investigación de von Economo acerca de la encefalitis epidémica en la década del 30 y el auge de las investigaciones neuroquímicas de preguerra, hasta el descubrimiento por Laborit de la clorproma-

zina en 1952, marcaron hitos importantes en la esperanza de descubrir las causas naturales de las enfermedades mentales.

e) *Teorizaciones a partir de intervenciones comunitarias e institucionales*, que marcan el pasaje de la psiquiatría clásica, hegemónica hasta la Segunda Guerra Mundial, hasta la configuración del campo de la Salud Mental actual. Casi todas las teorías que aquí englobamos surgen de reformas profundas de lo psiquiátrico por diversos movimientos sociales o políticos de posguerra. Como hemos de ocuparnos de ellos en los próximos capítulos, sólo los enumeraremos: la psiquiatría comunitaria en EE. UU., la creación del Sector en Francia, las socioterapias que desarrolló Rappoport y las comunidades terapéuticas de Maxwell Jones en adelante, el psicoanálisis institucional francés, desarrollado a partir de las experiencias de Saint-Alban y Court-Cheverny, etc.

f) Finalmente, *las teorizaciones desarrolladas por los movimientos de desinstitucionalización*, fundamentalmente la antipsiquiatría inglesa de Laing y Cooper y el movimiento de psiquiatría democrática que inició F. Basaglia en Italia, que recogieron, aunque en desarrollos y líneas teóricas diferentes, los movimientos de reforma de principios de siglo (Open Door, los movimientos de Higiene Mental, etc.). Estas corrientes no deben pensarse sólo en los valores de negación de la psiquiatría clásica que expresan, sino en las fundamentación de valores positivos que aportan a una nueva comprensión de los problemas de salud mental.

Es importante señalar que cada una de estas orientaciones que esquematizamos se pretenden autosuficientes y abarcativas de la totalidad de los problemas de la salud y enfermedad mental y, en este sentido, no son parciales ni complementarias. Más bien cada una de estas orientaciones constituyen paradigmas diferentes, en la idea de Kuhn, en tanto conforman, además de sus teorías, una red coherente de pensamientos en relación con un objeto que definen como propio y establecen una comunidad de científicos (con sus asociaciones, congresos, códigos terminológicos, etc.), que permite considerarlos como disciplina autónoma. Ya señalamos antes que las ciencias requieren la hegemonía de un paradigma, desde el que se definen, entre otras

cosas, las anomalías de esa ciencia. En Salud Mental hay coexistencia de paradigmas, sin resolución de las anomalías que esto provoca, y que han llevado a algunos a interpretar que la Salud Mental está constituida por diferentes disciplinas. Coartada para sostener la idea de que cada una de ellas aporta su ciencia al mismo objeto, lo cual no hace más que ayudar a la crítica de su cientificidad. Como ya vimos con la constitución de la disciplina, hay que entender a ésta albergando diferentes teorías sobre la enfermedad mental, provenientes de saberes médicos, filosóficos, sociales y políticos, lo que no es más que la evidencia de la pertenencia del campo de la Salud Mental al ámbito de las disciplinas sociopolíticas, en las que se hace necesario apoyar y desplegar el desarrollo de nuestros conocimientos, abandonando la ilusión prejuiciosa de una cientificidad tomada de las ciencias naturales. El gran aporte de éstas, por vía sobre todo de la moderna psicofarmacología, está en la utilización de fármacos en los tratamientos, pero de esto no surgen teorías científicas de la enfermedad.

Hay que agregar que los modelos de la psiquiatría positivista, que hemos caracterizado como objetivistas, son además causalistas, responden a la pregunta por las causas de los fenómenos. Lo que desde la antipsiquiatría se les ha criticado es que esta causalidad supuesta y nunca demostrada, que invistió de cientificidad a la medicina mental, ha servido para legitimar y encubrir la función social de la psiquiatría: vigilar la norma social, excluir al enfermo, custodiar a los segregados, etc. Se debe agregar que la psiquiatría partió además de un error epistemológico clave: pensó la causalidad desde sus teorías físicas, porque confiaba hallar en los procesos mentales las mismas leyes que rigen los procesos de la naturaleza. Este causalismo de las teorías organicistas persiste también en las psicogenetistas, o en las que estudian con métodos objetivos el comportamiento o la conducta. Todas ellas responden a una misma teoría de la causalidad, ya que la objetividad de los datos clínicos remite a una causa orgánica o biográfica. Aun la fenomenología, preocupada por las relaciones de sentido, no escapa a considerar la historia, la biografía del sujeto enfermo, con este modelo de causalidad: el pasado es causa del presente.

Es ciertamente notable cómo el problema de la causalidad trabó todas las teorizaciones psiquiátricas, al punto que las diferencias de escuela se nombran en relación con la causalidad

que proponen: el modelo anatomoclínico de Kraepelin y lo órgano-genético; los psicogenetistas, fundamentalmente los fenomenólogos a partir de K. Jaspers, E. Kretschmer y otros; el mecanicismo de Clérambault, con su teoría de los fenómenos (alucinaciones, sensaciones patológicas, ideas delirantes) mecánicamente formados y la idea de los síntomas como neoformaciones no explicables por ninguna ideogénesis o psicogénesis; las corrientes neuroquímicas, etc. Algunas extensiones del psicoanálisis al tratamiento de las psicosis, fundamentalmente las que promovió Lacan en Francia y Alexander en EE.UU., han estado impregnadas de este pensamiento causalista. Agreguemos que todas las preocupaciones nosográficas, que se han propuesto, fundamentalmente la diferencia neurosis-psicosis, terminan buscando explicar éstas en una diferencia causal.

Podemos concluir en este ítem con que toda teoría en Salud Mental expresa determinados valores sobre el hombre y las relaciones humanas, una relación de poder sobre ciertos objetivos o metas sociales. Esto es válido a la vez que se propone como función preservar o imponer, tanto para las teorías míticas o religiosas como para las de la psiquiatría clásica, la fenomenología y aun el psicoanálisis cuando opera en las políticas de Salud Mental, ya que su principio de neutralidad valorativa en la cura no lo hace neutro en el campo social, en tanto portador de una teoría crítica de la subjetividad. Son estas condiciones las que han hecho que en las modernas concepciones de la Salud Mental se asuma más plenamente la dimensión social y política presente en nuestra disciplina. En un trabajo anterior he tratado de mostrar este pasaje de las categorías médicas a un dominio de enfoques sociológicos, antropológicos, históricos y hasta poéticos⁵. Como luego trataremos de demostrar, toda teoría en el campo de la Salud Mental (que hemos definido como un sector acotado de problemáticas humanas) es expresión de una política, es decir, productora de un modelo específico de articulación del saber con el poder, en función de ciertos objetivos sobre el hombre y las relaciones sociales. La importancia y hasta el beneficio de esta manera de plantear el problema no es la politización de las prácticas o teorías, sino la recuperación consciente y en plenitud de las dimensiones sociales y políticas que

5. E. Galende, "La crisis del modelo médico en psiquiatría", *Cuadernos Médico-Sociales*, CESS, N° 23.

están presentes en este campo, en función de procurar un ajuste más preciso de los objetivos: producir valores positivos de salud en las relaciones humanas, contrarrestar las capacidades patógenas de la vida social, asistir a los que enferman.

LAS PRACTICAS TERAPEUTICAS

Muchas de las consideraciones que hemos hecho sobre las teorías en Salud Mental son igualmente válidas para los tratamientos. Ya hemos dicho también que no hay una relación entre las teorías y las prácticas tal como la existente entre una ciencia y sus técnicas. Las determinaciones de las prácticas terapéuticas están ligadas con frecuencia a modos más espontáneos y pragmáticos de enfrentar los problemas de los enfermos mentales y funcionan con extrañamiento, a veces con contradicción franca, respecto de las teorías. Valga como ejemplo las prácticas asilares de muchos psiquiatras fenomenólogos. En la mayoría de los movimientos de reforma en Salud Mental se ha puesto más énfasis en la denuncia de las prácticas terapéuticas a las que se responsabiliza primariamente de la función social represora de la psiquiatría. Basaglia, por ejemplo, afirma que la psiquiatría es ante todo esa práctica represiva, claramente representada por la institución asilar y sólo a posteriori las teorías vienen a revestir, encubrir o legitimar lo que efectivamente se hace. Nosotros mismos hemos puesto énfasis en las técnicas psiquiátricas al definir la psiquiatría, en un trabajo anterior, como: "La psiquiatría es una práctica técnica instituida por e instituyente de una demanda social específica, y a la vez un discurso ideológico que se propone como saber sobre la norma psíquica y sus desviaciones".⁶

Los tratamientos en Salud Mental, y en distintos momentos históricos, no son un cuerpo homogéneo y coherente de prácticas terapéuticas sino un conjunto de medidas prácticas, procedimientos pragmáticos y técnicas importadas de alguna ciencia. Pero un hilo sutil las une para recortar en el espacio social un conjunto inteligible, ligado a las problemáticas de lo subjetivo, y hacen que configuren una totalidad disciplinaria. Esto hace que se reconozcan entre sí y que también las reconozcamos como modos sociales, consensuales, de tratar a los sujetos enfermos. Por más arbitrarias y aberrantes que hayan sido y sigan siendo estas

6. E. Galende, "Modelos de atención en salud mental", Actas VII Congreso Argentino de Psiquiatría, Santa Fe, 1976.

prácticas, se sostienen de su pertenencia a la disciplina y al consenso social que ésta engendra.

Vamos a agrupar sintéticamente al conjunto de prácticas terapéuticas:

a) *Tratamientos basados en la palabra*: comprende al gran grupo de las psicoterapias, inaugurado para la psiquiatría con Pinel a través del tratamiento moral de la locura, seguido por las psicoterapias sugestivas y morales a fines del siglo pasado, para abrirse en un abanico casi infinito en el presente: Harper, en la década del 60, describió treinta y seis sistemas de psicoterapia, y desde entonces se han multiplicado, sobre todo por lo que Castel denomina las "psicoterapias para normales".⁷ En el mismo grupo se comprenden las curas chamánicas, las llamadas técnicas de control mental, las curas por magnetismo que inauguró Mesmer en el siglo pasado, la hipnosis, etc. Hay que tener en cuenta que son prácticas anteriores a la comprensión del papel del lenguaje como estructurador de la subjetividad.

b) *Tratamientos basados en técnicas corporales*: la utilización terapéutica del teatro, el psicodrama, la danza, las musicoterapias, la expresión corporal, etc., que no son como equivocadamente se pretende contemporáneas, sino que tuvieron vigencia en el Occidente antiguo y aún la tienen en ciertos rituales terapéuticos africanos. Se basan, en general, en la potencialidad del cuerpo de expresar los afectos subjetivos y de afirmar la relación con los otros.

c) *Tratamientos físicos*: en general ligados a la utilización de electricidad, desde las estimulaciones eléctricas de baja intensidad utilizadas a finales del siglo pasado, las técnicas de electro-sueño más contemporáneas, hasta el electrochoque. El electro-sueño, que consiste en pasar una corriente eléctrica de bajo voltaje a través de dos electrodos colocados en los globos oculares y que adormece al sujeto, sigue constituyendo un recurso para provocar el sueño menos pernicioso que los psicofármacos hipnóticos, y es de suponer que los intereses farmacológicos hayan contribuido a su poca difusión en Occidente. En cuanto al electrochoque, inventado por Cerletti y Bemi en la década del 30,

7. R. Castel, *La gestión de los riesgos*, Barcelona, Anagrama, 1986.

y que consiste en la provocación de un shock cerebral por pasaje de una descarga eléctrica de alta intensidad y corta duración a través de electrodos colocados en las sienes, es quizás el tratamiento más exitoso, no por sus efectos terapéuticos sino por haber sido el centro de todas las críticas contra la psiquiatría y haber sobrevivido a todas ellas, ya que sigue siendo de práctica habitual en muchos servicios.

d) *Tratamientos por el trabajo*: englobados bajo el término de laborterapia, parten de postular la función benéfica del trabajo en el proceso de socialización y realización subjetiva. En sus comienzos, durante las reformas psiquiátricas de principios de siglo que crearon las colonias de rehabilitación (inconmensurable labor que llevó a cabo Domingo Cabred en Argentina), se pensó el trabajo ligado a la resocialización de enfermos crónicos y al mejoramiento de las condiciones de vida de los internados. En la actualidad se utiliza en los servicios que atienden pacientes con internación prolongada (drogadictos, alcoholistas, psicóticos, oligofrénicos, etc.)

e) *Tratamientos quirúrgicos*: inaugurados en la década del treinta, con la psicocirugía, la lobotomía frontal, leucotomía prefrontal transorbitaria, la talamotomía, etc. La brutalidad de estos procedimientos extremos, utilizados más con pacientes difíciles de contener por otros medios, y la llegada de los psicofármacos para la función de contención, han hecho que casi se abandonaran en los últimos años. Es frecuente, sin embargo, en las colonias y algunos hospitales psiquiátricos encontrar pacientes lobotomizados. El sustento de estos procedimientos no fue la mejoría o curación de la enfermedad, sino la anulación de funciones psíquicas y corporales que hacían inmanejables a estos pacientes.

f) *Tratamientos químicos*: se inician con las drogas rudimentarias del siglo pasado y comienzos de éste, y tienen su auge en la década del treinta con el "descubrimiento" de los beneficios que las convulsiones provocaban en los enfermos mentales. En épocas en que la medicina se interesaba por los problemas del equilibrio y la adaptación (se estudia el síndrome general de adaptación, el estrés, etc.), los psiquiatras encuentran que la alteración brusca de estos equilibrios alejaba los síntomas de las

psicosis. En 1934 von Meduna introduce el Cardiazol inyectable en dosis necesaria para provocar convulsiones; Sakel un año antes provocaba comas hipoglucémicas a repetición por la aplicación de insulina (hoy se sigue haciendo como “cura de Sakel”). Ya más recientemente se utilizaban drogas alucinógenas para el tratamiento de algunos cuadros. En este grupo incluimos también los tratamientos aversivos para alcoholistas, basados en las apomorfinas inyectables u otras drogas. Excepto este último, basado en las teorías del reflejo condicionado, no existe una fundamentación para los tratamientos convulsivantes, que se basan solamente en la utilidad de producir efectos amnésicos que se consideran beneficiosos para algunos enfermos.

g) *Tratamientos basados en contención y aislamiento*: estos métodos tienen curiosamente dos valoraciones diferentes. Se piensa que la contención y el aislamiento son en sí benéficos para ciertos trastornos mentales. Si se indica el aislamiento con acuerdo del paciente, éste se concreta en un viaje, baños termales por ejemplo, o una estadía en una clínica para una cura de reposo. Si la indicación se piensa necesaria y compulsiva, “para su seguridad y la de los demás”, como indican los certificados de internamiento, las técnicas que lo concretizan son diferentes. Las celdas acolchadas, que existieron en todos los hospicios del siglo pasado, el chaleco de fuerza, la red, la ligadura a la cama, absceso glúteo provocado por la inyección de trementina, o infiltración con formol en la planta del pie para impedir la marcha, etc. Sé que se trata, en algunos casos, de métodos separados por la psiquiatría misma, y hasta puede parecer injusto recordarlos. Pero no estoy tan seguro de que la ideología que hizo posible todas las formas de violencia que se han ejercido contra los enfermos mentales haya sido igualmente superada. En todo caso, nos parece válido estar advertidos de esta potencialidad de la psiquiatría de articular a sus supuestos saberes y poder autoritario, que troca muy fácilmente su paternalismo médico por la arbitrariedad represiva.

h) *Tratamientos grupales y comunitarios*: de los cuales nos hemos de ocupar luego. Caracterizan la configuración más moderna de Salud Mental, en tanto se han ido convirtiendo en la expresión dominante de las nuevas concepciones y nuevas políticas en Salud Mental. Sin embargo, y en relación con

nuestra tesis de la producción histórico-social de teorías y tratamientos, digamos que los tratamientos comunitarios ya eran realizados por los cuáqueros en el Retiro, como nos recuerda Foucault,⁸ y que las formas grupales de tratamiento existen en algunas formas de abordaje de la enfermedad en sociedades tribales (los tongha).⁹ Incluimos en este conjunto a los tratamientos grupales, de pareja, de familia, etc.; las llamadas comunidades terapéuticas en sus distintas versiones, la psicoterapia institucional, las intervenciones comunitarias en cuanto a prevención y tratamiento, las socioterapias que inaugura Rappoport, los laboratorios gestálticos, etc.

En el proceso histórico de desarrollo de la Salud Mental no existe un progreso de los conocimientos que asegure un avance de las técnicas de tratamiento, o sea, su reemplazo y sustitución por terapéuticas más apropiadas o correctas. Existe más bien una adición, acumulación de procedimientos que en su superposición y coexistencia constituyen un conjunto de respuestas simultáneamente posibles, sin que se cuestione la especificidad de cada intervención. Esta situación está lejos de ser abarcada con la denominación de "eclecticismo". Se trata más bien de la organización acrítica de una pluralidad de teorías y procedimientos técnicos que aseguran una unidad de función: la del recorte de un sector problemático de la vida social, la asignación del mismo a una disciplina, la exigencia de respuestas técnicas a esos problemas, la existencia de profesionales dispuestos a implementar las respuestas.

Veremos luego en detalle el pasaje, después de la Segunda Guerra Mundial, y concordante con las transformaciones de la vida social y el desarrollo tecnológico, de unas prácticas pensadas y aplicadas en relación con los individuos a un énfasis inicial en las relaciones de pequeños grupos (grupos, familia, instituciones, comunidades, etc.), desarrollo al que mucho aportó la microsociología de los años cincuenta, para finalmente desembocar en la dominancia actual de las políticas de Salud Mental en Occidente: acción sobre los grandes grupos (comunidad, escuela, grupos marginales, etc.), anonimato creciente de los individuos involu-

8. M. Foucault, *Historia de la locura en la época clásica*, México, Fondo de Cultura Económica, 1967.

9. I. Laplantaine, *La ethnopsychiatrie*, París, Seuil, 1972.

crados. Bajo una aparente liberalidad en las relaciones humanas, el pasaje de la asistencia mental a los enfermos hacia una preocupación en la promoción de valores de Salud Mental para las grandes poblaciones, iniciativa correcta dentro de una ideología más ligada a la preservación de la vida y el bienestar, se reformula la función del sector Salud Mental y se posibilita una exacerbación incalculada de su función de control de la norma psicológica.

LAS INSTITUCIONES

La constitución de un discurso social específico, instituyente de una norma psicológica, permite pensar a la psiquiatría o a la moderna Salud Mental como una institución social, del mismo modo que decimos de la medicina, la escuela o el derecho que son instituciones. Esta institución genera formas básicas de organización de esa norma, como formas particulares de relación de los que participan en ella, instituyendo diferencias y funciones: enfermos/sanos, curadores/enfermos, etc. A su vez esta organización de relaciones se plasma en cierto tipo de establecimiento, en los que la institución realiza de modo concreto estas relaciones e implementa las prácticas.

A título de ejemplo, imaginemos la siguiente escena: un señor a quien su vecino molesta con insultos, decide aprehenderlo y atarlo a su cama. Como no cesa de gritar y a fin de silenciarlo, se propone dormirlo aplicándole una corriente eléctrica en la cabeza, para lo cual debe conocer intensidad y tiempo para evitar provocarle la muerte; eventualmente tendrá que reanimarlo. La policía, alertada por los vecinos, acude al lugar y lo detiene. Se le inicia un juicio por lesiones. Seguramente su inteligente abogado pretenderá aliviar la pena tratando de caratular el caso como "ejercicio ilegal de la medicina". Obviamente la misma escena en un hospital psiquiátrico cobra un significado diferente. El discurso social, es decir, la existencia objetiva de la institución psiquiátrica, permite ubicar al primer individuo como enfermo y a quien lo contiene como psiquiatra, es decir, instituye ese lazo social específico. Ella legitima el desempeño de ambas funciones que están regladas por la institución. El lugar físico de realización de esta práctica, aunque contingente, es esencial para organizar las relaciones de conocimiento, poder y jerarquía, y hacerlas administrables. Cada uno de estos luga-

res, a los que llamamos instituciones de Salud Mental, en la medida que aseguran la realización de lo psiquiátrico, en las funciones diferenciadas de los individuos participantes, tiene un poder instituyente, diferenciable de la mera repetición de las prácticas y relaciones instituidas.

Vamos a ocuparnos bajo el término "instituciones" del funcionamiento de estos establecimientos, con la advertencia de que ninguna de ellas puede ser autoexplicada, es decir, comprendida sólo por los dinamismos relacionales, organización y reglas que insta para su funcionamiento, ya que requieren para ser entendidas, en todos sus aspectos, de la consideración del sistema institucional global que integran y de su relación con el contexto social. Esto no invalida las interpretaciones que se centran en el análisis de estas instituciones, sino la creencia en el autocentramiento de ellas, ya que justamente el análisis de las dinámicas institucionales, jerarquías, distribución y ejercicio de roles, etc., se enriquece y completa con la consideración de las relaciones con el sistema global. Igualmente estamos advertidos de que los análisis sociológicos que descuidan los elementos instituyentes propios de las relaciones en la institución, corren siempre el riesgo de hacer consideraciones reduccionistas de lo instituido. Una comprensión de los procesos dialécticos en juego debe llevarnos a la consideración simultánea de lo que el discurso social sobre la norma psicológica instituye en el seno de las relaciones humanas, las formas en que esto plasma relaciones concretas entre individuos y la creación de lugares especiales de concreción de estas relaciones.

Goffman¹⁰ señala cómo un ordenamiento social básico en las sociedades modernas consiste en que los sujetos tienden a diferenciar los lugares del dormir, del trabajar y del esparcimiento. No sólo los lugares son distintos sino también los coparticipantes, es decir los demás sujetos con quienes se interactúa, el tipo de autoridades y jerarquías en esos lugares, y todo esto sin que haya un plan básico que organice la totalidad de estas actividades. Se tiende a pensar que la regimentación global de estos ámbitos es propia de las sociedades totalitarias. Justamente, la característica fundamental de las que Goffman llama "instituciones totales", cuyo modelo principal es el asilo psiquiátrico, es la ruptura de las barreras que en la vida ordinaria separan estos tres ámbitos. En

10. I. Goffman, *Internados*, Buenos Aires, Amorrortu, 1970.

primer lugar, en estas instituciones, todos los aspectos de la vida se desarrollan en el mismo lugar y bajo la misma autoridad única. Segundo, en cada actividad diaria están siempre presentes otros individuos, a quienes se les otorga el mismo trato y de quienes se requiere que hagan juntos las mismas cosas. Por otra parte, todos los aspectos de la vida diaria son estrictamente programados, de tal modo que ya se sabe la actividad que sigue a la que se realiza, en tiempos más o menos fijos, secuencias impuestas no por el individuo o el grupo sino por alguna autoridad. Esto implica también la existencia de un conjunto de normas formales estrictas y un cuerpo de funcionarios que encarnan la autoridad de su cumplimiento. Uno de los mecanismos clave de estas instituciones es el manejo, expropiado por la organización, de la totalidad de las necesidades de los individuos, que pasan a ser administradas mediante la sistematización burocrática del funcionamiento del conjunto.

El hospital psiquiátrico, las colonias, el asilo, englobables en el término manicomio, son hasta hoy la figura clásica de la institución psiquiátrica. Se pueden definir como lugares de residencia y trabajo, en las que un número de individuos que comparten la situación de enfermos, aislados del resto de la sociedad durante un tiempo, en general muy prolongado y sin fecha ni razones ciertas para la salida, participan, en su condición de internados, de los rituales y ceremonias cotidianas que formalmente dirige un supuesto, y no siempre conocido, curador. Estas instituciones son absorbentes, se proponen proporcionar al enfermo un mundo propio, absorbiendo todo su tiempo e intereses. Esta tendencia totalizadora de la vida del internado está simbolizada por todos los obstáculos que se interponen a la interacción social con lo exterior, obstáculos visibles también para evitar la salida, y que adquieren materialmente la forma de altos muros, las puertas cerradas y sin picaportes, las rejas, etc., equivalentes a las alamedas de púas o a las barreras naturales (ríos, ciénagas, etc.) que rodeaban las viejas prisiones.

Dice Goffman de estas instituciones: "Las instituciones totales de nuestra sociedad pueden clasificarse, a grandes rasgos, en cinco grupos. En primer término hay instituciones erigidas para cuidar de las personas que parecen ser a la vez incapaces e inofensivas: son los hogares para ciegos, ancianos, huérfanos e indigentes. En un segundo grupo están las erigidas para cuidar de aquellas personas que, incapaces de cuidarse por sí mismas,

constituyen además una amenaza involuntaria hacia la comunidad: son los hospitales de enfermos infecciosos, los hospitales psiquiátricos y los leprosarios. Un tercer tipo de institución total, organizado para proteger a la comunidad contra quienes constituyen intencionalmente un peligro para ella, no se propone como finalidad inmediata el bienestar de los reclusos: pertenecen a este tipo las cárceles, los presidios, los campos de trabajo y de concentración. Corresponden a un cuarto grupo ciertas instituciones deliberadamente destinadas al mejor cumplimiento de una tarea de carácter laboral, y que sólo se justifica por estos fundamentos instrumentales: los cuarteles, los barcos, las escuelas de internos, los campos de trabajo, diversos tipos de colonias y las mansiones señoriales desde el punto de vista de los que viven en las dependencias de servicio. Finalmente, hay establecimientos concebidos como refugios del mundo, aunque con frecuencia sirven también para la formación de religiosos: abadías, monasterios, conventos y otros claustros”.¹¹

Foucault¹² ha hecho uno de los análisis más lúcidos del surgimiento del internamiento, y por lo tanto del asilo, como uno de los núcleos constituyentes de la medicina mental. Nos recuerda el Decreto Real por el que se creó en 1656 el hospital general, un conjunto de establecimientos centralizados en París, y en los que en poco tiempo se encerraron uno de cada cien habitantes (unas cuatro veces más que los actuales internamientos psiquiátricos en Francia). Salpêtrière y Bicêtre, que antes eran cuarteles militares, y algunos establecimientos que aportó la Iglesia, albergaron a una multitud indiferenciada de pobres, vagabundos, homosexuales, locos, prostitutas, etc. No fueron establecimientos médicos sino policiales, pero en ellos se iban a crear los primeros asilos pocos años después, con una población cuya diferenciación encaró Pinel. Allí comienzan las primeras clasificaciones: “locos borrachos”, “locos adormecidos y medio muertos” (catatónicos), “locos desprovistos de memoria y entendimiento”, etc. Foucault señala que cuando en el siglo XVIII los médicos acuden a atender la locura, ya encuentran a ésta asociada al encierro y exclusión de la vida social. Desde sus comienzos el manicomio es la figura central de la psiquiatría: la amenaza de encierro pende sobre todos los que, considerados enfermos por sí mismos o por otros,

11. Id., pág. 19.

12. M. Foucault, ob. cit.

acudan al médico de lo mental. Por lo mismo se funden las representaciones de la enfermedad con el encierro y el castigo.

Hasta finales del siglo XIX el asilo monopolizó la institución asistencial psiquiátrica. Esta se correspondía fácilmente con las teorías organicistas que, desde Esquirol a Kraepelin, cubrieron la psiquiatría de ese siglo, ya que éstas concluían en el diagnóstico, carentes de tratamiento y pesimistas en cuanto a la evolución de estas enfermedades. En los comienzos de nuestro siglo se produce una revalorización general de las relaciones interpersonales y de las problemáticas subjetivas. El psicoanálisis, surgido en esa época, no es ajeno a estos desarrollos, ya que algunos psicoanalistas junto a la naciente psicopatología fenomenológica, cuestionan en todos los terrenos la ideología manicomial de la psiquiatría, nombrada como "alienismo".

Los movimientos de reforma psiquiátrica, sobre todo amplios y exitosos en EE. UU., se dirigieron fundamentalmente a lograr un cambio en la situación de los enfermos internados, cuestionando en alguna medida los procedimientos terapéuticos, pero sobre todo las instituciones asilares. Ya en 1908 se crea el Primer Servicio Diagnóstico en un hospital general donde los enfermos eran estudiados y tratados, antes de ser derivados a un hospital psiquiátrico. En 1912 en EE. UU. existían ya varios de estos servicios, que atienden patología considerada más leve a benigna, pero sobre todo se ha creado un ámbito no asilar donde los enfermos son observados y escuchados. Esto introdujo un nuevo espacio institucional para la enfermedad mental.

Adolph Meyer es la figura principal en la que se identifica la reforma norteamericana de la primera mitad del siglo. En 1908 dirige el Instituto Psiquiátrico de Nueva York, que cuenta con un departamento clínico y otro de enseñanza, y pretende una asistencia totalizadora de los problemas mentales. Por entonces dictaba una cátedra en la Clark University, la misma que en 1909 invitara a Freud en su primer viaje a EE. UU. En 1911, dos años después, junto a otros psiquiatras, funda la American Psychoanalytic Association, y en 1913 pasa a dirigir en Baltimore el Phipps Psychiatric Clinic, uno de los hospitales psiquiátricos que más influencia ejerció en la reforma norteamericana de comienzos de siglo. A. Meyer participó también del movimiento de Higiene Mental y fue el primero en fundar desde la psiquiatría un trabajo con la comunidad. Si nos extendemos en estas referencias es porque en la persona de A. Meyer se plasma en

EE.UU. una convergencia que habrá de caracterizar la psiquiatría norteamericana hasta el presente: psiquiatría, psicoanálisis, trabajo social con la comunidad.

Todo este movimiento de alternativa al asilo en EE.UU. tiene su expresión en Argentina, sobre todo a través de Domingo Cabred, que fundó varias de las actuales colonias de rehabilitación en diferentes puntos del país, como alternativa a la función cronicante del hospicio y a fin de brindar por el trabajo una posibilidad de rehabilitación.

En 1910, impulsado por un ex internado en el hospital psiquiátrico, Clifford Beer, y apoyado por A. Meyer, se inicia en EE.UU. un movimiento social de denuncia del tratamiento inhumano que sufren los enfermos mentales en los hospitales psiquiátricos, a la vez que propone la búsqueda de otras formas de atención en instituciones asistenciales abiertas con mayor énfasis en la prevención. Este movimiento se autodenominó de Higiene Mental. Fue abarcando un campo mucho más amplio que el que cubría la psiquiatría asistencial, ya que se propuso generar las condiciones para la promoción de valores psíquicos positivos, no mera ausencia de enfermedad, generando toda una ideología social sobre las condiciones del bienestar. Implementó los primeros hogares de prevención con niños. Este movimiento, puede decirse, inicia la crítica y liquidación de los manicomios y genera a partir de 1910 alternativas posibles de asistencia, hace pensables las tareas de prevención y promoción de Salud Mental, constituyéndose en el antecedente más importante de la gran reforma que, a partir de 1945, han de llevar a las nuevas políticas de Salud Mental.

El segundo hecho clave de la psiquiatría de EE.UU., que ha de impactar en Argentina, fue la creación del Instituto Nacional de Salud Mental y el Programa Federal de Psiquiatría Comunitaria, al amparo de la ley Kennedy de 1963. Se crean entonces los Centros Comunitarios de Salud Mental, con cinco prestaciones mínimas: 1) hospitalización, 2) tratamientos ambulatorios preferentemente, a través de consultorios externos, 3) creación de un servicio de urgencia, 4) distintas formas de hospitalización parcial (Hospital de Día, Hospital de Noche, etc.), y 5) consulta y educación. Asimismo cubre tareas de interconsultas, promoción, implementación de programas de prevención en la comunidad. Los dos objetivos básicos eran la externación de los enfermos de los hospitales psiquiátricos (se redujeron un 60% en 20 años) y la

creación de un sistema asistencial descentralizado, con una creciente autonomía de los centros periféricos. Estos servicios van incorporando, además de la asistencia psiquiátrica tradicional, nuevas problemáticas: drogadicción, infancia, marginalidad social, etc. Las prácticas que se desarrollan en estos servicios, que empiezan siendo una extensión de cuidados médicos, se hace paulatinamente menos médica, ya que se va superando el esquema clásico de la asistencia psiquiátrica, para introducir, sobre todo por vía de la prevención primaria, un modelo más general de intervención sobre los problemas sociales de la comunidad. Es importante en esto destacar que a la par que se produce una ideología general sobre el bienestar psíquico, se nota la insuficiencia de recursos teóricos y técnicos para una intervención concordante en la comunidad. Esto creó la necesidad de incorporar a Salud Mental, a través de estos centros, a profesionales de otras disciplinas: sociólogos, trabajadores sociales, antropólogos, psicólogos, etc. Allí se acuñó la creación de los llamados “equipos de salud mental” y se comienza a hablar de “interdisciplina” y “multidisciplina”.

Es este desarrollo de la Salud Mental en EE.UU. el que más influyó en las propuestas de reforma en Argentina. Desde la creación del Instituto Nacional de Salud Mental en 1957, inspirado en el modelo inglés, y sobre todo en el Programa Nacional de Salud Mental de 1967. En éste se adoptan muchos de los criterios institucionales que promovió la ley Kennedy. Con este programa, el panorama de las instituciones estatales de Salud Mental se configura de esta manera: *hospitales psiquiátricos*, en muchos casos ligados al funcionamiento de las cátedras de psiquiatría de las Facultades de Medicina; había diecisiete en 1966 y se propone crear cinco nuevos. Algunos de éstos no se concretaron. *Colonias psiquiátricas*, los viejos establecimientos creados para rehabilitación de enfermos de larga internación, y que se constituyeron en el país en un depósito inhumano de enfermos; había seis y el programa crea otros siete (en Catamarca, Córdoba, Corrientes, Chubut, Entre Ríos, Río Negro y San Juan). *Hogares para oligofrénicos*, había uno en San Juan y se propone crear cuatro más en provincias. *Hogar especial para gerontopsiquiatría*, de los que se propone crear dos, en Entre Ríos y Corrientes. *Talleres protegidos*, dos en Capital Federal. Igualmente, dos *hostales*, una *aldea de rehabilitación* y *centros de salud mental*, de los que había ya dos y se crea uno más, y

servicios psiquiátricos de hospital general, de los que había catorce y se crean veintidós. En la actualidad estos dos últimos, las instituciones más impulsadas por la psiquiatría norteamericana, se han multiplicado en el país.

El Servicio de Psiquiatría en el hospital general y los centros, las dos alternativas más exitosas hasta ahora al hospital psiquiátrico, generaron rápidamente una nueva demanda, diferente de la que recibían los hospicios. En estas instituciones se facilitó enormemente la inclusión del psicoanálisis en la asistencia mental, y en la medida que se constituyeron en centros de formación profesional y especialización, contribuyeron a la notable expansión del psicoanálisis en Salud Mental en el país. El hecho de que en estos servicios la asistencia se asemeja más a la del consultorio privado y a que facilitan la utilización de métodos no represivos, esencialmente psicofármacos y psicoterapias que son identificados como tratamientos más modernos, genera la ilusión de una despsiquiatrización manicomial que sólo es relativa. Con frecuencia, estos servicios sólo admiten pacientes manejables por sus métodos y derivan de hecho los pacientes difíciles (por su patología, por su conducta o aun por su desamparo social) a la retaguardia manicomial. Esto supone un riesgo de producir un *aggiornamento* superficial de lo psiquiátrico, sin modificación sustancial de los valores represivos del hospicio.

Hasta aquí hemos señalado la función nuclear del asilo, y el surgimiento de las reformas que plasmaron en servicios de hospital general, centros de Salud Mental y las primeras tentativas de apertura a la intervención en la comunidad.

Vamos a ocuparnos ahora de la reformulación que se opera en los últimos años, sobre todo a partir del prestigio que va cobrando la prevención primaria y las experiencias llamadas de desinstitucionalización. Naturalmente, por vía de la prevención primaria, el campo de la Salud Mental se abre a una intervención en profundidad en otras instituciones sociales: la escuela, la medicina, villas o poblaciones, el derecho, cárceles, etc. Obviamente se permeabilizan así las fronteras entre lo puramente psiquiátrico y una forma más de acción social. Cuando G. Caplan¹³ en EE.UU. define a la prevención primaria como la acción de modificar los

13. G. Caplan, *Principios de psiquiatría preventiva*, Buenos Aires, Paidós, 1985.

factores que hacen patológica o patógena a una comunidad, abre el pasaje de una acción técnico-médica a un activismo militante, en el seno de una ambigüedad disciplinaria que introduce este borramiento de fronteras. A partir de allí, la Salud Mental se identifica necesariamente con cierta política, en tanto expresa los objetivos que una sociedad se plantea en términos de relaciones sanas entre sus miembros y la producción de bienestar, ya no sólo atender a los que enferman. Esta posición fue asumida explícitamente por los psiquiatras norteamericanos que intervinieron en el Programa de Psiquiatría Comunitaria, los que no tuvieron dificultad en vincular sus políticas en Salud Mental con las políticas sociales progresistas. Pero iguales desarrollos en países dependientes, como el nuestro, implicaron rápidamente suspicacias en los sectores conservadores y tradicionalistas, aliados naturales de la psiquiatría manicomial. Desde allí la cuestión política en Salud Mental y el impulso de instituciones asistenciales alternativas es terreno de luchas y debates.

Los procesos de crítica asilar y reforma psiquiátrica de los años 60 en adelante, desplazan el centro de gravedad desde el hospital psiquiátrico al trabajo con la población afectada, y dan lugar a nuevas formas institucionales. En EE. UU. tomó la línea de la psiquiatría comunitaria, pero lo que allí se llama comunidad es semejante a lo que los italianos llaman el territorio y no es del todo ajena a las primeras concepciones del Sector en Francia.

Basaglia, en Italia,¹⁴ y dentro de lo que podemos considerar una psiquiatría crítica (denominación más adecuada al proceso realizado) se propone: 1) la existencia del asilo y la existencia de la internación son concordantes y nucleares en la ideología psiquiátrica; 2) el asilo no admite ser reformado, se hace necesario suprimirlo, ya que la contradicción entre la función custodial y curativa no es ni abordable ni resoluble en el asilo mismo; 3) el asilo se convierte inevitablemente en el lugar de depósito para los enfermos de las clases bajas; 4) se hace necesario eliminar el asilo para reinstalar el problema de la producción concordante de enfermedad mental/marginación/segregación, en el seno de la comunidad; 5) crear una alternativa sobre la base de la supresión del internamiento, descentralización de la asistencia, creación de centros periféricos de Salud Mental capaces

14. F. Basaglia, *La institución negada*, Barcelona, Barral, 1972.

de cubrir la demanda de asistencia en la comunidad donde funcionen, asegurando que no haya una retaguardia asilar o, peor aun, que se pueda degenerar toda la alternativa en una extensión de la psiquiatría asilar hacia los centros de Salud Mental.

La psiquiatría comunitaria norteamericana, que es en lo esencial también un movimiento de reforma de la psiquiatría manicomial, se plantea instalar las prácticas psiquiátricas lo más cerca posible de la vida social, la comunidad, generando una serie de instituciones asistenciales de nuevo tipo. Aun cuando no se haya logrado la sustitución del hospital psiquiátrico tradicional, estos servicios, fundamentalmente ligados a la asistencia pública estatal, fueron generando un lugar intermedio de atención entre lo que representa la atención privada (ligada a la relación dual médico-enfermo) y la de los viejos manicomios. Se abrió así un abanico de servicios, algunos especializados en la atención de problemas específicos (drogadicción, alcoholismo, delincuencia juvenil, etc.) y otros por poblaciones etarias (niños, adolescentes, ancianos, etc.). Granjas colectivas, cooperativas autogestionadas por profesionales y enfermos, hostales, etc., poblaron el nuevo panorama de la Salud Mental. Entre éstos fue muy curioso la existencia en los años setenta de las llamadas "Free Clinics", de las cuales llegó a haber más de trescientas con una población cercana a las cien mil personas. En éstos se refugiaron sobre todo adolescentes o jóvenes de la clase media, drogadictos, homosexuales, con problemas de adaptación o marginalidad militante. Estos centros, aislados del resto de la sociedad, se proponían fomentar la vivencia personal, la convivencia grupal, la espontaneidad, la inmediatez de los sentimientos compartidos, incrementar la sensibilidad ante el sufrimiento y la solidaridad, la aceptación sin enjuiciamiento de las diferencias: homosexuales, adictos a drogas, psicóticos, marginales, promiscuos sexuales, etc. Se trataba de incrementar la experiencia grupal de la libertad en todos los niveles, frente a las presiones burocráticas y administrativas que toda institución impone. Cooper, Laing¹⁵ con su teoría sobre el viaje y T. Szasz¹⁶ entre otros, se constituyeron en las referencias teóricas de estas experiencias de libertad artificial, trabajada en refugios de una

15. D. Cooper, *Psiquiatría y antipsiquiatría*, Buenos Aires, Paidós, 1974.

16. T. Szasz, *El mito de la enfermedad mental*, Buenos Aires, Amorrortu, 1970.

marginación de la vida social, paradójicamente integrada al modo de ser norteamericano. Se esperaba lograr una disolución de toda diferencia entre técnicos, profesionales, enfermos, personal, horizontalizando las relaciones y deshaciendo toda implementación de saber médico o psicológico sobre los miembros del grupo. A finales de la década del setenta las pocas Free Clinics que quedaban se fueron integrando al sistema de Salud Mental.

Por la misma época, en Buenos Aires se crearon algunas comunidades semejantes. En esta misma orientación se crearon centros de atención al suicida, centros de consejos, granjas comunitarias para diversas adicciones a drogas, etc.

Esta descripción no agota la totalidad de instituciones que pueblan el campo de la salud mental. He tratado sobre todo de señalar el papel central del manicomio, su supervivencia y el papel de referencia que juega en todas las propuestas alternativas. Como en la teoría y en los tratamientos, las instituciones no van progresivamente sustituyéndose unas por otras. Aquí tampoco la idea de un progreso social nos parece evidente. Observamos más bien la superposición y simultaneidad de respuestas institucionales, que permiten convivir en un mismo dispositivo social a las formas más crudas de la represión social, encarnadas en los hospitales psiquiátricos, con las propuestas libertarias de las Free Clinics, las modalidades democráticas de las comunidades terapéuticas o el progresismo social de las intervenciones comunitarias.

He escuchado a alguien decir que es mejor conocer los mecanismos globales de funcionamiento de Salud Mental antes que sufrirlos en la ignorancia de sus efectos. Creo que de eso se trata. Las denuncias tan repetidas del sistema manicomial, sobre todo las habidas en Argentina, se agotan en la repetición incansable de lo que enuncian, ya que no generan posibilidades de pasaje a una acción de desmontaje de los hospicios, colonias y hospitales psiquiátricos, al no resolver primero la construcción, previa o concomitante, de una alternativa real. La construcción de esta alternativa requiere, entre otras cosas, de un conocimiento profundo del sistema psiquiátrico, sus políticas, su justificación social, sus relaciones de poder. Hemos tratado en este capítulo de descomponer y considerar separadamente los elementos que constituyen la Salud Mental, para entender que toda política en este sector es un modo particular de articulación de estos ele-

mentos: producción de daño, disciplina, teorías, prácticas e instituciones. Esta secuencia de articulación está en la base de la legislación en Salud Mental, en tanto constituye el conjunto teórico-ideológico-jurídico sobre el que se establece la ley (internamiento-insania-inimputabilidad-derechos del enfermo, etc.). A la vez se establece un campo de regulación de relaciones jurídicas y de poder diferenciado de otros aspectos de la vida social: delitos penales, económicos, de trabajo, etc. Cualquier conducta humana (atacar, perseguir, estafar, agredir, violar, etc.) puede ser calificado por su motivación en el campo de Salud Mental y entrar en su sistema de tratamiento, o puede por el contrario ser delito penal o merecer punición religiosa. Quiero señalar con esto que el campo de la Salud Mental es instituyente de un aspecto del vínculo social, y que esto es luego revertido en la organización jurídica, social, religiosa, política, etc.

Vamos a ocuparnos luego de la relación del psicoanálisis con estos aspectos de la Salud Mental. Digamos solamente que los análisis centrados en los problemas particulares de articulación del psicoanálisis con las teorías psiquiátricas, la complementación de prácticas o abordajes terapéuticos, si bien pueden ser válidas, no son lo esencial de la relación del psicoanálisis con la Salud Mental y pueden resultar engañosas en tanto veladoras de la política de Salud Mental en sentido amplio.

El problema no puede ser definido en términos, por ejemplo, de introducir en la institución psiquiátrica, segregativa, represora y excluyente, una teoría y un método liberador como el psicoanálisis. Y liberador no sólo de la palabra, como algunos con cierta ingenuidad pretenden. Creo que los psicoanalistas, fieles al método crítico heredado de Freud, podemos y debemos poner en evidencia, analizar, el conflicto subyacente, el síntoma social y político, que estas instituciones representan. El psicoanálisis, que no niega la existencia del enfermo mental aunque relativice las nosografías, expresa una política que consiste en hacer resaltar, desplegar el síntoma, escucharlo para comprender qué dice, qué dice del sujeto del síntoma y qué dice del Otro (social, institución, cultura) relativo al cual el síntoma se significa. El psicoanálisis no debe (ni podría) arrogarse la función de ser una nueva totalidad de lo mental, como lo fue hasta hoy la psiquiatría. Pero sí puede y debe pretender la construcción de una alternativa en Salud Mental junto a otras disciplinas sociales. ¿Alternativa a qué? A su concepción del saber, a su modo de pensar y articular

la relación con el poder, a un lazo social basado en la autoridad médica, a una concepción del equilibrio social que requiere y demanda la exclusión, segregación, custodia y, finalmente, hacer del psicoanálisis, fieles a la causa freudiana, no sólo una cura, sino una empresa liberadora.

3. HISTORIA CRITICA: DE LA PSIQUIATRIA POSITIVISTA A LAS POLITICAS DE SALUD MENTAL

“Mañana por la mañana, a la hora de la visita médica, cuando sin ningún léxico traten de conversar con estos hombres, podrán recordar y reconocer que, frente a ellos, vuestra superioridad es una sola: la fuerza.”

Carta de Antonin Artaud al director del asilo.

En psiquiatría, al igual que en las llamadas ciencias sociales, un abordaje epistemológico que intente poner en evidencia la estructura de sus nociones y conceptos, conduce necesariamente a una crítica histórica, en tanto análisis histórico de la producción de esos conceptos y las prácticas ligadas a ella. Es necesario analizar la sucesión de coyunturas teóricas y prácticas que constituyen la historia específica de la psiquiatría, partiendo del principio de que el conocimiento histórico no puede ser una historia de las ideas sino de los modos históricos de producción de esas ideas.¹ Ya aludimos antes a cómo una historiografía ingenua de la psiquiatría piensa que la enfermedad mental, conceptualizada como un hecho natural que afectó desde siempre a los hombres, es el camino por el que el progreso de los conocimientos descubrirá finalmente sus causas, permitiendo su comprensión definitiva. Ilusión irrenunciable de la razón positivista en psiquiatría.

Para nosotros, y sin detenernos demasiado en el tema, la historia de los procesos de constitución de lo psiquiátrico y su pasaje a las políticas de Salud Mental actuales, es necesariamente “crítica histórica” y ésta es la epistemología de la psiquiatría: acceso a la organización y funcionamiento de los conocimientos en la sucesión de coyunturas sociopolíticas.

El médico asilar, figura de la psiquiatría hasta bien entrado nuestro siglo, es el primer médico que añade a sus funciones un

1. E. Galende, “La crisis del modelo médico en psiquiatría”, *Cuadernos Médico-Sociales*, Nº 23, marzo 1983.

poder civil. Es un funcionario con poder de legislar y de policía sobre los sujetos considerados enfermos. Quizás debe comparárselo, en cuanto a este aspecto, al médico militar, que a su condición de médico agrega el grado en la jerarquía de la institución. El jefe de un asilo no tiene tanto un rol terapéutico sino que su función esencial es la de ejercer el control y la custodia de los enfermos internados, los ingresos, las condiciones y reglamentos del internamiento, los egresos. Hasta hace poco tiempo, le era obligatorio fijar residencia en el mismo asilo. Esto no es ajeno a cómo las historias de la psiquiatría suelen estructurar sus capítulos alrededor de los nombres clave de estos personajes. Ser director se unió con frecuencia a la función docente: son maestros y en muchos casos cabezas de escuelas o posiciones dogmáticas en la psiquiatría. Hay una relación social instituida que confiere al médico un poder reglamentario especial, real, hacia los enfermos, pero también hacia los otros colegas. La profesión psiquiátrica ha tenido siempre una estructura de jerarquías, y encuentra su respaldo en las transferencias que genera hacia los enfermos actuales o potenciales. Esta instancia médica, con legitimación jurídica, plenamente eficaz, anuda una red de poderes libidinales complejos, que, como dispositivo erótico, convierte al psiquiatra en un soporte privilegiado de transferencias. La imbricación del poder jurídico (sobre alienación-internamiento-segregación) y las potencias libidinales (transferencias) produce en la figura del psiquiatra y la institución asilar un poder específico, que irradia, más allá del interior del asilo y los enfermos, hacia el conjunto de la sociedad. Un discurso histórico sobre la psiquiatría no deberá jamás dejar de lado estas fuerzas, que tiñen cualquier indagación de la verdad sobre sus aconteceres. No nos orienta entonces la construcción de una nueva explicación histórica de la psiquiatría, ni el hallazgo de la fidelidad de los acontecimientos y documentos habidos, de una verdad que permanecía oculta. Para comprender esta historia el observador deberá incluirse en el campo de observación, ya que no hay historiografías posibles sino un campo social de fuerzas, en el cual juegan nuestra ideología y nuestras transferencias. De lo que estamos seguros es de que no hay un objeto de esta historia y un relato sobre él. El objeto se nos muestra al mismo tiempo que lo ponemos en escena, es decir, que construimos nuestro discurso, nuestro relato. Este no es posible sin la condición de mantenerse en el orden del discurso mismo (no re-construimos hechos), respetando el encadenamiento lógico y

cronológico, compatible con la linealidad de nuestro relato. Nuestro material de información son otros discursos (no tenemos información no discursiva), y todo discurso sobre la historia es captación, deformación, relato transferencial e ideológico. Nuestro método para hablar de la psiquiatría no es en sí ajeno al del análisis. La verdad está en instantes propicios, en lugares privilegiados, para ser construida. Nuestro método, a diferencia del psiquiatra, no es la indagación, no es el interrogatorio ni la confesión.

EL NACIMIENTO POLITICO DE LA PSIQUIATRIA

Michel Foucault sentó las bases de una historia política de la psiquiatría² en un estudio sobre la locura en la época clásica. Si bien existía en Egipto desde el siglo XII una atención médica de la locura, ésta no estaba constituida en Occidente. Hasta el siglo XVI en Europa la locura no estaba asociada al encierro, aunque sí diferenciada y separada de la vida social. El loco forma parte de la prosa del mundo, sobre todo durante el Renacimiento. Foucault nos recuerda su presencia en el arte; en el teatro constituía un personaje habitual, con frecuencia asociado al humor y a la expresión inadecuada de verdades que otros ocultan. En la literatura el Quijote mismo (1630) personifica al caballero en quien las falsas percepciones del mundo alumbran poéticamente la verdad de su historia; el rey Lear de Shakespeare, etc. Para el Renacimiento, la locura es en todo caso una conciencia trágica, en alguna medida poética, y no sólo pertenece al ámbito de la razón humana, sino que es una de sus formas destacadas.

Foucault señala cómo en el siglo XVI las enfermedades venéreas y la lepra, que asolan Europa, generan una conciencia social de exclusión y encierro, que captará más adelante en sus temores y en sus valores a los locos. Pero en el mismo siglo distintos hechos preparan el clima para lo que se llama "El gran encierro". En 1625 una gran crisis económica, que comenzó en España, se extiende por toda Europa. Miles de mendigos, pobres y miserables, deambulan por las campiñas y se dirigen a las ciudades. En Francia la gran hambruna del campo expulsó

2. M. Foucault, *Historia de la locura en la Epoca Clásica*, México, Fondo de Cultura Económica, 1967.

hacia las ciudades a los campesinos que buscaban colocarse en las industrias, sobre todo textiles, que habían comenzado a surgir. H. Laski señala³ que entre 1630 y 1650 se crean las primeras asociaciones obreras en Europa, como parte de este proceso de recomposición social basado en las primeras industrias. En el plano político se refuerza la monarquía absoluta, y en lo religioso se inicia con fuerza el movimiento de la Contrarreforma en la Iglesia. Foucault, que centra su análisis en Francia, descuida que el movimiento social, sus recomposiciones y la repercusión sobre las ideas, es mayor aun en Inglaterra, donde la burguesía comienza a compartir el poder del rey a partir de la primera mitad del siglo XVI. También hay que destacar que mientras Lutero ha de cuestionar el lugar de la caridad en la fe cristiana, la Contrarreforma asume para la Iglesia, como inherente a su misión, la asistencia a los pobres. Esta relación de asistencia a los pobres, compensadora de la función social de la Iglesia, servirá de base dos siglos después a la medicina para establecer su propia práctica como “relación asistencial”. La “asistencia al pobre” genera una conciencia social del pobre como “lo otro”, sin derechos ni bienes, cuya causa no es terrena pero cuya responsabilidad es de la Iglesia y el Estado. Mientras que durante el Renacimiento se santificaba la pobreza (los santos hacían voto de pobreza) ya en el siglo XVII la Iglesia hace de la miseria y de la pobreza una relación de asistencia. El hospicio de Saint-Lazare, donde se albergan pobres y mendigos detenidos, fue cedido por la Iglesia en 1632 al rey de Francia, y formaba parte de su política de recubrir en el plano social a la pobreza con la figura religiosa. Cuando tras el Decreto del rey de 1656 se crea el hospital general, que Foucault denomina “El gran encierro”, ya la Iglesia, con Saint-Lazare y otras instituciones, había creado el clima de exclusión y segregación del pobre a través de las “instituciones de asistencia”. Por este decreto se crearon en Francia un conjunto de instituciones bajo la misma denominación de hospital general, entre las cuales estaban Salpêtrière y Bicêtre, antiguos cuarteles militares, y varias casas que aportó la misma Iglesia. En ellos se encerró en poco tiempo a una multitud de vagabundos, pobres, homosexuales, rameras y locos. Sólo en París, uno de cada cien habitantes fue encerrado.⁴

3. H. J. Laski, *El liberalismo europeo*, México, Fondo de Cultura Económica, 1969.

4. M. Foucault, ob. cit., pág. 84.

Obviamente el hospital general no es un establecimiento médico, sino con funciones policiales y de caridad. La autoridad que impone el internamiento es absoluta sobre estos individuos, ya sean los internados o los que aún libres pueden serlo, ya que todos sus derechos ciudadanos se pierden ante el edicto que los considera pobres y vagabundos. Foucault señala esta situación como un tercer orden de represión entre la ley, cumplida en libertad, y la policial, que implica la posibilidad de prisión. Cuando se produce la Revolución Francesa, estos establecimientos están distribuidos en toda Francia (y no sólo en ella), y son los lugares donde Pinel asociará su nombre a la fundación de la medicina mental. El Decreto real está dirigido a todos aquellos que se niegan a trabajar, o que no tienen bienes ni trabajo, lo que es considerado responsabilidad individual y causa de internamiento: por piedad y para reforma. Mientras dura el internamiento realizan prácticas religiosas para su reimplantación en el mundo. El sujeto de esta práctica es un sujeto moral, como señala Foucault, ya que dada su condición de indigente, apresado en la relación de asistencia, sólo tiene opción de aceptar la ayuda de Dios (y la internación) o asumirse hijo del demonio, ya que rechaza los preceptos de la ayuda divina.

Para la sociedad feudal, la locura era percibida como una quimera del mundo, a la que sólo se la separaba, en sus formas extremas o peligrosas, su lugar era la naturaleza: se recomendaba el viaje, el reposo, alejarse del mundo de la ciudad. El capitalismo naciente, que en su normativización de la vida de los individuos impone sus condiciones de normalidad y error, encierra y excluye la locura junto con todo lo que en los márgenes de la nueva relación social, se transforma en desecho inútil. El período de manufactura en Europa, como forma propia del proceso capitalista de producción, abarca desde finales del siglo XVI hasta el último tercio del siglo XVIII.⁵ En ese tiempo, el del “gran encierro”, la división manufacturera del trabajo y la razón cartesiana construyen finalmente al hombre. El loco será entonces, junto con otros marginales, el desecho de esta operación. La utilidad, como categoría moral, ha entrado en la escena social. El loco, el pobre son inútiles. El trabajo humaniza. Entonces se entiende la doble operación del siglo XVIII: encerrar a los que no tienen trabajo, que promueven decadencia y rebeldía; segundo,

5. H. J. Laski, ob. cit.

intentar hacerlos trabajar, “para resocializarlos”, como mano de obra barata, custodiados por la Iglesia y el Estado. El hospital general con su red de establecimientos, es transformado en fábrica. El proyecto no se logró totalmente, pero los valores que expresaba se impusieron. La ociosidad es inutilidad, por lo tanto absurda. La razón se sitúa del lado del trabajo y la productividad. Más allá de las exigencias del desarrollo económico, la conciencia social tiende a soldar la moral con el trabajo y la inutilidad. El loco es el resto de esta operación ideológica, lo que queda fuera. Lejos quedaron los tiempos en que la sociedad, sobre todo renacentista, había hecho del ocio y el placer una virtud, y de la locura una quimera. Descartes, en sus meditaciones, participa de esta condena de la locura como extravío de la razón. En cien años se funden la separación, exclusión y encierro en el plano práctico con la condena y exclusión de la razón en el plano de las ideas. En las historias clásicas de la psiquiatría suele hablarse de esta época como oscurantista. Se cree que la locura fue tratada de este modo y los locos encerrados junto a los pobres y demás marginados, por efectos de la ignorancia, por desconocimiento médico de la enfermedad que los aquejaba. Es cierto que no había aún una conciencia médica de la locura, pero no por ignorancia o por insuficiencia del conocimiento, sino porque aún la conciencia histórica, las relaciones de poder de las nuevas clases no habían dado lugar al nuevo humanismo médico. ¿Cómo marcó el reordenamiento social de los comienzos del capitalismo y la nueva marginación que produjo el conocimiento médico de la locura? Puntuemos algunos elementos: a) cuando en el siglo XVIII los médicos acudan a atender a los locos los encontrarán “naturalmente” encerrados, excluidos de la vida civil y convertidos en asociales; b) en la conciencia social está instalada la noción de “asistencia” como relación necesaria con el enfermo, que une la obligatoriedad, es decir, la imposición del tratamiento al que se agrega el castigo y la segregación; c) en la ideología se ha disociado la conciencia del amor en “amor de la razón” y “amor irrazonable”: éste une las posiciones perversas, homosexuales, etc., con la locura; d) la ética sexual del Renacimiento ha sido sustituida por la “moral de la familia”, que comienza a ser lo que nosotros llamamos “moral burguesa”; el contrato matrimonial pone límites a la pasión sexual; e) a los que ejerzan prácticas de superstición y magia, que para el Renacimiento eran virtuosos, se los encierra o expulsa del país como locos o embaucadores; Foucault señala cómo, al igual

que con la moral sexual, hay una doble moral: también se los consulta en secreto; f) se va constituyendo *un espacio social diferenciado* ocupado entonces por enfermos venéreos, degenerados, disipadores, blasfemos, hechiceros, magos, prostitutas, homosexuales, delirantes, etc.; esta operación de diferenciación-institucionalización de un ámbito social es clave porque abre la posibilidad de convertirlo luego en un objeto de conocimiento, tarea que iniciará el médico Pinel; g) este espacio social de la locura está habitado por hombres que han perdido su relación con otros hombres, para establecer una relación de inmediatez con su animalidad; como animalidad no se trata, sino que se doma o se corrige. Esta condición es por lo mismo sitio del mal, del furor, de pérdida de moral, de la pasión sin frenos, de la sexualidad no sana; h) apartado de la razón, el loco no puede juzgarse a sí mismo, ya que confundiría el juicio. Por lo tanto, la condición de loco es siempre un juicio de otro; éste es el origen del Certificado de Alienación, que en sus comienzos extendía el intendente, la policía o un médico. Kant propuso que debería darlo un filósofo; i) la locura es puesta en relación con la verdad y el error; la conciencia se extravía en la locura, sólo puede haber confusión y no verdad en la palabra del loco. La razón opera: error→no verdad→reconocimiento del error→retorno a la verdad; mientras que la locura sólo va del error a la confusión: error→no verdad→ confusión del error con la verdad→pérdida de relación con la verdad y, por lo tanto, del juicio de realidad; j) igualmente en cuanto a la razón y el trabajo: productividad-utilidad-sexualidad reproductiva; la locura va de la animalidad a la pasión, al ocio, vagancia, inutilidad, por lo tanto a la pérdida de la razón y los derechos que ella otorga en la sociedad.

Conocemos las condiciones sociales y políticas que precedieron al desencadenamiento de la Revolución en Francia de finales del siglo XVIII. El auge del liberalismo en Inglaterra, paralelo al crecimiento de sus manufacturas, la ruina que esto produce sobre el aparato productivo francés, que en poco tiempo provocara masas de desocupados, la guerra posterior con Inglaterra, la desaparición de las tierras comunales que hizo que los grandes propietarios expulsaran a millares de campesinos hacia la ciudad. Esta masa de hombres, que convulsiona la vida social francesa a finales de siglo, se desplaza: algunos van a las colonias en Africa y América; otros, detenidos, son llevados por la famosa Compañía de Occidente compulsivamente, casi como

esclavos, a las colonias, y muchos pasaron a engrosar la población de las casas de confinamiento. Cuando llegó la Revolución estas casas habían multiplicado sus internos, que vivían en condiciones de hacinamiento notables. Pero no había estrictamente, lo remarca Foucault,⁶ una conciencia social médica de la locura. Se piensa más popularmente que el enloquecimiento de la vida urbana, la civilización con sus fábricas, las condiciones de trabajo o la desocupación, son causas de locura. La idea de “alienación”, como la locura en el devenir del hombre, surge en la conciencia espontánea antes de finales del siglo XVIII. Se piensa que el medio social enloquece. El hombre se enajena de sus costumbres, de sus objetos, pierde su propia verdad, se hace extraño a sí mismo. Poco después la filosofía produce el concepto de alienación. Luego, también la filosofía vinculará la alienación con el trabajo asalariado. Las ideas de alienación, enajenación, provenientes de la filosofía, son incorporadas en el siglo XIX por la psiquiatría y transformadas en equivalentes de locura, denegando el sentido de la conciencia surgida con la nueva relación social del capitalismo naciente.

Con la llegada de la reivindicación de los derechos del hombre, la Revolución Francesa se encuentra, respecto de la locura, o más precisamente de la forma en que ésta existía en las casas de confinamiento, con una contradicción: la libertad del individuo, derecho inalienable, *versus* la protección de la sociedad y su razón. Es de destacar que, si bien el internamiento del loco y aun la discriminación del pobre, del delincuente, etc., era común en toda Europa, en Francia había adquirido proporciones muy superiores, sobre todo por la cantidad de desocupados, cosa que no ocurría, por ejemplo, con la manufactura inglesa.

El poder político siguió durante la Revolución tres etapas: primero se trata de controlar y reducir los internamientos, cosa que se logró; segundo, se realizan encuestas judiciales para conocer las causas verdaderas del internamiento; y tercero se produce un conjunto de leyes específicas. Estas fueron: en marzo de 1790 se decreta la libertad de todos los internados que se haya demostrado que no son delincuentes o locos. Se ordena a los jueces que en tres meses informen al gobierno sobre la situación de los locos encerrados. En agosto del mismo año se confía por ley a la autoridad de la Comuna el cuidado “de los locos, internados,

6. M. Foucault, ob. cit.

animales nocivos y feroces, que causaran problemas en la ciudad".⁷ En julio de 1791 otra ley asigna a la familia el cuidado de los locos, y se ordena que sean internados en hospitales, que por entonces aún no existían. Se decide también que, dado el desprestigio de las casas comprendidas en la denominación de hospital general, se llamen en adelante asilos a Bicêtre y Salpêtrière, el primero para hombres y el segundo para mujeres.

Este conjunto de medidas produce un reordenamiento del problema de la locura en tres direcciones: respecto de la libertad personal del loco, del conocimiento de la locura y de la legislación.

El primer punto se formula así: sólo puede ser libre quien reconoce y acepta la razón. El loco, en tanto ser irracional, no es libre. Dada su situación de ser irresponsable, la sociedad debe disponer de él para su cuidado y asistencia. Como medidas precautorias y humanistas, se crea el chaleco de fuerza por ley y la triple certificación (médico, juez y policía) para la internación. El chaleco de fuerza, medida más política que médica, permitía que el enfermo deambulara por el asilo sin peligro de atacar a otros. En el plano jurídico se legisla la pérdida de los derechos civiles: propiedad, libertad, voto y herencia; y se crea la figura legal del curador. En cuanto al conocimiento, se piensa a la locura con una objetividad propia, por lo tanto puede ser observada y descrita. Se hace entonces accesible a un conocimiento racional. Dice Foucault: "El estatuto de objeto será impuesto a todo individuo reconocido alienado. La alienación será depuesta como verdad secreta en el corazón de todo conocimiento objetivo del hombre".⁸ Es conocida la tesis de este autor sobre la fundación de las disciplinas que estudian diversos aspectos del hombre y sus relaciones a partir de la objetivación que de él hace la medicina mental. Si hemos seguido en gran parte a Foucault en este recorrido, con pocas consideraciones personales, es porque nos parece central como base de sustentación de nuestra propia tesis: la salud mental, y ya antes la psiquiatría, implica siempre una cierta política respecto de un sector específico de problemáticas humanas. Pinel y la Revolución Francesa constituyen en cuanto a esto un primer ejemplo.

7. M. Foucault, ob. cit., pág. 128.

8. M. Foucault, ob. cit., pág. 528.

PINEL Y LA FIGURA MEDICA

Con el primer año de la Revolución Francesa la población de París vive agitada de rumores y mitos políticos. Corren versiones de que en la población multiplicada de los asilos hay internados ciudadanos burgueses que el rey había hecho encerrar por locos. También, se dice, hay enemigos de la Revolución que simulan ser locos para escapar de la justicia revolucionaria. El gobierno decide intervenir nombrando a Philippe Pinel, prestigioso médico revolucionario, para que se haga cargo de Bicêtre. Su tarea es la de restablecer la verdad sobre la situación de los asilos: diferenciar a los locos de los simuladores en primer lugar, llevar la moral política revolucionaria para hacer justicia con los ciudadanos que pudieran estar internados, vigilar la internación de los verdaderamente locos. Pinel no es aún un estudioso de las alteraciones mentales; su obra es en lo esencial posterior a esta época, se lo nombra más bien por el prestigio revolucionario que ostentaba y por sus cualidades humanistas como médico. En 1793 se hace cargo de Bicêtre y emprende una reforma de las condiciones de internamiento. Libera a algunos internados, elimina las cadenas con las que se sujetaban a los internados a un muro, reforma las celdas. Muy pronto es acusado, por algunos sectores de la Revolución, de ocultar enemigos de la Revolución en Bicêtre. Cuando comienza el período de la pacificación se lo separa del cargo y se lo envía al asilo de mujeres, la Salpêtrière. No vamos a extendernos sobre la historia de Pinel, conocida por todos. Remarquemos la afirmación de Foucault: "Si el personaje del médico puede aislar la locura no es porque la conozca sino porque la domina".⁹

El tratamiento moral de los enfermos, quizás su aporte más valioso a la psiquiatría, está sustentado en las grandes figuras de la moral burguesa en ascenso: familia, relaciones entre padres e hijos; la relación con la ley, reconocimiento de la falta, aceptación del castigo. La psiquiatría, en sus versiones más comprensivas o psicológicas, no abandonó esta indicación moral de Pinel. Entre otros, K. Jaspers la retoma para situar la psicosis en relación con un juicio y a éste como relativo al padre y a la ley. Pinel asume cabalmente en su figura médica los viejos ritos de orden, autoridad y castigo que requieren de esta apelación al principio del

9. M. Foucault, ob. cit.

padre, el juez y la ley. En el momento culminante de su obra escribe el *Tratado médico-filosófico de la alienación mental*, donde fácilmente se superponen consideraciones filosóficas de una captación más histórica de la locura con afirmaciones en las que concluye que la alienación mental es una enfermedad como otras enfermedades orgánicas, con perturbación de las funciones del cerebro y los nervios. De allí la denominación de neurosis:¹⁰ afecciones del sistema nervioso sin fiebre, sin inflamación y de tendencia degenerativa aunque constante. Obviamente no es correcto relacionar las categorías nosográficas de Pinel con las de la psiquiatría actual. El describe el sonambulismo, la hidrofobia, la hipocondría, como trastornos mentales que no producen locura. Las neurosis, manía, melancolía, demencia, idiotismo, no se corresponden estrictamente con las denominaciones actuales. Sus clasificaciones y descripciones se corresponden con las fuentes filosóficas, médicas y políticas de su época: el papel de la herencia como causa de enfermedad mental surge de los estudios botánicos, las causas cerebrales se piensan desde la medicina (estudios cerebrales), las pasiones intensas y fuertemente contrariadas, los excesos de las costumbres y del modo de vida, provienen de la ideología política de la época. Las causas morales, orgánicas, la constitución y la herencia, forman un conglomerado causal no específico. Sí tiene consistencia el tratamiento moral, y el lugar que la institución posee en las prácticas terapéuticas de Pinel. El aislamiento es curativo, para apartar de lo que enferma, pero esencialmente porque refuerza la autoridad del médico, que puede controlar todos los aspectos de la vida de su paciente, sometiendo al enfermo a una disciplina severa que Pinel llama "paternal". Las amenazas, las recompensas, los castigos y los consuelos van creando en el enfermo "la policía interior que vigilará sus pasiones". El chaleco de fuerza permite que los enfermos deambulen por el asilo, se usará el trato de los enfermeros y las celdas como premio o castigo; dulzura y comprensión o severidad y encierro. Menos conocidas son sus exhortaciones políticas a los enfermos, al patriotismo, a la adhesión a la Revolución, a los deberes ciudadanos. Con Pinel surge una propuesta de reforma política de la naciente medicina

10. R. Pinel denomina neurosis en general a cuadros que la psiquiatría de finales de siglo englobará como psicosis, conservando inadecuadamente el término neurosis para afecciones psicológicas no orgánicas.

mental: abordar la locura desde una perspectiva ética y social. En una sociedad sana y reglada por el nuevo orden burgués, alejados ya de la decadencia del Antiguo Régimen y también de los momentos más tumultuosos de la Revolución, la situación de los locos podía cambiar integrándolos moral y socialmente a la nueva sociedad.

Sin embargo, la psiquiatría ha retenido de Pinel más su lado médico-positivista, su objetivismo clínico, su adhesión a las causas orgánicas de la alienación. Quizás también porque fue dominando precozmente en el desarrollo revolucionario el idealismo de la ciencia, que impregna el desarrollo de la medicina y el surgimiento de la industria. De ese modo Foucault mismo enfatiza la operación ideológica central que promueve Pinel: "La locura es la forma más pura, la forma principal y primera del movimiento por el que la verdad del hombre pasa del lado del objeto y se vuelve accesible a una percepción científica. El hombre sólo se vuelve naturaleza para sí mismo en la medida que es capaz de locura. Esta, como pase espontáneo a la objetividad, es el momento constitutivo en el devenir objeto del hombre".¹¹

La locura que la época clásica separó, diferenció y excluyó, sin dominarla en el conocimiento, ha de ser, con la entrada del médico al asilo, unida a la problemática de la naturaleza y sus causas, hecha objeto del saber positivo y dominada por el tratamiento, ahora médico.

Lo que podía haber unido la Reforma de Pinel a la de los Tuke en "El Retiro"¹² se perdió en el desvío objetivista. Así, fue Esquirol el heredero de Pinel.

Esquirol desarrolla los fundamentos médicos de la psiquiatría. No porque haya descubierto las causas orgánicas de la locura sino porque las supone. La fórmula según la cual la locura es una enfermedad, caracterizada por una afección cerebral crónica, sin fiebre, y que se expresa en desórdenes de la voluntad,

11. M. Foucault, *id.*

12. En Inglaterra, sobre finales del siglo dieciocho una comunidad quéquera instaló una granja, "El retiro", para el alojamiento de enfermos mentales. Los Tuke, que dirigían la experiencia comunitaria, sostenían la idea de la locura como pérdida de lo humano y religioso; pensaban que la violencia contra la tradición, la familia y la autoridad (como en Pinel, Orden, Padre, Ley) eran causas de la enfermedad mental. Tuke señala que la locura es un atentado contra el Padre, es la fuerza de los instintos contra la autoridad paterna. En esta comunidad no había médicos, el tratamiento consistía en el trabajo, la educación, la observación de los ritos religiosos.

la inteligencia y las emociones, no debe ser pensada como un hallazgo etiopatogénico, sino como una expresión de deseos, como algo que supone es así y sólo cabe esperar una demostración. Por cierto esta nunca llegó. Sin embargo, Esquirol es citado habitualmente como fundador de la clínica psiquiátrica y de la medicina mental científica. Discípulo de Pinel, dejó atrás el tratamiento moral para dedicarse a tratamientos menos paternalistas. Con Esquirol, la locura adquiere, de modo institucional, la forma del asilo médico, de los nuevos hospitales psiquiátricos. De acuerdo con sus teorías de las enfermedades mentales, sobre todo en cuanto a la herencia y las afecciones cerebrales, el aislamiento se legitima ya no como segregación y custodia sino como tratamiento médico. Los alienistas serán médicos y usarán guardapolvos y gorros blancos. Se dedica en pocos años a definir los requisitos que debe reunir un asilo: construcción, equipamiento, espacios higiénicos, climas, etc. Dice Esquirol: "Una casa de alienados es un instrumento de curación; en las manos de un médico hábil es el agente terapéutico más potente contra las enfermedades mentales".¹³

La ley de 1838, que durante más de cien años reglamentó el dispositivo de Salud Mental en Francia, recogió gran parte de los desarrollos que iniciara Esquirol. Esta ley organizó en toda Francia la psiquiatría como disciplina de lo mental, ya que hasta entonces había en el país alienistas a cargo de los enfermos que poblaban las instituciones asilares, en su gran mayoría herederos de la tradición de Pinel o alumnos suyos, pero no existía aún una organización, una disciplina, como conjunto organizado de prácticas médico-psiquiátricas.

El período que va desde finales del siglo XVIII hasta la sanción de la ley de 1838, en gran parte ligado a las figuras de Pinel y Esquirol, puede ser considerado como el momento histórico de constitución de un nuevo sector social, el de la medicina mental, hegemonizado por una nueva disciplina: la psiquiatría, como especialidad de la medicina. Siguiendo nuestro esquema del capítulo anterior se produce una nueva concepción *del daño subjetivo*: la locura, como otras alteraciones menores de la vida psíquica, pasa a tener estatuto de "enfermedad", quedando relegada las concepciones sociales, religiosas, populares, de este trastorno. En el plano de *la disciplina* hay un

13. *Recherches*, Nº 17, mayo 1975, pág. 46.

pasaje de la hegemonía que tenía la Iglesia, basada en la relación cristiana de asistencia, y el Estado, a través del poder de policía, de legislar el espacio social de la enfermedad mental, a la medicina mental que sería la disciplina hegemónica de la modernidad burguesa para la regulación de la norma psicológica. En *las teorías*, como vimos, se crean las condiciones de surgimiento de una psicología objetiva y de un respaldo en el saber médico, que sustituyen las teorías míticas, políticas, religiosas y algunas que podrían ser llamadas de la medicina primitiva. El gran cambio en las *prácticas terapéuticas* se introduce por la medicalización de la relación de asistencia, pasándose de lo que era un encierro compulsivo y policial con legitimación de la Iglesia, a un tratamiento obligatorio de los enfermos; la vida de los asilos se tiñó en sus rituales cotidianos del mito del tratamiento, ya que se está en esos lugares para ello. También comienzan prácticas que, como el tratamiento moral de Pinel o las de la comunidad de “El Retiro”, resocializan la enfermedad, pero son efímeras y no logran imponerse en la ideología médica, que a partir de Esquirol identifica tratamiento con aislamiento del enfermo. En cuanto a los establecimientos, vimos cómo su multiplicación fue previa a este periodo médico, pero luego el internamiento aumentó masivamente. Si el hospital general era una institución policial-religiosa, el asilo es la gran figura institucional de la psiquiatría. Creo que Esquirol lo muestra claramente. El asilo es el lugar de realización de las relaciones de poder que el discurso psiquiátrico instituye. El encierro es de responsabilidad de la enfermedad, no del médico; el aislamiento compulsivo es por bien del enfermo, ya que es para su tratamiento; la pérdida de sus derechos civiles es por su bien, como lo mostrará la figura del curador, ya que se trata de proteger los bienes materiales y la libertad de quien ha perdido el juicio y la razón para administrarlos adecuadamente. Por otra parte, si la enfermedad se corrige, cosa que desean los curadores, podrán externarse, por lo tanto su encierro no es causado por los médicos, la policía o el Estado, sino por la propia enfermedad que aqueja al ciudadano. Como se ve, hay una ética en juego, la institución asilar es la encargada de mostrar el bien del lado de la sociedad y sus representantes de la ciencia mental, frente al mal que aqueja al enfermo.

Con la medicina mental el loco deja de hablar la prosa del mundo, su figura desaparece del arte. En la literatura ocupará las figuras del terror, en los dichos del pueblo su pasaje a la

condición de enfermo lo hace ser hablado en el lenguaje mecanicista de la medicina humanista. Locura e internación serán un mismo destino. El resto de humanidad que ostenta se hará evidente sólo en la inquietud, en la angustia, que su figura y su deseo nos causa: ¿qué puede querer un loco de mí? La medicina mental no logró estabilizar el campo de la enfermedad psíquica. El malestar ligado a la existencia social del enfermo continúa, las respuestas siguieron oscilando en relación con las mismas preguntas: ¿es enfermo o delincuente?, ¿es responsable o no de sus actos?, ¿puede tener iguales derechos que los demás individuos?, ¿quién debe tener el poder de actuar sobre ellos? La relación jurídica que la psiquiatría instituyó entre el enfermo y el aparato jurídico penal, aún persiste. La legalización de la violencia del médico sobre el individuo diagnosticado enfermo continúa. Las dudas sobre considerar enfermedad a ciertos comportamientos sociales o vivencias subjetivas se mantiene. El problema del internamiento sigue siendo el centro de las denuncias del sistema represivo manicomial. La ciencia médica, que recubrió con su prestigio todo este campo de la vida humana, no logró imponer en él sus valores humanistas, sus conocimientos ni sus ideales de progreso. En algún sentido nos lamentamos de ello. No abdicamos de denunciar su función de encubrimiento sobre el sufrimiento mental, ni nos ilusionamos con las nuevas promesas del objetivismo farmacológico de resolver nuestros problemas.

LA MEDICINA MENTAL Y SUS MODELOS

No hemos de detenernos demasiado en el desarrollo de la psiquiatría a partir del período que analizamos. En un libro anterior¹⁴ hemos analizado el proyecto positivista, identificado con Kraepelin, y el modelo anatomoclínico y la posición sustentada por la psicopatología fenomenológica a partir de K. Jaspers. En lo esencial, los debates habidos en el seno de la psiquiatría desde la publicación del tratado de Griesinger en 1852 (a quien se puede considerar fundador de la llamada psiquiatría alemana) hasta la primera edición de la *Psicopatología* de K. Jaspers (1913) han sido los mismos: causalidad endógena/adquirida,

14. E. Galende y J. G. Paz, *Psiquiatría y sociedad*, Buenos Aires, Granica, 1974.

organogénesis/psicogénesis, hereditario/adquirido, etc. Es un debate interno. Es asombroso que luego de Griesinger, los psiquiatras no se hayan preguntado por la función social de su disciplina hasta entrado el siglo XX. Este autor, que comenzó indagando las formas de inscripción en el yo de los aconteceres del mundo, y las respuestas del individuo a las exigencias de la vida, terminó luego en un organicismo extremo, plegándose, a partir del hallazgo de la causación luética de la parálisis general progresiva, a la tesis kraepeliana del modelo anatomoclínico. Tuvo que ver con la introducción del concepto de psicosis en psiquiatría,¹⁵ que será adoptado sobre la segunda mitad del siglo, aunque progresivamente desvirtuado.¹⁶

El siglo XX comienza con un auge de las teorizaciones médicas. H. Ey señala: “En la época de las disecciones anatómicas, los psiquiatras se dedican a la disección de la personalidad mórbida”. La diferenciación nosográfica se apoya en la esperanza de que se logre hallar, concomitantemente, una especificidad anatomoclínica, y haga entonces del diagnóstico psiquiátrico un acto de verdad objetiva. Jaspers, menos preocupado por la ciencia, dirá que el diagnóstico es siempre un juicio. Los psiquiatras de comienzos de siglo viven la confusión de tomar un primer momento del pensamiento analítico (diferenciación), por el conocimiento mismo de la cosa. La teoría se agota, en una taxonomía siempre cuestionada, siempre modificada. Pero crece la conciencia social de representarse la anomalía psíquica como enfermedad. La idea de enfermedad se extiende a todo el campo cultural. Pero no se trata sólo del error o la confusión en el plano de las ideas; esta

15. Psicosis quiere decir inicialmente afección psíquica de causas psíquicas, ya que se trata de encontrar un orden de causalidad interior a los procesos del yo, a diferencia de la noción de neurosis, que implicaba organogeneidad cerebral o nerviosa, es decir, natural, exterior a los procesos subjetivos. El sentido de ambos términos, en su relación con la causalidad, se fue invirtiendo a partir sobre todo de la teoría de Kraepelin sobre la paranoia.

16. En su libro *Los fundamentos de la clínica*, Paul Bercherie saca la extraña conclusión de que Griesinger “influenció fuertemente a Freud”, esto porque el ejemplar de su tratado, hallado en la biblioteca de Freud en Viena, estaba “cuidadosamente subrayado en lápiz”. Sigue la idea de Harms, según la cual las marcas en las páginas del tratado dedicadas a la teoría del yo y sus cambios en el delirio, realizadas por Freud, serían “señal” de que habría tomado de ese texto sus propias ideas sobre el yo. Seguramente Freud, hombre formado en la cultura y la medicina alemanas no podía ignorar a Griesinger, pero las tesis de Freud sobre el yo y la producción secundaria del delirio son ajenas a las ideas de Griesinger, si no francamente opuestas.

conciencia genera hechos prácticos, condiciona y legitima las conductas de los médicos. El profesor Flessig,¹⁷ que tenía un laboratorio de estudios endocrinos de los enfermos mentales, se basó en ellos para indicar como tratamiento de los psicóticos agitados la castración anatómica.

Las luchas obreras en Europa y EE. UU. a comienzos de siglo, el reclamo por una salud mejor, la presencia política de las organizaciones sindicales, confluyen para incrementar la denuncia de la situación de los internados en los asilos. Ya vimos el surgimiento en este tiempo del movimiento de Higiene Mental en EE.UU., precedido por el que protagonizó la Christian Science, que unía el misticismo y la psicoterapia en una cruzada contra los asilos y las colonias de alienados, con el llamado y la denuncia bajo la consigna de "Open Door".¹⁸ Estos movimientos, no obstante, agotaron pronto sus efectos.

En el plano de las teorías progresó la noción de síndrome y pluralidad etiológica, que llevan a un abandono consecuente, tanto del modelo anatomoclínico como de la manía clasificatoria. Se fueron abandonando también los estudios de localización cerebral en relación con las enfermedades mentales, y comienza, por influencia de los tratamientos de palabra, el interés mayor por las neurosis. La mayor influencia proviene de la entrada de los enfoques psicopatológicos. Esto implicó que la referencia al saber pasara de la medicina a la filosofía. La psicogénesis y la historia biográfica del enfermo han de inscribirse también como una nueva relación social con el enfermo. La obra de Jaspers¹⁹ es, sin embargo, adelantada en el tiempo que vivía la psiquiatría. Las psicoterapias morales y sugestivas, a las que Freud opuso el psicoanálisis como método psicoterapéutico, no tenían fundamentación teórica. Jaspers emprende una crítica sistemática del positivismo en psiquiatría y a la vez funda un método (psicopatológico) que va a abrir a la construcción de psicoterapias racionales. Sintéticamente Jaspers plantea:

1) la superación del fundamento positivista médico de la psiquiatría y su sustitución crítica por la antropología existen-

17. El mismo con quien construyó su delirio el Presidente Schreber, cuyas memorias analizó Freud en su trabajo sobre la paranoia.

18. Curiosamente en Argentina este mismo nombre fue expropiado a su significado original para pasar a denominar a dos establecimientos asilares, uno público y otro privado, a comienzos del siglo.

19. K. Jaspers, *Psicopatología general*, Buenos Aires, Beta, 1953.

cial;

2) la fenomenología minuciosa del síntoma, sin correlato anatomoclínico, reemplaza las categorías médicas con relaciones de sentido;

3) en la medida que afirma que nuestro conocimiento de las estructuras mórbidas sólo es accesible a través de la palabra del paciente, la comprensión fenomenológica de lo patológico ha de jugarse enteramente en el lenguaje; y

4) la relación del síntoma psíquico con la vivencia y la biografía del enfermo permite definir nuevas categorías de lo patológico, tomadas de la historia: relaciones de comprensión y explicación, diferenciación entre procesos y desarrollos patológicos de la personalidad...

No hay un propósito explícito de Jaspers y la fenomenología de alterar la paz de los asilos. El problema del poder del médico, su relación con los poderes sociales instituidos (ley, juez, padre) son mostrados y justificados en el mismo texto. La psiquiatría pudo ignorar la potencia transformadora que implicaba la fenomenología por la revalorización de la dimensión subjetiva. Los enfermos son escuchados, se habla con ellos, se espera poder influir en su vivencia patológica por la palabra, se tiene una disposición hacia la comprensión de las relaciones entre la historia de lo vivido, la emergencia de la enfermedad, la nueva relación social en la que está atrapado por la dolencia. Y sin embargo, nada se hace para cambiar su situación por fuera de lo instituido. Los fenomenólogos, primeros pensadores de la locura en nuestro siglo, conviven con ella, extrañamente, en los asilos. Es, sin embargo, de estas corrientes y del psicoanálisis donde saldrán las fuerzas catalizadoras de los cambios luego de la Segunda Guerra Mundial, que H. Ey llamara Tercera Revolución Psiquiátrica, no sin un dejo de ironía.

4. LOS MOVIMIENTOS DE PSIQUIATRÍA INSTITUCIONAL

Como hemos visto, desde comienzos del siglo veinte se producen críticas a la psiquiatría positivista y a su imagen reveladora: la institución asilar. El movimiento de higiene mental, en EE.UU., la experiencia del Open-Door, el surgimiento del trabajo social que llevó a la creación de colonias de rehabilitación, etc. En Francia, un destacado psiquiatra, Paul Serieux, ya en 1903 publica su conocido *Rapport sur l'assistance aux aliénés*, en el que denuncia la situación de los internados, las condiciones de miseria en que habitan durante su encierro, la falta de medios materiales y humanos a que los condena la política del Estado. Sin embargo no visualiza las causas generales del encierro manicomial ni la función de la ciencia médica en el sostén de estas instituciones y reclama a la "ciencia verdadera" volcarse al estudio de las enfermedades mentales para su comprensión definitiva. Es Serieux, uno de los psiquiatras más esclarecidos, quien más se aproxima en ese tiempo a mostrar la verdadera ignorancia científica en que se encuentra la medicina mental. Desde el siglo pasado existían sectores de la sociedad, en general entre las clases altas y en el seno de las actividades de beneficencia, que crearon instituciones de ayuda a los enfermos internados. Estas se denominaban Patronatos de Ayuda al Enfermo Mental. Colaboraban en las condiciones de vida de los internos con ayuda económica, y a su externación los protegían durante un tiempo. Existieron en Alemania, Italia, Suiza y Francia desde 1840. En Argentina existen con diferentes nombres hasta hoy. Otorgaban consejos, ayuda en la búsqueda de empleo, apoyo financiero, y tenían también como misión la de

lograr, al igual que con la lepra, una aceptación mayor de la sociedad hacia estos individuos excluidos de la vida social. No se puede decir de estos movimientos que sean reformadores. No es por cierto casual que hayan cubierto con su ayuda a los leprosos, enfermos mentales y presos, reeditando el viejo conglomerado de los marginados. Más interesante en Francia fue el movimiento que generó Toulouse, psiquiatra que inicia la lucha por servicios abiertos a comienzos de este siglo. Edward Toulouse, militante izquierdista radical, alienista, llegó a crear el primer hospital psiquiátrico libre en Francia, el Henri Rousselle, que contaba con un Centro de Profilaxis Mental, desde el cual Toulouse extendió por toda Europa la crítica al manicomio. En Francia, el debate entre los partidarios de los servicios abiertos, libres, y los que defendían el asilo, cerrado, comenzó con el siglo. Lo impulsó Serieux, fue agitado por Heuder y Toulouse, y fue conformando una ideología antialienista que ha de triunfar finalmente con la liberación del nazismo en Francia y la realización de la política del Sector.

La existencia de estos movimientos no logró sin embargo modificar el panorama de la psiquiatría. Esto nos hace pensar que los intentos de reforma de la institución psiquiátrica surgidos en su seno no realizan sus objetivos si no cuentan con el respaldo de movimientos sociales o políticos, tal como lo muestran claramente las experiencias del Sector en Francia, la Comunidad en Inglaterra, o Psiquiatría Democrática en Italia. La reformulación teórica que introdujo la fenomenología, que llevaba a una redefinición de la relación médico-enfermo, terminó cohabitando con la articulación de un poder médico objetivante del paciente. Los movimientos de Higiene Mental o de crítica asilar terminaron en instituciones humanitarias o de beneficencia para ayudar a los internados, sin afectar tampoco al poder representado por el asilo psiquiátrico.

Creo que esto es lo que comprendieron los reformadores de posguerra: la necesidad de que la sociedad recupere su responsabilidad por este sector de problemática humana y articule las reformas de la institución psiquiátrica a las reivindicaciones democráticas por los derechos generales del individuo.

En el centro del reordenamiento de posguerra se ha situado la cuestión del poder, la que Pinel justamente había resuelto con su reforma moral. Tras el final de la guerra una nueva conciencia del poder invade el mundo. Su expresión más brutal por el nazismo

y la guerra mundial, el surgimiento de la destrucción atómica, los exterminios en los campos de concentración, hacen evidente la capacidad del hombre para dominar y destruir a otros hombres. Se visualiza, se busca afanosamente visualizar la genealogía de este poder en las formas de la razón humana, en sus prácticas, en sus instituciones. La literatura alerta sobre esta condición del "hombre lobo del hombre". Sartre, a quien se identifica con las ideologías de cambio y de quien nadie cuestiona su vocación por la paz y la libertad, advierte: *"Las ideologías son libertad mientras se hacen, opresión cuando están hechas"*. En este contexto de horror y asombro por el poder desnudado, la comparación con el poder manicomial era inevitable: ¿cómo no vincular los campos de concentración, el exterminio nazi de los enfermos mentales, con las condiciones de segregación y encierro que sustentan los asilos? ¿Cómo no asociar el poder de la represión y la tortura sobre los enemigos políticos con los dispositivos de contención y tratamiento de las instituciones psiquiátricas? En los medios psiquiátricos de Europa y EE. UU., ha comenzado a abrirse el telón para mostrar a los ojos de los que entonces no querían ver, la realidad psiquiátrica en su institución madre: el asilo; la verdadera relación humana que la ciencia médico-mental ha sostenido.

Se plantearon así dos líneas de interrogación que han de caracterizar la medicina mental hasta los años 60: a) la exigencia de una coherencia entre lo que la ciencia médica psiquiátrica enuncia en sus teorías y las prácticas concretas que realiza sobre los enfermos, entre otras razones para salvar la evidencia de que la referencia al saber médico ha hecho de cobertura a una realidad de represión y encierro; b) es necesario reabrir interrogantes sobre el espacio social que ocupa la institución psiquiátrica, es decir, por qué razones y de qué manera le es aceptable a la sociedad esta solución práctica del manicomio.

Es evidente que el psiquiatra dispone de un poder sobre el enfermo que no ha servido para producir ningún conocimiento ni para comprender mejor sus operaciones prácticas; y que además ha utilizado para defenderse del paciente, de la angustia frente a la locura y lo desconocido. El enfermo, precisamente en cuanto internado, se adecua rápidamente a este poder objetivante, que lo libera de la problemática real que no supo o no puede enfrentar. Ambos, psiquiatra y enfermo, aceptan finalmente el poder de la institución que asigna lugares, distribuye

saberes y regla el poder. Como afirma Jaspers, el diagnóstico es finalmente un juicio de valor, reconociendo la incomprendibilidad de muchos procesos patológicos. En la realidad institucional esta enunciación se transformó en una división práctica: lo que no se comprende es intrínsecamente malo, y debe ser doblegado o reeducado (el grueso de las psicosis), sólo lo que es comprensible se hace humano, empático, bueno. La guerra también ayudó a ver que la población de los hospicios, al igual que la que encontró Pinel en Bicêtre en 1793, y cada uno de nosotros podrá encontrar hoy en cualquier hospital psiquiátrico, provenía de los sectores más pobres de la sociedad. La selección de clase entre los internados mostraba claramente la relación de estas instituciones con los problemas más generales de la marginación social, y explicaba cierta aceptación del manicomio, ya que éste forma parte del conjunto de instituciones que regulan la vida social, apartando y conteniendo a los que no se adaptan o fracasan. Además de la sensibilización de la conciencia social frente a las formas del poder, tres hechos contribuyeron a partir del año cuarenta y cinco a la reforma institucional de lo psiquiátrico. En primer lugar, la guerra ha provocado la destrucción de las organizaciones de salud en los países de Europa, tanto en la cantidad de recursos materiales y humanos como en los sistemas de cobertura y financiamiento. Gran cantidad de establecimientos médicos tuvieron que desocupar sus salas por falta de medios, otros se autogestionaron, otros requirieron la solidaridad pública para sostenerse. Por otra parte la guerra, entre sus monstruosas secuelas, dejó una cantidad importante de individuos con necesidad de atención psiquiátrica. Esto hace necesario una reconstrucción acelerada de los sistemas de atención, pero a la vez facilita que puedan introducirse reformas en el sistema. En segundo lugar, la guerra genera un crecimiento de las posiciones humanistas, tras el horror de lo vivido. En el resurgimiento intelectual de la posguerra, el conjunto de la inteligencia de Europa y EE.UU. se hace progresista, participa más de los procesos sociales, se revalorizan los problemas teóricos y prácticos de la subjetividad. En este contexto de re-descubrimiento de lo humano, el psicoanálisis y la reflexión fenomenológica atraen a muchos intelectuales y también a algunos psiquiatras y psicólogos que van a potenciar en el plano de las ideas la necesidad de un cambio en las relaciones que instituye la psiquiatría asilar. Finalmente el mismo crecimiento de las posiciones humanistas

tiene su expresión política en el ascenso de los sectores populares, progresistas y democráticos a los gobiernos de Europa, y hace a los Estados más sensibles y dispuestos a los planteos innovadores en salud. La medicina social tiene entonces su primavera europea de la mano de los laboristas en Inglaterra, el compromiso histórico comunista-cristiano en Italia y el Frente Patriótico en Francia. La reforma de la psiquiatría forma parte de este movimiento.

LAS COMUNIDADES TERAPEUTICAS

En Inglaterra, que contaba con una tradición de reforma institucional en la experiencia comunitaria y el tratamiento moral en "El Retiro",¹ ya durante la guerra se visualizó que el problema del fracaso en la medicina mental no era ajeno a la institucionalización que ella proponía. Si bien la denominación "Comunidad Terapéutica" se oficializa con Maxwell Jones, ya en 1943 W. Bion y Rickman, que trabajaban en el Northfield Hospital con soldados afectados mentalmente, organizaron grupos de enfermos para realizar discusiones colectivas sobre sus problemas y para hacerlos participar también en el gobierno del pabellón. El trabajo de este grupo de Northfield, donde se originó toda una corriente de psicoanálisis grupal, es conocido como Comunidad Terapéutica. Por su parte Maxwell Jones en Mill Hill, por la misma época, y luego de terminada la guerra, trabajando con ex prisioneros en Dartford, define con más rigor el modelo de la comunidad terapéutica. El Hendersen Hospital, en el que M. Jones trabajó hasta los años sesenta, fue asociado al surgimiento de estos tratamientos que se denominaron "socioterapias", y que pueden considerarse la base ideológica de la nueva psiquiatría institucional. Sus presupuestos no son ya médicos sino sociológicos. En 1944 los laboristas, que habían accedido al gobierno de Inglaterra, dictan las leyes del Sistema Previsional, el Seguro de Salud y crean el Servicio Nacional de Salud Mental, cuya ley sirvió de modelo a la formación en 1957 del Instituto Nacional de Salud Mental en la Argentina.

Un principio básico de la comunidad terapéutica es el del

1. Hay que tener en cuenta que cuando en Francia se sancionaba la ley que instituyó el sistema psiquiátrico asilar (1838), en Inglaterra, Conolly (1839) decide llevar adelante la liberación de los hospitales psiquiátricos, liberando a ochocientos de ellos del asilo de Hanwell.

aprovechamiento de todos los recursos de la institución, a la que concibe como un conjunto orgánico, no jerarquizado, de médicos, pacientes y personal (enfermeros, administradores, etc.). Las características más generales de funcionamiento de la experiencia son: a) establecer una libertad de comunicación en todos los niveles, y en todos los sentidos, es decir, evitando la organización jerárquica de la comunicación; b) tender al análisis de los intercambios institucionales en términos de dinámicas grupales, interpersonales; c) propender a la creación de espacios terapéuticos grupales y no bipersonales, de modo que todos intervengan en el proceso terapéutico; la reunión en asamblea comunitaria es privilegiada como instancia terapéutica clave; d) liquidación de las estructuras jerárquicas tradicionales, de carácter piramidal, para dar lugar a relaciones más horizontales, que aseguren la participación de intereses y objetivos; e) generar un espacio social de reconocimientos recíprocos, como forma de fomentar la sociabilidad del grupo (bailes, fiestas, teatro, salidas grupales, etc.); f) finalmente, propender a que la asamblea comunitaria, en lo posible en reunión diaria o periódica, sea el órgano de gestión, organización y evaluación de todas las actividades. Los temas fundamentales, desde el punto de vista de la organización y funcionamiento, fueron señalados por Rappoport como: propender a una democratización que otorgara idealmente el mismo valor de opinión a cada uno, incluidos médicos, enfermeros y enfermos; generar un ambiente de permisibilidad que diluyera el rostro siempre represivo de los reglamentos institucionales; construir una comunidad de intereses y objetivos, que consoliden al grupo en las tareas propuestas; propender a una relación de la comunidad con el exterior, de modo de asegurar una confrontación constante con la realidad social. Por cierto estos principios constituían un conjunto de ideales a los que se tendió, pero la instalación en hospitales psiquiátricos de estas comunidades hizo difícil su concreción. El hospital, por su organización, no genera climas de permisibilidad sino de reglas; bajo el riesgo siempre mentado del desorden, no soporta una democracia que iguale a todos en la participación, por lo que fue difícil abolir la figura del profesional médico, líder espontáneo de esos grupos. Pero estaban lanzadas las razones políticas y sociológicas de la situación institucional; lo médico ya no hacía de pantalla a todas las cuestiones planteadas. Maxwell Jones mostró que eran solamente de orden político las razones que esgrimían los psiquiatras

para mantener la situación de los enfermos, desde el chaleco de fuerza, la contención compulsiva, hasta el encierro. El ejemplo cundió en Occidente, y en pocos años su nombre se asoció a todo proceso de reforma asilar. Los conocidos fundadores de la anti-psiquiatría inglesa, R. Laing y D. Cooper, se formaron en estos ámbitos y fueron posteriormente los denunciantes de los nuevos efectos encubridores de la psiquiatría institucional.

Durante algunos años, el montaje de las comunidades terapéuticas en asilos y hospitales psiquiátricos se convirtió en el nuevo rostro de la institución psiquiátrica. Alrededor o detrás de los servicios de comunidad terapéutica sobrevivió, más desprestigiada y repudiada que nunca, la vieja psiquiatría asilar, con sus hedores y miserias.

Sin embargo, más allá de las críticas que ha merecido el dispositivo institucional de la comunidad terapéutica, el panorama asilar cambió a partir de ella. La guerra forzó a los psiquiatras en Europa a mirar fuera de los hospitales psiquiátricos, a encontrar analogías con lo político, a visualizar su propia relación con el poder. Algunos volvieron a los asilos, pero ya no fue lo mismo: no se pudo seguir siendo psiquiatra sin hacer explícita su función social. En la inmediata posguerra se había producido una importante modificación de los esquemas político-culturales de la sociedad inglesa, con una participación inédita de la comunidad en responsabilidades sociales. El gobierno laborista, con gran respaldo, implementó una medicina social y un sistema de cobertura previsual que sirvió de modelo a otros países durante varios años. Igual ocurrió con la sanción de programas de rehabilitación y reimplantación social de enfermos mentales internados. El éxito, aunque relativo, de la despsiquiatrización que impulsó la comunidad terapéutica, no hubiera sido posible sin este contexto político y esta conciencia social. En 1953, la Organización Mundial de la Salud, tras un estudio que elaboró su Comité de Expertos sobre las organizaciones de la psiquiatría en los países miembros, recomendó la transformación en comunidad terapéutica de todos los hospitales psiquiátricos. En general sólo se tomó una parte de la recomendación: se construyeron con una parte de la población internada comunidades terapéuticas, que funcionaban junto a la organización tradicional del asilo. Esta, creemos, fue la razón mayor del fracaso, y lo que justificó que se las denunciara como "servicios vidriera", ya que tendieron a ocultar y vender con buen rostro lo que conser-

vaban en su interior sin modificaciones. Basaglia sostuvo siempre, y lo experimentó en Italia, que toda reforma que permita alguna forma de existencia del asilo, termina por ser absorbida y neutralizada por éste.

En los años cincuenta, y la resolución de la OMS es una prueba de ello, se va definiendo el nuevo reordenamiento de lo mental en el mundo. I. Goffman² muestra en EE. UU. la creación de una nueva patología por el internamiento. Crecen en todo el territorio norteamericano las socioterapias y se plasman muchas comunidades terapéuticas. Cuando llega la ley Kennedy en 1963, con el Programa Federal de Psiquiatría Comunitaria, el terreno estaba abonado. En Francia, a partir de Saint-Alban y con el apoyo del Frente Patriótico, se promulga la reforma sanitaria y la creación del Sector, como nueva política en Salud Mental. En Italia, con retraso respecto del resto de Europa, el Frente Democrático, que reúne a los comunistas y demócratas cristianos, reconstruye la organización de salud e instala las primeras comunidades terapéuticas, para luego, con Basaglia, desembocar en el cierre del Hospital de Trieste y la actual ley de Salud Mental.

Todo este movimiento no debe entenderse como despliegue, extensión o modernización de la psiquiatría, ya que, por el contrario, constituye su crisis, expresada justamente en su imagen institucional, y ha de llevar a la construcción de un nuevo modelo de acción, que son las políticas de Salud Mental.

H. Ey comete un error al denominarla "tercera revolución psiquiátrica", ya que *no surgen en el interior de la psiquiatría*, sino que es el resultado de un reordenamiento forzado en el campo social y político, aunque sea realizado por psiquiatras. No es casual, y H. Ey lo conocía bien, que quienes llevaron adelante la reforma eran psiquiatras o reformadores comprometidos en las luchas políticas de Europa tras la guerra, en general hombres de partidos de izquierda, como Tosquelles, Daumezon, Bonnafé, Torrubia, Oury, Basaglia, Guattari, Hazeman, Sivadon, Vaille y otros.

Siguiendo nuestro esquema, digamos que con las políticas de Salud Mental se modifica la concepción del daño psíquico: éste es puesto nuevamente en relación con la vida social. La disciplina, aunque mantenga el rostro de lo médico, debe incorporar una serie de prácticas sociales no médicas que hacen que ya no se

2. I. Goffman, *Internados*, Buenos Aires, Amorrortu, 1972.

hable de psiquiatría sino de Salud Mental, como un nuevo campo disciplinario. En los saberes las referencias ya no son médicas ni filosóficas, el lenguaje en que los nuevos técnicos de Salud Mental expresan sus conocimientos es político, se habla de comunidad, democratización, gestión social, organización participativa, etc. Las teorías por su parte son más heterodoxas, conviven teorías psicoanalíticas, fenomenológicas, psicológicas, sociológicas, psicobiológicas, etc., sin que sus diferencias y oposiciones hagan contradicción a los ojos de los planificadores. Igual ocurre en cuanto a las prácticas terapéuticas; éstas se han reordenado, en su multiplicidad, en dos polos: a) tendencias psicoterapéuticas, que privilegian la historia del paciente y la palabra como elemento terapéutico; b) resurgimiento del objetivismo médico por vía de la moderna psicofarmacología. Finalmente las instituciones participan de esta heterodoxia general. Sobreviven los asilos y los hospitales psiquiátricos junto a los nuevos centros de Salud Mental, las granjas, las comunidades, etc. Pero el rostro institucional de la política de Salud Mental es, en lo fundamental, el planificador comunitario.

Las tendencias dominantes que se desprenden de este reordenamiento pueden ser abarcadas en tres modelos básicos. Vamos a ocuparnos sucintamente de ellos: la política del Sector en Francia, la psiquiatría comunitaria anglosajona, la desinstitucionalización promovida en Italia.

LA POLITICA DEL SECTOR

Un aspecto clave de la psiquiatría del Sector fue considerar a las cuestiones de la salud y la enfermedad mental como cuestiones no internas a la psiquiatría, es decir, que no podían ser pensadas ni resueltas en el espacio intrapsiquiátrico exclusivamente. Por eso desde el inicio se planteó una doble cuestión: ¿cómo crear una institución psiquiátrica no centrada en el internamiento, democrática y participativa? y ¿cómo reinstalar en la sociedad la problemática de la salud y la enfermedad mental, que la psiquiatría había expropiado?

Se pueden rastrear antecedentes de la ideología del Sector previos a la guerra, pero el impulso real a su concreción provino de las condiciones sociales y políticas de posguerra y del Frente Popular. Es éste quien produjo la asunción política de las ideas de los deberes del Estado y de la comunidad en materia de Salud,

alertando contra los tecnicismos que escamoteaban esta concepción. Por eso, de entrada, el Sector forma parte de la política de salud que el Frente en el gobierno implementó en pro de una medicina social. Vale la pena recordar algunas anécdotas que ayudan a entender este encuentro fructífero entre psiquiatras reformadores de su institución y una sociedad que, a través de sus organizaciones políticas, se hace sensible a asumir su compromiso con la salud y el bienestar de la comunidad.

Como es sabido, la idea del Sector comenzó a gestarse en Saint-Alban. Este es un hospital psiquiátrico de provincia, fundado en 1821 por Tissot, quien creó además otros 25 asilos en Francia y Bélgica. Se piensa que con un espíritu reformador de la época su funcionamiento en los años cuarenta no variaba del que tiene cualquier institución de este tipo con 600 internos. Durante la Guerra Civil Española (1936-1939) estaba dirigido por Balvet, alienista que en la guerra tenía posiciones democráticas y respecto del asilo manifestaba inquietudes reformadoras. Balvet se entera de que un joven psiquiatra catalán, militante republicano, estaba detenido en un campo de refugiados en Caylus, y decide ir a buscarlo. Logra su liberación llevándolo con él a Saint-Alban, empleándolo al comienzo como enfermero. Se trataba de Tosquelles, que entonces contaba con 26 años. Este había cruzado los Pirineos a pie, como tantos otros republicanos, llevando como único equipaje un portafolios conteniendo una gramática inglesa, el libro de Hermann Simonn y los partes que tenía la obligación de redactar cada mes sobre los Servicios Psiquiátricos del ejército de la República.³ A pesar de su juventud (fue médico a los 19 años), se había formado ampliamente en la psiquiatría alemana,⁴ y fundado durante la República Española lo que se conoce como "Las Comarcas Catalanas", junto a sus amigos Sauret y Morin. A partir del año 1935, y bajo el gobierno autónomo de Cataluña, la Generalitat había creado un Consejo Psiquiátrico para estudiar los problemas de organización y las perspectivas legales y funcionales de la psiquiatría. Fuster vin-

3. Tosquelles relata esta etapa de su llegada a Saint-Alban, liberado por Balvet en una entrevista que *Recherches* le realiza en 1975, en la que también reseña sus funciones en la psiquiatría catalana durante la República.

4. Una de las primeras tareas en Saint-Alban fue traducir el libro de Hermann Simon, muy importante entonces y desconocido en Francia, para el grupo de psiquiatras militantes que se reunía en el asilo: Daumezon, Bonnafé, Paul Eluard, Tristan Tzara y otros.

culó a Tosquelles con ese Consejo para que éste le encargara la organización de los territorios de atención en Salud Mental. Estos territorios se correspondían con las comarcas, que tenían una estructura geográfica y sociológica organizadas desde mucho tiempo atrás, que adquieren, a partir de la Generalitat de Cataluña, un nuevo impulso como territorio económico, político, de salud, etc. La experiencia que organizan Tosquelles, Sauret y Morin, con hegemonía anarquista, es considerada por algunos como una política de Sector, semejante a la realizada en Francia diez años más tarde. Durante la Guerra Civil organizaron una comunidad autogestionada donde se reunían enfermos, fundamentalmente provenientes del frente, junto a otros soldados del Ejército rojo, paisanos, etc. En los últimos tiempos de la guerra, Tosquelles fue nombrado responsable de la coordinación de todos los servicios de psiquiatría del ejército.

Estas experiencias de Tosquelles, que despertaron mucho interés entre los psiquiatras que se reunían en Saint-Alban,⁵ influyeron la ideología posterior de la que surgió el Sector. Se llamó en ese tiempo *géop-sychiatrie* a un funcionamiento de las tareas psiquiátricas en la geografía humana, es decir, intervenciones que se realizaban en el mismo lugar en que surgía el enfermo. Esto en oposición a la situación, habitual entonces, de trasladar al enfermo al asilo, en general muy alejado de su lugar de vida. Aquella imagen clásica de la ambulancia del asilo, con enfermeros forzados que iban al lugar donde estaba el loco para reducirlo y trasladarlo al asilo (cuyas puertas se cerraban con frecuencia para siempre para ese individuo), se suplantó por un coche que transportaba a un equipo médico-enfermero a la visita a la casa del enfermo, sin internarlo. Esto comenzó en 1943, con la ocupación nazi en Francia, y en esto la solidaridad entre la población y los equipos de atención fue clave. Dice L. Bonnafé, uno de los más comprometidos con estas experiencias: "Es importante situar todo esto en el curso de la historia, es absolutamente capital esta inserción profunda en el momento histórico, que hizo que la orientación de la obra en salud pública, que consistió en no pretender asumir las responsabilidades de los 'intrapasi' más que correlacionándolo estrechamente con los

5. Grupo amplio de psiquiatras que participaron en la Resistencia y que al final de la guerra han de tener un papel central en el reordenamiento de los servicios de psiquiatría y en el diseño del Sector. Pasaron por él H. Ey, L. Bonnafé, Sivadon, Follin, Balvet, Torrubia, Oury, Daumezon, entre otros.

intensos acontecimientos del campo 'extrapsi', haya encontrado en Saint-Alban una ilustración en todo sentido favorecida por los acontecimientos históricos. Saint-Alban no podría ser lo que ha sido sino en función justamente de todo aquello, en función de la Resistencia, de la guerra de España, etc."⁶

En esos años se reunía en Saint-Alban un grupo de intelectuales y psiquiatras, constituyendo un colectivo de intelectuales, que participaban de la Resistencia, viviendo periódicamente en el asilo. Lo integraron Tosquelles, Le Guillant, Bonnafé, Daumezon, Follin, Rouart, Lebovici, Ajuriaguerra, Lacan, Duchêne, Hécaem, Paul Eluard, Tristan Tzara y otros. Tosquelles lo denominaba "la banda", pero es conocido por el nombre de grupo de GEVAUDAN. Además de traducir al francés la obra de Simonn, emprendieron una crítica del libro de K. Jaspers *Psicopatología general*, de la fenomenología psiquiátrica y de la *Gestalt*. En las discusiones sobre psicoanálisis participan Lacan y Lebovici, que tendrán un importante papel en él luego de la guerra. Es éste el grupo que reúne Henri Ey en el congreso de Bonneval luego de la guerra (1946), reunión que hace surgir las diferencias del grupo, hasta ese momento latentes. Un año antes se había realizado el mayor encuentro de psiquiatras que se realizara en Francia, y donde este grupo había logrado imponer sus ideas sobre el Sector. Precisamente éste comenzó a nombrarse así luego de estas Jornadas Psiquiátricas Nacionales, que habían organizado simultáneamente *L'Evolution Psychiatrique*, la Sociedad Médico-Psicológica y el Sindicato de Médicos de Hospitales Psiquiátricos. En los tres organismos convocantes el grupo era hegemónico. Participan Paul Valéry, Henri Wallon, Pierre Janet, entre otras figuras. Allí se plantea y reúne consenso la idea de constituir el Sector Psiquiátrico en toda Francia, con la conversión en un sistema médico de atención mental de la comunidad, en el territorio, estatizando todos los servicios privados que hubiere, y con la idea de que el Sector, como unidad de salud, debía abolir los hospitales psiquiátricos. Había que delimitar un territorio en función de las poblaciones, realizar una programación de equipamientos en función de las demandas que se relevaran, generar una organización que asumiera la administración autónoma de los recursos, crear un consejo con participación de representantes elegidos por la población, y nombrar un solo Director por

6. *Recherches*, Nº 17, marzo de 1975, pág. 92.

Sector, de modo que a él se subordinara la planificación de todos los servicios. La idea estaba plasmada, el respaldo de los propios psiquiatras estaba asegurado (aunque no homogénea ni totalmente) y el Frente Popular apoyaba la concreción de esta política.

Los principios

Es difícil hacer una síntesis de los principios que configuran la política del Sector, ya que se trata de un conjunto de ideas, plasmadas en luchas y experiencias concretas, tras las cuales se organiza todo un movimiento, que llamaría socio-psiquiátrico-político. No obstante, vamos a esquematizar las grandes ideas que configuran el nuevo dispositivo social de Salud Mental que el Sector impulsa:

1) Apoyados en la crítica al asilo como imagen institucional de la psiquiatría, al que se reconoce heredero del hospital general y del “Gran encierro”, toda la política en Salud Mental se basa en el *rechazo de toda forma de segregación de los enfermos*.

2) Se opone, a la política de segregación y exclusión, una de *integración* en todos los niveles: a) integración del enfermo mental en el conjunto social que emerge; b) subordinación del hospital psiquiátrico a la totalidad de la red de instituciones y equipamiento de higiene mental del Sector, de modo que son los equipos de Salud Mental siempre la primera instancia; c) implantación del equipo del Sector en el medio social donde vive el enfermo (atención e internación domiciliaria, asistencia en y con la comunidad, etc.); d) entender al Sector, en tanto circunscripción de Salud Mental, como un territorio, es decir, como unidad de *integración* y dimensionado de acuerdo con la capacidad del equipo médico-social.

3) *Asegurar la unidad e indivisibilidad de las tareas terapéuticas*: a) integrando en una sola red o cadena a todos los equipos del Sector; b) haciéndose responsable cada equipo de la totalidad de las fases del tratamiento o intervención preventiva: prevención, detección, precura, hospitalización parcial o completa, externación, seguimiento, poscura; c) asegurando la unificación y coherencia por el equipo de salud mental de todas las operaciones terapéuticas implicadas, desde la consulta, de manera de tener un control homogéneo de todo el plan terapéutico (estrategias terapéuticas).

4) El equipo de Sector es la "célula productiva" de cuidados en Salud Mental, alrededor del cual se ordena el conjunto del dispositivo material e institucional. Como núcleo de la red de cuidados de Salud Mental, la fluidez de las relaciones internas, la concentración de la información que supervisa y distribuye por todo el Sector, garantiza que las divisiones jerárquicas y burocráticas no obstaculicen la eficiencia en la aplicación de las estrategias terapéuticas.

5) El equipo de Sector es el agente de Programación, capaz por sí mismo de formular en términos cuantitativos y cualitativos las necesidades de equipamiento, establecer las demandas de la población, diseñar programas específicos e implementarlos.

Con estas ideas, el Sector comenzó a operar ya en los años cincuenta y fue legalmente sancionado por la Circular fundadora del 15 de marzo de 1960, que aprobaba estos principios rectores de la política del Sector, y posteriormente la de enero de 1971, que con la definición de las nuevas poblaciones extendió esta política.

Son conocidas las dificultades que surgieron en Francia frente a la política del Sector. Las dos mayores provenían de: a) el aparato administrativo, ya que la burocracia estatal, que sólo concebía un ordenamiento vertical y jerárquico, no aprobaba ni permitía la estructura horizontal y no jerarquizada de decisiones; b) la presión que ejerció la burocracia estatal para convertir los hospitales psiquiátricos en el centro administrativo y financiero del sistema, con lo cual lo convertía también en el centro administrativo de todas las decisiones presupuestarias y, por lo tanto, en supervisor de las acciones. Esto en contra de uno de los núcleos de la política del Sector, que era no permitir un centro territorial a fin de asegurar la estructura reticular. Por ejemplo: la Administración Central, aduciendo razones de su propia organización, establecía el presupuesto del Sector de acuerdo con el número de camas con que contaba, lo que era, como criterio, exactamente opuesto y contradictorio con lo que el Sector se proponía. El peso que la tradición asigna a las instituciones en Francia, agregado al ancestral respeto de que gozan los "patrones" de servicio o de cátedra (*maître*), no es por cierto ajeno a las trabas que se oponen al Sector. Esto es por otra parte concordante, aunque difícil de precisar, con el peso que en Francia tiene la ideología individualista burguesa, que defiende un tipo de políti-

ca por cierto ajena y contradictoria con la gestión y acción comunitaria que el Sector propone.

En 1967 una reunión convocada a fin de discutir problemas de "programación, arquitectura y psiquiatría",⁷ sintetizaba la polémica en la siguiente pregunta: "¿metros cuadrados terapéuticos o metros cuadrados sociales?" Se entendía, y esta comprensión dividía a la vez las aguas del debate, que el énfasis en la terapéutica abre necesariamente el camino a la construcción de hospitales, mientras que el énfasis en lo social en Salud Mental abre un camino opuesto: llevar las funciones del hospital y la psiquiatría a la sociedad. Daumezon decía en esta reunión: "¿En qué medida, cuando se toma el problema en su conjunto, se termina fabricando una psiquiatría según el número de psiquiatras disponibles? Lo mismo ocurre con el hospital psiquiátrico. No he visto jamás un asilo vacío. Cuando se abre un asilo se llena".⁸

También se crearon dificultades entre las ideas y principios que impulsaban los pioneros del Sector (Bonnafé, Daumezon, Follin, etc.) y los nuevos profesionales que llegaban. Los primeros impulsaban a recorrer las escuelas, las poblaciones, los clubes, atender las demandas en domicilio, instalar los equipos en la comunidad, cubrir con los asistentes sociales problemas de familia, desempleo, vivienda, etc., antes que estos problemas se convirtieran en demandas de atención psiquiátrica. Los profesionales que fueron llegando, en general psicoterapeutas o psicoanalistas, tendían a instalarse en los consultorios de los centros o de los hospitales psiquiátricos, con sus ritos, sus silencios, sus horarios estrictos, a recibir la demanda de psicoterapia de los que venían a buscar ayuda. Quizás la experiencia del Distrito XIII (París), sin hospital psiquiátrico, gobernado por psicoanalistas y con grandes recursos, sea un ejemplo del fracaso de la política del Sector, ya que, concentrándose sus acciones en las actividades psicoterapéuticas internas, mostró que lo que se toma por moderno y renovador (el psicoanálisis, las psicoterapias) puede cumplir una función conservadora y reaccionaria en el contexto de una política de Salud Mental abierta a la comunidad. También se reveló uno de los aspectos clave: no es posible desarrollar una política de Salud Mental sin la formación de los

7. "Histoire de la psychiatrie de Secteur", *Recherches*, 1975.

8. Id., pág. 300.

recursos humanos acordes con ella. En Francia, el Sector mantuvo en lo esencial la formación clásica universitaria de psiquiatras, psicólogos, psicoanalistas.

Sin duda que también pesó en las dificultades del Sector en Francia una evaluación no correcta de las nuevas formas de vida social que se fueron dando en la posguerra: alta concentración en la industria, movilidad mayor de las poblaciones con migraciones periódicas en función del empleo, ruptura de lazos sociales de solidaridad, cambios o pérdida en muchos casos de los organismos de sociabilidad barrial (sociedades barriales, clubes, etc.), cambios en las reglas de funcionamiento familiar, etc. El panorama urbano del capitalismo de posguerra fue claramente alterado. Dice Lion Murard, uno de los psiquiatras más comprometidos con el Sector: "Nosotros queríamos montar el equipo promotor y fracasamos; creíamos al Sector duro como el hierro y lo hemos visto disolverse frente a nuestros ojos. Qué es esto, en efecto, sino el fantasma arcaico, el sueño pasado de un modelo organizacional referido a una comunidad estable, asentada en un territorio, lo cual no existe más en las nuevas poblaciones y menos aun en las grandes aglomeraciones urbanas. ¿Psiquiatría familiar, psiquiatría de barrio, qué pueden significar hoy, en estas poblaciones, estas palabras maestras del Sector?"⁹

A partir de los años setenta se produce todo un replanteo de la idea del Sector, basado en una reconsideración de los asentamientos urbanos, la pérdida de relaciones comunales, el anonimato creciente de los individuos, la dispersión de las familias, etc. Refiriéndose a esto dice Tosquelles: "Yo me he preguntado en un proceso autocrítico, si esta noción de Sector no era una concepción que valía solamente en la Cataluña de 1934, o en la Francia de posguerra, es decir, cuando el ciudadano medio pesaba como tal, realmente, en la estructura de las relaciones de producción".¹⁰

Parece correcto, a la luz de las críticas que los líderes del Sector se han hecho, considerar un cierto fracaso de esta política. Fracaso en la generación de un poder colectivo capaz de impulsar una nueva concepción de las relaciones poder-saber entre curadores y enfermos, ya que al no lograr su traspaso a la comunidad éstos tienden a coagular en la figura del médico (ahora psicoanalista o psicoterapeuta). El hospital psiquiátrico quedó, una vez

9. Lion Murard, *Recherches*, N° 17, mayo, 1975.

10. Id., Tosquelles, *Recherches*, N° 17, mayo, 1975.

más, intacto y con nuevos prestigios (la situación del Hospital de Sainte-Anne es un ejemplo). Cada médico pudo volver a ser tal, vestir nuevamente sus atributos, para los enfermos a su cargo. El *prix de journée*¹¹ es lo que muchos médicos deseaban y el aparato burocrático estatal entendía.

Sin embargo, el panorama de la Salud Mental en Francia ya no es caracterizable por el asilo. Como todas las luchas por un nuevo orden de relaciones humanas, ésta también tuvo avances y retrocesos, pero en estos procesos algo quedó establecido: el hospital psiquiátrico, en la sociedad actual, sólo puede vivir en el seno de su crisis, pocos piensan que represente una solución moderna al problema de la locura. Aunque gran parte de los psiquiatras progresistas franceses consideren que el Sector no terminó de implantarse y acusen de ello a la Administración Central, las políticas de salud que sucedieron a las del Frente Popular, el papel de la Universidad y sus profesores, etc., hay que tener en cuenta que en Salud Mental actualmente conviven en Francia las 120.000 camas psiquiátricas, muchas aún en los viejos hospitales psiquiátricos, con 70 hogares intermedios, 250 hospitales de día en el sector público y unos 100 hospitales de noche, planes de facilitación de vivienda privada a pacientes externados, a cargo del Estado y hasta que el enfermo consiga automantenerse, y cerca de 3.000 centros comunitarios de Salud Mental.¹² Esto nos muestra un desplazamiento, ya estabilizado, desde el centro de la atención en hospitales psiquiátricos, hacia una periferia de Centros de Salud Mental que tienden a gestar una nueva conciencia social de los problemas de salud y enfermedad mental.

Lejos se está entonces de las posiciones de la psiquiatría francesa de preguerra, expresadas por ejemplo por el doctor M. Clérambault en el cierre de la reunión de la Société des Annales Médicaux de Psychologie en noviembre de 1929: "Habéis mostrado que existe una campaña de difamación. Este punto merece ser destacado. La difamación forma parte de los riesgos profesionales del alienista. Se nos ataca en ocasiones y, precisamente, en relación con nuestra función administrativa y con nuestro poder

11. El *prix de journée*, modo de retribución de los médicos en Servicios Públicos, fue considerado como uno de los elementos que favoreció la restricción del Sector.

12. *Informations Sociales*, N° 11, 1979.

de expertos. Es justo que *la autoridad que nos delega nos proteja contra los riesgos profesionales 'de cualquier naturaleza'*, es necesario que los técnicos estemos garantizados por disposiciones precisas que nos aseguren contra los daños esporádicos o permanentes. Tales daños no son únicamente de orden material sino también de orden moral. La protección contra estos peligros debería comportar socorros, subsidios, indemnizaciones y, en fin, pensiones completas y permanentes. El riesgo de la asistencia podría ser cubierto, en casos urgentes, por una mutualidad de seguros; pero, en última instancia, la indemnización de tales daños *debería correr a cargo de la propia autoridad, al servicio de la cual se han sufrido los daños.*"

Clérembault tenía claro y asumía en función de qué poderes (la autoridad) el psiquiatra se hacía cargo de la custodia de los enfermos. Su organicismo mecanicista lo ayudaba, sin duda. El Sector francés cuestionó esta delegación de autoridad e intentó devolver algo del poder expropiado por los psiquiatras a los individuos enfermos.

LA POLITICA DE DESINSTITUCIONALIZACION EN ITALIA

La reforma italiana, una de las más comentadas y la que mayores resultados parece haber obtenido, no permite su reducción a un esquema o descripción única, ya que el peso que en Italia tienen las regiones imprimió particularidades propias a su desarrollo en cada una de ellas, igualmente en las notables diferencias existentes entre el norte y el sur.

En relación con las experiencias del Sector francés y la comunidad anglosajona, en Italia la reforma es posterior, a partir de los años 1967, y por lo tanto había ya una aplicación, aunque parcial y esporádica, de los ideales del Sector y existían algunas comunidades terapéuticas. Basaglia, por entonces Director del Hospital Psiquiátrico de Gorizia, impulsó la publicación en Italia de las obras de Maxwell Jones¹³ e I. Goffman¹⁴ para las cuales escribió el prólogo a la edición italiana. El ambiente psiquiátrico en Italia hasta los años sesenta estaba dominado por una amplia red de hospitales psiquiátricos, de funcionamiento manicomial, con profesionales en general biólogos, y que habían permanecido bastante ajenos a los cambios políticos del país. Por esto la

13. Maxwell Jones, *Psiquiatría social*, Roma, Feltrinelli, 1969.

14. I. Goffman, *Internados*, Buenos Aires, Amorrortu, 1972.

reforma italiana está muy unida al nombre de Franco Basaglia, quien supo impulsar, desde su posición de director de un asilo, un movimiento social y político que logró en pocos años el cierre definitivo de un número importante de estos establecimientos.

En su primer libro, aparecido en 1968, señalaba: “La psiquiatría debe ser considerada como la expresión de un sistema que hasta el presente ha podido negar y abolir sus contradicciones separándolas, no aceptando su dialéctica, intentando mantenerse ideológicamente por una sociedad sin contradicciones. Si el enfermo es la sola realidad a la cual intenta referirse, se deberá atacar las dos fases de esta realidad, de las cuales se compone: el hecho de ser un enfermo por sus problemas psicopatológicos (no ideológicos pero sí dialécticos) y el hecho de ser un excluido, un estigmatizado social”.¹⁵ En esta frase se condensan algunas de las cuestiones clave del pensamiento y la propuesta de Basaglia. En primer lugar, la psiquiatría es definida como la práctica de una contradicción, pero que se escinde y niega. En esto ve Basaglia la función de encubrimiento que hace la medicina mental, ya que desplaza el problema sociopolítico que el enfermo y la institución representan hacia una solución técnico-científica. La dimensión médica (“un enfermo por sus problemas psicopatológicos”) y la dimensión sociopolítica (“el hecho de ser un excluido...”), deben ser tomadas dialécticamente, a riesgo de escindir el problema medicalizándolo o politizándolo. Esta preocupación ha de atravesar toda la experiencia de Basaglia hasta nuestros días. En la medida que se cuestionan las categorías técnicas y teóricas con que la medicina mental recubrió la situación de los enfermos y se trata de mostrar la dimensión de poder que se ejerce sobre los mismos (política), todo el movimiento corre el riesgo de diluirse en la generalidad abstracta de la política. Se produjeron ciertamente falsas ecuaciones por las que el psiquiatra se identificaba al policía represor (los “flicquiatras”) y el enfermo al obrero oprimido y explotado. Esto demuestra lo dificultoso del tránsito por los carriles teóricos y prácticos que se proponen en estas alternativas, que necesitan definir un espacio social concreto, aquel en el que la psiquiatría instituyó su objetivación de los individuos considerados enfermos para ejercer sobre ellos una determinada (específica) política de segregación y custodia, y en el que la propuesta alternativa debe disputar por los valores que promueve.

15. F. Basaglia, *La institución negada*, Barcelona, Barral, 1971.

Como es evidente, el problema sigue siendo, en cuanto al asilo, el mismo con que se encontró Pinel: discernir entre el marginado por la pobreza o el desamparado social, el recluido por asocial o delincuente y el loco, a quien la psiquiatría significó como enfermo. *Este discernimiento sigue siendo una política, pero sigue proponiéndose como una tarea del conocimiento, es decir, de la ciencia.* Basaglia trata de no ubicarse en el sitio que ocupó Pinel, acepta y se compromete con la dimensión sociopolítica del problema del asilo, y advierte contra el encubrimiento que acompaña las categorías teóricas y técnicas. El enfermo mental se constituye socialmente como tal en tanto estigmatizado social, es víctima de una exclusión violenta, como el pobre, el asocial, el delincuente. En Italia se agrega a esta lista el disminuido físico, el disminuido mental, el viejo, el marginado.

Porque Basaglia toma la dimensión global del enfermo en su contexto sociopolítico, indisociable, necesita cuestionar las propuestas de la psiquiatría comunitaria, crítica sobre la cual va a surgir su propuesta de desinstitucionalización. La comunidad terapéutica anglosajona sostiene la idea de una competencia técnico-profesional para atender al enfermo mental a la vez que mantiene la posibilidad del internamiento, al que reforma en sus condiciones, sin abolirlo.

Vamos a intentar una síntesis del proceso italiano en tres ítems: a) el incidente de Gorizia y el diseño de la política, b) el Programa de Psiquiatría Democrática y la Ley de Salud Mental, y c) hacia dónde se avanza: los resultados.

EL INCIDENTE DE GORIZIA

El Hospital Psiquiátrico de Gorizia era un asilo típico, de setecientas camas, ubicado en el norte de Italia. En los años sesenta Basaglia, por aquella época director del hospital, junto a otros trabajadores del mismo, se plantearon una crítica del funcionamiento del asilo y de sus funciones profesionales y técnicas en él, que se concretaron en propuestas para convertirlo en un hospital abierto. En esa etapa la noción de "institución total" de Goffman y las ideas sobre comunidad terapéutica ejercían cierta influencia sobre el grupo. 1968 es el año clave: se producen los acontecimientos de mayo en Francia, la efervescencia estudiantil se hace presente en Italia, los discursos sobre las propuestas de apertura del asilo habían ocupado a la prensa, y

Basaglia publica su libro *La institución negada*, en gran parte una reflexión sobre la experiencia del Psiquiátrico de Gorizia. En ese tiempo se produce el crimen que dio lugar al llamado “incidente de Gorizia”. Un paciente, internado desde hacía diez años en el hospital, que había salido por unos días de visita a su casa en Lenzuolobianco, mata a su esposa a golpes de hacha, en ausencia de otros familiares. La prensa aprovecha este episodio para atacar toda la experiencia de apertura y transformación del hospital y Basaglia, su director, fue acusado de homicidio responsable y procesado. Este proceso no prosperó y finalizó dos años después sin condena. Paradójicamente “El caso Milkus”, como se nombraba este episodio en la prensa, dio lugar a un gran debate público sobre la experiencia de transformación del hospital y, por ende, de todo el problema asilar, en el que se pronunciaron y alinearon los sindicatos obreros, los partidos políticos y otros movimientos sociales. Un abogado, militante fascista, reclama una investigación del hospital, diciendo: “En esta ocasión han surgido hechos objetivos. Desde hacía tiempo deseaba llamar la atención a las autoridades provinciales sobre las circunstancias de anarquía existentes dentro del hospital, sobre la cual hace años se murmura”. En una publicación (*Lo Specchio*) declara: “el hospital se ha convertido en un centro de propaganda y un lugar de adiestramiento político de la extrema izquierda”.¹⁶

Basaglia se defiende y publica una larga carta en la prensa, donde da sus razones. Esta concita el apoyo de varios grupos políticos. En un párrafo de la misma dice: “... en la institución psiquiátrica que dirijo —a través de un gradual y fatigoso trabajo de transformación que ha empeñado por igual a enfermos, enfermeros, médicos y asistentes sociales—, el único significado y la única esperanza futura para internados que han tomado conciencia del grado de exclusión y segregación del cual eran objeto y que iba más allá de toda justificación terapéutica, es la posibilidad de una apertura hacia el exterior”.¹⁷

El caso Milkus tiene la virtud de provocar el desnudamiento de los factores que convergen en la sociedad para mantener el asilo. Las autoridades, tanto del gobierno central como los consejos provinciales, piden cautela en el proceso de reforma, de

16. *La institución en la picota*, Rosario, Encuadre, 1974, pág. 55.

17. *Id.*, pág. 59.

modo que no se conmocione el tejido social; los jueces exigen medidas de seguridad a los funcionarios de Salud; la prensa, aunque heterogénea, muestra la inquietud por esta liberación de los locos en la sociedad. Los partidos de izquierda (PCI y Socialista) apoyan la apertura, junto a algunos sindicatos obreros, la Democracia Cristiana de la región (aunque se muestra ambigua y pide tiempo); el movimiento fascista, por su parte, denuncia de subversivos a los psiquiatras reformistas. Hay tolerancia para que el hospital se transforme en comunidad terapéutica, pero siempre que se mantenga el control sobre los enfermos internados. El equipo del hospital, junto a los sectores sociales que lo apoyan, avanza en la denuncia de los anhelos marginizantes (del loco, del pobre, del impedido) que esconden la sociedad y la familia. Se propone a la comunidad que se creen centros de Higiene Mental, insertos en la población y dirigidos ya no sólo por los psiquiatras sino también por las fuerzas políticas representativas y líderes de la comunidad. Basaglia avanza en el plano de los fundamentos racionales de su propuesta mostrando la identidad de situación de los enfermos con el resto de los marginados de la sociedad y la comunión de intereses excluyentes. El problema va tomando entonces un carácter más amplio: ya no es un debate interno de la medicina, sino una articulación de cuestiones ideológicas y políticas a la función médica del hospital. Frente a las trabas que la administración provincial pone al plan de externación y apertura del hospital, el equipo terapéutico, junto a su director, decide renunciar a sus cargos. Para tener una idea del clima político que se había creado, recordemos que frente al anuncio del equipo del hospital de que iban a dar de alta a 130 enfermos internados, el gobierno decidió acuartelar a las fuerzas de seguridad. Finalmente, la administración aceptó las renuncias: los partidos y sindicatos, junto a los sectores de la prensa que apoyaban la reforma, proponen una movilización de los consejos de zona, fuerzas sociales locales, enfermos externados, trabajadores, para ampliar el movimiento hacia un reclamo general de reforma de todas las políticas de salud. Se piensa que ésta es la única garantía de que la reforma psiquiátrica se realice, ligándola al reclamo político general de los derechos populares a la salud. La derecha fascista también salió al ruedo. El 24 de octubre de 1972 Gorizia apareció empapelada con unos afiches del Movimiento Social Italiano que, bajo el título "Una cueva de subversión", decían textualmente: "Gracias a los métodos filo-

marxistas, tan queridos por Basaglia y sus 'compañeros', el Hospital Psiquiátrico de Gorizia se ha convertido en una cueva de la subversión. Socialistas y comunistas continúan con la indigna instrumentalización de los internados para sus turbios fines políticos. El M.S.I. denuncia a la opinión pública la gravedad de una situación rodeada de innumerables episodios desconcertantes, de los cuales las autoridades ya fueron puestas al corriente. Incluso la Democracia Cristiana, hasta hoy cómplice de los subversivos, da muestras, a través del Asesor Provincial de Sanidad, de haberse dado cuenta de que el caos creado dentro del hospital es ya insostenible...¹⁸

Para entonces, la máscara científico-médica del problema había caído, y se desenmascara también la ilusión de preservar un espacio teórico de saber médico sobre la enfermedad y un lugar práctico de resolución (tratamiento) del mismo. Ambos términos se mostraban indisociables.

Pero, ¿qué había dado lugar a tal conmoción social? El asesinato de la esposa de Milkus no dejaba de ser la noticia policial de un crimen pasional, por más que el asesino fuera un enfermo. Lo que había entrado en debate sin duda era el programa político que empezaba a diseñarse a partir de la crisis del hospital psiquiátrico y la construcción posterior de la psiquiatría democrática.

EL PROGRAMA DE PSIQUIATRIA DEMOCRATICA Y LA LEY DE SALUD MENTAL

El grupo de psiquiatras, enfermeros y asistentes sociales que se congregó en Gorizia, estaba muy abierto a las políticas de Salud Mental y había conocido las experiencias institucionales inglesas y las del Sector francés. En esos años (1963), comenzó también en EE.UU. la aplicación del Programa Federal de Psiquiatría Comunitaria. El grupo italiano, en general vinculado a los partidos de izquierda, conocía las ideas de Gramsci (por otra parte vigentes en el debate político italiano de entonces), por lo que consideraba posible y necesario realizar las luchas sectoriales en pos de una sociedad socialista, lo cual le daba una ideología coherente con las tareas que se había propuesto en cuanto a la Salud Mental. El movimiento de crítica al hospital

18. Texto del afiche reproducido en *La institución en la picota*, Rosario, Encuadre, 1974.

psiquiátrico y a la alternativa de la comunidad terapéutica que habían ensayado, creó las coincidencias necesarias para que organizaran un movimiento más amplio, que pronto se extendió por toda Italia y que llamaron “psiquiatría democrática”.

Sobre todo a partir de las experiencias de Gorizia que comentamos y luego desde el Hospital Psiquiátrico de Trieste, que también dirigió y cerró Basaglia, se fue conformando una doctrina del grupo que es la que finalmente, y con el apoyo político y social con que cuenta la psiquiatría democrática, orientó toda la reforma psiquiátrica hasta la aprobación de la ley de Salud Mental en 1978. En lo esencial las propuestas teóricas y prácticas son las siguientes:

a) Generar un movimiento social y político organizado para apoyar en una primera etapa la apertura de los hospitales psiquiátricos, para lograr posteriormente su cierre definitivo. Este fin se consuma con la ley de 1978. En este movimiento participan, junto a los psiquiatras, enfermeros y trabajadores sociales, los sindicatos obreros y partidos políticos.

b) Se emprende la tarea en los hospitales psiquiátricos, a partir del movimiento, para incluir a los pacientes internados en el proceso de apertura, haciéndolos protagonistas de su propia externación: visita a las familias, reencuentro con amigos, formación de clubes de ex internados, búsqueda de empleo y de vivienda, etc.

c) Se agrupa a los pacientes, dentro y fuera del hospital, para realizar “colectivos de externación”, es decir un espacio grupal de elaboración de todas las vicisitudes del proceso de externación y reinserción social.

d) A partir del cierre del Hospital Psiquiátrico de Trieste, se trabaja con los enfermos para su instalación fuera del hospital, algunos pocos en nuevos hogares de ancianos, la mayoría en casas que el Estado dispone para su alojamiento en compañía de algún miembro del equipo: enfermera, psicólogo, psiquiatra, etc., indistintamente. En estas casas se continúa el trabajo colectivo de reinserción social.

e) Paralelamente, se va clausurando el hospital, a medida que se desocupa. No se admiten nuevas internaciones ni reinternaciones de quienes habían sido externados del mismo.

f) Los pacientes externados que requieren atención psiquiátrica (en general tratamientos con psicofármacos) son asistidos en el Centro de Higiene Mental de la zona.

g) Algunos pacientes que no pueden ser desinstitucionalizados por incapacidades diversas (oligofrenias severas, demencias, defectos esquizofrénicos graves, epilepsias, etc.) son conducidos a hogares especiales para vivir, en general, sin tratamiento psiquiátrico, es decir, en una forma no psiquiátrica de institucionalización.

En el frente político, el proyecto de ley de Salud Mental, que se necesitaba para legitimar esta política y asegurar la nueva organización, era escamoteada por el gobierno central. El Partido Radical, utilizando un punto de la Constitución italiana, decide juntar firmas para llamar a un referendo popular para apoyar la sanción de la ley. Reunidas las 500.000 firmas necesarias para exigir el referendo, el gobierno decide sancionar directamente la nueva ley de Salud Mental en 1978, con el número 180. Por esta ley se establece que a partir de su sanción no puede admitirse ningún paciente nuevo en los hospitales psiquiátricos de toda Italia, y luego del 31 de diciembre de 1980 tampoco se puede reinternar a ningún enfermo que haya sido externado. Para aquellas internaciones obligatorias que se crean necesarias (es decir, sin consentimiento del enfermo), siempre que se atestigüe necesidad de tratamiento, y nunca por peligrosidad, deben certificar el pedido al menos dos médicos y una autoridad civil local. Sólo puede internarse por un período fijado y no mayor de diez días. Estas internaciones, al igual que las voluntarias, pueden hacerse en los servicios de psiquiatría de hospital general, ya que la ley establece que deben destinarse a este fin 15 camas de cada hospital por cada 200.000 habitantes. La ley establece también prioritario el tratamiento en la comunidad y a través de los centros locales de Salud Mental. En la misma disposición considera y dispone el pasaje de personal empleado en los hospitales que se cierran a los nuevos centros comunitarios.

En Italia, de acuerdo con la ley del Secondo Servizio Sanitario Nazionale, la salud pública y la salud mental están organizadas en tres niveles, con tendencia a la descentralización en todas las acciones de salud. Estas son: nivel ministerial nacional, nivel regional (o provincial) y dentro de este nivel se crea la Unidad Sanitaria Local (U.S.L.) y finalmente el Distrito. La ley 180 crea en cada U.S.L. un Departamento de Salud Mental, el Servizio d'Igiene Mentale (S.I.M.). Todo el sistema está basado en la

participación política local, en la que Italia tiene una larga experiencia de funcionamiento. Los distintos partidos políticos de la región en elección de concejales, nombran representantes ante la Asamblea de la U.S.L. Esta a su vez elige su Presidente y su Consejo de Administración. El primer nivel, ministerial, imparte las orientaciones políticas generales en salud y salud mental, y distribuye el financiamiento a través de las provincias. El manejo del presupuesto es siempre local, o sea, lo hacen las U.S.L. Esta organización asegura un funcionamiento democrático del sector salud, bastante acorde con la organización de la sociedad italiana, y facilitó muchísimo el despliegue de los principios y acciones democratizadoras de la reforma de Salud Mental.

En toda la primera etapa se trabajó principalmente en el Servizio d'Igiene Mentale con los pacientes que se habían, o estaban siendo, externados de los hospitales psiquiátricos, para proveer ayuda de resocialización. Ya en la nueva demanda que acude, el enfoque es más comunitario, se tiende a no objetivar la enfermedad. Esa primera etapa, la más ambiciosa realizada en cualquier reforma psiquiátrica desde la Revolución Francesa, puede decirse que fue ampliamente exitosa. Se logró la desinstitutionalización masiva de enfermos, al mismo tiempo que se creaban las condiciones para prevenir la hospitalización, se cerraban hospitales psiquiátricos y se aseguró un nivel adecuado, no total, por supuesto, de resocialización; se logró agitar a la sociedad sensibilizándola al problema de la exclusión y encierro, consiguiendo una aceptación notable de los enfermos liberados y de los psicóticos en período agudo que no se internaron.

Es, por ejemplo, inédita la relativización que sufren las categorías nosográficas y la actitud de no diagnóstico, coherentes con la propuesta de cuestionamiento de los saberes médicos y la función objetivante del enfermo que implica el diagnóstico. Igualmente la actitud adoptada respecto de la formación de profesionales: coherentes con la crítica a los roles profesionales y a las intervenciones técnicas, y de acuerdo con la propuesta de ir disolviendo las profesiones y su correlato de asistencia, la reforma italiana no se propuso una política de formación profesional, a la que reemplazó con una exhortación a la práctica y la experiencia.

La creación del consultorio familiar del S.I.M., en el que se concentra la actividad preventiva, es un ejemplo de este aborda-

je de los problemas de salud mental en el seno de las cuestiones de la vida, evitando toda expropiación al individuo y la comunidad de sus propios saberes y capacidades prácticas de enfrentarlos y resolverlos.

¿HACIA DONDE SE AVANZA? LOS RESULTADOS

Hay que partir de la idea de que el proyecto de psiquiatría democrática, generado en lo interior de lo psiquiátrico, se propuso desde el comienzo un objetivo que trascendía ese nivel, para situar el problema en el conjunto social. Se trataba de crear una conciencia social diferente sobre el enfermo mental que hiciera posible políticas de salud mental no centradas en el internamiento. Es decir, había que disolver el “núcleo fuerte” de la función institucional de la psiquiatría y el papel de segregación y custodia que ejercían los psiquiatras, enfermeros y trabajadores sociales. Este proyecto no era viable sin la constitución de un frente social y político que lo legitimara, como reivindicación propia de la sociedad, y lo impulsara en el seno de sus demandas por un bienestar general. El fundamento no estaba en nuevas teorías ni en la propuesta de nuevas técnicas terapéuticas, sino en la creación de una nueva política para enfrentar estas cuestiones.

La significación esencial que llevó a la política antiinstitucional, ya dijimos, puede resumirse en la comprensión que se tuvo de que en los hechos cada ideología tiene de modo explícito la función de producir técnicas que justifican, legitiman o encubren las contradicciones de naturaleza política que se generan en la vida social. La psiquiatría fue visualizada como una ideología de lo mental. Primer logro de la reforma italiana. Y esta ideología, expresada en la institución asilar, como relación humana concreta, en el ejercicio de un poder sobre el enfermo, fue entendida como coherente con la distribución de funciones y poderes que la sociedad capitalista avanzada realiza. Si esta relación entre médicos y enfermos expresa algo de esa relación de poder, la existencia en el asilo de los hombres más pobres de la sociedad, los que no pueden entrar fácilmente en la espiral productiva, muestra una selección de clase, no explicable por categorías médicas. Mostrar esto fue otro de sus éxitos. Dice de ello Basaglia: “Somos perfectamente conscientes”, con Fanon,¹⁹ de “compro-

19. F. Fanon, *Los condenados de la tierra*, México, Fondo de Cultura Económica, 1965.

meternos en una empresa absurda de querer dar existencia a unos valores, mientras que el no derecho, la desigualdad, la muerte cotidiana del hombre son elevados a principios legislativos". "Absurdo, pero inevitable si no se quiere ser cómplice del no derecho, de la desigualdad, de la muerte cotidiana del hombre. Lo único que nos queda por hacer actualmente, es intentar mantener abiertas las contradicciones que han sido develadas por la lucha antiinstitucional; resistir a la tentación de caer en la ideología de la negación que hemos realizado y de la pseudo libertad que hemos alcanzado, resistir a la desesperación de lo absurdo de la empresa programando una acción técnica que consiga mantener dialécticamente abiertos los problemas y las experiencias, permaneciendo en el intento de descubrir y reconocer lo que está ligado al hombre y lo que de él se hace. Sólo en esta dialéctica, mantenida al descubierto, podremos permitirnos mirar y seguir al hombre sin temor de encontrarnos, de nuevo, aprisionados en una nueva ideología que defina como natural e irreversible lo que es un simple producto histórico-social".²⁰

La población, los médicos y personal de las instituciones psiquiátricas, la organización administrativa del Estado, la organización política (poder judicial, política legislativa), no son espontáneamente permeables a un proceso de transformación como el que se inició en Italia. La familia, la población, tiene incorporada una conciencia médica sobre la enfermedad mental y el trato al enfermo que no es fácil cambiar. Además, sus requerimientos prácticos, cuando surge un enfermo, son de que algún técnico se haga cargo, lo asista y lo controle. Las técnicas de la medicina mental son las detentadoras de este supuesto saber y del poder con que la sociedad las inviste, y ellas actúan. La experiencia ha mostrado que las inquietudes transformadoras de su función surgen por una mirada política y más contextualizada en lo social, no por sus saberes específicos. Como tales, estos saberes no son tampoco de modo espontáneo factores de cambio. En cuanto al Estado, sus políticas y sus poderes, éstos son concordantes con las formas generales en que se cuida y protege el bienestar y la libertad de sus ciudadanos. Es necesario convencerlo de que es compatible y posible extender a los enfermos mentales esos derechos y libertades. La virtud del

20. F. Basaglia, "La asistencia psiquiátrica como problema antiinstitucional", *L'Information Psychiatrique*, Nº 2, 1971.

planteo de psiquiatría democrática fue tomar en conjunto todos estos aspectos del problema, para no aislarse en las alternativas técnicas o institucionales (tipo comunidad anglosajona o Sector francés).

Las dificultades siguen siendo importantes. La negativa de este movimiento a construir teorías alternativas lo priva de fundar métodos consistentes de abordaje. Un tema pendiente es si la socialización del paciente, en la familia o la comunidad, es en sí misma suficiente para resolver la problemática subjetiva del enfermo, o si es necesario acompañar alguna forma de tratamiento. Al no fundar una alternativa en la práctica, los pacientes reciben habitualmente tratamientos psicofarmacológicos sin que se piense el lugar de estos tratamientos en las estrategias comunitarias. Igualmente se corre el riesgo de facilitar el crecimiento en la práctica privada de tratamientos (psicoterapias, psicoanálisis, tratamientos de familia, etc.) en los que quedan acantonadas las formas tradicionales no disueltas, junto a los métodos más actuales y prestigiados, convirtiendo al sistema de los Centros comunitarios en nuevos selectores de clase para la atención de pacientes carenciados.

De acuerdo con el esquema de análisis que hemos propuesto en cinco ítems, es dable observar cómo la reforma italiana ataca en todos los aspectos el edificio psiquiátrico: se plantea las formas sociales de producción de la enfermedad; cuestiona la existencia de una disciplina para la atención de esta problemática humana, proponiendo traspasar la disciplina y devolver a la sociedad sus problemas mentales; disuelve los saberes existentes y niega el valor de las teorías al denunciar su carácter de encubridoras de la situación real del enfermo; niega las terapéuticas al cuestionar las soluciones técnicas a un problema social; al cerrar los establecimientos psiquiátricos disuelve el lugar de realización concreta de la institución psiquiátrica y libera la articulación del poder al saber médico que las legitimaba. ¿Puede quedar alguna duda de que la empresa basagliana y su continuidad en "Psiquiatría Democrática" es un proyecto de liquidación de lo psiquiátrico y de apertura de una incertidumbre acerca de las formas alternativas en que coagulará el problema de la desviación mental? Henri Ey, quien sí lo vio claro, propuso en el V Congreso Mundial de Psiquiatría que se realizó en México en noviembre de 1972, la siguiente declaración:

“La Asociación Mundial de Psiquiatría denuncia los prejuicios de la campaña de ‘contestación antipsiquiátrica’,²¹ de inspiración político-ideológica, que hace jugar a la psiquiatría un papel que no le corresponde: el de ser un instrumento de represión social. La Asociación Mundial de Psiquiatría, afirmando que la psiquiatría es y no puede ser más que una de las principales ramas de la medicina aplicada a la profilaxis y tratamiento de las enfermedades mentales, recomienda expresamente a todas las sociedades que la componen recaben la atención de cada uno de sus miembros, de la opinión pública y de los gobiernos de sus respectivos países, sobre el carácter esencialmente médico y el uso exclusivamente terapéutico de las acciones y de las instituciones psiquiátricas. La Asociación Mundial de Psiquiatría condena el uso político que —en el presente y en el futuro— pueda hacerse de los conceptos, métodos e instituciones propias del ejercicio de la psiquiatría y al servicio exclusivo de los enfermos mentales”.

La moción no fue aprobada. Alarma el llamado de H. Ey, reconocido demócrata por otra parte, a las fuerzas de la psiquiatría, a la sociedad y al gobierno, a la cruzada represiva. El fascismo italiano, desde posiciones casi polares a las de H. Ey, había pedido lo mismo. El movimiento de reforma italiano llama a las mismas fuerzas (la población, el gobierno, los técnicos) pero los convoca a pensar justamente en sus fuerzas de represión y exclusión sobre los enfermos. Como es obvio, la experiencia de la reforma en Salud Mental en Italia no está cerrada. Todo balance es entonces provisional. Pero creemos que una de sus mayores enseñanzas ha sido la de mostrar la inmediata contextualización social y política que acarrea toda crítica al sistema institucional de la psiquiatría y la revelación, por lo mismo, de la complejidad de elementos en juego: la fuerza de las disciplinas, los efectos sociopolíticos de los saberes constituidos, los requerimientos de institucionalización de lo mental por parte del aparato estatal, la presión de una conciencia social, cuyas representaciones de lo sano y enfermo están dominadas por la existencia social de saberes constituidos y disciplinas reguladoras del consenso. Todo intento de procurar una reforma del dispositivo de la Salud Mental, luego de la experiencia adquirida, no puede obviar la necesidad de actuar sobre estos diversos planos de manera conjunta.

LA PSIQUIATRIA COMUNITARIA EN ESTADOS UNIDOS

En EE.UU., como antes vimos, distintas manifestaciones

21. Así se llamaba por entonces el movimiento en Italia, término que se difundió por Europa para nombrar los distintos grupos de denuncia contra la institución asilar.

englobadas en los movimientos de higiene mental habían denunciado, desde comienzos de siglo y con mayor fuerza en la década del treinta, las condiciones del internamiento psiquiátrico. Luego de la Segunda Guerra Mundial todos los problemas ligados a lo mental se habían agravado. Los exámenes para la incorporación a las fuerzas armadas mostraban altos índices de rechazos por causas mentales, casi la cuarta parte de las bajas del frente eran debidas a trastornos de este tipo; el regreso de los veteranos aumentó considerablemente las necesidades de asistencia. En la misma población, luego de la guerra, los problemas por trastornos psíquicos habían hecho crecer notablemente las consultas. En esos años, impulsado por la Fundación Menninger, se creó el “Grupo para el Desarrollo de la Psiquiatría”, que nuclea a jóvenes psiquiatras y psicoanalistas, muchos de los cuales habían servido en el ejército durante la guerra. William Menninger, uno de los directores de la Fundación y líder del grupo, había sido jefe del Servicio Psiquiátrico del Ejército durante la guerra, y su prestigio como psicoanalista unió rápidamente las inquietudes reformadoras de la institución psiquiátrica, que expresaba el grupo, con el psicoanálisis. También está en el grupo Robert Felix, uno de los líderes de la Higiene Mental y que será el primer director del Instituto Nacional de Salud Mental a partir de su fundación en 1946. Este grupo, formado por psiquiatras y psicoanalistas, fue tejiendo relaciones políticas a partir de diversos proyectos de reforma de la psiquiatría. Cuando se aprueba la ley Kennedy de 1963, aportará al proyecto el grueso de los técnicos para la creación de los Centros Comunitarios de Salud Mental. Cuando en 1946 se aprueba la ley nacional de Salud Mental, R. Felix, que era Director de Higiene Mental e impulsor de la reforma, pasa a ocupar el cargo de Director del Instituto Nacional de Salud Mental que la ley creó. Este paso, la creación de un organismo nacional (federal), es esencial para el comienzo de la reforma. Por el peso que en EE. UU. tenían los Estados, que son los que sostienen el grueso de los establecimientos psiquiátricos, la centralización era condición esencial para establecer un programa nacional de reforma institucional con posibilidades de implementación. En el período que va desde la creación del Instituto hasta 1960, las medidas que se tomaron fueron más bien de humanización de algunos servicios y sobre todo la promoción, apoyo y financiamiento de una formación profesional más ligada al psicoanálisis que, a

partir del sesenta, hará surgir con Alexander la figura del "psiquiatra dinámico". El Instituto también avaló el desarrollo de investigaciones en esta misma línea: terapias de familia, algunas comunidades terapéuticas más experimentales, psicoterapias con pacientes psicóticos, etc. En pocos años se multiplicó en tres o cuatro veces más el número de psiquiatras, se generó un perfil dinámico y antialienista de estas profesiones, se prestigiaron los tratamientos psicoterápicos y se alentó un trabajo de investigación más psicológica, psicoanalítica y social de las psicosis. El nombre de R. Felix es clave para comprender este verdadero proceso de acumulación de fuerzas y creación de recursos que harán posible emprender el proyecto de psiquiatría comunitaria en la década del sesenta. Un hecho fundamental hará factible en el año cincuenta y cinco este proceso.

El Congreso de los EE.UU. decide en ese año formar una Comisión Especial para que le informe sobre la situación de la Salud Mental en el país y proponga las medidas que considere necesarias. Esta Comisión se conoce con el nombre de Joint Commission on Mental Illness and Health, y se constituye con la participación de las asociaciones de psiquiatras, trabajadores sociales ligados a Salud Mental, asociaciones de usuarios, asociaciones de enfermeros. El criterio es que estén representados en ella todos los sectores involucrados en los problemas de Salud Mental ya que, según la ley que la creó, debe efectuar una evaluación completa y objetiva de los problemas existentes en Salud Mental en toda la nación, de los organismos afectados, financiamiento, recursos humanos, etc. Esta Comisión realizó durante cuatro años diversas encuestas, tratando de relevar la mayor cantidad de opiniones, y redactó su informe al Congreso en 1960. Este informe se conoce con el nombre de "Action for Mental Health". En él se realiza un diagnóstico de la situación a ese año y se efectúan una serie de recomendaciones sobre la necesidad de una modernización y apertura de los hospitales psiquiátricos del Estado hacia la comunidad, y de creación de servicios más dinámicos que pudieran asegurar el tratamiento de los enfermos mentales en las proximidades de sus domicilios. Asimismo recomienda un tipo de servicios, los Community Mental Health Clinics,²² que pueden funcionar en hospitales generales, hospitales psiquiátricos, centros periféricos de salud, como servicios

22. *Action for Mental Health*, Nueva York, 1961.

independientes, abarcan una población de 50.000 habitantes, y cubren el mayor número de prestaciones (consultorios externos, atención ambulatoria con psicoterapias o psicofármacos, consultas de urgencia, etc., sin internación). Se esperaba de estos servicios una disminución de las hospitalizaciones y de las perspectivas de cronicación de los enfermos.

Este informe de la Comisión ha de encontrarse a partir de los años sesenta con nuevas condiciones políticas. EE.UU. tenía una cierta tradición de asistencia social a las poblaciones carenciadas, no sólo por parte del Estado sino también por organizaciones privadas. El Partido Demócrata, muy ligado al Grupo para el Desarrollo de la Psiquiatría, defendió siempre una política social más abarcativa. Por ejemplo, impulsó en esa década el proyecto de una cobertura de atención médica gratuita para sectores indigentes, ya que en EE.UU. no existía, como en Argentina, un sistema público gratuito. La elección de J. F. Kennedy como presidente estuvo muy ligada a la defensa de una política social de protección a las minorías, de asistencia a los pobres, solución a los desempleados, atención médica para ancianos, etc. El problema de los enfermos mentales fue incluido en la plataforma demócrata, junto a la consigna de "guerra incondicional a la pobreza", a partir del año sesenta, proponiendo la apertura de los hospitales psiquiátricos y la creación de Centros de Salud Mental. Poco después de asumir Kennedy la presidencia de EE.UU. estaban dadas las condiciones para el lanzamiento de la reforma bajo la confección de un Programa Federal de Psiquiatría Comunitaria.

LA LEY KENNEDY Y LOS CENTROS COMUNITARIOS DE SALUD MENTAL

El 5 de febrero de 1963 Kennedy habla ante el Congreso de los EE. UU. planteando la doble necesidad de un nuevo tipo de servicios para atender los problemas de la salud y enfermedad mental y proceder a democratizar las viejas instituciones psiquiátricas. Reclama fondos federales para la aplicación de un Programa Federal de Salud Mental, basado en la creación de Centros Comunitarios. En octubre de 1963, el Congreso aprueba la Community Mental Health Center and Retardation Act, conocida como ley Kennedy, pese a la oposición explícita del Partido Republicano y la Asociación Médica de EE. UU. Esta ley

encontró muchas dificultades para su implementación, sobre todo por el manejo federal de los fondos, y fue sólo en 1965, asesinado ya Kennedy, que se implantó en todo el territorio nacional. En el momento en que se aprobó la ley, había en EE. UU. tres enfermos mentales internados por cada mil habitantes. La propuesta de la reforma era sobre todo sustituir las instituciones asilares, responsables del grueso de estas internaciones, por Centros Terapéuticos más ensamblados en la sociedad norteamericana. En diez años ese porcentaje fue disminuido a uno por cada mil habitantes. En muchos aspectos, esta reforma, que recupera ideales humanitarios y respeto por los enfermos, y propone un *trato más acorde con los valores de la sociedad norteamericana*, es semejante a los propósitos de la política del Sector en Francia y las Comunidades terapéuticas inglesas.

Se trata de pasar de una concepción del aislamiento a una *terapéutica en la comunidad, en libertad, con la asunción por los individuos mismos de su responsabilidad sobre sus problemas mentales*. Pero también supone el reconocimiento de un cambio en la composición de las poblaciones asistidas y la extensión a nuevos problemas de la vida social: drogadictos, desocupados carenciados con problemas de adaptación social, ancianos desprotegidos, menores delincuentes, alcoholistas, deficientes mentales que no encuentran lugar en la vida laboral, etc. La reforma psiquiátrica forma parte de un movimiento más general. No sólo se desinstitucionaliza la enfermedad mental, o al menos se lo propone, sino que iguales soluciones se procuran para otras formas de institucionalización represiva (hogares de menores, menores delincuentes, las cárceles, etc.).

El Centro Comunitario de Salud Mental, institución madre del nuevo dispositivo, debe estar abierto a todos los individuos de la comunidad, atender con igual dedicación y respeto a pobres y ricos, jóvenes o ancianos, enfermos psicóticos o gente con neurosis leves, problemas de los niños o de las familias, e intervenir con consejos en la producción de una vida psicológicamente más sana. La idea es clara: abolir las formas institucionales de la psiquiatría, expresada en los hospitales psiquiátricos, requiere de una reformulación paralela de las teorías, las prácticas terapéuticas y de una *relativización de las categorías diagnósticas*. En pocos años se abrieron en todo el territorio de EE. UU. unos cuatrocientos de estos centros. Es difícil hacer un análisis global de la implementación de esta política y sus resultados, ya que

cada Estado y de acuerdo con la composición de las poblaciones involucradas, imprimió cursos distintos a estas experiencias. No vamos pues a proponernos un análisis específico y singularizado sino la exposición de sus líneas de acción principales.

La política que pone en marcha el Plan Federal de 1963 tiene dos basamentos: creación de Centros comunitarios encargados de llevar adelante el nuevo sistema de atención, y la desinstitutionalización de los enfermos psiquiatrizados, es decir, el cierre progresivo de los hospitales psiquiátricos y la recomendación de disminuir las internaciones.

Los Centros se instalaron progresivamente en todos los Estados. Cada uno de ellos, aunque adaptado a la población que cubría, debía contar mínimamente con cinco servicios, considerados básicos: a) consultorios externos para atención ambulatoria de pacientes y seguimiento de ex-pacientes de hospitales psiquiátricos; b) servicio de urgencias psiquiátricas, bajo la dominancia de la "intervención en crisis"; c) servicio o departamento de admisión; d) servicio de consulta y educación, dedicado a coordinar las actividades de prevención primaria y promoción de salud mental en las organizaciones de la comunidad; e) servicio de internación total o parcial (Hospitales de Día, Hospitales de Noche). Se espera de los centros que fundamentalmente modifiquen la relación institucional de la psiquiatría asilar, misión en gran parte cumplida. Al momento de la ley, el setenta por ciento de las intervenciones totales en psiquiatría se cumplían en hospitales psiquiátricos y sólo el treinta por ciento era cumplido en consultorios externos. Al cabo de diez años la proporción se invirtió: los Centros cubrían el setenta por ciento de las demandas, el 17% era atendida por instituciones privadas, y sólo un 12% se cubría en hospitales psiquiátricos.²³ El proceso de expansión de esta política se atenúa, y en algunos sectores comienza a retraerse, con la asunción del presidente Nixon. Hasta ese momento el plan organizativo otorgaba bastante autonomía a las instancias locales para la implantación de los Centros y la responsabilidad administrativa (algunos se fundaron en hospitales psiquiátricos, otros con estructuras semi privadas, otros como centros barriales o de condado, etc.) En general, se logró que la comunidad nombrara un Comité Consultivo, y éste asumía el nombramiento de parte del equipo de

23. National Institute of Mental Health, Statistical Note, 1976.

dirección del Centro. Esta organización facilitaba que la instancia local estableciera contratos con otros servicios médicos del lugar, para coordinar acciones, contratar personal no profesional (asistentes, trabajadores sociales, líderes del barrio, etc.), elaborar en forma conjunta el financiamiento y la determinación de gastos, tanto los que aportaba la nación como los que surgían de aportes privados, locales, o lo recaudado por prestación de servicios. Todo esto imprimió un tinte muy local al funcionamiento de los Centros, con la ventaja de hacerlos más penetrables en la comunidad y la dificultad de implementar políticas coherentes con la ideología general del Plan Federal. Un comentario especial merece el Servicio de Consulta y Educación.

De este servicio se esperaba sirviera de base para los programas de prevención primaria, y sobre todo era el encargado de articular el Centro con las distintas organizaciones de la comunidad. Era por lo tanto el que mejor expresaba al núcleo ideológico de la reforma. La idea de una prevención generalizada requería no centralizar las acciones en los individuos enfermos que consultan o pueden ser detectados, sino en analizar y corregir los aspectos patógenos en el seno de la comunidad. Esto suponía pasar de una detección precoz (esquema preventivo clásico) a una intervención sobre las condiciones generales de vida en el seno de las cuales se gesta el daño mental, es decir, a una intervención sociopolítica. En pocos años esta doble función de los Servicios de Consulta y Educación fue progresivamente neutralizada, y en el año 1972 sólo representaba un 10% de las acciones totales del Centro, en general intervenciones en instituciones escolares.²⁴ La sociedad norteamericana no se mostró receptiva a esta reforma, tanto las organizaciones populares como los poderes públicos. No se desligaba fácilmente al enfermo mental del asilo, ni se aceptaba una responsabilidad compartida sobre los problemas de salud y enfermedad mental. En muchos casos la reacción fue de indiferencia, que se transformó en manifiesta hostilidad cuando se abría alguna de las casas de resocialización o internación intermedia. Muchas familias de enfermos psiquiatrizados iniciaron procesos legales, demandando a los hospitales psiquiátricos para que admitieran a sus enfermos, bajo la invocación de un derecho de la familia a imponer el tratamiento.

Respecto de la desinstitucionalización, no hubo en EE. UU. un

24. Id.

cierre de hospitales psiquiátricos como en Italia. Algunos que se cerraron fueron al cabo de poco tiempo sustituidos por otros, pero sí hubo una reforma interna muy grande que mejoró las condiciones de los internados y en diez años disminuyó el número de camas a la mitad de lo que había antes de la ley del 63. El funcionamiento de Comunidades terapéuticas en hospitales psiquiátricos del Estado fue uno de los modelos prioritarios en la reforma interna. La desinstitucionalización se basaba en una suerte de dispersión del asilo, creando una serie de instituciones intermedias, más ágiles y económicas, para la recolocación de los enfermos y su reubicación en la sociedad. Al cabo de unos años estos hogares para enfermos externados se fueron convirtiendo en nuevos depósitos de personas, ya que no se resocializaban, como sucedió en Italia, sino que se los mantenía allí a un costo más bajo, que el Estado compartía con organismos privados. Esto, que significó desconcentrar el hospital psiquiátrico en múltiples casas, modificó la imagen asilar de la psiquiatría, pero no pudo fundar una real alternativa de vida para los individuos internados. El sistema estaba formado por distintos tipos de instituciones, con grados diferentes de internamiento, que se ocuparon con una masa importante de enfermos desalojados de los hospitales psiquiátricos: las casas de cuidado (*Nursing Homes*), las casas de pensión y cuidado (*Board-an-care-homes*), habitaciones individuales en el sistema del *welfare* hotel, los hospitales de Condado para Salud Mental (*County Mental Hospitals*), los alojamientos en casa de familia contratadas por Salud Mental para enfermos en proceso de externación, etc. Se ensayó casi todo, con el fin de desmontar la población asilar, pero al cabo de un tiempo estos nuevos establecimientos se fueron convirtiendo en “minimanicomios”, reproduciendo en pequeña escala los olores del encierro y las estrategias de vida que caracterizan a estos espacios oscuros de la vida de exclusión social.

En el seno del debate que originó el desmantelamiento del hospital psiquiátrico tradicional, la Asociación Psiquiátrica Americana cuestionó los procedimientos, señalando:

“Los motivos de nuestra inquietud están sustentados en: 1) deshumanización: las presiones para sacar a los enfermos de los hospitales sin una planificación anterior, desembocan con frecuencia en que sean alojados en condiciones de vida infrahumanas; una parte de los enfermos mentales no tiene capacidad de

adaptación, ni siquiera en los márgenes de la sociedad".²⁵

El hospital psiquiátrico sobrevivió a la reforma de la psiquiatría comunitaria. Ha vuelto hoy a cumplir un lugar central en la organización de los cuidados de la Salud Mental en EE. UU. Concentra actualmente un 50% de las internaciones psiquiátricas y consume un tercio del presupuesto en Salud Mental. Como en casi todos los hospitales psiquiátricos que siguen funcionando en los países occidentales, alrededor de dos tercios de sus camas son ocupadas por enfermos considerados crónicos o incurables (deficientes mentales, dementes, psicóticos, defectuosos, epilépticos, etc.) Las nuevas poblaciones están compuestas por alcoholistas, drogadictos, psicópatas graves, personas con problemas de adaptación social. A las características conocidas de los hospitales psiquiátricos de albergar a enfermos provenientes de las clases de menor ingreso, en EE. UU. el porcentaje relativo de negros internados²⁶ es mayor a la existente en la composición social. La enorme importancia que han adquirido los psicofármacos como base de todos los tratamientos psiquiátricos, no ha desalojado totalmente a otros métodos clásicos: el electrochoque, la cura con insulina al coma, la psicocirugía (lobotomías prefrontales), etc. Lo más notable es su complementación con psicoterapias y psicoanálisis.

Sintéticamente, en cuanto a las instituciones, el panorama actual parece configurarse en una periferia representada a nivel público por los Centros Comunitarios de Salud Mental (y a nivel privado por Clínicas o Servicios de Psiquiatría con similar funcionamiento), y una retaguardia, que hace de centro del sistema, ligada a la figura del hospital psiquiátrico. En los lugares intermedios prolifera un nuevo tipo de instituciones diferenciables por patologías (hogares para oligofrénicos, para drogadictos, para enfermos peligrosos) o por grupos etarios (lugares para ancianos, niños abandonados, adolescentes, etc.).

LAS PROPUESTAS DE LA PSIQUIATRIA COMUNITARIA

Durante la Segunda Guerra Mundial, Erich Lindeman difundió un enfoque de intervención psiquiátrica preventiva al que

25. American Journal of Psychiatry, Nº 131, 1974.

26. Instituto Nacional de Salud Mental de EE.UU., Statistical Note, febrero, 1976.

llamó “intervención en crisis”. A diferencia de la intervención clásica psiquiátrica que opera sobre la patología constituida en un individuo, la “intervención en crisis” consiste en actuar sobre la familia, el grupo social, la institución escolar, etc., en el momento en que ha surgido una situación difícil, que afecta a los individuos y provoca en ellos reacciones que pueden llegar a ser patológicas. La intervención del psiquiatra puede ayudar a una resolución de la crisis que facilite el desarrollo y fortalecimiento psicológico del grupo, evitando que la crisis se fije y se resuelva en una patología individual. Se revaloriza la crisis como situación que puede ser positiva para el desarrollo de un grupo humano si se aprovechan los elementos afectivos desatados, encauzándolos hacia un enriquecimiento de la experiencia. La “intervención en crisis” ayudaría a impedir que ésta pueda resolverse espontáneamente, afectando a algún miembro del grupo, el que luego se hace emergente patológico y lugar de las intervenciones psiquiátricas reparadoras. Se puede decir de E. Lindeman que es el padre de la psiquiatría comunitaria.²⁷

Más adelante, Gerald Caplan, psiquiatra norteamericano cuestionador del conjunto de las estructuras psiquiátricas,²⁸ propone encarar los problemas de la salud mental con una actitud preventiva generalizada, que logre implicar a la comunidad en cada uno de los niveles de intervención preventiva que propone: prevención primaria, secundaria y terciaria.

La *prevención primaria* es el conjunto de acciones sobre los factores que hacen que una comunidad o grupo humano funcione de modo patológico o tenga capacidad de provocar patologías mentales en sus miembros. Caplan propone estudiar las características demográficas, sociológicas, psíquicas, de las poblaciones, sus condiciones de hábitat, sus vicisitudes económicas, sus niveles de empleo, de cultura y escolaridad, su vida religiosa, las relaciones raciales, etc. Esto implica una tarea inmersa en la vida del grupo, el barrio, la institución escolar, etc., para poder estimar las necesidades del grupo en cuanto a valores de salud mental, detectar las poblaciones que presentan mayor fragilidad psíquica y riesgo de enfermedad. Naturalmente esta inmen-

27. En Boston existe el Lindeman Community Mental Health Center, en homenaje a quien se considera fundador de esta corriente.

28. Gerald Caplan, *Principios de psiquiatría preventiva*, Buenos Aires, Paidós, 1985.

sa perspectiva de intervención preventiva supone una definición de métodos nuevos, no pensables por la psiquiatría tradicional, y que convierten al psiquiatra preventivo en un trabajador social asesor de los grupos en sus problemas de relación; intermediación entre la comunidad y los poderes públicos en función de vehicular las necesidades de la población; analizador institucional de las dinámicas patógenas que todo grupo humano promueve; intervenir en la relación con las normas pedagógicas en la escuela, aconsejar a maestros y familias sobre las reglas escolares; asesorar a los jueces y fiscales sobre problemas de menores delincuentes, drogadictos, conductas sociales, etc.; asesoramiento al poder político sobre condiciones de vida de las poblaciones, etc. Esta lista, no exhaustiva, no tiene un límite preciso, en tanto se pasa a una acción política generalizada tras la fórmula de hacer que las condiciones de vida social se adecuen a los requerimientos de una vida mental sana. G. Caplan no vaciló en asumir lo que había entrevisto: si de verdad queremos prevenir hay que actuar sobre las condiciones sociopolíticas que hacen patógena a una sociedad. "La acción social incluye los esfuerzos para *modificar las actitudes generales y el comportamiento de los miembros de la comunidad* para la comunicación a través del sistema escolar y de los medios de difusión, así como por la interacción de los profesionales y de los comités de usuarios".²⁹

La *prevención secundaria* incluye, aunque con una perspectiva de prevención, las acciones asistenciales clásicas sobre individuos detectados enfermos o con riesgo alto de enfermar. Las intervenciones pueden ser sobre el enfermo y el grupo familiar, la comunidad, la escuela, etc. Se trata de no aislar al enfermo de su comunidad y operar en ésta con los individuos vulnerables.

La *prevención terciaria* son las acciones a desarrollar sobre las consecuencias de la enfermedad, las condiciones de rehabilitación, las instituciones de internamiento y reeducación, los hogares intermedios, la reubicación en sociedad. Este nivel de acción fue muy importante durante la reforma, ya que el proceso de desinstitucionalización exigía una intervención amplia: sobre los enfermos para ayudarlos a la reintegración en sociedad, sobre los poderes político-administrativos para crear las estructuras de rehabilitación, sobre la sociedad para hacerla más permisiva y tolerante con los externados, con los profesionales para insertar-

29. G. Caplan, ob. cit., pág. 56. Las bastardillas me pertenecen.

los en las nuevas políticas de Salud Mental y en los nuevos modos de asistencia.

La “intervención en crisis” y la psiquiatría preventiva conforman la ideología básica de la psiquiatría comunitaria. El proyecto era ambicioso ya que se proponía una reformulación global del campo de la Salud Mental, modificando la conformación de los saberes y técnicas profesionales, las instituciones y la conciencia y actitud social frente a los problemas de salud y enfermedad mental.

La formación de los psiquiatras requería ser modificada para instruirlos en el manejo de técnicas de acción social y para compartir sus saberes médicos con otros miembros del equipo terapéutico (sociólogos, trabajadores sociales, antropólogos, etc.). Además debían aceptar la intervención de no profesionales en áreas que consideraban de su competencia. Igualmente la sociedad debía asumir sus problemas, comprometiéndose en los Consejos Consultivos de los Centros de Salud Mental, en la programación de acciones, en la gestión de servicios. Esta acción se ligó a la consigna de la “participación comunitaria” que impulsó Kennedy en todas las áreas sociales.

En cuanto a las instituciones asistenciales, éstas debieron adecuarse a nuevos criterios terapéuticos que fueron:

a) Se cuestiona la noción de “aislamiento terapéutico”, para mostrar los efectos iatrogénicos de las instituciones psiquiátricas; b) los psicoanalistas en EE. UU. se entusiasmaron con las comunidades terapéuticas inglesas y con el psicodrama de Moreno, que tuvieron gran difusión en los años sesenta. La difusión de los tratamientos grupales abrió en EE. UU. un carril importante de participación de los psicoanalistas en los centros de Salud Mental y en las instituciones que se abrieron; c) los psicofármacos permitieron atenuar el carácter represivo del tratamiento de los enfermos agitados, violentos o agresivos. Se usan en los Centros masivamente, no sólo neurolépticos (antipsicóticos) sino que aparecen y se difunden las drogas para problemas menores: la ansiedad, la tristeza, el insomnio, el cansancio, etc., no necesariamente estados patológicos pueden ser tratados y aliviados con medicamentos. La expansión de lo psiquiátrico tuvo así dos puntas, la de las psicoterapias y la de los psicofármacos; d) surgen también prácticas terapéuticas inéditas. Se trata de vehicular formas espontáneas de recrea-

ción social o trabajo creativo hacia una función terapéutica: grupos de encuentros, laboratorios de relaciones, musicoterapia, psicodanza, psicodrama, escenificaciones teatrales, expresión corporal, laborterapia, trabajos con cerámica, terapias ocupacionales, etc. Si llevar al enfermo hacia las formas sociales de relación no era fácil, se trajeron esos modos al interior de la institución mental. La batería terapéutica se selecciona de acuerdo con la población: para resocialización, para enfermos crónicos que permanecen internados, para pacientes ambulatorios. Se produjo así en poco tiempo en la sociedad norteamericana una notable expansión del abanico de respuestas posibles de las políticas de salud mental a los diversos problemas de la gente. Robert Castel, en un estudio sobre esta transformación de lo psiquiátrico, lo denomina "psicoamérica".³⁰

SEDIMENTACION DE LAS POLITICAS COMUNITARIAS

Los tres sectores que la política comunitaria se proponía modificar en sus actitudes sobre la salud y enfermedad mental (el aparato político-administrativo, la población, los profesionales) no facilitaron el éxito, y en muchos casos impidieron su realización. El Programa Federal que creó los Centros Comunitarios debía gestionar su implantación y funcionamiento con los Estados, los que en muchos casos no aceptaban el control federal o rechazaban aspectos esenciales de las políticas a implementar. Los profesionales, psiquiatras, psicoanalistas, psicólogos, resistieron la idea de una función más ligada a la comunidad, que alteraba su prestigio social y los beneficios del consultorio privado, y en muchos casos participaban en los Centros sólo si podían trasladar a ellos sus modelos terapéuticos de la práctica privada (psicoterapias, psicoanálisis, etc.). La respuesta de la sociedad era más esperable. EE. UU. no está habituado a una participación comunitaria en temas de salud como lo proponía la ley Kennedy. Las poblaciones que abarcaron los Centros Comunitarios no son homogéneas, hay en ellas diferencias raciales y de clase que obstaculizan los canales de comunicación y participación democrática. Por otra parte, la historia previa de prejuicios sobre los enfermos mentales estaba muy unida a las otras

30. R. Castel y otros, *La sociedad psiquiátrica avanzada*, Barcelona, Anagrama, 1980.

diferencias sociales (de color, de clase, de religión). Los liderazgos de la comunidad, necesarios para una política de gestión comunitaria, estaban dados por reivindicaciones sectoriales, no habiendo líderes sociales globales con prestigio y consistencia. El tipo de conflictos que subyacen entre los grupos, en una conformación social bastante fragmentada, los modelos que desde la cultura se aportan y la tradición liberal de las profesiones en EE.UU., refuerzan la ideología de una responsabilidad individual por la enfermedad o el fracaso psíquico, y se expresan en la demanda de una asistencia personalizada y realizada por un especialista elegido por el paciente.

Ya dijimos cómo el Servicio de Consulta y Educación, que era el encargado de permeabilizar la relación del Centro comunitario con la población, vio dificultada su función, limitándose a consultas de las escuelas, colegios, asociaciones del lugar. Las tareas de prevención primaria que se esperaba realizaran, no se concretaron, en gran parte por esas dificultades, limitándose a la divulgación entre la población de los servicios que presta el Centro y la incitación a la consulta precoz y preventiva. Entre las poblaciones más castigadas con la marginación (negros, portorriqueños, desocupados) se generó desconfianza sobre el papel de control represivo que los miembros del Centro podían ejercer sobre los individuos, ya que vinculaban al Centro comunitario con los distintos organismos federales que se dedican a asistencia y vigilancia de estos grupos sociales.

El ingreso de trabajadores sociales a las tareas de los Centros hacía suponer una superación de las profesiones clásicas, más asistencialistas. Esto no ocurrió o sólo ocurrió parcialmente, ya que estas técnicas fueron a ocupar la periferia del sistema, actuando en funciones de gestión social, no pudiendo anular lo que finalmente se impuso: las psicoterapias realizadas por médicos y psicoanalistas, los tratamientos con psicofármacos para todos. El Centro quedó así en muchos casos prestigiado socialmente por la imagen de un servicio moderno de psiquiatría brindado por profesionales competentes.

El objetivo de la "intervención en crisis" que dio fundamento al proyecto de Caplan de una intervención preventiva generalizada, suponía que la acción sobre un caso individual y la intervención global sobre el medio social en que éste emerge son indisolubles. Esto supone que el problema de la acción no está determinado por las técnicas terapéuticas, por muy sofisticadas

que éstas sean, sino por la capacidad de incluirse en la población, mimetizarse en algún sentido con los usuarios, de modo tal que la frontera entre “problemas personales” y “problemas sociales” se disuelva. Para ello se requiere de la convención de que el individuo y sus problemas subjetivos son sólo transformables en el seno de su medio social y en acuerdo con sus condiciones de vida, lo cual necesita de una ideología de los procesos sociales que resulta incompatible con la que portan los psiquiatras y las psicoterapias humanistas, basadas en el individualismo clásico. La ambigüedad de los psiquiatras comunitarios norteamericanos sobre estas cuestiones los ubicó más cerca de una intervención profesional sobre un medio social conflictivo, tendiente a regular y equilibrar las relaciones humanas y asistir a los individuos que fracasan en su adaptación a esta convivencia.

G. Caplan visualizó tempranamente que partiendo de un individuo en crisis y avanzando hacia el contexto social de esa emergencia (la intervención pretende ser preventiva) se pasaba fácilmente de una intervención técnica a un contexto político. Si, por ejemplo, un niño con problemas de conducta nos lleva a comprenderlo como expresión de una crisis en las reglas pedagógicas que impone su escuela (relaciones jerárquicas entre docentes y alumnos, regulaciones respecto de las diferencias raciales, etc.), ¿cuál es la posibilidad de intervención de un técnico de Salud Mental sobre las normas escolares y su organización? Sólo se cuenta frente a estos problemas con dos opciones: o bien se extienden las funciones de los técnicos de salud mental para permitir que produzcan reformas en sectores de la organización social (escuelas, cárceles, minoridad, justicia, etc.), o bien los técnicos son escuchados por los líderes políticos para imponer estas reformas por la vía adecuada (fue el ejemplo de Italia).

Era ciertamente ilusorio creer que un proyecto tan ambicioso como el de la psiquiatría comunitaria y su política a partir de la ley Kennedy, que pretendía no sólo la liquidación de la institución asilar sino también impulsar la intervención en todos los ámbitos sociales a fin de prevenir las enfermedades mentales y promover valores positivos en Salud Mental, que requería además la formación de un grupo profesional identificado con esta nueva doctrina, con recursos económicos importantes para su implementación adecuada, y que requería acuerdos del Instituto Nacional de Salud Mental con cada uno de los Estados para su concreción, pudiera realizarse en la actual sociedad norteameri-

cana. Fue pensable en la década del sesenta, cuando una sensibilización general hacia los ciudadanos pobres, ancianos, desposeídos y enfermos, permitió al presidente Kennedy y al programa del Partido Demócrata, captar y expresar electoralmente esta "sociedad oculta". Esto pasó más o menos rápidamente. Con la administración Nixon volvió a imponerse la gestión privada de los problemas, al éxito profesional individualizado en el mercado de servicios, la indiferencia social por los que quedan marginados del progreso y la vida norteamericana. Obviamente la respuesta social para éstos (drogadictos, enfermos mentales, menores delincuentes, alcoholistas, ancianos desprotegidos, infancia abandonada) volvió a ser la de siempre: los establecimientos especiales de exclusión y aislamiento. La tendencia del último decenio puede decirse que es ésta, la de una diferenciación progresiva de los problemas de la marginación para aplicar soluciones técnicas bastante semejantes en establecimientos de internación.

No obstante estas dificultades, y otras que obviamos, en la política comunitaria hay algunos resultados positivos de la reforma emprendida, que han sedimentado luego de la ley Kennedy. Entre ellos hay que contar:

a) se ha roto la hegemonía de la institución psiquiátrica, que hoy comparte su funcionamiento con otras formas institucionales, más cercanas a las poblaciones que tratan y más abiertas hacia la comunidad;

b) se ha fracturado también el poder que ejercía la figura del psiquiatra sobre la enfermedad mental, ya que la participación de otros profesionales y técnicos competentes, ligados a una perspectiva psicológica y social, ha puesto en crisis el modelo médico que lo sustentaba;

c) se ha modificado la población asistida, sobre todo por la llegada de problemas más leves y vinculados a las dificultades de la vida, lo que modifica la cualidad de la locura, como imagen preponderante de la enfermedad, de representar todo lo psiquiátrico. Esto ayudó a retablecer continuidades en la conciencia social entre las enfermedades mentales y los problemas de la vida;

d) se ha generado también una conciencia más política de los problemas que son abarcados por la psiquiatría, vinculándolos al bienestar general. Esto atenúa las fuerzas de exclusión que

anidan en la sociedad y en el poder político-administrativo. Aun no existiendo en EE. UU. una medicina social, la vinculación de los problemas de la salud mental con los de la medicina general resultó estratégicamente fructífera, en tanto lo connotado por médico es un área de prácticas sociales más prestigiadas socialmente, menos represivas, y representativas de los elementos humanistas persistentes en la conciencia social;

e) aunque es objeto de críticas y prevenciones,³¹ la expansión operada por la política comunitaria ha multiplicado en varias veces la capacidad de penetración de las técnicas psiquiátricas, psicológicas y psicoanalíticas, en el tejido social. La ampliación del conjunto de tratamientos que se ofrecen, incluso ya no estrictamente ligados a la enfermedad sino al deseo o la promesa de un vivir psíquicamente más realizado, ha modificado el rostro oscuro de la psiquiatría.

31. R. Castel y otros, *La sociedad psiquiátrica avanzada*, Barcelona, Anagrama, 1980.

5. CONSTITUCION DE LAS POLITICAS DE SALUD MENTAL

Hemos visto en el capítulo anterior cómo, a través de los movimientos de reforma psiquiátrica y las políticas de desinstitucionalización, se genera un reordenamiento de los problemas de la salud y la enfermedad mental. Este reordenamiento no puede entenderse sólo como una renovación de la psiquiatría, cuyas categorías teóricas, prácticas e institucionales han sido puestas en crisis (aunque no abolidas). El surgimiento de nuevas problemáticas humanas, de nuevos métodos de abordaje, la configuración novedosa de una disciplina de lo mental que no busca respaldo en la ciencia médica sino que se propone como conjunción de múltiples saberes y prácticas sociales diversas, la inclusión de nuevos profesionales y prácticas terapéuticas, ya no estrictamente ligadas a la enfermedad mental sino a la realización de ideales de bienestar psíquico y, finalmente, una comprensión creciente en los Estados y los políticos de que debe asumirse orgánicamente este nuevo campo, son expresión elocuente de que asistimos a una recomposición profunda en el modo social de existencia de una disciplina de lo mental. Sintetizamos este pasaje como descomposición de lo psiquiátrico y recomposición de las nuevas políticas de Salud Mental. A partir de estos procesos se hace necesario, al abordar los problemas de la salud y enfermedad mental, saber que se trata de un sector específico de prácticas sociales regulado por políticas tendientes a una gestión colectiva del bienestar social.

Tres procesos convergen para producir este pasaje de lo psiquiátrico a las políticas de salud mental: el surgimiento de nuevos problemas humanos, ya no abordables desde la configu-

ración de lo psiquiátrico; la puesta en crisis de la psiquiatría por los cuestionamientos de posguerra y la asunción por el poder político-administrativo de esta nueva problemática.

1º) El proceso de modernización de la estructura social genera un reacomodamiento en las condiciones de vida de grandes masas humanas, preponderantemente las ligadas a la producción industrial y las concentraciones urbanas. Uno de los efectos visibles de estos procesos económico-sociales es la producción de un número creciente de individuos que quedan marginados, por distintos motivos, de una sociedad que prestigia el trabajo, la utilidad y el consumo de bienes. Ya no son sólo aquellos individuos que sufren la desocupación por pérdida del empleo, o los que por insuficiencia de preparación no ingresan en la espiral productiva, sino que vastos sectores, que estaban incluidos en la producción, se ven desalojados de ella por cambios bruscos en el tejido social; pequeños comerciantes, obreros con alguna especialidad, profesionales de los sectores medios, artesanos, pequeños industriales, etc. A estos sectores debemos sumar aquellos que, por razones de acomodamiento del conjunto social a los requerimientos productivos, quedan convertidos en marginales: jóvenes que no encuentran lugar en la sociedad, ancianos, jubilados, mujeres de los sectores medios, etc. Quizás una de las características de la vida social propia del actual desarrollo del capitalismo, es la producción en escala de esta masa de individuos que no encuentran, salvo en los márgenes de la sociedad, una existencia digna. Para estas poblaciones el problema a enfrentar es, además de la eventual miseria económica, el de una existencia que no los vincula a los procesos reales de la vida colectiva, condenándolos a una pérdida creciente de la capacidad de incidir sobre las decisiones sociales. Ya no es que se mantenga a estos grupos marginados por formas represivas directas, aunque también sucede, sino que por la fractura de los vínculos sociales y la pérdida de sus historias en el anonimato de la gran ciudad, quedan desgajados del conjunto, en un movimiento sin fronteras que transforma su libertad en desamparo. Obligados a producir sus propias reglas de vida, el riesgo de fracaso y enfermedad es mayor en estos sectores. *Ninguna sociedad dejó de acompañar el desarrollo económico y la modernización con la implementación de políticas sociales destinadas a cubrir los costos humanos del progreso.* Los desocupados en primer lugar, pero también los

ancianos, los problemas de la mujer, de los niños abandonados, de los adolescentes iniciados en la droga o el delito, de los nuevos grupos religiosos, etc., requieren ser atendidos con políticas de cobertura de riesgos. A estos problemas nuevos de la vida social, el Estado ha tratado de hallar soluciones técnicas ya que, no pudiendo alterar los procesos en que se produce la marginación, es necesario atender sus efectos. En general, el objetivo de estas técnicas es el mantenimiento del conjunto social, es decir, la integración forzada de los que fracasan. Hay, por otra parte, un consenso social en cuanto a la necesidad de estabilización de la vida colectiva, y en ese sentido se legitiman las técnicas y las políticas específicas destinadas a mantener esa estabilidad. Pero el consenso social en la sociedad actual no es más un producto espontáneo: éste es producido y trabajado doblemente por los distintos medios sociales de comunicación y por el conjunto de disciplinas que resuelven técnicamente distintos malestares sociales. De este modo estas disciplinas, que asumen con sus recursos el resguardo de ese sector de malestar, funcionan necesariamente bajo su objetivo y la promesa de una integración de los individuos involucrados en sus prácticas al conjunto social. Si la sociedad en el desarrollo de sus políticas económico-sociales tiende a desvincular a un número creciente de sus miembros creando desajustes y marginación, la misma sociedad debe aportar las soluciones técnicas para la reintegración de estos individuos o su mantenimiento en lugares especiales. Mucho se han denunciado estos efectos sociales del progreso económico, en general con acusaciones justas y legítimas, que cuestionan los objetivos de un progreso social que justamente empobrece y distorsiona los lazos humanos de convivencia. Igualmente se denuncia la pretensión de aportar soluciones técnicas, encubridoras de las verdaderas causas de estos problemas sociales. Pero hay una relación demasiado estrecha entre el proceso de tecnificación de la producción, responsable mayor del progreso económico, y sus efectos en las representaciones colectivas de los vínculos humanos. Estos también son consensualmente ligados a una tecnificación creciente de la vida social, que hace natural a los individuos procurarse soluciones técnicas para todos los aspectos de la vida: desde el utensilio electrónico en la cocina hasta la experta en relaciones humanas, desde la elección computada de pareja hasta el experto psicoterapeuta de familia, desde la incorporación de aparatos técnicos para el

placer sexual hasta el experto en técnicas sexuales, etc. etc.

Asistimos entonces a este doble movimiento: creciente fractura de los vínculos colectivos y producción de marginalidad/constitución de disciplinas que hacen abordable técnicamente estas problemáticas. Sabemos que las nuevas poblaciones asistidas en Salud Mental pertenecen en un gran porcentaje a las poblaciones marginadas.¹ Lo que rige el proceso de modernización en Salud Mental, con las transformaciones que hemos visto en sus instituciones, sus técnicas, sus teorías, es también la llegada de estas nuevas demandas, nuevos sectores de población portadores de estas problemáticas, hacia las que apuntan las nuevas políticas de Salud Mental: la drogadicción, el alcoholismo, los ancianos, las conductas asociales, los trastornos de carácter y de adaptación, los menores delincuentes, los llamados enfermos funcionales, los trastornos psicossomáticos, las depresiones reactivas, la patología de la migración, los conflictos de pareja y familia, etc. Es la inclusión de estos nuevos problemas lo que también transformó en caducos los saberes psiquiátricos y las instituciones manicomiales, forzando la búsqueda de otras respuestas prácticas y otras explicaciones teóricas.

2º) El aporte del poder político estatal a la configuración de las políticas de Salud Mental es variado según los países. Vimos estas diferencias en los procesos de Italia, Francia y EE.UU. En Argentina varía también con los distintos gobiernos. No obstante, podemos señalar una tendencia que nos parece caracterizar a grandes rasgos la convergencia que señalamos. El Estado tiende a desarrollar una política de doble faz respecto del sector salud: por un lado asume centralizar la información (epidemiológica, demográfica y socioeconómica), normativiza a través de políticas sectoriales los modelos sanitarios, regula los sistemas de atención y financiamiento, y legisla sobre coberturas; por otro lado tiende a que la población y los individuos asuman por sí mismos la gestión de su bienestar y su enfermedad, y difunde la idea de la participación comunitaria en todo lo referente a los cuidados de la salud. Este seudoliberalismo es actualmente aceptado por casi todos los organismos internacionales de salud, y creemos que

1. En Argentina, la palabra marginal evoca rápidamente la figura del pobre, del autoexcluido o del violento (asocial), a pesar de que el crecimiento de la población marginal en esta época está incrementado a partir de los sectores medios de la sociedad, y no ligados a la pobreza, la autoexclusión o la violencia.

expresa la realidad del problema de la salud en las sociedades modernas, entre lo colectivo y lo individual.

Los cuidados de la salud forman parte de los modos en que una sociedad concibe y trata a los individuos. La historia de la medicina es elocuente al mostrarnos cómo las diversas escuelas médicas han respondido siempre a algún pensamiento filosófico. Porque la medicina hace a la manera en que se comprende el bienestar, establece prioridades en los valores de la vida, es inseparable del conjunto social. La medicina no puede ser comprendida como conocimiento de las enfermedades, separada de los valores de vida y bienestar que promueve. El problema, por lo tanto, no es la medicina como lugar de aplicación de conocimientos científicos y técnicas rigurosas, sino el modo en que estos aspectos específicos se articulan con el conjunto social, con los modos cómo se piensa y se actúa sobre el bienestar humano. Al comprender que la salud pública no solamente es la aplicación de medidas técnicas a problemas de enfermedades, sino que es necesario incluir las condiciones más generales del bienestar de la gente, los problemas se plantean en su complejidad real: el contexto social, las condiciones económicas, la incidencia de las políticas generales, la organización del trabajo y del tiempo libre, el nivel de ingresos, vivienda, etc., forman parte esencial de las condiciones de salud. Se comprende así que la intervención técnica es sólo uno de los aspectos más abarcativos del dispositivo político de salud.

Este pasaje del nivel de padecimiento individual y respuesta médica a una comprensión del bienestar social y una respuesta política abarcativa, caracterizó lo que dio en llamarse "medicina social". Ahora bien, en salud mental el pasaje fue del mismo tipo: romper la frontera de una ideología de la enfermedad mental en el individuo a una intervención preventiva más abarcativa sobre las condiciones sociales del bienestar psíquico. Hay, en cuanto a fines y medios, una identidad objetiva entre las políticas de la medicina social y las políticas de salud mental. La epidemiología nos da un ejemplo al mostrar que en las sociedades urbanas de los países desarrollados, con migraciones internas, se empobrecen los vínculos humanos, tienen más suicidios, más niños con problemas de escolaridad, más depresiones, más neurosis, más psicópatas; pero también más enfermedades infecciosas, más problemas de nutrición, más mortalidad infantil. Los desarrollos de las políticas de salud mental centrados en lo comunitario

han enriquecido los planteos de la medicina social y ésta a su vez facilita la implementación de acciones en Salud Mental. Una política social que se plantee actuar sobre todos los aspectos del fracaso y el sufrimiento humano, atendiendo a las poblaciones de riesgo, asistiendo a los sectores carenciados y sensibilizando al conjunto social sobre las fragilidades humanas, permite y facilita una gestión social de los problemas de la salud/enfermedad mental. Se ve entonces que no ha sido casual que la reforma en Italia se llevara adelante junto a las reivindicaciones generales de salud y con la gestión de los partidos políticos, en Francia con la medicina social y el gobierno popular del Frente Patriótico, y en EE.UU. con el proyecto Kennedy de una sociedad más justa que asumiera la consigna de "guerra a la pobreza".

3º) La complejidad de los problemas abarcados por Salud Mental hace que cada vez sea más difícil a los técnicos de lo específico desvincularla del contexto cultural, social, económico, político. La salud mental es en este sentido sensible al sistema político. La oposición democracia/autoritarismo, por ejemplo, no sólo domina la concepción del hombre que expresa toda política, sino que además vehiculiza técnicas propias de intervención: participativas, comunitarias, respetando e impulsando la responsabilidad social en la democracia, o segregando, aislando y tratando con el paternalismo asilar, propio de los sistemas autoritarios.

Es necesario tener en cuenta que hay condiciones en la cultura y en el proceso de subjetivación para que ocurran desajustes neuróticos o psicóticos, para que el fracaso o depresión dominen la experiencia social del sujeto, haciendo que la relación con el otro (la sexualidad en sentido amplio) o la pérdida (problemática del duelo) generen infelicidad, empobrecimiento psíquico o enfermedad. No se trata de que una política globalmente preventiva en salud mental vaya a impedir estos fenómenos. Se trata solamente de generar condiciones para una potenciación mayor de las cualidades en que los vínculos humanos, sociales, pueden ser creativos, desarrollar inteligencia y bienestar. A la vez es necesario contar con un dispositivo asistencial que atienda a los que fracasan. Ambos aspectos deben estar articulados. No puede escapar a nadie que el primer aspecto requiere de una intervención en el plano de las condiciones de vida que hace de la salud mental una política específica de lo social.

Tradicionalmente la psiquiatría teorizó e institucionalizó a

partir de la locura. Actualmente la salud mental cubre prioritariamente tres conjuntos de demandas: a) aquellos que se demarcan del comportamiento social, o se definen por su diferencia con el conjunto (psicóticos, homosexuales, drogadictos, sociópatas graves, etc.); b) los que por distintas razones fracasan en sus condiciones o capacidad adaptativa, haciendo que necesiten ayuda especial para sostenerse en la vida (neuróticos, depresivos, deficientes mentales menores, etc.); y c) las personas con mayor riesgo de enfermar (ancianos, niños, adolescentes, en crisis vitales, etc.). Cualquiera de los padecimientos de estos grupos pueden ser aislados y tratados como enfermedades o, por el contrario, ser pensados como desarrollos conflictivos, regresivos, en la relación de éstos con el conjunto social. Ambas posibilidades representan la respuesta psiquiatrizante y la respuesta social-comunitaria de la salud mental actual.

La política de salud mental es pues un modo, una intención, de coherentizar y homogeneizar un sector de problemas humanos que sin duda desborda, es más complejo y abarcativo que lo que encierran las categorías médicas o psicológicas. En ese sentido, toda respuesta técnica a estos problemas será siempre parcial y tendrá el riesgo de ser encubridora de las demás dimensiones en juego. Este problema es común a las disciplinas de lo social. El ejercicio del derecho en la aplicación de la ley en la disciplina jurídica, también encubre las dimensiones sociales al pensar el delito individual. Lo mismo encubre la medicina al curar muchas enfermedades sin actuar sobre circuitos sociales de causación. Seguramente, nadie reclamaría por esto su abolición.

¿Qué hacer entonces: negarse a toda intervención técnica y a toda teoría específica para impedir convertirnos en agentes de un orden social y devolver sus padecimientos a los individuos que lo sufren, o reparar a los que sufren psiquiatrizando o medicalizando? Este dilema, que encerró a muchos pensadores críticos de la década del sesenta, no tiene una respuesta interna a la opción así planteada. Una actitud puede ser tan injusta como la otra. No ayudamos más ni somos más éticos si para no psiquiatrizar dejamos sin respuesta social específica y librado a su suerte al individuo que padece. *Las políticas sociales y comunitarias en salud mental han sido la respuesta no dilemática a esta opción: se trata de intervenir técnicamente abarcando al conjunto de cuestiones implicadas y haciendo partícipe al*

sujeto y la comunidad en la búsqueda de soluciones. Este camino no está exento de problemas, pero tiene la ventaja de constituir un sector de práctica social que permite el replanteo y la discusión permanente de las mismas. *Ninguna otra disciplina, ni aun la medicina, han desarrollado un nivel de autocritica constante como el que caracteriza a las prácticas terapéuticas y sus políticas.*

Existe socialmente legitimado el camino de una intervención preventiva generalizada; se trata entonces de ejercer una actitud crítica que haga posible, en el seno de las prácticas y las políticas, una visión de las contradicciones que la constituyen. Sensibilizar el dispositivo político de la salud mental a estas contradicciones es la dirección que van tomando las políticas actuales. Se trata de intervenir en casi todos los niveles de la vida social organizada: en el sistema pedagógico, asesorando en los tres niveles de enseñanza en lo relativo a las normas y su regulación; en el trabajo, superando la psicología del trabajo limitado al aumento de los ritmos productivos; en la organización social del tiempo libre y la recreación; en las legislaciones relativas a la familia, divorcio, relación con los hijos; en el derecho, en lo relativo al manejo de las penas y la rehabilitación; en los problemas de riesgo en minoridad, adolescencia, ancianidad; en los medios de comunicación, no sólo por la difusión de valores de salud mental, sino también por el impacto de lo que se difunde en los vínculos humanos, etc.

R. Castel ha señalado en una reflexión sobre la función de las prácticas “psi” en el contexto europeo, la existencia de “una sociabilidad programada por técnicas psicológicas y relacionales que juega el papel de sustituto de un contexto social en crisis”.² Piensa además que hay una cultura psicológica en las fronteras entre lo social y lo psicológico, señalamiento preciso con el que acuerdo, y, en parte, trasladable al contexto de los sectores de la clase media urbana en Argentina. Pero esto no es responsabilidad de las políticas de salud mental; no son ellas las que han despertado los apetitos psicoterapéuticos de las clases medias y altas. El “capital relacional”, del que habla Castel, no circula ni produce en los sectores populares, en los que los daños que la crisis argentina provoca en los vínculos sociales no logró romper los lazos comunitarios y de solidaridad. En los sectores medios la pérdida de sociabilidad, por fragmentación de vínculos, lleva a

2. R. Castel, *La gestión de los riesgos*, Barcelona, Anagrama, 1984, pág. 208.

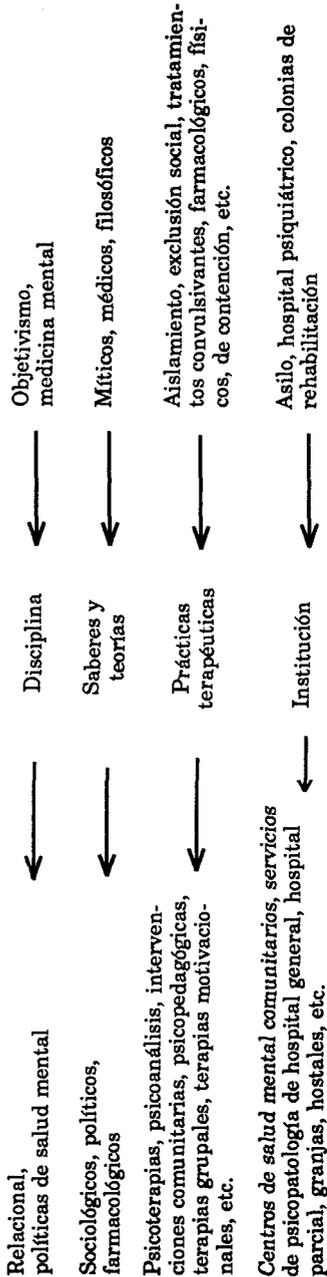
muchos individuos a la búsqueda de una sociabilidad artificial y trabajada que le ofrecen las psicoterapias, en primer lugar el psicoanálisis, pero también el conjunto de prácticas reparadoras. El instrumentalismo y la tecnificación de las relaciones humanas, propio de la actual sociedad, encuentra en las técnicas psicológicas una respuesta posible. Las políticas de salud mental tratan de perfilar una respuesta diferente a estos problemas, se trata de no individualizar, no objetivar (proceso necesario de las técnicas), sino operar sobre los conjuntos sociales con acciones tendientes a reforzar el compromiso comunitario y la solidaridad grupal.

El psicoanálisis, que luego hemos de introducir, ha jugado el papel fundamental en esta relativización de fronteras que señala Castel, en la medida en que ya no opera solamente sobre sujetos enfermos sino que permite un tratamiento de lo normal. Por eso es necesario tener en cuenta los efectos del psicoanálisis como multiplicador de demandas de salud mental, y creador de un dispositivo ideológico de reparación del capital humano lesionado por la crisis social, que vehiculiza una ideología regresiva, individualista y adaptativa. Destino curioso el del psicoanálisis en su expansión geométrica en la sociedad capitalista en crisis, ya que lo lleva, opuesto al proyecto de Freud, a actuar en favor de una armonía relacional que su creador mostró como imposible. En EE.UU., por ejemplo, los psicoanalistas participaron como vimos en la fundación del movimiento de reforma, luego hegemonizado por las tendencias comunitarias. Sin embargo, el fracaso de la experiencia de la psiquiatría comunitaria se acompañó de una estabilización y hasta una expansión del psicoanálisis, que mostró condiciones para ser operado hacia una forma más de terapia relacional y adaptativa. Obviamente hablamos del psicoanálisis que fue llevado a esa función. En la misma medida en que el lenguaje psicoanalítico sirve de clave general de interpretación de toda conducta o de toda relación humana, se transforma en una psicología superficial. Discernir el lugar del psicoanálisis en las políticas de salud mental es en este sentido esencial.

Estos tres hechos convergentes que reseñamos han modificado el panorama de la Salud Mental, configurando un reordenamiento extenso de todo lo connotado por Salud Mental. Vamos a graficar lo que nos parece constituir el eje de desplazamiento

← Tendencia de los procesos de modernización →

Problemas de la relación: pareja, familia, niños, crisis vitales	Neurosis leves Depresiones Trastornos de conducta	Trastornos del carácter Patología de la adaptación	Enfermedades funcionales Psicosomáticas Adicciones transitorias	Neurosis graves Alcoholismo Drogadicción	Psicosis agudas Psicopatías graves Ciclotimias <i>etc.</i>	Autismo Catatonías Defectos esquizofrénicos	Demencias Oligofrenias Epilepsias
--	---	---	---	--	---	---	---



de los problemas, haciendo una imagen estática de los que entendemos como procesos vivos, en movimiento. Hagamos unas aclaraciones previas:

a) Las flechas del gráfico señalan la dirección de la tendencia, pero no suponen la superación de lo anterior, ya que pretende ser inclusivo de la globalidad del campo.

b) La tendencia marcada por las flechas hace visual lo que puede ser entendido como movimiento de modernización. Este no debe comprenderse en el sentido positivista de una ampliación de conocimientos, sino como un cambio de las políticas de salud mental que proceden a reordenamientos de saberes, prácticas e instituciones. En estos reordenamientos se establecen ciertos ejes hegemónicos, que hacen de núcleo fundacional de la política: por ejemplo, el aislamiento terapéutico en la medicina mental, la intervención comunitaria para la política de sector, la desprofesionalización para la reforma italiana, etc. Creo que la construcción de una política alternativa de salud mental, que se construye siempre como crisis y reordenamiento de lo instituido, requiere de estas “consignas fundacionales”, que dan consistencia al conjunto de procedimientos que se proponen, ayudando a la hegemonía por la recomposición de saberes que efectúa.

c) Si en la década del sesenta el campo de las prácticas en salud mental se complejizó por la entrada de nuevas profesiones (psicólogos, antropólogos, trabajadores sociales, psicoanalistas, lingüistas, etc.), haciendo prevalecer la idea de un equipo terapéutico interdisciplinario o multidisciplinario, según las expectativas de comunicación e integración de saberes, la situación hoy es de una tendencia a la superación de profesiones, de modo tal que la disciplina de lo mental, abarcativa de diversos enfoques, saberes, prácticas y profesionales, se quiere “transdisciplinaria”. Esta hegemonía ideológica no es en verdad una superación del orden disciplinario, sino la aceptación de superponer, adicionar, enfoques y prácticas diferentes, manteniendo su heterogeneidad y evitando toda ilusión unificadora.

El gráfico es entonces inclusivo; el surgimiento de nuevas prácticas no supone la superación o anulación de las que se ejercían antes. En muchos casos la pérdida por agotamiento o disfuncionalidad con los problemas que trata, hace que ciertos modelos desaparezcan, pero pueden resurgir tiempo después cuando se crean nuevas condiciones favorables. Esto sucedió en

EE.UU. con los hospitales psiquiátricos, sucede en Francia con los nuevos prestigios de un psicoanálisis psiquiatrizado en las prácticas nosográficas, sucede en todo el mundo con el resurgimiento del objetivismo médico por vía de los psicofármacos y las nuevas teorías biológicas, etc.

LA NUEVA DEMANDA

La extensión de las intervenciones de salud mental a las poblaciones de riesgo y la intensificación de demandas de atención psicológica a sectores marginados, se motiva en la constatación de un daño real en los vínculos sociales de estas poblaciones, que las hace estar particularmente expuestas a expresar con síntomas patológicos los conflictos. *Se trata no de generar una demanda artificial en sujetos normales, sino de reconocer las fracturas reales que en el plano de la experiencia subjetiva y social produce su situación en la sociedad actual.* Es función de los programadores reconocer la complejidad social en que tales efectos se producen para no reconstituir el modelo asistencialista y objetivante de la psiquiatría. Debe pasarse de la consideración de un sujeto enfermo y de un trabajo terapéutico sobre el individuo a un reconocimiento de la dimensión colectiva del problema y a una intervención sobre los conjuntos sociales.

Esto ha requerido y sigue requiriendo superar los enfoques de una epidemiología ingenua, que sólo hace la fenomenología de los efectos, para pasar a un compromiso práctico con el problema social planteado. El borramiento de fronteras entre lo patológico en el individuo y los malestares de la vida social, o la comprensión del contexto social determinante en otros casos, no supone que se borren también los efectos reales que ciertas formas de vida hacen a una sociedad o grupo humano patógeno y productor de enfermedad. La mera enunciación de que es la sociedad la responsable de las fracturas subjetivas en los individuos, aunque fuera correcta, corre el riesgo de neutralizar las acciones colectivas que eviten dejar solo al que sufre. Sabemos que la distribución de sufrimientos, posibilidades de realización o fracasos, al igual que los bienes materiales, no se hace de manera igualitaria y justa. Si hay ciertos sectores sociales sobre quienes la carga social es mayor, es necesario reclamar del Estado y la sociedad que se provean los medios para aliviarlos.

La clave de la comprensión psiquiátrica del daño, ya vimos,

es convertirlo en enfermedad, objetivarlo para el conocimiento y legitimar una intervención técnica que hemos mostrado como ideología de la segregación y custodia. Desde las comprensiones actuales del daño hay una pregunta por el sentido del padecimiento mental, lo que equivale a preguntarse por sus causas, es decir, por los procesos de constitución del daño y su funcionamiento en la complejidad estructurada de la vida social. Esto convierte al campo de la salud mental en un sector de lucha ideológica, ya que los planteos objetivistas, pragmáticos, tienden a proponer siempre soluciones técnicas, sin preguntarse por las causas, frecuentemente en nombre de la especificidad de la ciencia. Los avances de la psiquiatría social, las reformas de desinstitucionalización y el psicoanálisis, plantean un problema teórico crucial: si la normalidad del sujeto se define en relación con una sociedad, una cultura, un consenso o un discurso del conjunto, el desviante es siempre el sujeto, no la sociedad.

Uno de los planteos de la antipsiquiatría (antes fue realizado por W. Reich) es que la misma sociedad puede ser loca, tener requerimientos francamente patológicos. Las ventajas de la relativización diagnóstica y del abordaje del sujeto en sociedad, que impulsan los modelos preventivos y comunitarios, es que abordan conjuntamente el problema y tienden entonces a zafar de la oposición individuo-sociedad. Lo patológico es pensable en la comunidad y en el individuo. El sujeto que se define en estas prácticas ya no es el individuo burgués aislado ni el sujeto de la ciencia, sino un sujeto político, es decir, social.

En nuestro esquema hemos situado en un extremo aquellas patologías sobre las que la psiquiatría construyó sus teorías y realizó sus prácticas institucionales, avanzando hacia problemáticas de la relación humana: niño, pareja, familia, depresiones, drogadicción, etc. En el extremo opuesto ubicamos a lo que llamamos poblaciones en riesgo. Una mirada psiquiátrica vería, no del todo equivocadamente, una escala de gravedad decreciente, y seguramente justificaría una distribución de funciones: los cuadros graves necesitan la terapéutica del aislamiento y los tratamientos clásicos, y los otros problemas más leves pueden ser atendidos ambulatoriamente por psicólogos, educadores, psicoterapeutas, etc. En la práctica actual esta distribución de tareas suele suceder. Alguno puede llegar a pensar también en que el avance de los conocimientos psiquiátricos permite efectuar una detección más precoz de los enfermos. Pero el esquema señala con

su flecha la expansión de los problemas de salud mental, la inclusión de nuevas problemáticas para las que el modelo psiquiátrico tradicional ya no tiene respuesta. La inclusión de estas poblaciones produce un reordenamiento del conjunto, en la medida que nuevos saberes y nuevas prácticas han cuestionado las concepciones anteriores, sin anularlas. El *DSM* norteamericano, al incluir más de trescientas categorías, mostró con acierto que el campo del daño subjetivo se ha ampliado.

Dos observaciones últimas. Existieron y siguen existiendo intentos de abarcar con las categorías de la psiquiatría médica los nuevos problemas, entendiendo en la dirección de la flecha que se trata al fin y al cabo de nuevos enfermos mentales, más leves, y que la modernización psiquiátrica consistiría en incluirlos en sus categorías y prácticas. *Esto es lo que con acierto se llama "psiquiatrización" de la relación humana, por extensión de las categorías de enfermedad.* En la dirección opuesta a la flecha, desde los problemas de la relación humana hacia las patologías graves, la traslación de la comprensión sociopolítica hacia la psicosis, en gran parte correcta, corre siempre el riesgo de una "politización" de la enfermedad mental. Creemos, con Basaglia, que las políticas de salud mental deben asumir y dialectizar esta contradicción.

HACIA UNA DISCIPLINA SOCIOPOLITICA

Hemos visto en el capítulo 1 la constitución de la disciplina psiquiátrica en su función de recortar un sector de problemática humana, el malestar subjetivo, para realizar sobre él una articulación de saberes médicos y filosóficos a un poder real ejercido sobre el enfermo. Los núcleos de esta disciplina de lo mental son la "relación de asistencia" y la institucionalización del enfermo. La obligatoriedad de tratamiento, el certificado médico para la internación compulsiva, la realización de prácticas represivas y agresivas, coherentes con la segregación y custodia del enfermo, son elocuentes de que el sujeto de esta disciplina es un sujeto expropiado de sus derechos ciudadanos para convertirse, como enfermo, en objeto de un "seudoconocimiento".

Luego de la Segunda Guerra Mundial, las reformulaciones de lo psiquiátrico generan un reordenamiento de la disciplina por inclusión de saberes y profesionales de ámbitos no médicos:

la política a través de los sociólogos y los trabajadores sociales, la subjetividad histórica a través de las psicoterapias y el psicoanálisis, la inclusión de lingüistas por el pasaje de lo biológico a un orden de lenguaje en la comprensión psicopatológica, la llegada de antropólogos que incorporan la referencia cultural a la enfermedad, etc. Se produce entonces un estallido de la disciplina médica y un reordenamiento transitorio a través de las soluciones interdisciplinarias y multidisciplinarias. Esto permitió por un tiempo resguardar tanto la unidad de la disciplina de lo mental como la hegemonía médico-psiquiátrica. Se esperaba que el equipo terapéutico, al reunir las diferentes dimensiones que se aceptaba intervenían en la enfermedad mental y su tratamiento, unificaría doblemente al individuo enfermo por inclusión de todo lo que sobre él influía (su ser de lenguaje, su inconsciente, su ser de cultura, de sociedad, de cuerpo) y al conocimiento, ya que por adicción, los distintos enfoques contienen un discurso totalizante.

En los últimos años cada uno vuelve a lo suyo. Con frecuencia se genera una curiosa situación: cada profesional reivindica su enfoque como totalidad y rechaza asumirse como especialista de algo parcial. Bajo la batuta del programador de salud mental, cada uno de ellos ejecuta al mismo tiempo su propia sinfonía. El programador y parte del público tienen la ilusión de que escuchan una sola música. Se abrió así lo que hoy se llama transdisciplina. Sin embargo, existe una disciplina de lo mental que se identifica con las políticas de salud mental y es fundamentalmente la figura del programador la que la representa. Esto hace que se hayan asumido como hegemónicas las categorías sociopolíticas, a las que se subordina la intervención de diversas profesiones. La medicina mental es una más de estas dimensiones en el interior del sector salud mental, independientemente de las estrategias de acoplamiento a la salud pública que la política defina.

Así como para la psiquiatría la relación de asistencia y el ejercicio de poder de la relación instituida por el asilo eran los ejes de su política, en la disciplina actual es el Estado quien centraliza las funciones a través de la planificación y programación de las políticas del sector. El director del asilo ha sido suplido hoy (por cierto con ventajas) por el programador. Por otra parte, se tiende a que en la gestión en salud la comunidad participe asumiendo las responsabilidades de sus cuidados. Toda estrategia preventiva requiere de esta gestión social. La conocida y aceptada fórmula

de planificación centralizada e implementación periférica, autónoma y descentralizada, implica esta asunción de la dimensión política de la disciplina.

Este modelo de disciplina con esta función diferenciada no es exclusivo de la salud mental. Es la tendencia de los Estados occidentales actuales en todos los sectores de gestión en previsión, salud, servicios, etc., y supone una redefinición de las relaciones entre lo público y lo privado, entre lo que se dirige y regula centralmente y la periferia de implementación que se privatiza. División también creciente entre el anonimato de los que producen y la notoriedad pública de los que finalmente toman las decisiones por todos.

R. Castel ha señalado la preocupación que crea esta tendencia a la planificación política centralizada. Dice: "El advenimiento de fórmulas inéditas de gestión y de manipulación de las poblaciones, el empuje creciente de las empresas de programación que culminan en el proyecto de programarse a sí mismas, la exigencia de relacionar al sentido de toda iniciativa con una rentabilización inmediata según criterios de eficiencia inspirados en cálculos mercantiles, han encubierto progresivamente, en estos últimos años, los espacios abandonados por otra concepción de la práctica personal y colectiva. Si las cosas continuaran por este camino, pronto no habrá más optimistas que los imbéciles. ¿Qué significa esto? Que la historia de los hombres se ha dejado disolver en la glorificación del cambio tecnológico".³

Se trata entonces de que esta nueva conformación de la disciplina no quede encerrada en esta dicotomía y que la participación comunitaria no sea sólo en la asunción de lo que se programa para su bienestar, sino también una participación real en la planificación de sus necesidades psicológicas.

Un párrafo especial merece el psicoanálisis en relación con la constitución de la disciplina. En los años sesenta se pensó que el psicoanálisis podía resolver el problema que se denunciaba en la psiquiatría. A la función represiva y de custodia del enfermo mental y el encubrimiento médico de su verdadera ignorancia, podía oponerse un psicoanálisis liberador de la palabra y el cuerpo de los enfermos y que además oponía a esa ignorancia un sistema conceptual y un método prestigiado socialmente y eficaz. En casi todos los movimientos de reforma psiquiátrica

3. Id., pág. 222.

participaron analistas y la antipsiquiatría anglosajona⁴ fue iniciada por psicoanalistas. El psicoanálisis se desarrolló y prestigió en estas experiencias, que en general fracasaron en sus objetivos liberadores (salvo en Italia, donde la participación de psicoanalistas fue insignificante). Sin embargo, se alentó la falsa expectativa de que el psicoanálisis fuera una alternativa a la psiquiatría, expresando una superación modernizadora. No se comprendía que el psicoanálisis, con posibilidades críticas importantes y capaz de facultar distintas intervenciones en salud mental, no puede ser nunca una totalidad equivalente a la psiquiatría. En Argentina, que tuvo una psiquiatría débil, enclaustrada en las cátedras de las facultades de medicina y los hospitales psiquiátricos y sin capacidad alguna de apostar a su renovación, agregado a una cantidad notable de psicoanalistas, fácilmente el psicoanálisis quedó visto como alternativa a la psiquiatría y al asilo. Además de errar el camino, se trabó así el desarrollo de alternativas políticas en salud mental. Si bien es conocido que el repliegue sobre lo privado e individual sucede a toda derrota colectiva, en Argentina, durante la última dictadura militar, ese repliegue se hizo sobre el psicoanálisis, hipertrofiándolo y reforzando la idea de que la reserva alternativa se encontraba entre los psicoanalistas, de los que se esperaba la elaboración del proyecto modernizador de la psiquiatría. El papel de los psicoanalistas fue muy importante en las nuevas políticas, pero en función de estrategias de acción que no son implementación de una política del psicoanálisis. La función del psicoanálisis en las políticas de salud mental, y en la conformación por lo tanto de la disciplina, debe resituarse en función de su propia política sobre la salud y la enfermedad. Tarea que intentaremos en el próximo capítulo.

EL REORDENAMIENTO TEORICO

Las teorías psiquiátricas, impregnadas por la referencia al saber médico y filosófico, han estado muy ligadas a un objetivismo de la mirada clínica. La descripción de lo que “se ve en el enfermo”, en su conducta, en sus respuestas, o de su relato para la fenomenología, permite clasificar según los signos las diferentes enfermedades. Michel Foucault, a través del modelo del

4. D. Cooper, R. Laing, Tomás Szasz.

panóptico,⁵ aunque ligado a las prisiones, permite pensar el modo en que la mirada objetivante del clínico-psiquiatra instala una vigilancia (moral la hemos llamado), dirigida a juzgar los hechos patológicos, la conducta anómala, y corregirla. Jaspers situaba al diagnóstico como un juicio. El hecho de que de la mirada clínica del psiquiatra se haya desprendido luego el control segregativo, debe ser comprendido en relación con esta función moral de vigilancia y castigo. Las teorías médicas de la psiquiatría han sido por una parte la nosográfica, es decir, una taxonomía de las formas clínicas que recoge y describe los signos que observa en el encuentro con el enfermo, y por otra, especulaciones explicativas de la causalidad biológica. El acto médico de encuentro del psiquiatra con el enfermo circunscribe el lugar de reflexión teórica y de práctica diagnóstica.

El pasaje a las políticas de salud mental genera un nuevo espacio de reflexión teórica, ya no abordable con la mirada clínica. Se trata de crear lugares más abiertos a la palabra para que ciertos problemas de la vida social puedan ser hablados. Una reflexión que abarque esos conjuntos requiere de categorías teóricas más complejas. La idea de una prevención primaria llevó a Caplan,⁶ por ejemplo, a definir el sujeto de su acción y su teoría ya no como un individuo sino como patogeneidad de los conjuntos humanos. El análisis de Goffman⁷ mostró que la capacidad patógena de las instituciones totales no era pensable por las teorías psiquiátricas y requería métodos y teorías sociológicas. Advertido de los efectos objetivantes del saber psiquiátrico, Basaglia propone la renuncia a toda teoría, pero de hecho hace un análisis en teoría política de sus intervenciones desinstitucionalizadoras. Es decir, sucede en los saberes y teorías un momento de desborde por insuficiencia de las respuestas psiquiátricas y una pérdida de sentido de su referencia al saber médico. Las nuevas técnicas de posguerra imponen un cambio de referencia, que hemos analizado, y en el panorama de la salud mental se hacen dominantes las teorías sociológicas de los pequeños grupos (microsociología de los años sesenta), las tesis culturalistas de la antropología, las teorías políticas de la psiquiatría comunitaria, etc.

5. M. Foucault, *Surveiller et punir*, París, Gallimard, 1975.

6. G. Caplan, *Principios de psiquiatría preventiva*, Buenos Aires, Paidós, 1985.

7. I. Goffman, *Internados*, Buenos Aires, Amorrortu, 1970.

En la actualidad, como hemos visto para la disciplina, el papel esencial de la planificación hace que el campo teórico en salud mental se divida. La gestión preventiva sobre grandes conjuntos de población de riesgo requiere de ciertas categorías de la acción política y la gestión administrativa. En otro sector, las teorías terapéuticas y de comprensión de su objeto se superponen, recortando áreas explicativas y prácticas acotadas. Se acepta entonces la coexistencia de teorías de diverso orden y recursos prácticos: sociología de grupos para intervención comunitaria, psicología de grupos para terapéutica en pequeños conjuntos, psicoanálisis, psicopedagogos, psiquiatras, antropólogos, psicólogos, etc. Cada uno con su “cajón de herramientas” teóricas, con sus ritos, prácticas, su lenguaje. Pero la hegemonía teórica, la que organiza y regula el campo de la salud mental y lo que en él se hace, es la teoría política y la gestión administrativa. Todas las prácticas anteriores de la medicina mental clásica requerían alguna forma de individuación, que se personificaba en la relación dual médico-paciente, que por lo mismo encontraba su apoyo en el humanismo burgués clásico. Las prácticas actuales, realizadas sobre conjuntos y aun en el cara-a-cara de las psicoterapias, ya no están sostenidas en el humanismo teórico. Sus categorías de hombre son altamente cuestionadas, dando lugar a un pragmatismo extremo de la eficacia, con empobrecimiento de la reflexión teórica.

Esto se corresponde con el nuevo lugar que va ocupando el especialista, ya no más ejerciendo una totalidad humana, sino limitado a la reparación parcial de un aspecto de la vida de su enfermo. Las nuevas estrategias sociales de la prevención pretenden sobre todo actuar sobre los factores de riesgo, es decir la existencia de ciertos datos más generales que pueden hacer probable el surgimiento de problemas psíquicos en determinada población. Estas acciones ya no son pensables tampoco desde el humanismo clásico, ya que la prevención requiere vigilancia y ésta necesita la no consideración de la intimidad de lo privado que requiere el individualismo burgués. Este doble proceso de gestión administrativa preventiva centralizada, y la dispersión en múltiples técnicas y teorías que actúan acotadamente, hacen de la salud mental actual un conjunto organizado de práctica social, pero no ya una totalidad. Esto se refleja en la coexistencia de teorías diversas y en una mutación de la relación que cada una de ellas mantiene con su objeto. Señala Castel, respecto de la

irrupción de lo preventivo: "El enfoque médico se torna en este caso a contracorriente. La colaboración de las profesiones médico-psicológicas en las nuevas políticas preventivas pasa por la destrucción de su objeto. Mientras colabora en una política de gestión preventiva, la participación del especialista se reduce a una simple evaluación abstracta: señalar los factores de riesgo. En resumen, procede como un agente administrativo que elabora un banco de datos. Sin duda alguna la máquina alimentada a golpe de diagnósticos puede, en compensación, esbozar una práctica curativa. Las poblaciones detectadas como susceptibles en un plan estadístico serán objeto de una vigilancia especial y de investigaciones específicas que permitirán señalar a los sujetos que deben ser tratados".⁸

LAS NUEVAS TECNICAS

Es inherente a toda técnica la objetivación. Hemos visto a ésta como característica esencial de las prácticas diagnósticas y terapéuticas de la psiquiatría. En los procesos de reforma, las psicoterapias ocuparon el lugar de vanguardia en los procesos de desinstitucionalización, especialmente el psicoanálisis. En la conciencia social espontánea se percibía esta oposición entre los tratamientos represivos y de encierro de la psiquiatría, y el respeto por la dimensión intersubjetiva y la palabra que representaban las psicoterapias. Percepción correcta, ya que si el objetivismo seudocientífico de la medicina mental llevó a los enfermos al encierro y al aislamiento social, estas nuevas prácticas se plantean de entrada un ideal liberador a través de la palabra. Pero también las psicoterapias fueron cediendo su lugar de vanguardia en el avance de las políticas preventivas, pasando a ocupar el sitio de uno más de los tratamientos posibles. *En la política de la salud mental, y eso es lo que marca la flecha de nuestro esquema, se trata de recuperar para las prácticas terapéuticas las dimensiones políticas y sociales presentes en la determinación del daño mental, tanto para una comprensión más adecuada de su complejidad como para fundar una intervención tendiente a corregir los circuitos colectivos de causación.*

Como hemos señalado, el especialista actual en salud mental

8. R. Castel, ob. cit., pág. 360.

es el programador, ya que las demás profesiones y sus técnicas de abordaje son parciales, aun cuando se propongan como totalidades terapéuticas. La situación actual en Salud Mental no hace pensable en lo inmediato una abolición de las prácticas de reparación mental y las profesiones que las ejercen (una de las propuestas de Basaglia⁹). Por lo tanto, hay una convivencia de enfoques a la que ya hemos aludido. Se trata sí de marcar una tendencia de las acciones prácticas hacia una intervención más social-comunitaria, lo que requiere un replanteo global de la formación de recursos humanos profesionales. Hay un llamativo desacuerdo entre la enunciación de políticas preventivas, que requieren de técnicos formados para una intervención social, y el mantenimiento de una formación de profesionales "psi" clásica, ligada a la asistencia terapéutica. Esto genera un desajuste importante entre lo que las nuevas planificaciones preventivas prometen y lo que en realidad se hace. Señalemos algunos aspectos:

a) La formación clásica de psiquiatras ya no es funcional, o es francamente opuesta, a los objetivos preventivos, en tanto reproduce los elementos objetivantes del diagnóstico. Actualmente, su práctica va quedando restringida a la administración de psicofármacos. Esta continuidad de la formación psiquiátrica, ligada a las viejas cátedras de medicina, no es ajena a la extensión del uso de drogas en forma generalizada. Desde que Laborit introdujo la clorpromazina, hasta los actuales ansiolíticos, la expansión ha sido geométrica. Los psicofármacos son hoy el tratamiento más generalizado para todo tipo de demandas. Los neurolepticos, que aportaron para cambiar la situación terapéutica de las psicosis, los antidepresivos con eficacia probada en muchas depresiones graves, el litio en los cuadros maníacos, abrieron el camino hacia una intervención general sobre los estados afectivos y emocionales: la angustia, la ansiedad, diversas somatizaciones, el insomnio, la apatía o el desgano, la tristeza, son ahora pasibles de tratamiento médico-farmacológico. La deducción, demasiado rápida y aventurada, del objetivismo médico retornado por esta vía, fue que el efecto beneficioso y corrector de los psicofármacos nos habría de brindar un conocimiento del mecanismo bioquímico que originaba estos estados. La psiquiatría avanzó confundiendo la bioquímica de las emociones con la etiología de las

9. F. Basaglia, *La institución negada*, Barcelona, Barral, 1969.

enfermedades. Como si la química y la biología de la adrenalina nos explicara las causas del miedo. Una reacción ansiosa entre alumnos de una clase frente a un maestro autoritario, que hace uso violento de las reglas escolares, provocando reacciones de temor y ruptura de vínculos entre el grupo, ¿puede resolverse administrando ansiolíticos a todos los niños? No lo resuelve, sin duda, pero puede ayudar a hacerlo soportable. Esto es el gran descubrimiento de los psicofármacos como terapéutica de los estados afectivos normales. Es importante en las políticas de salud mental el lugar que se asigne a los tratamientos con psicofármacos. Las psicoterapias, en especial el psicoanálisis, no tienen reparos especiales en aceptar que se actúe con medicamentos sobre los efectos emocionales o somáticos de los conflictos de las personas, pero su comprensión de estos conflictos es más humana, es decir histórica, y por lo tanto abarcativa. Para ellas la relación terapéutica, como lugar de despliegue y transformación de esa historia, sigue siendo la clave del tratamiento.

b) Las prácticas psicoanalíticas en salud mental juegan en dos niveles: la aplicación rigurosa del método analítico a pacientes del sector público, o la intervención en el conjunto de las políticas, asesorando sobre aspectos preventivos, institucionales, etc. Fue en todo sentido muy importante la inclusión de psicoanalistas en estos niveles, como jefes de servicios abiertos, como programadores, etc. Además, se ha postulado un tipo de psicoanalista capaz de intervenir ya no sólo como terapeuta en una institución pública, sino capaz de realizar prácticas preventivas en el seno de grupos humanos o comunidades.¹⁰

Lamentablemente, las posiciones de Alexander y Sullivan en EE. UU., o sus similares en Francia, dieron lugar a una figura, la del “psicoanalista-psiquiatra”, que oculta y confunde sobre la contradicción que enuncia. El psicoanálisis tiene vocación hegemónica en cuanto, frente a la crisis de las prácticas psiquiátricas, surge como un método consistente y una teoría abarcativa de la subjetividad, que lo hace apto para ser confundido con un relevo moderno de la psiquiatría, oscureciendo así su función en la alternativa. Es, por otra parte, innegable que el psicoanálisis no se limitó sólo a las poblaciones que trataba con su método, ya que ejerció una influencia notoria sobre el conjunto de las prácti-

10. Véase P. C. Recamier, *Le psychanaliste sans divan*, París, Payot, 1979.

cas terapéuticas que tomaron de él muchos de sus valores y métodos. El reconocimiento que hacen muchos enfoques terapéuticos no psicoanalíticos de que las enfermedades mentales son expresión de una patología relacional, fue originariamente una idea psicoanalítica y ayudó enormemente en la lucha contra las concepciones médico-objetivistas. El campo de la salud mental está abierto para que una política del psicoanálisis intervenga develando las dimensiones conflictivas de los procesos de subjetivación y sus desvíos patológicos, pero esto no es una renovación de la psiquiatría sino un golpe más definitivo a la caducidad de sus concepciones y tratamientos. En nuestro esquema señalamos a las prácticas girando hacia esta nueva configuración, en la que cambian las funciones terapéuticas a una intervención más dirigida a grupos humanos o comunidades: familia, grupos, escuela, otras instituciones, etc. Son el nuevo campo de intervención. En él ya no hay una profesión y una práctica hegemónica, sino una integración de técnicas heterogéneas y distintas profesiones. En algunas experiencias, como las de Italia, se propuso lisa y llanamente la desprofesionalización, en otras el surgimiento de soluciones pragmáticas que escapan al control directo de las profesiones.

c) Las instituciones no son en sí mismas terapéuticas, como creía la psiquiatría clásica. Salvo la construcción de dispositivos institucionales adecuados a un trabajo transferencial, como el ensayado por Oury, Guattari y otros en *La Borde*. Lo que los planificadores llaman "establecimientos especiales" pueden tener un buen clima convivencial, no autoritario, que los haga menos patógenos, pero esto no implica que sean terapéuticos. Ninguna política modernizadora puede apoyar una función preventiva en el internamiento. Estos establecimientos son más bien la expresión de su fracaso. El Centro de Salud Mental debe sí respetar las distintas prácticas y los profesionales específicos, ya que esto hace que se refleje en lo público lo que es la atención privada (en países como Argentina, más prestigiada). Lo contrario atrae el riesgo de forzar un "técnico de salud mental" como rostro público de la asistencia, abriendo así en los establecimientos públicos la posibilidad de que se conviertan en un nuevo espacio de institucionalización de la pobreza y la marginalidad.

d) La multiplicidad de prácticas terapéuticas representa necesariamente un eclecticismo pragmatista, que no debe ser analizado por la eficacia de sus resultados, sino por la confusión

que introduce al proponer verdaderas baterías de tratamientos. Se pierde así la dimensión histórica del sujeto tratado, como unidad de sentido, al ser fragmentado por múltiples técnicas que suponen diferentes comprensiones del hombre.

LA CONSTRUCCION DE UNA NUEVA IMAGEN INSTITUCIONAL

El hospital psiquiátrico tradicional ya no puede incluir las nuevas problemáticas, como hemos visto. El problema de los ancianos con necesidad de cobertura, los drogadictos, los marginales de todo tipo, las llamadas poblaciones de riesgo, no son pasibles de este tratamiento institucional. Su persistencia en el actual dispositivo de salud mental obedece a que aún persiste su antigua función de encierro para los individuos que no son abordables por las técnicas preventivas. Además, el gran establecimiento con alta concentración de enfermos mostró su poca funcionalidad y alto costo, aun para las tareas que tenía asignadas. Se trató así de un doble proceso de modernización: descentralización a través de servicios periféricos como los Centros de Salud Mental, servicios de hospital general, etc., para las tareas terapéuticas y preventivas, y descomposición del asilo en establecimientos más pequeños, manejables y de menor costo.

La flecha que indica esta tendencia modernizadora en nuestro gráfico no debe hacer suponer una superación y abolición de la institucionalización psiquiátrica, que haría pensar a muchos en su sustitución por los establecimientos periféricos. Se trata de un ensanchamiento global del dispositivo de salud mental, con un reordenamiento de las modalidades institucionales que hacen que el asilo pase a cumplir nuevas funciones.

El sistema de instituciones periféricas está constituido en primer lugar por el Centro de Salud Mental, luego los servicios de psicopatología de hospitales generales y una red de instituciones especiales para problemas específicos: hogares de ancianos, granjas para drogadictos, casas de internación intermedia, colonias para rehabilitación, talleres de resocialización, etc. En este sistema periférico, se filtran enfermos que, a veces por la índole de su patología (enfermos agitados, violentos, suicidas, etc.) o en otros por su situación social (desamparo grave, asocialidad, psicopatías, sujetos con procesos judiciales, etc.), no son abarcados por el sistema de atención y pasan a ser contenidos en los viejos hospitales psiquiátricos. Los establecimientos espe-

ciales y la creación de hospitales psiquiátricos más pequeños, es la política que se ensaya para no engrosar la población de los viejos hospicios. En las actuales políticas de salud mental no se ha logrado la abolición de estos establecimientos, a pesar de ser ése uno de sus propósitos explícitos. Pero no es un problema exclusivo de Salud Mental, sino de un tipo de población que circula con requerimientos de institucionalización ya que no logran una existencia social aceptable, y plantean un problema de orden sociopolítico. Tradicionalmente, la psiquiatría asumió como propia esta problemática. La clave hoy para los planificadores es si debe seguirse asumiendo del mismo modo, realizando una institucionalización psiquiátrica de individuos que bien pueden ser asumidos socialmente en otras perspectivas. El mantenimiento del asilo implica para la Salud Mental el riesgo de convertirlo en una retaguardia que siempre puede avanzar sobre el conjunto del dispositivo. La experiencia de la psiquiatría comunitaria en EE.UU. y del Sector francés han mostrado elocuentemente este avance “desde atrás” del sistema, a fin de restablecer sus valores.

La lucha contra toda forma de internamiento, que llevaron adelante todas las reformas psiquiátricas de la segunda mitad del siglo, sigue siendo la consigna clave para asegurar la liquidación de la medicina especial que sostuvo al asilo. Esta lucha debe expresarse en dos direcciones:

a) una desespecificación de los espacios psiquiátricos, que haga de los establecimientos de internación que perduran, lugares transitorios de vida, regulados por prácticas no psiquiátricas: casas colectivas de tránsito para resocialización, granjas que implementen tareas colectivas de readaptación para problemáticas no diferenciadas (psicóticos, drogadictos, desocupados, etc.);

b) desinstitucionalización psiquiátrica de problemas que deben cubrirse en otras áreas: ancianos, menores delincuentes, oligofrénicos, conductas asociales, alcoholistas, etc., de modo de ser cubierta por espacios institucionales de solidaridad y previsión, justicia, medicina, etc. No hay otro camino para evitar los efectos regresivos, cronicantes y de aislamiento, con sus secuelas iatrogénicas, que acarrea la institucionalización psiquiátrica y que han sido ampliamente demostrados.

EL SUJETO DE LAS POLITICAS DE SALUD MENTAL

Toda crítica, para ser materialista, debe servir a la construcción de una alternativa, a riesgo de convertirse en un inútil juego de la razón. Creemos demostrado por la crítica de los últimos cincuenta años que el sujeto de la psiquiatría, el enfermo mental, fue construido por la medicina mental como un objeto de conocimiento positivo y ocultó su dimensión de sujeto social y político. Las actuales políticas de salud mental —sin duda, campo social e ideológico en tanto se definen valores humanos, y por lo tanto abierto al debate por su transformación— han operado un giro importante en el recorte realizado por la psiquiatría. Han logrado ya restablecer ese sujeto social y político, y no lo objetivan, sino que hacen jugar su intervención práctica en el mismo plano colectivo en que se producen sus problemas. Se las acusa de que también ocultan determinaciones sociales al proponerse actuar sobre sus efectos, sin propiciar una transformación social global. Esta crítica es doblemente injusta: como todas las disciplinas de lo social, Salud Mental recorta un sector de la realidad humana para hacerlo abordable con sus instrumentos conceptuales y recursos prácticos, pero esto no cierra el debate sobre las cuestiones generales. Por el contrario, y a diferencia de las disciplinas religiosas, míticas y médicas que la precedieron, tiene la virtud de generar un campo práctico de racionalidad política donde el sufrimiento subjetivo y sus destinos en las prácticas sociales se hallan más próximos a la verdad y a la razón. En segundo lugar, estas políticas permiten el reconocimiento de estructuras sociales y culturales generadoras de enfermedad, y abren una intervención sobre ellas. Ninguna transformación social en la historia humana ha construido una vida social en la que no se generen sufrimientos psíquicos o se produzcan desvíos psicóticos de la razón. Se trata no de abolir esta capacidad patógena, inherente a todo proceso de subjetivación humana, sino de crear los lugares adecuados para fundar una interrogación teórica y una intervención práctica sobre ellos. Una crítica sin alternativa puede hacer, ya lo ha hecho, que el abandono de ese sector social sea rápidamente llenado por diversos irracionalismos, incluida la medicina mental, que pretendió habernos salvado de ellos.

No se trata entonces, para nosotros, de una utopía relacional o de proveer una sociabilidad programada, como advierte, entre

otros, Castel,¹¹ sino de actuar en los sectores del tejido social donde se producen las fracturas de la relación humana, para ayudar a recuperar lo que entendemos como condición necesaria de un desarrollo subjetivo más pleno: el lazo social, la solidaridad grupal, la asunción colectiva de los problemas.

Es necesario para ello asumir que la Salud Mental se constituye como un sector de la práctica social complejo y contradictorio, cuya función es transformar ciertos malestares de la vida social en problemas de salud mental, para proveer soluciones técnicas. La respuesta no debe negar la contradicción en que asienta toda intervención técnica. Hay una patología social nueva: enfermos funcionales, trastornos psicossomáticos, aumento de las enfermedades cardiovasculares, problemas de la vejez, pérdida de vínculos sociales, migraciones forzadas, etc. Esta patología es expresión de las condiciones de vida que imponen el desarrollo tecnológico, los ritmos de producción y la pérdida de vínculos humanos en la gran concentración de las ciudades industriales. A ello se agrega la crónica crisis económica que resta compensaciones por el lado del consumo. La respuesta de Salud Mental a esto debe ser, creemos, no la de rellenar los huecos de la crisis con más psicología, sobre todo en las capas medias, sino encontrar los medios para ayudar a conjurar sus efectos en el sufrimiento concreto de los individuos que fracasan.

ESQUEMA DE UNA POLITICA DE SALUD MENTAL

Hemos tratado de esquematizar hasta aquí los procesos y las tendencias de desplazamiento que configuran el nuevo panorama de la Salud Mental en los países occidentales. En ningún país este sistema funciona automáticamente. Los problemas de la salud y enfermedad mental, como todo lo ligado a la vida social y sus desvíos, es hoy altamente regulado. No existen en cuanto a esto Estados liberales. Pero es necesario diferenciar entre las regulaciones que tienden a generar espacios de participación colectiva, de modo que la comunidad misma participe en la discusión de sus problemas de bienestar y colabore con las soluciones, y aquellas otras que de modo autoritario implementan dispositivos más ligados al control paternalista o francamente segregativo y custodial. Lo que ha sido mostrado es que se trata

11. R. Castel, *ob. cit.*

en todos los casos de políticas y no de ciencia, de problemas humanos y no de naturaleza enferma. Por ello, toda política de Salud Mental está condicionada a los valores que el Estado se dé para su comprensión de la vida social, las políticas generales que implemente en los territorios específicos de salud, vivienda, ingresos, previsión social, etc. La autonomía del sector Salud Mental es sólo relativa. Hay que tener en cuenta un triple condicionamiento: a) el que impone las políticas generales del Estado para el bienestar general y lo que en la legislación se regule para los enfermos mentales; b) el que impone la organización de los sistemas médicos, en especial la Salud Pública, al cual deben coordinarse los objetivos y las acciones en Salud Mental; c) la estructura preexistente en Salud Mental, especialmente los profesionales "psi", ya que debe contarse con ellos, sus hábitos, sus conocimientos, su ideología sobre la enfermedad, sus criterios de práctica, etc. Estos condicionantes hacen que, más allá de lo que propongan los sectores renovadores de la Salud Mental, no haya políticas puras en Salud Mental, ni totalmente participativas en los niveles de preparación, ejecución y evaluación, ni tampoco totalmente represivas y custodiales. La utilidad que creemos tiene nuestro esquema al descomponer en cinco ítems de autonomía relativa y especificidad, es el de visualizar que los procesos de reforma deben avanzar en su conjunto, ya que esto es absolutamente necesario para que una política en Salud Mental logre la coherencia que le permita asegurar sus fines. Lo contrario, las reformas parciales, son más conocidas y hemos visto sus dificultades y fracasos. Por ejemplo: no se puede reformular la cuestión institucional (abolir el asilo), manteniendo la disciplina psiquiátrica, por más que se la piense comunitaria (EE. UU., por ejemplo); no se puede mantener las prácticas terapéuticas clásicas, las teorías psiquiátricas y la referencia al saber médico, y transformar el asilo, pues éste vuelve a vivir en estas prácticas (el Sector francés). Una política de Salud Mental que se proponga reformar la situación representada por la institución asilar, debe construir una alternativa global, debe pasar de una disciplina de lo mental, cuyo rostro institucional es el hospital psiquiátrico, a un dispositivo nuevo cuyo núcleo es la participación de la comunidad. Esto requiere reformular en profundidad los criterios profesionales, las técnicas de abordaje, las instituciones y la ideología de salud y enfermedad en el conjunto social. Si no se actúa de este modo se

corre el riesgo de proceder no a una reforma sino a una ampliación, una extensión, de la asistencia psiquiátrica a nuevas poblaciones. Se trata de sustituir lo existente, no de mejorarlo. Es decir, sustituir su ideología, sus criterios técnicos y sus instituciones en un solo gesto. La cadena que recorre: hospicio → hospital psiquiátrico → servicio de hospital general → centros de salud mental → establecimientos especiales → programa comunitario, puede convertirse también en un embudo por el cual entren nuevos individuos que vayan salteando escalas hacia atrás. Esta cadena requiere, para prevenir esto, ser cortada. ¿Cómo? El programa comunitario no debe contar con posibilidades de derivación para la internación psiquiátrica. Los centros de Salud Mental deben contar con hospitalización parcial breve para situaciones que puedan requerirlo, etc. La situación de los hospicios, hospitales psiquiátricos, colonias, requiere de programas especiales para procurar su desocupación progresiva. *Las alternativas para estos pacientes, ya psiquiatrizados, son estrategias diferentes de las que requieren las políticas alternativas para no psiquiatrizar más individuos.*

Vamos a puntuar brevemente lo que nos parece constituye los elementos mínimos de una política de Salud Mental:

1) En función del contexto sociopolítico y de las políticas sobre salud en general y previsión, a las que debe coordinar sus planes, define una estrategia de articulación y coherencia de los cinco elementos: percepción del daño subjetivo, disciplina, teorías, técnicas e instituciones. Esto configura un diseño mínimo de los objetivos que la política se propone, su relación con el Estado y los otros poderes, con la estructura preexistente, etc.

2) La heterogeneidad que caracteriza hoy las políticas de Salud Mental, requiere definir la ideología general con que la política en el sector ha de encarar sus acciones. De esta definición se han de desprender las consignas fundamentales que dan consistencia y coherencia doctrinaria al conjunto. Por ejemplo, la consigna de desinstitucionalización en la política italiana; la “participación popular en salud” en Francia; “participación comunitaria”, etc. La ideología de una política de Salud Mental necesita de estas consignas que actúan de contraseñas de reconocimiento y aglutinación de los que se han incorporado a las acciones.

3) Es necesaria una caracterización general de los problemas

de salud y enfermedad mental, preferiblemente avalada por estudios sociológicos sobre condiciones de vida, migraciones o estabilidad, niveles de ingreso, vivienda, problemas de aculturación, niveles y formas de escolaridad, etc., que relacione las condiciones generales de vida con morbilidad, prevalencia de enfermedades, sectores de fragilidad, etc.

4) Definir las poblaciones a abarcar con acciones de Salud Mental y en función de ello el tipo de demandas que habrán de estimularse de acuerdo con las características de los problemas a enfrentar. Esto supone que toda política, aun cuando define criterios y objetivos generales, debe especificarse en relación con un conocimiento preciso de las poblaciones, sus rasgos culturales, económicos, costumbres sobre hábitat, etc.

5) Toda política incluye dos frentes de acción, que necesariamente deben hacerse coherentes: a) el dispositivo asistencial para los que requieren alguna forma de tratamiento, y b) las políticas socio-comunitarias de intervención preventiva. Cada uno de estos niveles requiere estrategias diferenciadas, aun cuando su organización, funcionamiento y ejecución de acciones deba unificarse en los mismos Centros y equipos de trabajo. En la conciencia social, el modelo de abordaje es asistencialista, al igual que en los profesionales de la salud y en el Estado, por lo que una política, aun cuando defina estrategias comunitarias de abordaje, requiere incluir también una organización de asistencia lo más acorde con sus objetivos y métodos. En algunos países donde no se procedió así (Italia al comienzo, por ejemplo) se genera fácilmente un desvío hacia el sector privado o hacia sectores médicos, de los individuos que reclaman ser asistidos, y genera un frente de desequilibrio y oposición a la política¹² que se pretende implementar.

En las intervenciones de prevención y de promoción se requiere una especificación de métodos de abordaje, formulación de técnicas, definidas de acuerdo con especificidades poblacionales, tipos de profesionales para su implementación, etc. En algunos países se alentó la idea de la desprofesionalización, tendiente a liquidar la faz objetivante y asistencialista de los

12. En EE.UU., donde los programas comunitarios no incluían en algunos Estados la asistencia y el internamiento individual, se produjo un número importante de demandas legales a las autoridades reclamando por el derecho constitucional a ser asistidos por un médico.

psiquiatras, enfermeros, etc. Pero el pasaje a un trabajo con grupos, instituciones o comunidades requiere una definición de métodos complejos de abordaje que forman parte, es decir, deben ser coherentes, con la ideología general de la política.

6) La política en Salud Mental debe proponer un modelo de formación de recursos profesionales y técnicos, acorde a sus objetivos generales. La insuficiencia o inadecuación de las formaciones profesionales académicas clásicas para los requerimientos de intervención actual, plantea la necesidad de generar un modelo de formación especial, de pre o posgrado, partiendo de profesionales ya actuantes (psiquiatras, psicólogos, psicoanalistas, psicopedagogos, sociólogos, comunicadores sociales, trabajadores sociales, etc.)

7) Establece lineamientos a seguir para los sectores no directamente incluidos: sistemas de obras sociales, instituciones de prepago, seguros de salud privados, mutuales, etc.

8) Debe brindar un modelo de integración que sea abarcativo y totalizante del sector Salud Mental, con los diferentes niveles de incidencia; normatización de prestaciones, control y regulación de instituciones de prestación ambulatoria o con internación, lineamientos sobre formación profesional-académica, indicaciones sobre financiamiento y retribución de prestaciones, etc.

9) A la vez establece lineamientos generales para la elaboración de un plan nacional, programas especiales, premisas de organización, etc.

El plan nacional de Salud Mental establece los modos específicos y concretos de implementación de la política del sector Salud Mental, establece los recursos a disponer o formación de nuevos, las estructuras institucionales y administrativas adecuadas, organiza los recursos existentes en función de los nuevos objetivos.

Los programas especiales abordan problemas específicos. En la asistencia de adultos, niños, programas rurales, migraciones, rehabilitación de psiquiatrizados, profilaxis de parto y lactancia, programas de acción comunitaria sobre recreación, organización del trabajo con sindicatos, sobre sistemas de atención médica, etc.

Las premisas son desregionalizar y descentralizar la programación y ejecución de acciones y centralización de la planificación, normas de prestaciones, premisas generales de organización, etc.

ESTRATEGIAS DE ATENCION PRIMARIA Y SALUD MENTAL COMUNITARIA

Desde hace unos diez años, a partir de la conferencia de Alma Ata, se promueve el desarrollo de estrategias de atención primaria para una resolución de los problemas de la salud. Más recientemente se ha intentado, ya que no fue tema especialmente desarrollado en aquella reunión de 1978, vincular las recomendaciones hechas para salud con los problemas específicos que aborda la Salud Mental. Doblemente, esta relación se legitima en que una política de cobertura social amplia del derecho a la salud, constitutiva de los ideales de una medicina social, incluye naturalmente el bienestar psíquico. Además, los objetivos de una política de salud mental, que asigna un papel central a la participación de la comunidad, encuentra coincidencias y respaldo en las propuestas de la atención primaria en salud. Se trata, creemos, de una serie de señales que indican los caminos convenientes a seguir respecto de Salud Mental, pero aún no hay una experiencia recorrida que nos diga sobre la factibilidad de concreción de tales propuestas. Sin duda, las dificultades planteadas son muchas.

En Alma Ata se reunieron 134 países. Argentina estuvo representada por el contralmirante Iran Campo, por entonces secretario de estado de Salud Pública de la dictadura militar que presidía el general Videla. La heterogeneidad de posiciones ideológicas y formas de gobierno entre los asistentes son obvias. No obstante, las coincidencias para la elaboración de las recomendaciones son llamativas, ya que traspasan las políticas reales y las ideologías de quienes las aprobaron. El escándalo mundial por las vicisitudes de la salud y la enfermedad de los hombres y los modos en que los poderes políticos las enfrentan, fue seguramente una de las razones de las coincidencias. Anadie escapa, aunque se pretenda siempre escamotearlo, que los problemas de las enfermedades, la relación del hombre con la muerte, las posibilidades de despliegue de las potencialidades de la vida, se juegan enteramente en el campo donde los hombres regulan su relación con el trabajo, la apropiación y circulación de bienes, las relaciones que los hombres establecen entre sí, las formas políticas en que los Estados organizan la vida social. La conferencia de Alma Ata, entre otras cosas, fue la legitimación política internacional de esta situación. Pero no la garantía de

su asunción coherente por los gobiernos. El director de la Organización Mundial de la Salud decía en su informe: "La comunidad ha de participar plenamente en la planificación, la organización y la administración de la Atención Primaria en Salud. Como la A.P.S. forma parte al mismo tiempo del sistema nacional de salud y del conjunto del desarrollo económico y social, *sin el cual estaría condenada al fracaso*, se habrá de coordinar en el plano nacional, con los demás niveles del sistema de salud, así como con los demás sectores que contribuyan a la estrategia para el desarrollo total del país".¹³ Por si quedaran dudas de esta integración de la salud al conjunto de los problemas de la vida social, agrega más adelante: "*El sector sanitario, por sí solo, no puede alcanzar la salud*. En los países en vías de desarrollo, en particular, el progreso económico, las medidas de lucha contra la miseria, la producción de alimentos, el agua, el saneamiento, la vivienda, la protección del medio y la educación, contribuyen a la salud y tienen el mismo objetivo de desarrollo humano".¹⁴

Desde la década del sesenta, en todo el mundo occidental, las preocupaciones por los problemas del bienestar y su asunción global cobraron un impulso desconocido hasta entonces. Los gobiernos socialdemócratas de Europa y el Partido Demócrata en EE. UU., recogieron y facilitaron el despliegue de estas cuestiones. Se fueron definiendo las situaciones de gran número de colonias de los países europeos, lográndose la independencia de muchas nuevas naciones; se alerta en todo el mundo acerca de los sistemas políticos de opresión, dentro del sistema político nacional y hacia otros países; se denuncia el problema de la pobreza extrema; la segregación (sobre todo en EE. UU. con los movimientos por los derechos civiles y en la denuncia internacional sobre la discriminación en Sudáfrica); se desarrollan los movimientos pacifistas; surgen los movimientos ecologistas integrando la preservación del medio natural a las necesidades sociales; se plantean los problemas de discriminación contra las mujeres, los niños, etc. Entre las muchas cuestiones que planteaban estas "luchas sectoriales" se incluye la campaña de denuncia de la psiquiatría y su papel represivo. Hemos visto cómo los grandes movimientos de desinstitucionalización se desarrollan en esa

13. Informe de A.P.S. del Director General de la O.M.S. y del Director Ejecutivo del UNICEF, Nueva York, 1978, pág. 3.

14. Id., pág. 11. La bastardilla me pertenece.

época. La Conferencia de Alma Ata constituyó la legitimación de integrar los derechos a la vida y a una salud adecuada al conjunto de los derechos sociales e individuales, y establece una responsabilidad compartida de pueblos y gobiernos. La consigna "Salud para todos en el año 2000" sintetizaba tan loables propósitos. La integración de la salud al conjunto de los problemas humanos abrió un camino razonable, lógico, lleno de posibilidades de concreción y devolvía la esperanza de un mundo más cuerdo, donde no se expropié a los individuos de su derecho a intervenir en lo que es esencial para la dirección de sus vidas. Naturalmente, las dificultades que una sociedad de clases, que fragmenta la vida social y natural en función del beneficio y la apropiación privada de bienes, opuso y sigue oponiendo, son muchas. El director de la OMS, doctor Mahler, al inaugurar la Conferencia de Alma Ata y advertir sobre las recomendaciones que se estaban aprobando, dijo dirigiéndose a los gobiernos allí representados: "¿Están ustedes dispuestos a enfrentarse seriamente con el abismo que separa a los privilegiados de los desposeídos en materia de salud y a adoptar medidas concretas para resolverlo? ¿Están ustedes dispuestos a velar por la planificación y la aplicación adecuadas de la atención primaria en salud en un esfuerzo coordinado con otros sectores interesados, a fin de fomentar la salud en tanto que contribución indispensable para mejorar la calidad de la vida de cada individuo, familia y colectividad, como parte del desarrollo socioeconómico general?"¹⁵

Obviamente, era altamente dudoso que los gobiernos estuvieran verdaderamente dispuestos a abordar las estructuras sociales de privilegio en las que se encierran los problemas clave de la salud. En la Argentina de 1978, estas dudas eran la certeza de que nuestro gobierno no implementaría esta política, diametralmente opuesta a lo que realmente ejecutaba. No se trataba de meras sugerencias técnicas para implantar mejores servicios o coberturas más adecuadas, sino de una propuesta política que reconocía la necesidad de integrar las acciones de salud en un plan más vasto para atender en su conjunto las causas del bienestar "físico, social y mental", como afirma la Recomendación N^o 5: "La Conferencia, destacando que la atención primaria en salud debe concentrarse en los principales problemas sanita-

15. Discurso del Dr. Halpdan Mahler ante la Conferencia de Alma Ata, "Atención primaria en salud", O.M.S., Nueva York, 1978.

rios de la comunidad, pero reconociendo que esos problemas y las formas de resolverlo variarán según los países y las comunidades, RECOMIENDA que la atención primaria de salud comprenda, cuando menos, las siguientes actividades: enseñanzas relativas a los problemas de salud más frecuentes y a los métodos para identificarlos, prevenirlos y combatirlos; la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada, un abastecimiento suficiente de agua potable y medidas de saneamiento básico; la asistencia materno-infantil, incluida la planificación de la familia; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y la lucha contra las enfermedades endémicas locales; el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes; la promoción de la salud mental y el suministro de medicamentos esenciales". ¿No es esto un programa mínimo de medicina social? La inclusión en este apartado de la promoción de la salud mental no puede tener otro sentido que hacerlo integral y abarcativo de los problemas básicos.

Se entiende entonces que la referencia a la atención primaria de la salud (APS) para las propuestas que se hacen en Salud Mental implica un compromiso esencial en tres direcciones: a) integrar un plan general, político, de captación de los problemas de la salud en las condiciones sociales del bienestar general, físico, mental, social; b) integrar a la salud mental en particular a las políticas de una medicina social que sea capaz de llevar adelante, en forma global y abarcativa, no sólo los cuidados de la enfermedad, sino la promoción de la salud, y c) integrar a la comunidad, a través de sus organizaciones naturales, en todos los niveles de gestión de sus problemas de salud mental.

No se puede decir que las recomendaciones de Alma Ata hayan prosperado en el mundo. En la mayoría de los países occidentales desarrollados, la rigidez de las estructuras de salud instaladas hicieron poco eco a la APS. El debate sobre su aplicación se fue así circunscribiendo a los países del Tercer Mundo. Debe tenerse en cuenta que las recomendaciones de Alma Ata habían surgido, en gran parte, como resultado de las experiencias de la acción médica en estos países, en los que la consigna "Salud para todos en el año 2000" cobra un sentido crucial, frente a las condiciones imperantes de pobreza y enfermedad. La gran mayoría de los países del Tercer Mundo han conformado sus sistemas de salud a partir de la importación de los modelos de acción médica de los países centrales. En Argentina, fundamen-

talmente de EE.UU. Se generan así dificultades muy particulares, ya que la composición social, distribución geográfica de las poblaciones, comunicaciones y transportes en relación con la accesibilidad del sistema de atención, etc., son notoriamente diferentes en ambos tipos de país y sociedad.

Una mirada rápida sobre el sistema de salud de la gran mayoría de los países del Tercer Mundo permite observar las distorsiones introducidas por esta medicina copiada de los países desarrollados: a) el sistema de atención se concentra en la ciudad, sobre todo en las Capitales, en desmedro de las zonas rurales; b) esto se agrega a la dominancia que ejerce el hospital sobre otras modalidades de atención más periféricas: dispensarios, centros comunitarios, etc.; c) prioridad de lo asistencial, curativo, sobre las acciones de prevención y promoción de salud, claves para una política de salud en poblaciones carenciadas; d) mayor gasto en tecnología médica de punta, en general ligada a los métodos de diagnóstico, en desmedro de los requerimientos de una acción sobre las condiciones de miseria de la medicina local, rural, barrial, etc.; e) igualmente, primacía del gasto en construcción de estructuras hospitalarias complejas, con descuido de las actividades médicas más simples; f) centrado del sistema en la medicina y el médico, con descuido de las acciones sociales y comunitarias de lucha por mejores condiciones de bienestar, etc.

En Alma Ata se había insistido en señalar que las principales causas del deterioro de la salud radican en las condiciones de vida y el medio ambiente en general, particularmente las de la pobreza, la desigualdad social y la distribución desproporcionada de los recursos en función de las necesidades, tanto en cada país como en el mundo. Estas condiciones son manifiestas en los países del Tercer Mundo, expresándose en la medicina paternalista, en general autoritaria, con predominio de los hospitales dispensarios en la Capital frente a la pobreza, con frecuencia miseria, de la red sanitaria periférica. Igualmente, en la conciencia capitalista de la salud que, señalamos antes, proviene de la asistencia al pobre por la Iglesia y se refleja en la mala fe de llamar "gratuita" a la atención pública de la salud.

La APS introduce una visión de la medicina y la salud que trata de abarcar la experiencia real de la misma, en los países periféricos en primer lugar. No es el producto del idealismo humanista que caracterizó a la medicina iluminista, sino la

percepción social de un estado de cosas que requiere un tipo de respuestas novedosas. Si bien en cada país se habrán de fijar los criterios políticos para poner en práctica la APS, hay algunos ejes que son prioritarios, imprescindibles, para definir esta perspectiva nueva en salud. Estos son:

1º) La APS es una concepción general de la salud, que desborda los criterios de una medicina centrada en la enfermedad: a) devuelve a los individuos y las comunidades su responsabilidad y decisión sobre sus problemas de la salud y la enfermedad; b) se trata de una nueva concepción de la utilización de los recursos económicos y humanos; c) establece un sistema de equidad para todos los niveles; d) establece la salud como uno de los elementos del bienestar general, físico, psíquico y social, sin limitarse al tratamiento o a la prevención de las enfermedades.

2º) La APS es a la vez una estrategia de organización de los sistemas de atención de la salud, basada en la integración de las actividades curativas de prevención y promoción de la salud, y la puesta del hospital al servicio de esta estrategia, nunca el centro del sistema. Debe a su vez tener en cuenta que la respuesta a los problemas de la salud no pueden provenir solamente del sistema sanitario, sino que requiere la intervención de dominios sociales, culturales y económicos. La apelación a la participación de la comunidad debe ser efectiva y decisoria, no limitarse a una disminución de los gastos en salud por el Estado.

3º) Si la APS supone encarar una respuesta integral a la problemática de la salud, implica por lo mismo medidas políticas de envergadura, como la lucha contra la pobreza, una mejor distribución de la renta nacional, etc., junto a las estrictamente técnicas, como la organización y estructuración del conjunto del sistema de atención. Se trata de encarar en plenitud la mejoría efectiva del estado de salud de la población, no sólo la erradicación de enfermedades, es decir, de actuar sobre la calidad de vida de la comunidad, la mayor realización de sus capacidades y anhelos personales, la participación en la vida social y familiar. Esto supone que el campo de la salud es vasto y no limitado. La frontera con los problemas del desarrollo económico y la justicia social, no pueden precisarse.

↙ Este principio de integralidad en las acciones de salud que propugna la APS surge de la comprobación efectiva de que la realidad de las enfermedades es integral y compleja. No sólo

porque las causas de las enfermedades son complejas e indisolubles de las condiciones de vida, sino porque cuando alguien enferma y pide asistencia, el problema que plantea es integral, afecta no sólo a su cuerpo sino al conjunto de su vida social. De hecho, si la respuesta es sólo de un acto médico dirigido a la enfermedad, se produce una disociación engañosa del problema.

Es respecto de este último punto que se hace necesaria una aclaración. Es frecuente escuchar un enunciado que postula una estrategia de APS en Salud Mental. Pensamos que no se trata de establecer un modo selectivo de APS, se trata más bien de una situación opuesta, cual es la integración de la Salud Mental en las estrategias de la APS. Todo intento de establecer modos de atención primaria selectiva, es decir, estrategias de acción sobre problemas previamente seleccionados, se constituye en una distorsión de lo que la APS propugna, sobre todo en cuanto al postulado de integralidad. Es la misma dificultad que plantean los llamados planes piloto, en general destinados a una acción parcial y selectiva que deja en pie al sistema general que se cuestiona.

Consideramos entonces que la salud mental es parte inseparable de una política que se proponga desarrollar estrategias de APS, y que es en el interior de ésta que deben replantearse las especificidades que presentan sus problemas.

Repasemos ahora algunos de los problemas que una política de esta amplitud plantea. Si por atención primaria de la salud entendemos la asunción, en toda su dimensión y complejidad social, de los problemas de la salud y la enfermedad, y no meramente un dispositivo de "puerta de entrada" al sistema de atención (como con frecuencia ocurre), es necesario prestar atención a las siguientes cuestiones:

1) La integración de las unidades de salud mental a las políticas generales de salud no debe obviar o negar las diferencias que ambas mantienen. Por el contrario, la consideración de ciertas especificidades permite una mejor coordinación de las acciones:

a) La norma que regula el estado de bienestar físico, aun siendo de construcción social, guarda una relación estrecha con la norma biológica, y ésta es mensurable a través de distintos índices (nutrición, mortalidad infantil, morbilidad, etc.) La norma que regula el bienestar mental es sociocultural y se consti-

tuye, en la experiencia colectiva del sujeto, como valor: capacidad de vínculo social, realización profesional o laboral, expresividad de afectos, control emocional, adaptabilidad a situaciones de conflicto, capacidad de soportar experiencias de pérdida, rendimiento intelectual y racionalidad, capacidad de transformación de la realidad, realización sexual, etc. Es entonces importante en toda **intervención** comunitaria la intelección de estos valores, que no son absolutos, cuya distinta combinación establece lo que para una comunidad son las condiciones de un bienestar mental. No hay duda de que hay conjuntos sociales cuyas normas psicológicas pueden considerarse patológicas (grupos religiosos, sectas políticas, comunidades de microcultura, etc.), pero un no respeto para con la construcción de valores propios en los conjuntos sociales *transforma la acción comunitaria en tarea de adoctrinamiento*. La Salud Mental no tiene que intervenir cuando esos valores, transformados en acciones sociales, generan conflictos con otros grupos o sectores sociales, ya que esos conflictos son abarcados por las normas jurídicas. La ambigüedad en muchas conductas sociales sobre la aplicación de la norma jurídica o la intervención de Salud Mental debe analizarse en relación con este respeto de la diferencia, para no convertir en enfermedades psicológicas una cantidad importante de conductas diferenciadas o asociales.

b) La temporalidad histórica en medicina se comprende relativa a la idea de progreso, según la cual lo nuevo y último introduce siempre algo mejor. Esto es reflejo del desarrollo tecnológico y científico, que juegan un papel importante en la medicina. En ésta es legítima la imposición a ciertas comunidades de estos progresos, que permiten el control de ciertas enfermedades, protegen al conjunto social de enfermedades endémicas, logran mejorar la expectativa de vida o disminuyen la mortalidad infantil, etc. Es cierto que en nombre de este progreso se imponen globalmente ciertos modelos médicos ajenos a los valores de la comunidad y que desplazan los criterios locales de salud al considerarlos míticos, irracionales o primitivos, aunque esta actitud sea frecuentemente iatrogénica. Esto forma parte de las consecuencias generales, en todos los ámbitos de la vida, de la aceptación moderna de la idea del progreso. Pero una dificultad adicional debe ser tenida en cuenta en Salud Mental. En tanto en ella no se trata de incorporación de tecnologías, ni de nuevos conocimientos que aseguren felicidad y bienestar, sino de reordenamientos históricos del campo de los problemas de la vida,

formas diferentes de valorar el bienestar y la felicidad psicológica, la ideología que aportan los técnicos de Salud Mental no es más avanzada, más completa, más verdadera o más eficaz que la que pueden expresar ciertas colectividades. Es entonces imperioso el respeto por las formas espontáneas que una comunidad o grupo humano construye para la comprensión de su bienestar y la gestión de sus sufrimientos.

c) La organización del sistema de atención médica, aun en los más descentralizados y participativos, tiende a conformarse radialmente. Esto es debido a la creciente complejidad de los recursos técnicos y científicos en los diagnósticos, los tratamientos, que hace que determinadas patologías requieran ser atendidas en Centros de mayor especialización o complejidad. De allí que frecuentemente la atención primaria se convierta, en algunas planificaciones, en puerta de entrada al sistema. En Salud Mental no hay tal complejidad técnica, sino grados de dificultad en el manejo de ciertos enfermos. Si se mantiene el sistema radial de atención médica el centro lo ha de ocupar el hospicio, irradiando hacia todo el sistema sus criterios segregativos. Es entonces necesario para un programa comunitario de Salud Mental, y a diferencia de la medicina, tender a que la periferia sea autosuficiente y abarcativa de todos los problemas, evitando la formación de estratos institucionales por gravedad o dificultad de manejo, y que pueden legitimar institucionalmente lo que Basaglia llamó “la carrera de enfermo mental”.

En este sentido, el “programa comunitario” de atención primaria debe contar con todos los recursos para abordar la totalidad de los problemas de salud y enfermedad: internación domiciliaria, residencias especiales o casas de familia para internaciones parciales o transitorias, capacidad de extender su acción a servicios de hospital general cuando sea necesario seguir a un paciente, etc. Es necesario, repito, tener en cuenta que en salud mental la derivación de pacientes entre servicios es no por necesidades más especializadas de atención, sino por insuficiencia de recursos para la contención psíquica.

2) Ya hemos definido la política de atención primaria e intervención comunitaria como la construcción de una alternativa que desplaza la institucionalización psiquiátrica, representada por el hospital psiquiátrico, a una restitución a la comunidad de sus problemas de salud y enfermedad mental, para una gestión conjunta de las soluciones. Obviamente, el problema no

está limitado a la existencia objetiva de estos establecimientos, sino a que ellos representan, lo hemos visto, el lugar de realización de una relación instituida de objetivación del enfermo, que asume el lugar pasivo de una operación de asistencia. Hay en esto, que llamaremos modelo asilar, una notable coherencia en la articulación saber-poder del lado del psiquiatra, que legitima las operaciones de objetivación diagnóstica y segregación y custodia terapéutica. Ahora bien, cabe preguntarse: en la intervención comunitaria, dirigida a una desinstitucionalización del enfermo, ¿se anula también el modelo asilar y la relación de poder que engendra? Pienso que la operación no está garantizada si, más allá del cierre o no de los hospitales psiquiátricos, no se construye una nueva relación terapéutica, que no sea objetivante y que pueda establecer una nueva articulación del saber-poder. Esto plantea un cuidado especial con las técnicas de intervención que deben potenciar la circulación de conocimientos (los del técnico, de la comunidad y del enfermo) y respetar una participación de todos en las decisiones. Lo cual no debe confundirse con un, desgraciadamente prestigiado, espontaneísmo empírico de los participantes. Por el contrario, se requiere mucha preparación de los técnicos para estas intervenciones, ya que lo que espontáneamente surge es la relación saber técnico/poder de decisión. Igualmente, con la comunidad se trata de abrir espacios de reflexión colectiva donde sus propios conocimientos y criterios prácticos puedan ser expuestos y pensados. Uno de los requerimientos para evitar la reproducción del modelo asilar es el establecer sistemas de evaluación periódica, que permitan conocer los resultados y las tendencias desplegadas por la acción comunitaria. Esto requiere tener claro que el centro de la atención comunitaria es el equipo de salud, con necesaria formación, y nunca el agente sanitario de la comunidad, que debe permanecer ligado a ese nivel de acción.

3) Ya hemos visto que las disciplinas sociales, y en mayor grado salud mental, son formadoras del consenso, es decir, contribuyen a la construcción de las representaciones colectivas de la salud y enfermedad mental. Como vimos para la medicina mental, la disciplina produce en el imaginario social norma psicológica. En las sociedades actuales con gran velocidad en la circulación de información y gran despliegue de medios de comunicación social, la disciplina ha reforzado esta capacidad de formar consenso, desplazando rápidamente otras representacio-

nes. La comunidad de profesionales, la difusión de sus conocimientos por distintos medios, el aval académico, el encargo de la atención profesional, etc., hacen que la disciplina sea hegemónica sobre otros canales de formación de representaciones. Cabe entonces preguntarse ¿cuáles son las representaciones (o ideología específica) que sobre la enfermedad y la salud mental vehiculizan los técnicos de la Salud Mental al privilegiar la intervención en la comunidad? Este es un potencial transformador de las demandas sociales al sector Salud Mental que no puede descuidarse, y requiere de una planificación especial de difusión por diversos medios.

4) Hemos mencionado el riesgo que tiene una política de atención primaria de la salud que privilegie la participación comunitaria, de proceder a una reforma por extensión de los servicios de salud mental, produciendo una psiquiatrización de los problemas del bienestar mental. No es suficiente descentralizar la asistencia, porque el movimiento hospital psiquiátrico → institución intermedia → hospital general → centro de Salud Mental → programa comunitario, puede ser recorrido por el enfermo en sentido inverso. Una política que asuma de verdad las premisas de la atención primaria y de la intervención comunitaria, debe separar sus acciones de la estructura psiquiátrica preexistente, para constituir una política alternativa autónoma y suficiente que redefine las teorías sobre la enfermedad, la ideología de las prácticas terapéuticas, la estructura institucional, los roles profesionales y la función del enfermo y la comunidad en todos los niveles: percepción de los problemas, programación y ejecución de las acciones. Sólo una política alternativa de este tipo puede enfrentar las lógicas resistencias que se oponen al cambio. Señalo algunas:

a) El dispositivo institucional psiquiátrico, en general sustentado en las cátedras de la facultad de medicina, grandes establecimientos y organización administrativa, no acepta pasivamente ser desplazado. Se requiere una política concertada de redefinición de funciones, y para ello hay que tener ideas precisas y sustento político-social-administrativo. Este sector, junto a los profesionales, fue el que mayor resistencia opuso en todos los países en que se desplegaron reformas en los últimos cincuenta años. La creación de un sistema alternativo, que al comienzo coexiste con esta vieja estructura, facilita la concertación de una solución en el proceso de cambio (en Italia, por ejemplo, una ley

estableció la reubicación de profesionales, enfermeros y personal en la estructura cuando ya estaba funcionando).

b) No es suficiente enunciar nuevas teorías sobre la comprensión de la salud y enfermedad si no se asegura al mismo tiempo su aceptación por los sectores involucrados. Las teorías que sustentan un programa comunitario requieren ser argumentadas, explicadas a todos los involucrados en Salud Mental y debatidas. De lo contrario se las acepta identificándolas con las teorías de los planificadores, programadores o funcionarios públicos, es decir, de nuevos especialistas, negando su carácter de alternativa global de comprensión de los problemas de salud y enfermedad mental.

c) La conciencia social espontánea sobre la enfermedad mental es médico-psiquiátrica y hace que se exprese como demanda de asistencia. Se requiere una difusión que genere un clima público de debate para modificar estas representaciones, ya que no es posible una acción comunitaria sin el protagonismo esclarecido de la población.

d) Es necesario actuar sobre el imaginario profesional en dos sentidos. Se requiere la formación de nuevos técnicos de Salud Mental capaces de manejar técnicas de abordaje comunitario de Salud Mental, ya que esto no está dado en las formaciones profesionales clásicas. Los roles profesionales están básicamente pegados a dos cuestiones: el beneficio de la enfermedad y la ideología liberal en un ejercicio privado. El pasaje de una "relación de asistencia" a una intervención en comunidad ofrece amplias y diversas resistencias en este sector. El hecho de que la rentabilidad esté atada a la atención privada de enfermos, imponiéndose entonces las leyes de competencia mercantil, y el desprestigio de los espacios de atención estatal, ligados desde siempre a los pobres y mal remunerado, legitiman estas resistencias. Debe tenerse en cuenta que las prácticas psicoterapéuticas se basan en un modelo de relación dual, con el respeto de los espacios de intimidad y resguardo de lo privado. La idea de lo médico, acentuado en lo psicológico, se asocia al secreto profesional. El pasaje a una intervención comunitaria tiene que enfrentarse con estas cuestiones, ya que los profesionales "psi" que se incluyen en los dispositivos comunitarios, tienden a recrear rápidamente lo que en verdad saben: los ritos de la asistencia dual de consultorio, la relación personalizada con "sus" pacientes.

5) La medicina, al hacerse social, articula necesidades de bienestar físico y preservación de condiciones de vida con demandas de atención y cobertura de riesgos, facilitando la accesibilidad al sistema de atención. No produce esa demanda, la detecta y la resuelve, o se propone al menos hacerlo. En Salud Mental la demanda es expresión de requerimientos de bienestar psicosocial, expresa siempre un deseo, y está regulada por los ideales de una norma de salud producida socialmente. No procede estrictamente de una articulación de necesidades. La ampliación de los objetivos de salud mental tiende a producir un crecimiento de la demanda. El papel mayor de este crecimiento está dado por los valores que se promueven en salud, por el tipo de prácticas terapéuticas y por las ofertas que expresan los profesionales. Una política que promueva la acción comunitaria debe estar atenta a esta capacidad potencial de incrementar la demanda de atención, hecho que representará siempre algún grado de fracaso de lo que se intenta promover, ya que la ampliación de las intervenciones preventivas debe disminuir la necesidad de prestaciones. La intervención comunitaria consiste en la aplicación de métodos que, detectando las áreas de conflicto o fragilidad en los vínculos, lo hacen circular por el conjunto social, familiar o grupal, evitando apropiarlo en un diagnóstico o en una intervención técnica resolutive. Se trata de que el conflicto se resuelva o pierda capacidad patógena por su asunción colectiva. Se trata entonces de hacer participar al conjunto en su abordaje, no ir a atenderlo ofreciendo asistencia especializada. Si, como señalara G. Caplan, "prevención primaria es la acción de modificar los factores que hacen patológica o patógena a una comunidad"¹⁶ es necesario mantenerse en el plano de la acción social, pasando a una atención especial sólo en situaciones no resolubles por el conjunto, y aun contando con él para el abordaje terapéutico.

Hay que tener en cuenta que no hay políticas que puedan diseñarse de un modo riguroso, como en teoría, ya que éstas deben partir del análisis de la realidad en la cual deben operar. La mayoría de las políticas en Salud Mental han representado reformas de diverso grado que no han atravesado las etapas de

16. G. Caplan, *Principios de psiquiatría preventiva*, Buenos Aires, Paidós, 1985.

transición, es decir, los tiempos en que conviven con dispositivos asistenciales tradicionales o francamente regresivos. Se sabe que las poblaciones en las que la estructura psiquiátrica clásica no tiene peso ni tradición, son más favorables a la implementación de las nuevas políticas, y los factores de resistencia son menores. Pero sí debemos exigirnos ser rigurosos en diseñar las tendencias hacia las que debe avanzarse. Y esto requiere utilizar toda la capacidad reflexiva (teórica) de que disponemos, toda la experiencia de lo ya realizado en otros países, y de un análisis detallado de los obstáculos que se van presentando.

El planteo de una estrategia de atención primaria en Salud Mental, con una intervención desplazada hacia la sociedad, permite actuar más racionalmente sobre uno de los sectores del padecimiento humano; lleva a asumir colectivamente la responsabilidad por la causación del daño subjetivo y las tareas de reparación; asegura el compromiso del Estado en una política de cobertura, prevención y promoción adecuadas.

Estamos advertidos de los nuevos riesgos sociales y políticos que esta intervención generalizada conlleva, pero, como toda intervención en el campo social, es necesario asumirlos: a) la acción comunitaria puede producir nuevas psiquiatrizaciones de los problemas mentales si oculta la determinación social, económica, cultural, de estos problemas. Pero nadie mejor ubicada que esta disciplina para visualizarlo y evitarlo; b) hay riesgo, sobre todo en las intervenciones preventivas con menores, de congelar conflictos sociales que sean tomados como enfermedad del individuo, y que podrían resolverse sin la intervención del técnico. Caben iguales consideraciones que para lo anterior; c) hay que cuidar mucho que, al conservarse el hospital psiquiátrico, se mantenga un núcleo de segregación y custodia para los que fracasan o no curan en la acción comunitaria. Para esto es necesario abrir interrogantes sobre los motivos reales de este fracaso; d) no hay que alentar la ilusión de que al nombrar y hablar de los conflictos y sus causas sociales se los domina o resuelve. Se debe preservar una capacidad de actuar sobre ellos. El mejor índice de salud suele ser la capacidad transformadora de la realidad que aqueja, no la ausencia de conflictos; e) las dificultades de la vida, los problemas del desarrollo, la marginalidad, el desamparo, etc., deben ser socialmente asumidos, pero no medicalizados, no hacerlos pasibles de terapia. Valga como ejemplo E.E.UU.: cuando se promulgó la ley Kennedy tenían internados

550.000 enfermos (2,3 por mil de los habitantes); diez años después del comienzo del Programa Federal de Psiquiatría Comunitaria habían bajado esa cifra a 200.000, pero los datos epidemiológicos en 1972 hablan de un 22% de la población con problemas de enfermedad mental.

6. LAS PRACTICAS DEL PSICOANALISIS EN SALUD MENTAL

La relación del psicoanálisis con los problemas que hoy llamamos de Salud Mental surgieron tempranamente. Freud no era psiquiatra, ni sus teorías ni su práctica surgieron en el interior del pensamiento psiquiátrico. No ignoraba por cierto la psiquiatría de su época, cuya hegemonía detentaba, por entonces, la escuela alemana y Kraepelin en primer lugar. Sin embargo, es casi nula su referencia a ella. En la misma época de la aparición del *Tratado* de Kraepelin, uno de cuyos ejes es definir un nuevo sentido para la psicosis (endogeneidad) y cuyo modelo pretende ser para todo el grupo la paranoia, frente a las neurosis (exógenas) más ligadas a la causalidad psíquica, Freud incluye en un mismo grupo y con el título provocador de “neuro-psicosis de defensa”, a la paranoia junto a la histeria y las obsesiones, asignándoles un lugar en su teoría de la defensa. Si bien puede decirse que en la persona de Freud el psicoanálisis ignoró a la psiquiatría, muchas de sus teorías interesaron a los psiquiatras de la época, y entre los primeros discípulos de Freud se encontraron varios de ellos que provenían del ámbito hospitalario. J. Bleuler era profesor de psiquiatría en Zurich y dirigía la luego famosa Clínica Psiquiátrica de Burghölzli, ligada al grupo psicoanalítico suizo. M. Eitingon trabajaba en esa clínica, y fue uno de los primeros en acercarse a Freud. Karl Abraham, médico en esa época del Hospital Psiquiátrico de Zurich, cuando arriba a Berlín lo hace vinculado a los medios psiquiátricos del lugar. Por la misma época Ernst Simmel funda una de las primeras clínicas psicoanalíticas privadas en Berlín. En 1920, K. Abraham junto a Max Eitingon funda la Policlínica Psicoa-

nalítica de Berlín, a la que se incorpora Hans Sachs al llegar a esa ciudad en 1922. El congreso de la IPA, que se realiza ese año en Berlín, es organizado a partir de la Policlínica. En sus primeros dos años esta clínica atendió entre 680 y 700 pacientes, muchos de ellos derivados allí por médicos. De 141 análisis emprendidos, 35 duraron menos de tres meses, 49 de tres a seis meses, 14 más de un año. Eitingon registra 22 curaciones y 72 mejorías.¹ Eitingon y Simmel habían querido reducir sistemáticamente la duración de la sesión a treinta minutos. Franz Alexander, que había comenzado su formación en Hungría y que luego fuera uno de los fundadores de la psiquiatría dinámica y líder de la Escuela de Chicago en EE.UU., perteneció al grupo de analistas de la Clínica. Igualmente, entre otros muy conocidos analistas, K. Horney, Hans Lampl, Sandor Radó, Otto Fenichel, Theodor Reik y K. Abraham quien, siguiendo las sugerencias de Freud sobre la difusión de las ideas psicoanalíticas, se ocupaba de una relación intensa con los médicos y psiquiatras de Berlín. Su interés por las psicosis y el manejo de temas de higiene médica le facilitaban también esa tarea. También el grupo psicoanalítico húngaro, bajo el liderazgo de Sandor Ferenczi, se vinculó con las problemáticas de la salud, sobre todo a partir de la revolución de Béla Kun. Hollos, Radó y Levy, que formaban la Comisión del grupo psicoanalítico de Budapest, protagonizaron una difusión pública sobre el estado de los hospitales psiquiátricos y la miseria que encerraban.

Ya hemos visto cómo precozmente en EE. UU., el psicoanálisis interviene en las instituciones psiquiátricas, aliado a los intentos de su reforma. Cuando en 1909 Freud, Jung y Ferenczi arriban a Nueva York, invitados por Stanley Hall, de la Universidad Clark en Worcester, Massachusetts, el psicoanálisis ya era conocido en EE.UU. Freud tenía 53 años, Jung, 35 y Ferenczi, sólo 33. Freud, en un paseo por detrás de la estatua de la Libertad, hizo entonces a Jung el célebre comentario: "No saben que les traemos la peste". Entre el auditorio de las cinco conferencias que Freud pronunció en la Universidad estaban el psiquiatra Adolf Meyer, el antropólogo Franz Boas, el neurólogo James Putnam y el filósofo William James. Estos han de jugar un papel esencial en la difusión del psicoanálisis en ese país. W. James le dice a Freud:

1. J. Le Ridier, *Histoire de la psychanalyse*, París, Hachette, t. II, 1982.

“El porvenir de la psicología depende de vuestro trabajo”.² En 1911 Abraham Brill, que venía de trabajar en la Clínica de Bughölzli en Zurich, y vinculado con Freud, funda la New York Psychoanalytic Society, que admite sólo a médicos. En pocos años surgen varias instituciones psicoanalíticas en EE.UU., muchas no reconocidas oficialmente por la APA. Nos interesa especialmente la que en 1956, con el nombre de Academia Americana de Psicoanálisis, fundan Franz Alexander y Frida Fromm-Reichmann, más ecléctica que la APA, y que incluye desde el comienzo un interés por los problemas de las psicosis y su abordaje psicoanalítico.

En los medios hospitalarios privados y en los cenáculos prestigiosos de la medicina, el psicoanálisis se había implantado.³ Según Castel, a pesar del rechazo de los hospitales psiquiátricos de Estado, el psicoanálisis va infiltrando toda la periferia del sistema y desde allí se difunde a otros sectores de la vida norteamericana. “En una nación de inmigrantes, el psicoanálisis, que reenvía a la historia individual, contribuirá a compensar la ausencia de pasado colectivo”, señala Turkle.⁴ La ausencia de una cultura nacional coherente hizo posible al psicoanálisis adquirir rápidamente un rol social importante. Esto provocó que fuera rápidamente reconocido por la psiquiatría y confundido con ella. Esta doble característica de cohabitación con la psiquiatría y la medicina, hicieron que lo que se difundía desde la Escuela de Chicago se implantara rápidamente. La psiquiatría dinámica fue rápidamente tomando la representación del psicoanálisis norteamericano. En una cultura ecléctica, y una sociedad ficcional como la norteamericana, el psicoanálisis tenía que ser ecléctico. Cuando Heinz Hartmann desarrolla su teoría del yo en la línea inicial de las investigaciones freudianas, sus enunciados fueron muy rápidamente asimilados al pragmatismo eclecticista de las teorías sociológicas y psicológicas. Hartmann, Kris y Lowenstein llegaron a EE.UU. perseguidos por el nazismo alemán durante la Segunda Guerra Mundial. Sobre todo Hartmann era un psicoanalista de mucho prestigio en la Asociación Psicoanalítica Internacional. Lowenstein había in-

2. R. Jaccard, *Histoire de la psychanalyse*, ob. cit.

3. R. Castel, *La sociedad psiquiátrica avanzada*, Barcelona, Anagrama, 1980.

4. R. Jaccard, ob. cit., pág. 277.

fluido en el grupo de psicoanalistas franceses. Entre otros, fue analista de Lacan. A Hartmann le interesaba por una parte las relaciones del psicoanálisis con la psicología. Creía necesario, quizás heredero de la esperanza que W. James depositara en Freud, que el psicoanálisis no eludiera los problemas generales de la psicología: la atención, el pensamiento, el aprendizaje, la memoria, la percepción, etc. Por otra parte, se dedica a la construcción de una teoría del yo estructural, de la que esperaba se pudiera fundar la extensión del psicoanálisis a otros ámbitos: las psicosis, la educación, etc.⁵ Lamentablemente la concepción del “yo autónomo”, que se desarrollaría en una esfera libre de conflictos y que tendría una función adaptativa, tesis difícil de sostener en psicoanálisis, fue el blanco de las críticas y obturó a muchos una lectura más abarcativa de su obra. Judd Marmor, presidente de la American Psychoanalytic Academy, declaró sobre el final de su vida que el psicoanálisis estaba en tren de devenir una rama menor de la psiquiatría.⁶ El psicoanálisis figura en EE.UU. como una de las cuarenta formas de terapia psiquiátrica reconocidas por los sistemas de atención médica. El Instituto Nacional de Salud Mental de EE.UU. sostiene que sólo el 20% de los enfermos mentales son atendidos por psicoanalistas. El escritor Norman Mailer declaraba hace unos años sobre esta declinación del psicoanálisis en EE.UU.: “... porque las personas que siguen un tratamiento psicoanalítico se parecen a individuos que no son cultivados, abiertos a la poesía o ligados a una aventura intelectual, sino técnicos en los que el interés mayor es el de dominar el material que ellos encuentran ante sí, y que tratan como si se tratara de un objeto o de una máquina que tuviera necesidad de ser reparada”.⁷

¿El psicoanálisis finalmente absorbido por las técnicas psicológicas? ¿Qué de los caracteres propios de la sociedad norteamericana y qué de las políticas que siguió el psicoanálisis respecto de la psiquiatría, tuvieron que ver con este resultado?

En Francia la psiquiatría dinámica también tuvo su auge. Pero la tradición psiquiátrica francesa condujo la relación con el psicoanálisis por otros carriles. Hemos visto cómo el surgimiento

5. H. Hartman, *Ensayos sobre la psicología del yo*, México, Fondo de Cultura Económica, 1969.

6. R. Jaccard, ob. cit.

7. R. Jaccard, ob. cit., pág. 294.

de la experiencia de Saint-Alban y luego la psicoterapia institucional anudaron un modo particular de relación entre analistas y psiquiatras. Esta diferencia no fue problemática en Francia, al menos en los comienzos de la política del Sector. Hizo crisis con la llegada de la antipsiquiatría y la relación que hizo con ésta un sector del psicoanálisis francés.

Muchos de los psicoanalistas franceses fueron antes psiquiatras, otros acompañaron su formación psicoanalítica con asistencia hospitalaria: Lebovici, Lacan, A. Green, S. Leclaire, P. Aulagnier, Tosquelles, Oury, Recamier, entre los más conocidos. La experiencia del Frente Popular y la creación del Sector generó lazos de convivencia y respeto. En Francia no se planteó la cuestión de si los analistas debían atender o participar en las instituciones de Salud Mental. Al igual que en EE.UU. ya estaban allí desde el comienzo. Cuando en la década del sesenta se promueve una reforma de la psiquiatría como profesión (se discute una reorganización de la enseñanza de posgrado universitaria y las cuestiones de las especialidades para la cobertura médica), H. Ey defiende una integración del psicoanálisis a una medicina renovada. En verdad se discuten las cuestiones de las profesiones, las especialidades y sus ámbitos de acción. En esos debates, recogidos en cuanto a la psiquiatría en el Libro Blanco, S. Leclaire propone a los psiquiatras, con los que compartía *L'Evolution Psychiatrique*, reflexionar sobre la cientificidad del saber psiquiátrico, siguiendo el modelo que Lacan había diseñado respecto de la obra de Freud. Lógicamente los psiquiatras se negaron. Las relaciones entre psiquiatría y psicoanálisis no trascienden más allá de las relaciones prácticas entre analistas y psiquiatras. Se trata, con algunas excepciones, de convivencia, no de articulaciones teóricas o técnicas.

H. Ey, preocupado por los ataques a la función social de la psiquiatría y decidido a proponer una integración del psicoanálisis, dice por entonces:

“Mis contactos internacionales me han mostrado que una corriente que yo creía irresistible se dirige a la separación práctica entre las disciplinas psiquiatría y neurología. Lo he ciertamente lamentado en mi fuero interno y lo deploro aún, ya que sé bien qué peligro amenaza a la psiquiatría cuando ella se deja llevar fuera de su órbita y hasta los horizontes infinitos de una suerte de semántica general de las situaciones y relaciones humanas, donde, perdiendo su objeto, ella arriesga de perder su

existencia".⁸ Pero los sucesos en el mundo van demasiado rápido. Las preocupaciones de H. Ey son desbordadas y en los años setenta ya la discusión está centrada sobre las políticas de Salud Mental; en ellas el psicoanálisis y la psiquiatría tendrán un lugar pero no ya la hegemonía teórica o práctica. La era del asilo y el enfermo es dejada atrás por el avance de la normalización preventiva. La creación de "ramas" en el interior de un dominio disciplinario, sin preocuparse por ninguna homogeneidad, liquida al mismo tiempo lo que la psiquiatría había establecido como territorio propio: la enfermedad mental. Si en Argentina el discurso psiquiátrico y psicológico tendió a hacerse psicoanalítico a partir de los años setenta, en Francia se generó una dislocación de la disciplina que simplemente declaró caduco un debate antes de emprenderlo. Lo que la psiquiatría dinámica se había propuesto, fundar en categorías psicoanalíticas una intervención sobre problemas que consideraba psiquiátricos, y en ese sentido una superación de la psiquiatría, se desactivó, perdió vigencia. El reparto de funciones, la pérdida del diálogo, la indiferencia respecto de lo que hace el otro, ocupó la escena. Como en EE.UU. y gran parte de Europa, en Francia también la psiquiatría se replegó sobre la biología y las neurociencias para hacerse científica, es decir, objetivista. El *DSM III* fue traducido en Francia en 1983, y es utilizado desde entonces para los diagnósticos oficiales.

En ese año se reunió en Viena el Congreso Mundial de Psiquiatría y en un homenaje rendido a Freud, habló un terapeuta alemán que anunciaba el fin del rol histórico del psicoanálisis: "El *DSM III* —escribe Marc Leclerc después del Congreso—, no es un desafío, es una guerra no declarada a Europa y a la invención extraordinaria que ella ha hecho por la voz, la pluma y la carne del representante de uno de sus países de más alta cultura, el imperio austro-húngaro, desmantelado en vida de Freud. Esta invención, el psicoanálisis, al más alto punto respetuoso del hombre, de su cualidad, de su especificidad, ha sido siempre desecha por la América, de la cual es bueno recordar que Freud no esperaba nada".⁹ H. Ey había dicho por su parte: "Lo que la psiquiatría debe al psicoanálisis es haber recobrado, gracias a

8. *Livre Blanc de la Psychiatrie Française*, Tolosa, Primat, 1967.

9. *Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux*, París, Masson, 1983.

Freud, el sentido de su propia existencia, aquella del hombre regresado a su naturaleza imaginaria".¹⁰

El hecho de que en la década del sesenta el movimiento psicoanalítico reunido en torno a Lacan ocupara un lugar polémico y contestatario respecto del psicoanálisis agrupado en la IPA, hizo que se lo vinculara con la antipsiquiatría. En una reunión efectuada en París sobre Psicosis Infantiles, M. Mannoni y Ginette Raimbault invitan a Winnicott, quien se hace representar por D. Cooper y R. Laing. Allí se reúnen algunos lacanianos como Tosquelles, Dolto, Rosine Lefort, Oury y otros con los líderes de la antipsiquiatría inglesa.¹¹ Un libro reúne los trabajos de este encuentro, *Enfance aliénée*, que, en dos volúmenes, publicó Recherches. Durante unos años se mantuvo cierta confusión sobre este encuentro de la antipsiquiatría, más ligada a planteos existenciales, y el psicoanálisis lacaniano, más estructuralista. En la colección del Campo Freudiano se publicó el libro *Psychiatrie et antipsychiatrie* en 1970. Pasados esos pocos años, los psicoanalistas lacanianos se alejaron de la antipsiquiatría y se reactivó su participación en los hospitales psiquiátricos y en el Sector. Dos instituciones psicoanalíticas lacanianas mantuvieron esa confusión: La Borde y Bonnuil: Bonnuil, por estar ligada M. Mannoni a la antipsiquiatría; La Borde, porque fué visualizada como continuación de la experiencia Saint-Alban y lugar de realización de las tesis de la psicoterapia institucional. La Borde, dirigida por Oury, era la referencia implícita del libro *El antiEdipo*,¹² que un filósofo, G. Deleuze y un analista de La Borde, F. Guattari, publicaron en los años setenta. Las tres instituciones asistenciales ligadas al psicoanálisis lacaniano, La Borde, Bonnuil y la Clínica de Chailles, han corregido sus planteos iniciales. Sobre todo La Borde que progresivamente fue restaurando el arsenal terapéutico y de contención psiquiátrica. En la actualidad, hay psicoanalistas trabajando en casi todas las instituciones de Salud Mental, participan del Sector, sobre todo en el Distrito 13, y han hecho un lugar oficial en la Universidad. En estos lugares se convive con la psiquiatría, pero hay un sinnúmero de experiencias en el Sector que, aunque no realiza-

10. E. Roudinesco, *Histoire de la psychanalyse en France*, t. II., París, Seuil, 1985, pág. 492.

11. Idem.

12. G. Deleuze y F. Guattari, *El anti Edipo*, Barcelona, Barral, 1973.

das por analistas, son inspiradas por el psicoanálisis. También, inversamente, la práctica de muchos analistas ha sido infiltrada por la psiquiatría, sobre todo en la revitalización de las preocupaciones nosográficas, diagnósticas, y en cierto escepticismo terapéutico. Los psicoanalistas que participaron, en la época del Frente Patriótico, en la construcción del Sector y de una medicina social, habían logrado definir una especificidad de su función en la institución psiquiátrica. Después de Saint-Alban fueron ellos y las categorías psicoanalíticas los que hicieron que se escuchara a los pacientes, que éstos recuperaran su palabra, que sus síntomas circularan en la institución sin el ahogo de la represión psiquiátrica. La construcción del psicoanálisis institucional formó parte de este logro. Sin duda, la medicina social que impulsaba el Sector no hacía obstáculo al despliegue de una intervención psicoanalítica. Cuando esta política cambió, los psicoanalistas retomaron una relación con la psiquiatría más tradicional. Algunos porque se replegaron sobre un psicoanálisis cuya rigurosidad se identifica con el confort y la clientela del consultorio privado. Otros, quizás los más, mantienen su lugar y prácticas psiquiátricas en el hospital psiquiátrico, y de tarde son analistas en sus consultorios privados. Un nuevo equilibrio, en gran parte basado en el desinterés mutuo, parece haberse establecido entre psicoanálisis y psiquiatría. Sabemos que esto inscribe sus consecuencias en el destino real de los que enferman.

Luego hemos de ocuparnos de la situación del psicoanálisis y la medicina en Argentina. Preguntémosnos ahora: ¿qué esperaba Freud del psicoanálisis respecto de la Salud Mental y qué se realizó en estos desarrollos?

FREUD Y LA SALUD MENTAL

Freud no dudaba en considerar al psicoanálisis como una fuerza de cambio en la sociedad. La introducción de la problemática del deseo humano y la consideración de lo inconsciente, relativizaba toda ilusión y abría a la humanidad un horizonte de mayor racionalidad y menos neurosis. Al mismo tiempo alertaba sobre la mesura de lo que cabía esperar, exhortando a superar las dos etapas: “la del entusiasmo ante la insospechada extensión de nuestra acción terapéutica y la de depresión ante la magnitud de las dificultades que se alzan en nuestro camino”.¹³ No dudamos

13. S. Freud, “El porvenir de la terapia analítica”, *O.C.*, t. II, pág. 402.

en reconocer en este señalamiento los dos estados anímicos que suelen formar parte de toda experiencia de un analista en el terreno de la Salud Mental. Sin embargo, en cuanto al futuro del psicoanálisis, Freud, cuyo escepticismo respecto de la sociedad y del hombre en general hemos recordado en el capítulo anterior, se mostraba con cierto optimismo en aquel 2º Congreso que se reunió en Nuremberg. Decía en su conferencia que la intervención terapéutica del psicoanálisis habría de ampliarse considerablemente en la sociedad en un futuro próximo, señalando tres factores de esta ampliación: el progreso interno, el incremento de la autoridad del psicoanálisis y el efecto general que sobre la sociedad ejercería la labor de los analistas.

El progreso interno lo entiende como la profundización de nuestros conocimientos sobre lo psíquico que se expresaría en una mayor amplitud de los análisis. Es decir, desarrollo conceptual y perfeccionamiento del método. Esta articulación de teoría y método, tan cara al pensamiento freudiano, permaneció siempre ligada a un ideal de profundidad. Profundidad concreta, en tanto conocimiento más acabado de las estructuras psíquicas en las que se definía al conflicto y las neurosis, y profundidad del análisis posibilitado por el conocimiento de lo complejo de su objeto. Lamentablemente, este ideal de profundidad se expresó con frecuencia en una exacerbación de los ritos del análisis, estableciéndose falsas ecuaciones (más tiempo = más profundo, más frustración = más regresión, más regresión = más profundo, etc.) Igualmente muchas profundidades en la teoría sólo han sido complicaciones retóricas. Creo que pertenece a Hegel el comentario según el cual hay pensamientos profundos como la profundidad de los pozos negros: son profundos sólo porque no se puede ver el fondo. La profundidad que Freud esperaba era de otro tipo: “Mientras no comprendamos nada, nada podremos conseguir, y cuanto más vayamos aprendiendo a comprender, mayor será nuestro rendimiento terapéutico”, “... una intervención terapéutica no puede ser desarrollada como una investigación teórica”.¹⁴ Es más, una ampliación de nuestros conocimientos permitiría una mayor economía de tiempo: “La técnica psicoanalítica se propone en el momento actual dos fines: ahorrar trabajo al médico y facilitar al enfermo un amplio acceso a su psiquismo inconsciente”. Más adelante, destacando el proble-

14. S. Freud, ob. cit., pág. 402.

ma de la “transferencia recíproca” en el analista, va a señalar al propio análisis del médico como condición de la profundidad de sus análisis. Una intervención analítica es profunda en relación con estos elementos: conocimientos del analista, experiencia de su análisis, manejo del método. La profundidad no la dan ni los ritos que permiten el confort de los consultorios privados ni la intensificación del tiempo.

El incremento de la autoridad estaba ligado para Freud al prestigio social del psicoanálisis, frente a otros procedimientos terapéuticos. Por entonces, los tratamientos eléctricos y las psicoterapias morales y sugestivas tenían gran difusión social. Freud alude allí a la relación con los valores sociales del prestigio en sus comienzos: “Los enfermos a los que aseguraba poder procurarles un duradero alivio de sus padecimientos advertían la modestia de mi instalación, pensaban en mi falta de renombre y de títulos honoríficos, y se decían, como ante un jugador arruinado que les ofreciese una martingala infalible, que de ser ciertas mis promesas habría de ser muy otra mi posición”.¹⁵

Considera la existencia de esos valores sociales que, como señales de la pertenencia social de nuestra práctica, nadie podría ignorar aún hoy. Pero Freud avizora que hay otras cuestiones que hacen que la sociedad resista el desarrollo del psicoanálisis: “Tiene que oponernos resistencia, pues la sometemos a nuestra crítica y la acusamos de tener gran parte de responsabilidad en la causación de las neurosis”. “... la sociedad no puede pagarnos con simpatía la revelación de sus daños y sus imperfecciones, y nos acusa de socavar los ideales, porque destruimos algunas ilusiones”.¹⁶ Freud no contaba con que la sociedad capitalista, luego de la Segunda Guerra Mundial, se hiciera no sólo receptiva a toda crítica, sino profundamente ávida de interrogaciones sobre ella misma. El psicoanálisis tuvo ante sí un terreno abierto para recubrirse del prestigio de los valores sociales. La obstinación que algunos analistas mostraban en señalar la resistencia de la sociedad fue progresivamente revelándose como la nostalgia por el enemigo exterior de los comienzos, y una insuficiencia en el análisis de la nueva relación de funcionalidad que se establecía entre los valores sociales y el psicoanálisis. Menos comprensibles resultan algunas posiciones que sustentan los analistas frente al

15. S. Freud, ob. cit., pág. 404.

16. S. Freud, ob. cit., pág. 406.

prestigio social: lo disfrutan e incrementan con diversos recursos a la moda, y al mismo tiempo lo rechazan como contaminante del valor de la experiencia del análisis. Parecen reproducir así algo típico de ciertos grupos militantes o religiosos: se asegura el valor de la doctrina en el secreto, en los conceptos hechos contraseñas, en la relación personalizada de los practicantes, en la acentuación de la diferencia con los otros. Esta exclusión engañosa del prestigio del psicoanálisis por su aceptación social, priva de comprender las nuevas relaciones establecidas en el seno de las cuales hay que volver a pensar fenómenos como el de las resistencias. Decía Freud al respecto: "Las verdades más espinosas acaban por ser escuchadas y reconocidas una vez que los intereses heridos y los afectos por ellos despertados han desahogado su violencia. Siempre ha pasado así, y las verdades indeseables que nosotros los psicoanalistas tenemos que decir al mundo correrán la misma suerte. Pero hemos de saber esperar".¹⁷ No dudamos de que el prestigio social del psicoanálisis, su aceptación en grandes sectores sociales, es un factor que potencia la posibilidad de los psicoanalistas de intervenir en Salud Mental, sin ignorar por cierto que el rechazo franco no es la única resistencia social posible.

Por efecto general de la labor psicoanalítica, Freud entendía la extensión al campo social de lo que se había mostrado terapéutico en los individuos: una mejor comprensión de las causas y los mecanismos de formación de las neurosis. Esperaba así modificar la "ecuación etiológica" en las que surgen las neurosis, sobre todo por pérdida de la "ventaja de la enfermedad", ilusión que asienta justamente en el desconocimiento en el individuo y el grupo del sentido de los síntomas. Freud, sin embargo, no era ajeno a lo que en general se impuso luego con más fuerza: el respeto por el síntoma neurótico. Respeto que no consiste en mantenerlo o adularlo, sino en comprender su función en la economía psíquica. Vale la pena citar a Freud nuevamente:

Pero no debemos olvidar que tampoco es posible situarnos ante la vida como fanáticos higienistas o terapeutas. Hemos de confesarnos que esta profilaxis ideal de las enfermedades neuróticas no puede ser beneficiosa para todos. Muchos de los que hoy se refugian en la enfermedad no resistirían el conflicto en las condiciones por nosotros supuestas; sucumbirían rápidamente o causarían algún grave daño, cosas ambas más nocivas que su propia enfermedad neurótica.

17. S. Freud, ob. cit., pág. 407.

Las neurosis poseen su función biológica, como dispositivos protectores, y su justificación social, su *ventaja*, no es siempre puramente subjetiva. ¿Quién de vosotros no ha tenido que reconocer alguna vez que la neurosis de un sujeto era el desenlace menos perjudicial de su conflicto? ¿Deberemos acaso ofrendar a la extinción de las neurosis tan duros sacrificios, cuando el mundo está lleno de tantas otras miserias ineludibles?¹⁸

Freud no eludió dar una respuesta positiva, aunque condicionada, a estas cuestiones. Se trata de definir el modo, las características propias, que reviste la intervención del analista en el plano del malestar social. Si hemos citado largamente la conferencia de Freud es porque visualizamos en ella cierto programa que el psicoanálisis se propone en esos años (1910). Este programa legítima institucionalmente lo que caracterizó el desarrollo del psicoanálisis en ese tiempo: la expansión en la cultura, la apertura de las policlínicas psicoanalíticas, la llegada de psiquiatras que se interesaban por el psicoanálisis, la utilización por los higienistas de algunos de sus enunciados. Al finalizar la conferencia, señala: “Además de laborar al servicio de la ciencia, aprovechando la única ocasión de penetrar en los enigmas de las neurosis, y además de ofrecer a vuestros enfermos el tratamiento más eficaz que hoy poseemos contra sus dolencias, cooperáis a aquella ilustración de las masas de la cual esperamos la profilaxis más fundamental de las enfermedades neuróticas por el camino de la autoridad social”.

Cuando en 1918 se reúne el V Congreso Psicoanalítico en Budapest, la ciudad de Ferenczi, y en los comienzos de la “primavera socialista” que lideró Bela Kun, ya se han difundido muchas de las propuestas freudianas. A partir de allí la presencia de los psicoanalistas en los dispositivos de la psiquiatría (clínicas y algunos hospitales psiquiátricos) era importante. La psiquiatría misma había girado a referencias más filosóficas por la influencia fenomenológica y se creaban más puntos de acercamiento. Naturalmente, se excluían los asilos y las cátedras de psiquiatría, todavía dominadas por la psiquiatría más biológica. Adolf Mayer vinculaba al psicoanálisis con los movimientos de higiene mental en EE.UU., y W. Reich abrirá uno en la misma Viena, por esos años. El Grupo Suizo, a pesar del conflicto con Jung, mantenía la referencia al psicoanálisis en sus prácticas institucionales. Surgen también, como ya vimos, las primeras

18. S. Freud, ob. cit., pág. 406.

clínicas psicoanalíticas. En la conferencia que pronunciara Freud en el Congreso de Budapest, concluirá: "Frente a la magnitud de la miseria neurótica que padece el mundo y que quizás pudiera no padecer, nuestro rendimiento terapéutico es cuantitativamente insignificante. Además, nuestras condiciones de existencia limitan nuestra acción a las clases pudientes de la sociedad, las cuales suelen elegir por sí mismas sus médicos, siendo apartados del psicoanálisis en esta elección, por toda una serie de prejuicios. De este modo, nada nos es posible hacer aún por las clases populares, que tan duramente sufren bajo la neurosis". Y agrega como una acotación esperanzada: "Se crearán entonces instituciones médicas en las que habrá analistas encargados de conservar capaces de resistencia y rendimiento a los hombres que, abandonados a sí mismos, se entregarían a la bebida, a las mujeres próximas a derrumbarse bajo el peso de las privaciones y a los niños, cuyo único porvenir es la delincuencia o la neurosis. El tratamiento sería, naturalmente, gratis. Pasará quizás mucho tiempo hasta que el Estado se dé cuenta de la urgencia de esta obligación suya". "Cualesquiera que sean la estructura y composición de esta psicoterapia para el pueblo, sus elementos más importantes y eficaces continuarán siendo, desde luego, los tomados del psicoanálisis propiamente dicho, riguroso y libre de toda tendencia".¹⁹

Tenemos claro que los caminos que el psicoanálisis siguió en estos años no es aquel que Freud avizoraba. Las dificultades fueron muchas. Pero sobre todo se pone en evidencia que el funcionamiento del psicoanálisis en el todo social no es autónomo, no se decide por la sola consideración de lo que se proponen los analistas. Es necesario considerar los modos de encuentro con las fuerzas sociales que harán obstáculo o facilitarán su desarrollo, pero también, y fundamentalmente, imponen sus condiciones, acomodando, distorsionando, seleccionando qué y cuál psicoanálisis es más aceptable a sus propios valores. Una nostalgia por la pureza de las intenciones freudianas y el rigor de su ética nos hacen ver fácilmente las distorsiones sufridas. El psicoanálisis se asoció fácilmente al poder médico en EE.UU. con la psiquiatría dinámica, al poder universitario en varios países, sobre todo Francia, y ahora en Argentina, con el poder

19. S. Freud, ob. cit., "Los caminos de la terapia analítica", O.C., t. II, pág. 453.

escolar de su intervención pedagógica a través de los gabinetes psicológicos en la escuela. Mucho del énfasis freudiano en la naturaleza conflictiva del hombre y ciertas organizaciones sociales como el gobierno, la escuela, la cura, se las ha hecho posibles de estabilizar a través de las teorías que privilegian la estructura, las invariancias, la ideología de lo posible, las prácticas de la neutralidad. ¿Qué hacer frente a esto? ¿Significa que el psicoanálisis está configurando un nuevo modelo de adaptación y conformismo? ¿O, como sugiere R. Castel, ha mostrado finalmente su cualidad de nuevo dispositivo ideológico de la estabilización de los malestares? ¿O habrá, en nombre de su rigor teórico y la modernización de sus saberes, de constituirse en la teoría de la nueva y remozada clínica psiquiátrica, como sugiere P. Bercherie? Me cuento entre los que frente a la incertidumbre de los interrogantes abiertos, creen aún en la potencialidad del pensamiento crítico del psicoanálisis, en su capacidad de ser en el campo social un factor de cambio, asumiendo con todo el rigor posible el compromiso de una acción más general en la Salud Mental. Creemos vigentes aún las palabras que Freud dirigiera a Max Eitingon respecto de la Policlínica de Berlín: "Si además de su importancia científica el psicoanálisis tiene valor como método terapéutico, si es capaz de prestar auxilio a la humanidad sufriendo en su lucha por cumplir las exigencias de la cultura, entonces este auxilio también debe ser dispensado a la gran masa de aquellos que son demasiado pobres para retribuir con sus propios medios la ardua labor del analista".²⁰

Antes de intentar responder a algunos de los interrogantes abiertos vamos a detenernos un instante en las formas que tomó en Argentina la extensión del psicoanálisis en relación con la psicología y la medicina.

PSICOANÁLISIS, PSICOLOGÍA Y MEDICINA EN ARGENTINA²¹

Las tesis de M. Foucault de que las ciencias del hombre surgieron del campo médico, a partir de la reflexión contemporánea sobre el hombre enfermo, y la de G. Canguilhem de que en materia biológica el *pathos* es quien condiciona al *logos* porque lo

20. S. Freud, Prólogo al libro de Max Eitingon, *O.C.*, t. III.

21. Las ideas contenidas en este ítem fueron expuestas en un relato del autor al 3er. Congreso Metropolitano de Psicología, Buenos Aires, 1987.

requiere, nos parecen orientadores para un análisis en el que trataremos de mostrar que esta relación entre medicina y psicología es un proceso complejo y no acabado, ya que la medicina actual busca lo patológico en el signo biológico, para lo cual necesita excluir al sujeto, tanto como la psicología, buscando al hombre en los signos del lenguaje, reintroduce toda la problemática de la subjetividad. El forzamiento de los encuentros entre ambas disciplinas, tras el ideal de un hombre unificado, se ha constituido en el síntoma de un desencuentro estructural.

Vamos a situar brevemente el lado médico de la relación que nos ocupa.

Las razones de la medicina son para G. Canguilhem²² el rechazo de la muerte, del dolor, de la dificultad para vivir, y en ese sentido debiera ser un saber sobre el hombre. Uno de los sueños iluministas fue poner sobre el médico la totalidad de las verdades que podían enunciarse sobre las condiciones de vida. El ideal de decir "toda" la verdad sobre la enfermedad ocultaba el ideal humanista de un hombre unificado. Pero éste, pensamos, ya no es el ideal de la medicina que hoy conocemos. Esta ha resituado la enfermedad en la naturaleza, es más, en una naturaleza ajena al hombre. La enfermedad, cual un microbio, habita al hombre, quien la padece. El hecho patológico ha ganado así autonomía y categoría ontológica. Esa escritura en el cuerpo del hombre, esa marca que la anatomía patológica buscaba leer en el cadáver y que Foucault²³ mostró cuánto fascinaba al médico, ha logrado, gracias al fenomenal desarrollo de los aparatos técnicos con que se escruta la naturaleza, por fin su autonomía ontológica: es un ser discernible, aislable, clasificable, cuya etiopatogenia se hace visible y faculta al médico a predecir su evolución.

También se ha afirmado así lo que siempre se intuyó como sabiduría de la naturaleza: lo biológico es un orden sabio, se gobierna con información, el gen nos hace cuerpo, el instinto destino. Gran parte de las enfermedades actuales son leídas como fallas en los sistemas de información que regulan el funcio-

22. G. Canguilhem, *Lo normal y lo patológico*, Buenos Aires, Siglo XXI, 1971.

23. M. Foucault, *El nacimiento de la clínica*, México, Siglo XXI, 1963.

namiento equilibrado de los órganos. Y como dice Clavreul²⁴ el médico se engrandece, su saber es pretencioso, ya que trata de imponerse al de la naturaleza. ¿No se acerca demasiado a la ciencia-ficción ese robo de información que se hace al gen para lograr torcer su camino? ¿No nos recorre cierta inquietud frente a la osadía, el atrevimiento del médico que, cual héroe moderno, se introduce con microscopios en el cuerpo, reemplaza corazones, construye aparatos que sustituyen nuestros órganos y hasta puede lograr una fecundación en probeta? Si el hombre moderno impuso sus condiciones a la naturaleza, aun a riesgo de suprimirla, el médico moderno no es menos, forma parte de un mismo movimiento. Y para dominar la naturaleza hace falta conocer su lenguaje, descubrir sus códigos. La semiología de esta medicina, la que recoge el vocabulario médico (ya que no hay estrictamente un lenguaje médico) está formada por signos naturales, como si la naturaleza misma hablara en el signo. Es decir, toma al signo por su referente. Es un signo que no remite a ninguna significación sino a su referente, por eso mismo es universal, no está influido en su pretensión de información por caracteres del sujeto en el que se produce, ni de un tiempo histórico, ni una cultura. Nos intranquiliza, pero el signo de la semiología médica actual, el que decide el diagnóstico, se independiza de nosotros, personas. Los actuales métodos de diagnóstico han llevado a una soldadura mucho mayor del signo con su causa natural, se ha hecho más referente y menos dependiente de toda significación subjetiva. El hombre no es más objeto de esta medicina, es sólo el "terreno", el hábitat, en el que la enfermedad evoluciona. Como señala Clavreul, si el objeto de la medicina es la enfermedad, ésta es, como objeto "a", causa de su deseo: cuanto más misteriosa, más atrae su desafío y se está dispuesto, agregó yo, a traspasar lo que sea, es decir, el cuerpo del otro, bajo la fascinación de atrapar su signo.

Pero más nos inquieta aun porque el médico no se limita a tratar con estos signos, ni siquiera a intervenir sólo con el enfermo que lo reclama; forma parte de una producción ideológica que legisla sobre las condiciones del bienestar general, no sólo por ausencia de enfermedad, sino, como dice la OMS, "sobre el bienestar físico, psíquico y social". Lo que se ha dado en llamar una medicalización de la vida social nos parece el síntoma del

24. J. Clavreul, *El orden médico*, España, Argot, 1983.

avance de esta medicina científica y del nuevo tipo de subjetividad fragmentada que produce.

Si fuera posmodernista podría incluir a la medicina entre los metarrelatos a cuya caída asistimos. Porque si bien es fácil, y lo han hecho muchos autores, atribuir a la medicina de comienzos de siglo la intención hegemónica, totalizadora y totalitaria del saber sobre la vida y la muerte, esto no implica que la ética médica, ética de vida, haya logrado un dominio real en la sociedad. Esta impone más bien su propia lógica de lucha y destrucción: guerras, terrorismo de Estado, tóxicos para el consumo, destrucción ecológica, etc. El discurso social no exalta precisamente a preservar la vida, más bien convoca a ofrendarla por algún ideal: de propiedad, de grupo, de patria. ¿Hasta qué punto el discurso de la igualdad que sostiene la medicina puede ocultar la desigualdad radical que domina la vida entre los hombres? El llamado discurso médico juega hoy en un campo social complejo, en el que la regulación del vínculo entre los sujetos, de éstos con su cuerpo, su vida y su muerte, está atravesado por diversos discursos. Es más: el llamado progreso científico de la medicina, que trajo aparejada la caída de la ideología humanista que lo sostenía, ¿no muestra justamente que el discurso médico ha perdido su función social de asegurar ritualmente la relación del hombre con la vida y la muerte?

Si hasta la primera mitad de este siglo la medicina y el médico eran la imagen social de las bondades de la ciencia para la humanidad, hasta el punto de hacernos pasar por buenos descubrimientos amenazantes de la ciencia dada su aplicación médica, hoy esta imagen de la ciencia médica gira aceleradamente hacia la de un ideal amenazador: en su ideal de cientificidad, la medicina, que suprimió al enfermo para ser objetiva de la enfermedad, tiende ahora a reemplazar también al médico por el aparato técnico, más seguro, exacto, veraz, a cuya información debe someterse el médico para evitar la interferencia de su propia subjetividad. Los institutos de diagnóstico, con la complejidad de sus aparatos, son los nuevos amos, el nuevo poder incipiente, que nombra por sus diagnósticos y hace entrar a los enfermos en sus categorías: en ellas debe reconocerse, ya que así se lo nombra, como “el diabético”, “el hipertensivo”, “el pulmonar”, etc. ¿Creen que exagero? Es posible, pero inquieta constatar cómo a muchas personas los diagnósticos les calman la angustia, como si hubieran aprendido y aceptado reconocerse en

un saber que no es el suyo, que el médico transmite ahora en nombre del aparato, y cuyo veredicto suele ser tenido por definitivo. Por esto ha caído en desuso, para esta medicina, el médico de familia, llamado de cabecera, ya que no es funcional con una medicina objetivista. Y para ser objetivo, parece ser, nadie como el *aparato técnico*. Lo que no ha caído es lo que hace más de cuarenta años observó G. Canguilhem: “Hay medicina ante todo porque los hombres se sienten enfermos, porque hay una medicina saben que están enfermos”.²⁵ El saber de los hombres sobre su cuerpo y su enfermedad se encuentra en el saber del dispositivo médico.

Hasta aquí hemos hablado de *una* medicina, la que se propone, a nuestro entender, hegemonizar el campo de lo médico, la que en nombre de la ciencia y de la técnica trata de imponer sus criterios de objetividad y su ontología de la enfermedad. Pero en su desarrollo olvida al hombre que sufre y es por este escándalo que reclama *otra medicina*, antropológica y social, que pretende ocuparse del hombre enfermo en sociedad. Es decir, no ontológica en su concepción, reintroduce al hombre en su tiempo, en su geografía, en su cultura, en su sociedad.

Si como hemos dicho, la medicina llamada científica tiene un ideal de objetividad, que no es otro que la desobjetivación del enfermo, la medicina social subjetiviza, porque entiende que la salud, el bienestar físico, mental y social, como pide la OMS, sólo es pensable en el tipo de subjetividad que produce una sociedad determinada. Sigue válido para ella el viejo axioma de “no hay enfermedades sino enfermos”. No como singularidad absoluta, obvio, sino en el establecimiento de una dialéctica no resolutive, que sitúe lo general como momento.

Se ha hablado del totalitarismo del discurso médico como discurso del Orden, que impone un poder no criticable (Clavreul). Si bien acuerdo que la medicina engendra una relación subjetiva, con la particularidad de que pone al sujeto de sus enunciados a la vez en el lugar de objeto, y esto avalaría pensarla como discurso, entiendo que es una noción insuficiente, ya que no podría reflejarse en ella la heterogeneidad conflictiva, de luchas y desacuerdos, que caracteriza la medicina actual. Cuando se dice, por ejemplo, que la biología moderna contiene el ideal de esta medicina que garantiza su práctica en la ciencia, hay que señalar que

25. G. Canguilhem, ob. cit.

como todo ideal condiciona la conducta de los médicos, pero lo hace de modo conflictivo, ya que las exigencias de otros ideales sociales participan y tienden a dislocar lo establecido. Si lo que se intenta forcluir (abusando de este término) es el sujeto, éste se reintroduce como sentido, incertidumbre o error.

En nuestro país el modelo médico tomó lo esencial de sus ideales de lo que se imponía en Europa y más tarde en EE.UU., y trató de rechazar y excluir las prácticas curativas nativas, más aun, las condenó y persiguió como prácticas ilegales de la medicina hasta en la ley 17.132 de 1967. Sin embargo, no pudo evitar formas de retorno en una clínica que debe responder a las normas de la cultura en que se implanta. Porque "la clínica no es una ciencia y nunca lo será, incluso cuando utilice medios cuya eficacia está cada vez más científicamente garantizada. La clínica es inseparable de la terapéutica y ésta es una técnica de instauración o de restauración de lo normal cuya finalidad, a saber, la satisfacción de que una norma esté instaurada, escapa a la jurisdicción del conocimiento objetivo".²⁶

La virtud de la denominación de Modelo Médico (que E. Menéndez²⁷ definiera como aquella construcción que, a partir de determinados rasgos estructurales, supone no sólo la producción teórica, técnica, ideológica, social y económico-política de los médicos, sino también la de los conjuntos institucionales implicados en su funcionamiento), es que permite englobar la problemática de un sector de práctica social caracterizado por el conflicto, las tensión entre ideologías diferentes de la salud y el bienestar, y de las distintas políticas que concurren y que conforman la base concreta con la que entra en relación la psicología. *La noción de crisis del Modelo Médico la entiendo como la cualificación esencial de los procesos que en él se desarrollan, no como accidente temporario.* Es en el seno de esa crisis donde visualizamos al objetivismo científico, ligado al dominio del aparato técnico, como el ideal que tiende a hegemonizar al conjunto connotado por Modelo Médico.

Creemos conveniente diferenciar entre lo que se articula como discurso de la medicina, sobre todo en la universidad, y lo que como modelos de atención médica van a configurar el Modelo Médico que, utilizando una noción gramsciana, E. Menéndez

26. Id.

27. Eduardo Menéndez, *Cuadernos Médico Sociales*, Nº 21, CESS.

llamó hegemónico. La relación de la psicología con lo primero fue escasa o frustrada en el país. Se limitó a las cátedras de psicología médica que se crearon en la década del sesenta y a la llamada medicina psicosomática, pero fue y es mucho más amplia, por lo que de la psicología se integró a las prácticas asistenciales. En esta relación, que vamos a explorar, la inclusión de la psicología en las prácticas de la salud fue concomitante con una redefinición global de lo psiquiátrico como especialidad médica. Adelantemos que lo que pudo ser un ideal de completud en el plano teórico, vía recuperación de un humanismo perdido, fue reparto técnico, división del trabajo, creación de una nueva especialidad en el campo asistencial.

En 1959 comenzaron a funcionar en el país las primeras carreras de psicología a nivel universitario. Hasta entonces esta disciplina se enseñaba, no sistemáticamente, en las carreras de filosofía y profesorado. Apta para la reflexión filosófica, práctica para la intervención pedagógica, no constituía aún una profesión. La poca investigación psicológica estuvo ligada a la neuropsiquiatría. Había pues una primera dificultad: no había en el país psicólogos formados ni escuelas de psicología, y por lo tanto no había experiencia para la confección de currículum ni equipos docentes para hacerse cargo de la enseñanza. En el mundo, en la década del cincuenta, lo connotado por psicología no era unívoco sino polifacético en las teorías y polimorfo en sus prácticas. Dominaba doblemente una psicología experimental, llamada también científica, volcada a una investigación de la que mucho se esperaba, y las psicologías conductistas que, aliadas a la sociología, comenzaban a incorporarse a las prácticas terapéuticas masivas. Pero en Argentina sus influencias no eran significativas. Sí estaba implantado el psicoanálisis que imprimió fácilmente su influencia, casi sin oposición manifiesta. Los primeros planes de estudio de las carreras de psicología comprendían materias de psicología general (evolutiva, social, psicohigiene, de la personalidad, etc.), de técnicas y métodos de exploración psicológica (psicométricas, proyectivas, diagnósticas, etc.), de conocimiento biológico (neuroanatomía, neurofisiología), de aplicación terapéutica (clínicas de niños, adolescentes y adultos; orientación vocacional, grupal, institucional, laboral, educacional, etc.), y las materias específicas de psicoanálisis (llamadas psicología general, psicología psicoanalítica, y últimamente psi-

coanálisis a secas). En los veinticinco años que han pasado, es evidente que al no llenarse de contenidos las materias psicológicas, el psicoanálisis fue extendiéndose como fundamento general de toda la psicología, lo que lo fue convirtiendo en la enseñanza, en la teoría general de lo psicológico. Naturalmente, a esto ayudó que la mayoría de los docentes fueron y son psicoanalistas. ¿Fue esto bueno o malo para el desarrollo de la psicología en la Argentina? Pregunta escuchada repetidas veces y que asienta sobre la negación de que en psicología toda posición teórica es a la vez una toma de partido sobre el hombre y los procesos sociales. Sin duda esta situación marcó de un modo particular la relación que nos ocupa. En Argentina la relación de la psicología con la medicina es a la vez la del psicoanálisis con la medicina. Síntoma notable: durante años, los psicoanalistas, portadores de lo que en Argentina funciona como psicología, se situaban como médicos, pero sólo para negarles a los verdaderos psicólogos su condición de psicoanalistas. Históricos como siempre, los psicoanalistas construyeron su fantasía omnipotente: ser para ambos, médicos y psicólogos, aquello que les faltaba y a lo que les impedía acceder.

R. Harari opinaba,²⁸ abordando esta situación, que el psicoanálisis sería el fundamento de la psicología, no habiendo por lo tanto oposición entre psicoanálisis y psicología. Es más, agregaba, el psicólogo no puede ser otra cosa que un psicoanalista, porque aunque éste no se limita a la práctica terapéutica, el psicoanálisis "es" la psicología científica. Por entonces, Althusser era importante para los pensadores argentinos. Por su parte, Juana Danis, parte de esta polémica, afirmaba que la función del psicólogo no era identificable a la del psicoanalista, ya que el psicólogo en sus tratamientos tendría más amplitud, accedería a intervenciones sobre familias, parejas, instituciones, no estrictamente psicoanalíticas. Creo que Juana Danis percibía que así como la psiquiatría se inaugura como un síntoma de la medicina en su afán de cubrir todo lo relativo al bienestar, la psicología en Argentina se inaugura como un síntoma del psicoanálisis en su afán de cubrir todo lo comprendido por lo "psi". Las psicoterapias surgieron como tratamientos médicos a pesar de que su sentido es el de tratamiento con recursos psicológicos. No es, como equivocadamente se interpreta, tratamiento *de* lo psíquico, sino

28. R. Harari, *Revista Argentina de Psicología*, Nº 3, marzo de 1970.

tratamiento *con* recursos psicológicos. Los psicoanalistas en Argentina tuvieron desde el comienzo una relación compleja con la medicina. Por distintas circunstancias no buscaron hacerse sitio legalmente en el sistema jurídico que regula las prácticas sociales, y de ese modo permaneció ambigualmente como práctica de médicos, a pesar de que entre sus iniciadores en el país muchos no lo fueran. En 1954 el decreto 2282 del ministro Carrillo prohibió expresamente a los médicos anunciarse públicamente como psicoanalistas, señalando que los títulos que otorgaba la Asociación Psicoanalítica Argentina eran sólo honoríficos. Y es sólo en 1966, bajo la dictadura de Onganía, que la APA es consultada para la elaboración de la ley 17.132, en la que por primera vez se nombra en una ley de ejercicio profesional al psicoanálisis, aunque solamente para prohibir en el art. 91 su ejercicio a los psicólogos (a pesar de la opinión favorable de la APA). En esta misma ley, en su art. 9, se legisla sobre la psicoterapia y el psicoanálisis, diferenciados, ambos como prácticas reservadas a los médicos.

¿Cuál es la razón de legislar tan específicamente sobre un tratamiento si no la de reservar su práctica a los médicos? ¿Cómo entender la paradoja de esta ley, salida junto con las primeras camadas de psicólogos, que sitúa como curanderismo (es decir el que lleva a cabo un tratamiento sin los conocimientos para ello) el ejercicio por los psicólogos de un tratamiento basado en conocimientos psicológicos y asigna su práctica a médicos, que no poseen curricularmente esos conocimientos? Una de sus explicaciones es que en la década del sesenta en los consultorios médicos comenzó a tenerse conciencia de un creciente número de pacientes considerados neuróticos, que desbordaban el saber y las prácticas médicas. Paralelamente, el psicoanálisis, presente ya en la cultura, provoca una demanda creciente de tratamientos psicológicos que no puede responder, y la psiquiatría, notablemente atrasada en la Argentina, no tenía cómo atender a la nueva problemática: drogadicción, alcoholismo, neurosis, conflictos de pareja, familia, problemas de los niños, etc. El Segundo Congreso Iberoamericano de Psicología Médica, que se celebró en Buenos Aires en 1958, fue expresión de la nueva problemática que despuntaba y tuvo influencias significativas en el curso posterior de la psicología en la Argentina.

Se abre entonces un lugar social donde comienzan a circular demandas de atención psicológica que la medicina pretende

mantener, aunque sólo por poco tiempo, reservado a los médicos. Pronto se irá planteando una situación nueva, cual es el establecimiento de un lugar no médico para el ejercicio de una terapéutica que no obstante busca ser reconocida, y hoy ya lo es, por el modelo médico dominante. La reciente ley del psicólogo no hizo más que legalizar lo que de hecho funcionaba hacía tiempo.

La década del sesenta puede ser llamada con justicia la década de lo psicológico en la Argentina: egresan los primeros psicólogos, se crean los primeros Centros de Salud Mental y los Servicios de Psicopatología en hospitales generales, se revitaliza el Instituto Nacional de Salud Mental bajo la dirección del coronel Estévez que promueve el plan de Salud Mental de 1967, con la incorporación de Comunidades Terapéuticas en los asilos (paradojas nacionales: el primer intento de reforma democrática en Salud Mental lo lleva a cabo una dictadura militar), se abren las colonias de alienados del interior del país a la participación de los psicólogos, se inauguran las cátedras de psicología médica en las carreras de medicina, la medicina psicosomática hace su aparición institucional en hospitales y servicios públicos; se crea la Federación Argentina de Psiquiatras, primer movimiento científico-gremial masivo que encara políticamente la reforma en Salud Mental, y se crean las condiciones para el estallido, sobre el fin de la década, de la Asociación Psicoanalítica Argentina. Y también, como parte de este reordenamiento general de lo psicológico, se sancionó la ley 17.132, que pretende instaurar el poder de lo médico en la distribución de funciones y reconocimientos en el nuevo campo de lo mental.

Pensamos que, en la relación que nos ocupa, se dio un doble movimiento: la medicina intenta incorporar lo psicológico en el saber del médico, pero por otra parte el sistema de salud abre una nueva instancia para lo psicológico bajo una nueva especialidad. Ocupémonos brevemente de la primera cuestión.

En la Conferencia Mundial sobre Enseñanza Médica de 1953, Whitby había logrado consenso acerca de que “dondequiera que se practique, la enseñanza de la medicina debe estar ligada en cierta medida a las necesidades médicas de la población de que se trate”. En Argentina las cátedras de psiquiatría, que tenían a su cargo el impartir los conocimientos sobre lo psíquico a los médicos, eran teóricamente vetustas y manifiestamente incapaces de formar a los médicos para el reconoci-

miento de lo psíquico. Paralelamente se constataba la presencia de estas necesidades: proliferaban los enfermos que la medicina nombra como funcionales y que ocupan gran parte de la atención médica sin que se sepa cómo tratarlos; en la economía crecen las horas productivas perdidas por enfermos de este tipo; se difunde en la conciencia social la relación entre las manifestaciones del displacer y su tratamiento psicológico, etc. Se crean entonces las cátedras de psicología médica que deben atender a la formación del médico en las cuestiones de lo psíquico. Se esperaba de ellas que aportaran a la medicina una comprensión totalizante, acabada, del fenómeno humano: posibilidad de actuar ante enfermedades en las que el médico se sentía impotente, capacidad de soportar situaciones humanas difíciles como la comunicación de un diagnóstico de incurabilidad, la muerte, las demandas y ansiedades del paciente y la familia, y también escuchar las infelicidades del paciente y la familia como datos para comprender la enfermedad y su evolución.

Sobre estas expectativas se fue alimentando, impulsado sobre todo por los sostenedores de la medicina social, la idea de construir una medicina integral. La idea de integridad, que no es completud, provino de los esfuerzos para que lo psíquico y lo social fueran componentes del modo de pensar y actuar de los médicos. Se pensaba que una medicina integral, en una sociedad más igualitaria, donde hubiera espacio para ocuparse globalmente de los hombres, no sólo de su productividad, articularía más fácilmente las condiciones físicas, psíquicas y sociales del bienestar, tal como sostiene la OMS.

Pero la psicología médica no siguió ese rumbo. Formación psicológica del médico, como se decía entonces, aludía en su ambigüedad tanto a que el médico incorporara conocimientos psicológicos como a que atendiera a su propia psicología. La llamada relación médico-paciente tomó rápidamente un primer lugar. M. Balint tuvo mucho que ver en el rumbo que se siguió, ya que se constituyó en el apoyo teórico central de esta formación. Balint pensaba que una buena parte del malestar existencial en nuestra sociedad contemporánea es derivada hacia el consultorio médico, bajo la forma de enfermedades aún no organizadas. La queja sería un fenómeno social y un número creciente de individuos cuando no pueden continuar solos con sus dificultades para vivir, buscan en el médico a alguien a quien quejarse, alguien que se haga cargo de sus crisis. Balint acepta que ésta es una tarea

médica y entonces se trataría de que el médico se prepare mejor para afrontarla. La principal herramienta de esta práctica médica sobre “la patología de la persona total”, como la llamaba, es la propia persona del médico. O sea, que la formación psicológica del médico está ligada a que aprende a usarse como instrumento. Es tanto saber sobre la persona total del otro como saber sobre sí mismo.

M. Balint no estaba tras una integración de lo médico, trataba solamente de establecer las condiciones de supervivencia del humanismo que sostuvo al médico hasta la primera mitad de este siglo. Pero la pregunta que no puede obviarse es: ¿es ésta una postura realista, acorde con un progreso de lo médico, o se trata de una fantasía de omnipotencia médica frente a los nuevos modos sociales en que se plantea la relación con la vida y la muerte?

Las resistencias a esta doctrina de la formación psicológica del médico no se hicieron esperar. Resistencias visibles de los médicos, pero resistencias latentes también del Modelo Médico en su conjunto, por su relación con lo social. De parte de los médicos, ¿cómo pretender que aprendan a conocer elementos del enfermar que “no se ven”, que sólo se dan en el campo del lenguaje?, ¿cómo pedirles que se enfrenten con sus propios deseos y temores y que abandonen la distancia con lo “otro” del enfermo: sufrimiento, muerte, infelicidad? Distancia significativa si pensamos que va desde el acto de interpretación en el electrocardiograma de una extrasistolia hasta la comprensión implicante de la conflictiva presente en una palpitación funcional. ¿Cómo pedirle en suma a los médicos que hagan suspenso de su saber médico, el de las certezas y seguridades, para aceptar contingencias de una vida con su correspondiente mortificación narcisista? Y además pedirles todo esto para una práctica que se complica sin ninguna recompensa: no aumenta el precio de la consulta, lleva más tiempo, acarrea preocupaciones personales, obliga a preguntarse por la conducta propia.

Comenzaron a abrirse así soluciones de otro tipo: el “cada uno en lo suyo” de la interconsulta, hacer espacio en las prácticas de la salud para una nueva disciplina terapéutica, en principio llamada “médico-psicológica”.

Del lado del Modelo Médico hegemónico, ¿a quién le interesa que el médico y el enfermo dialoguen? La medicina está gobernada por criterios de eficacia diagnóstica. Su orden técnico es

homólogo al que en la vida social tiende a dividir, especializar, porque lo necesita para asegurar la tecnificación. El dispositivo social está sin duda dirigido por la idea de eficacia y utilidad (lo que no es igual a que sea útil y eficaz), pero también por la negación y ocultamiento de los conflictos que lo sustentan. Lo psicológico, como intento de develar lo conflictivo, no sólo no garantiza esos criterios de utilidad y eficacia sino que amenaza develar lo negado: vivimos en una sociedad que no se preocupa demasiado por la satisfacción libidinal de sus miembros y aun más, a veces percibe a esta satisfacción como amenazante del equilibrio que la sustenta.

La política correcta, acorde con los intereses globales del sistema, fue entonces incorporar a los psicólogos, como nuevos especialistas de la relación humana, en el interior de las prácticas de la salud, de modo de preservar para lo médico la vigilancia teórico-ideológica de sus prácticas. Para esta tarea se necesitaba la ayuda de los médicos psicoanalistas y fueron llamados. Esta es, a partir de los años setenta, la relación estabilizada de la psicología con la medicina en Argentina.

La década del setenta, compleja, polimorfa, puede caracterizarse por un triple malestar: médico, sociopolítico y psicológico. La medicina que, como dijimos, había intentado ser integral y apostó a una recuperación de la relación médico-paciente, vio progresivamente frustrados sus propósitos. La progresión del mito de un saber científico de la medicina hizo que la relación del enfermo se hiciera dominante con ese cuerpo de la ciencia médica y menos con el médico, que se fue multiplicando en el equipo de especialistas, portadores de ciencias especiales y con ámbitos institucionales separados. El viejo consultorio médico se multiplicó y cada órgano puede ahora ser atendido en distintos lugares.

El médico, en tanto, opta por captar los signos que le informan del funcionamiento biológico, con independencia de las significaciones que se ponen en juego para la persona enferma, trasciende toda relación subjetiva. Su necesidad de generalidad se hace absoluta. Como dijimos antes, el aparato técnico se va constituyendo en el ideal médico, el que al trascender toda subjetividad, elimina el error, la distorsión. El médico, intérprete del conjunto de los signos, se supedita así a la función del aparato técnico. No pocas veces la prensa nos informa de vidas que se sostienen de la conexión de un aparato técnico, convertido en amo absoluto de la misma.

Este objetivismo tiene su expresión en la medicina mental, en la psiquiatría biológica y el avance de los psicofármacos, que, aunque fácilmente cuestionables, tienen una funcionalidad fuerte en el conjunto del dispositivo de salud. El discurso humanista, integrador, que aún persiste en los enunciados de los médicos, se ha ido convirtiendo sólo en una ideología superficial que tiende a ocultar lo real de los actos médicos y su dispositivo institucional. Porque el médico, entre otras razones, no es formado ni pertenece a los ideales dominantes en su arte, para sostener un vínculo con sus pacientes donde la investigación de lo patológico sea parte de ese vínculo.

En el actual desarrollo capitalista, el Modelo Médico hegemónico tiende a negar todo conflicto, al propender a una complementación creciente entre las distintas prácticas de la salud, a la vez que se impide el crecimiento de todo modelo alternativo por apropiación de sus propuestas, transformación y subordinación ideológica al modelo hegemónico. La relación con las disciplinas psicológicas tiende a estabilizarse en esta complementación, abandonando progresivamente todo afán de construir una alternativa de integración.

En lo sociopolítico, en la década del setenta, por razones que escapan a nuestro análisis, se produjo un desplazamiento importante de los proyectos sociales de liberación hacia los de una supuesta liberación personal por las técnicas psicológicas, lo que, junto con una creciente fractura de los proyectos personales, generó un crecimiento notable de lo psicológico en nuestra cultura. La última dictadura militar publicó, como uno de los rostros de su cinismo, estadísticas alarmantes de la prevalencia de trastornos psicológicos en la población de Buenos Aires. Lo cierto es que en un contexto social que parecía claudicar, por el terror desatado, en sus luchas por una transformación global de la sociedad, para disfrute de todos y en nombre de las masas, se produjo un repliegue sobre un conjunto de prácticas que alimentaban la expectativa de al menos cambiar en la esfera de lo privado. Se produjo así una proliferación de prácticas terapéuticas con recursos psicológicos, prácticas por las que los sectores medios urbanos mostraron rápidamente un extraño apetito: tratamientos de pareja, familia, control mental, técnicas corporales, etc. Oferta y demanda se producen mutuamente para hacer de lo psicológico, herencia de su antigua relación con lo psiquiátrico, una hipocondría social que transforma una canti-

dad creciente de infelicidades humanas cotidianas en cuestiones de enfermedad: la tristeza se nombra depresión, los desencuentros conyugales son conflictos de pareja o de familia, los problemas de los niños en la vida social o escolar son manifestaciones de neurosis de los padres, los fracasos son masoquismos no elaborados, la impotencia vivenciada es melancolía, etc. ¿Y quién de nosotros no estuvo expuesto a todo esto en la Argentina de los setenta?

El malestar fue constitutivo de las prácticas psicológicas en el país desde su origen. Los debates que se desarrollaron alrededor de la función del psicólogo en los años setenta muestran cómo los psicólogos se hacían cargo de la nueva demanda social, a la vez que denunciaban su utilización por un sistema social represivo, injusto, que genera desigualdades sociales y, por lo tanto, responsable de los desajustes psíquicos de las personas. No conozco otra disciplina ni profesionales que hayan mostrado tal grado de autocrítica y elaboración desde su origen acerca del lugar social de sus conocimientos y prácticas. En tiempos en que las condiciones sociales y políticas del país mostraban su capacidad de dislocar y desestabilizar las relaciones humanas básicas, comunitarias, barriales, de trabajo, de familia, las prácticas psicológicas reciben el encargo de procurar su estabilización, es decir, de un trabajar sobre los individuos aislados para mejorar, soportar o estabilizar las relaciones perturbadas. Sabiamente, el terrorismo de Estado se centró sobre el aspecto crítico y cuestionador de los psicólogos, pero preservó todo lo que pudo su asimilación a las prácticas de la salud. Las primeras leyes de ejercicio del psicólogo en algunas provincias se aprobaron durante la dictadura.

Hace años ya que la medicina se había propuesto intervenir preventivamente sobre las condiciones de una salud normal y creó las cátedras de higiene y medicina preventiva, que luego extendió en sus propósitos a la higiene mental, sin lograr sus fines, ya que rápidamente encontraba que son los sistemas de poder que regulan la vida social los que no están puestos en función de preservar la salud de los habitantes. Curiosamente, la entrada de los psicólogos en el campo de la salud reabre la cuestión y la vieja higiene mental puede encontrar, por vía de las prácticas psicológicas, una realización ampliada de sus anhelos, ya que no sólo se interviene sobre lo considerado patología mental sino, sobre todo, sobre las condiciones de una existencia más realizada.

Como antes dijimos, la psicología surgió en Argentina fundada en el psicoanálisis. A partir de la ruptura de la Asociación Psicoanalítica Argentina en los años setenta y uno, ésta pierde la hegemonía en la nominación de analistas y se rompe la interdicción que impedía a los psicólogos reconocerse como psicoanalistas. *La extensión de lo psicológico implicó la expansión de lo psicoanalítico*. No tanto por el crecimiento importante en el número de los analistas, sino porque el psicoanálisis prestó sus conocimientos y dió su garantía al conjunto de las prácticas psicológicas en la salud, la escolaridad, las instituciones de menores, cárceles, etc. Esto avaló a los psicólogos en su autonomía y jerarquía profesional, ya que así se rompió fácilmente con la idea médica de situarlos en funciones consideradas auxiliares (tests, orientación psicológica, etc.) Para el psicoanalista, esta expansión a las prácticas terapéuticas con niños, psicosis, adicciones, etc., y la participación en las instituciones médico-psiquiátricas, lo impulsó hacia una terapéutica más relacional, que le permitió disputar el campo hegemonizado por lo médico-psiquiátrico, a la vez que asegurar una expansión-asimilación en el campo de la cultura. Pero no se avanzó hacia una integración con lo médico, o una mejor relación con la medicina, sino hacia la creación de un espacio propio no médico. En este camino se fue encontrando y construyendo una alianza confusional con sectores psiquiátricos actualizados, que incorporaban en Salud Mental criterios basados en técnicas socioterapéuticas, comunitarias e institucionales, abandonando al mismo tiempo el modelo médico-psiquiátrico alienista. El conjunto que formaron, y que en la década del setenta se nombraban Trabajadores de la Salud Mental, fue hegemonizado por los valores del psicoanálisis. Desde entonces, en Argentina son muchos los que ubican al psicoanálisis en esa función de modernización de lo psiquiátrico. Bien o mal, con responsabilidad o no de los psicoanalistas, para amplios sectores medios el psicoanálisis parece jugar el papel de una hermenéutica relacional, ya que posibilita la interpretación acabada de toda vicisitud en la relación con otro: hijos con padres, padres con hijos, parejas, grupos diversos, etc. Naturalmente, este proceso implicó una banalización del psicoanálisis mismo, ya que si la terminología psicoanalítica se convirtió en el lenguaje principal para dar cuenta de la existencia de los sujetos, no podía hacerlo sino a costa de la pérdida de su especificidad y rigor. Deberíamos preguntarnos: ¿no ha co-

menzado ya una caída del psicoanálisis como exploración rigurosa de la subjetividad al extenderse transformándose en técnicas breves y eficaces de lo psíquico?

Un comentario especial en la historia de la psicología en la Argentina y su relación con lo médico merece la constitución, en la década del setenta, de la Coordinadora de Trabajadores de la Salud Mental y el Centro de Investigaciones y Docencia (CDI). En ellas convergieron las asociaciones de psicólogos y de psiquiatras de Buenos Aires, junto a las de otras disciplinas psicológicas y el grueso de los psicoanalistas que promovieron su ruptura con la APA. En lo esencial, la Coordinadora se proponía una intervención política orgánica en la problemática del sector Salud Mental en su relación con lo social, definiendo críticamente el lugar de las disciplinas de lo psíquico respecto del encargo social terapéutico, como también, a través del CDI, la construcción de una alternativa de formación coherente del trabajador de lo mental. En el aspecto gremial y científico, la integración de un frente con las disciplinas de lo psíquico apuntaba a asumir en los hechos el surgimiento en Argentina de este nuevo sector llamado de la Salud Mental, e intervenir en la definición de las nuevas relaciones que se establecían con el Modelo Médico, con el aparato público de salud, y las políticas generales en que se pensaba se definían tanto las condiciones de la salud psíquica del pueblo como el tratamiento de la enfermedad. En lo formativo, esto se expresaba en el intento de asumir los fundamentos teóricos complejos del sector como las teorías y técnicas que concurrían a las prácticas terapéuticas. Así se dictaba, además de psicoanálisis, medicina sanitaria, materialismo histórico, epistemología, etc., y se promovía el debate sobre la cuestión institucional. La represión desatada con el golpe militar de 1976 impidió el desarrollo de esta experiencia y por lo mismo valorar su capacidad de construcción de un modelo alternativo en Salud Mental. Sí, creemos, mostró la posibilidad de articulación de las problemáticas y disciplinas que conforman a este sector en su autonomía, y en el interior del cual se juegan hoy las relaciones de la psicología con la medicina, como uno de sus aspectos esenciales.

Quisiera insistir en el compromiso que la psicología ha adquirido con lo social a partir de la constitución de este sector de tratamiento de lo mental. Las prácticas terapéuticas psicológi-

cas, en su polimorfismo actual, son lugares de sustitución de una socialidad cotidiana agobiante y fragmentada por una sociabilidad artificial pero altamente integrativa, como un *ethos* donde se recuperan valores de autenticidad, profundidad de afectos, goce del cuerpo, respeto por la intimidad, etc. El prestigio social del psicoanálisis se debe en mucho a su capacidad de producir un lazo social nuevo, dislocado respecto de los valores y la ética que regulan las relaciones sociales. Pero por lo mismo es necesario tener en cuenta que en las actuales condiciones históricas la cultura psicológica puede ser el refugio facilitador para los que no encuentran un lugar integrador en el plano social, en la profesión, la participación política, la cultura, en suma, la sociedad real. No se trata tanto de un refugio en la individualidad sino de una sustitución por una relación con otro, terapeuta, trabajada. Agobios e impotencias en la socialidad cotidiana, que se expresan en desinterés y distancia por lo que es sentido como no transformable, y llevan al abandono de los instrumentos comunitarios y participativos, posibilitadores de proyectos, caracterizan en mucho a los sectores medios de nuestro país. Paralelamente, la sobrevaloración de lo terapéutico, la idealización por sustitución de lo a transformar, la localización de las causas de la desdicha en esferas acotables, la oferta implícita de un modo elaborativo de resolución de conflictos en la esfera personal, la capacidad tranquilizadora de la nominación diagnóstica, facilitan, entre otros factores, el ensanche geométrico de la demanda dirigida a los especialistas de lo psíquico. Demanda incitada que, en muchos casos, las propias penurias de la economía no permiten abordar, agregándose a las impotencias y fracasos vivenciados. Demanda muchas veces de psicoanálisis, que al no poder ser respondida, tiende a ensanchar la cada vez más amplia base de las prácticas terapéuticas duales.

“La realización del ser humano se convierte en una tarea infinita (para las técnicas psicológicas), en la que siempre se puede invertir algo más”,²⁹ ya que se trata en definitiva no sólo de asumir la problemática de la desdicha, lo patológico, sino también las condiciones de la felicidad posible.

Creo que del modo en que nos situamos frente a esta nueva problemática, la del lugar social de las prácticas psicológicas, dependerá ya no sólo la relación de la psicología con la medicina,

29. R. Castel, *La gestión de los riesgos*, Barcelona, Anagrama, 1985.

sino el devenir mismo de la psicología en la Argentina. De igual modo, si pretendemos que el psicoanálisis no se confunda con las técnicas de objetivación psicológica, es preciso no confundirlo con una psicología. Basamos en esta diferenciación con la psicología y la medicina la posibilidad de definir una intervención psicoanalítica en Salud Mental que no se transforme en una técnica de recuperación psicológica del capital humano lesionado por la crisis ni en el aporte a una nueva relación de asistencia.

El psicoanálisis convive en Salud Mental con otros discursos, respeta sus límites y a la vez establece los propios. En sus conceptos encuentra las razones que fundamentan su propia experiencia de la transferencia y también resortes para analizar otros ámbitos sociales de producción subjetiva: la religión, la política, la cultura, la medicina. En estos ámbitos encuentra su objeto, pero no funda las prácticas que sostienen a esas disciplinas ni se confunde con ellas.

LAS INTERVENCIONES PSICOANALITICAS

Pueden diferenciarse distintos aspectos concretos de la intervención del psicoanálisis en el campo de la Salud Mental, siguiendo la descomposición de partes que hemos hecho en el capítulo primero. En la producción de daño psíquico el psicoanálisis ha centrado la cuestión de la producción de lo patológico en el seno mismo de las estructuras de producción subjetiva. Al comprender la estructura del lenguaje como lugar de constitución subjetiva, lo patológico remite para el psicoanálisis a la relación del sujeto con los signos de la lengua. El síntoma deviene así una composición de sentido, no la señal de una alteración. Nunca se insistirá lo suficiente sobre el valor de este recentrado de lo patológico en lo subjetivo y la consiguiente superación de las aporías de la psiquiatría.

Respecto de la disciplina, el psicoanálisis necesariamente cuestiona la configuración de una disciplina exclusivamente médica para la atención de la Salud Mental. La ubicación de la enfermedad en el plano subjetivo, del sujeto en las estructuras colectivas (de la familia y lo social) necesariamente llevan a poner la atención en las prácticas próximas a la cultura. La relación del psicoanálisis en el plano social es tanto con las prácticas terapéuticas como con aquellas de la interpretación de la cultura. Esa es la referencia disciplinaria del psicoanálisis y su identidad social.

Su inclusión en la Salud Mental deviene así un polo “desmedicalizante” y más “culturalizante” de la comprensión de la enfermedad y de las prácticas terapéuticas.

En cuanto a los saberes y teorías sobre la enfermedad, cabe agregar a lo ya dicho que, a diferencia de la psiquiatría, que buscó su referencia en los saberes médicos y filosóficos, el psicoanálisis tiene un desarrollo teórico interno y específico, lo que le permite la elaboración crítica de lo que incorpora de otros terrenos teóricos, sin riesgo eclecticista. Hemos visto por otra parte la importancia que los conocimientos del psicoanálisis han tenido para replantear al conjunto de las disciplinas sociales las problemáticas de lo subjetivo inconsciente, la producción de saberes y la verdad.

La intervención en las prácticas terapéuticas y en la institución son las que de un modo más directo problematizan al campo de la Salud Mental y a los psicoanalistas cuando deben definir su participación o no en este terreno. Hemos por ello de detenernos un instante. Vamos a dejar afuera de nuestro análisis al conjunto de prácticas terapéuticas que toman su referencia en el psicoanálisis, en muchos casos ejercidas por psicoanalistas, pero que no se plantean los requerimientos de una intervención analítica. Me refiero a ciertas psicoterapias breves, de familia, parejas, grupos, intervenciones psicopedagógicas, psicoteatro, psicodanza, etc. De importante valor en las tareas terapéuticas de las instituciones actuales de Salud Mental, están más próximas a las técnicas psicológicas.

Vamos a esquematizar tres intervenciones: prácticas de tratamientos analíticos en las instituciones de salud mental; prácticas centradas en el análisis de la institución; intervención del psicoanálisis en la prevención y promoción.

Los tratamientos analíticos en las instituciones

Me parece necesario hacer una distinción entre los requerimientos de un tratamiento analítico y ciertas intervenciones analíticas que, sin constituir un tratamiento, se basan en su método y producen ciertos efectos. Con esta última me refiero, por ejemplo, a las que hacía Freud con su compañero ocasional de viaje de vacaciones, al analizar determinado síntoma, un sueño, etc., y que creo son altamente frecuentes en las instituciones de Salud Mental. A veces con pacientes que sólo vienen a

una o dos entrevistas, con familiares de internados, con el personal administrativo, etc. Son requisitos para considerar a estas intervenciones (señalamientos, interpretaciones, etc.) como psicoanalíticas que respondan a la función interrogativa del método; no son así de este tipo en general los consejos, respuestas a demandas, etc. Deben guardar relación exclusiva a la palabra, un acto que no se media por lo simbólico no tiene función analítica. No deben constituir una mera aplicación de saber, el factor de sorpresa o imprevisto, la ocurrencia en el momento oportuno, suele ser característica esencial, no por cierto su planificación ni ejercicio ritual. En general incluye una intención de develar la estructura productora del síntoma, del conflicto. A diferencia de los tratamientos, estas intervenciones no pueden ser previstas ni programadas, por lo que su ocurrencia obedece a la presencia de analistas en estas instituciones y a la experiencia que éstos tengan. Le asigno un papel importante en la configuración del clima terapéutico que se genera en estos lugares, y en la actitud del conjunto de la institución frente a las demandas que circulan. Junto con los tratamientos analíticos planificados y llevados a cabo en las instituciones, constituyen los rasgos de la presencia de psicoanalistas en estos lugares de la Salud Mental. Al interrogarme sobre las prácticas reales de los analistas en los asilos, los hospitales psiquiátricos, los centros de Salud Mental, los servicios de psicopatología en hospitales generales, prácticas que yo mismo he realizado, me daba cuenta de lo irresumible de esta experiencia, cuya riqueza mayor no pasa por los tratamientos efectivamente realizados y concluidos, sino por el aporte que un analista hace, con pequeñas y reiteradas intervenciones, para que un síntoma se evidencie, en un paciente o en un miembro de la institución, para que circule, para que se hable y se haga así abordable.

No es posible hablar de esto sin recordar la figura clave de Enrique Pichon Rivière, no sólo por su condición de pionero de los analistas en el hospicio, sino por representar esa figura de analista dispuesto a utilizar todos los recursos disponibles de su ingenio para su función. La historia de su pasaje por estas instituciones, como la de varios más, no podría de ninguna manera transmitir mínimamente su tarea real, su incidencia en ellas, las repercusiones didácticas de sus intervenciones. Ya en 1937 era Jefe de Admisión del Hospicio de las Mercedes (hoy J. T. Borda), y a partir de 1957, Jefe del Servicio de Psiquiatría para

niños y adolescentes. Sería tan absurdo como imposible marcar los límites de cuándo sus intervenciones eran analíticas y cuándo no. Desde sus ocurrencias o sus invenciones técnicas, sólo evaluables por sus efectos, sus marcas fueron duraderas. Los grupos operativos, que comenzaron a la vez como experiencia didáctica y terapéutica, se extendieron luego a los problemas de la psicología social. Formaron parte del bagaje clínico de muchos de los analistas que en la década del cincuenta se desempeñaban en los hospitales psiquiátricos: José Bleger, David Liberman, Edgardo Rolla, entre muchos otros. En 1959, Pichon Rivière fundó la Escuela de Psiquiatría Dinámica, junto a varios de sus discípulos. Desde allí comenzó la elaboración teórica y práctica sobre las psicosis, que desembocó en su teoría de la enfermedad única. Su presencia y su ejemplo se hicieron notar cuando los analistas hicieron más notoria su intervención en los hospitales generales. Diego García Reynoso en el Hospital de Niños desde 1957, Carlos Mario Aslan en el Instituto de Investigaciones Médicas, hasta la apertura en el Hospital G. Aráoz Alfaro del Servicio de Psicopatología que dirigiera Mauricio Goldeberg. Las terapias de grupo en Argentina también tuvieron su inicio en hospitales: en 1947 con Pichon Rivière y a partir de 1953 J. J. Morgan, S. Resnik y Usandivaras. En 1955 se funda la Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo.

Si me he detenido a recordar a Pichon Rivière y a la prosecución de su ejemplo entre los analistas vinculados a Salud Mental, es para hacer evidente la necesidad de recuperar cierta historia de experiencias ya comenzadas. No porque haya que proseguirlas, repetirlas o imitarlas, sino porque su conocimiento ahorraría muchas incertidumbres y enriquecería sin duda las reflexiones de los que, más jóvenes en esto, se acercan interrogándose sobre su función de analistas en estas instituciones.

Los tratamientos analíticos

Recordemos lo ya dicho sobre la relación de asistencia. El psicoanálisis no instituye una relación de asistencia. Tampoco confunde sus criterios de curación con los de la medicina. Su relación con las psicoterapias debe tener en cuenta algunas diferencias esenciales: a) las psicoterapias son más fenoménicas en su captación del síntoma, mientras que el psicoanálisis se propone una disección de las estructuras productoras de conflic-

to; b) las psicoterapias parten de y tienden a la unidad del sujeto, el humanismo que las sustenta se expresa en sus ideas de adaptación y equilibrio, mientras que al análisis le es ajena la síntesis, su sujeto es estructuralmente escindido, tópico, y el conflicto y la adaptación son de naturaleza irreductible; c) las psicoterapias confían todo a una sociabilidad equilibrada y a ello tienden, mientras que el análisis muestra a la relación social como narcisismo y síntoma; d) las psicoterapias se proponen la resolución del síntoma, en lo cual basan su eficacia, mientras que el análisis devela una relación entre el síntoma y la verdad histórica del sujeto y la disolución del síntoma sobreviene “por añadidura”, por develamiento de esa verdad; e) mientras que las psicoterapias responden a la demanda del paciente tendiendo a reunir, aglutinar, lo que éste separa, el análisis interroga a la demanda sin satisfacerla, tratando de desagregar lo que la constituye; f) si las psicoterapias autorizan en el terapeuta la utilización de su persona para lograr la cura, el análisis se rige por el principio de abstinencia y relación exclusiva a la palabra; g) finalmente, si el terapeuta utiliza un saber y una experiencia que hacen de su acción una pedagogía subyacente, el analista interroga al saber en el paciente, evitando en lo que pueda toda intención pedagógica. Es sobre la base de estas diferencias, que definen a un tratamiento como analítico, que pueden plantearse cuestiones tales como la eficacia terapéutica, los criterios de curación y finalización, etc. Son éstas, además, las condiciones para que las cuestiones del método (regla de abstinencia, neutralidad valorativa, asociación libre, atención flotante) posibiliten la instalación y el manejo de la transferencia.

Desde otra perspectiva, abordar las cuestiones relativas al tratamiento analítico en una institución es preguntarse por la transferencia, ya que es su despliegue en la cura lo que define las características y posibilidades de un análisis. Si queremos alejarnos de todo voluntarismo practicista, que nos exhorta a analizar sin pensar en qué condiciones, la cuestión a preguntarse es qué agrega la institución psiquiátrica a estos tratamientos, que de algún modo haya que tener en cuenta en los principios del método. No nos parece que ciertas cuestiones del encuadre sean lo esencial: el pago por el paciente al analista, el número de sesiones, la disponibilidad del lugar, diván, horarios, etc. Sí nos parece importante contar con la aceptación por la institución de ciertos requerimientos que tiene un tratamiento analítico: elec-

ción mutua del analista y el paciente, cuestiones de respeto por la privacidad de la relación analítica, aceptación del tiempo de duración del tratamiento y frecuencia necesaria de sesiones, que no pueden fijarse administrativamente, respetar que es el analista quien dirige la cura y no los criterios administrativos, aceptación de los criterios analíticos de curación y fin del tratamiento. Para un analista, la singularidad de cada análisis es esencial. Las generalidades del método, los universales teóricos, y aun la propia experiencia no recubren nunca la totalidad de cada análisis, el que debe desplegarse como singular. Siempre, para el analista, es "caso por caso". Las instituciones tienen requerimientos de diagnóstico, clasificaciones y generalizaciones, que suelen hacer conflicto con este requerimiento de singularidad. Todos estos aspectos suelen ser olvidados en las instituciones actuales de Salud Mental, en las que el psicoanálisis va cobrando cierta hegemonía teórica y práctica. *Lo que nos parece que la institución agrega a estos tratamientos es justamente la presencia de la institución en la transferencia.*

En la creación del espacio clínico que necesita el análisis, la institución emerge como fuerza instituyente de una relación con el analista que hace obstáculo a la configuración de la relación de análisis. Esta transferencia es *previa* a la transferencia analítica propiamente dicha y suele permanecer como obstáculo, telón de fondo de todo tratamiento en las instituciones, con frecuencia como un aspecto no analizable. ¿En qué consiste esta transferencia? Está configurada por la relación regresiva que el paciente mantiene con la institución médico-asistencial, y suele expresarse tanto bajo formas de sometimiento como de exigencias despóticas de cuidados y atenciones. Sabemos por Freud la función sofocante de la subjetividad que toda institución mantiene con los individuos. La pregnancia que en el imaginario social tiene la institución médica refuerza estos efectos de sometimiento regresivo cuando alguien se siente enfermo e idealiza los cuidados que habrán de aliviar su sufrimiento. Es conocido por todos el aprovechamiento que el médico puede llegar a hacer de esta transferencia, en beneficio de agrandar su imagen o los poderes que la fantasía regresiva del enfermo le confiere. E. Jacques³⁰ había mostrado a las instituciones básicas

30. Elliot Jacques, "Los sistemas sociales como defensas contra las ansiedades persecutoria y depresiva", en *Obras Completas de Melanie Klein. Tomo 4, Nuevas direcciones en psicoanálisis*, Buenos Aires, Paidós-Hormé, 1965.

de la sociedad como defensas frente a ansiedades que, siguiendo a M. Klein, denominaba psicóticas: policía, bomberos, medicina. Estas instituciones, tan presentes por otra parte en el imaginario de los niños, forman parte de la personalidad, según este autor. Bleger había agregado a esto que toda institución es, además, lugar privilegiado de depositación y fijación de los aspectos ambiguos de la personalidad, indiferenciados. Lo que señala E. Jacques, que forma parte de la personalidad, no ajeno al pensamiento freudiano en su análisis de la Iglesia y el Ejército,³¹ significa que hay una impregnación identificatoria en la relación del sujeto con la institución. Desde otro ángulo: la conciencia, la representación, que el enfermo tiene de su padecimiento, incluye las de la institución médica; ésta forma parte de sí mismo.

La instancia subjetiva que sostiene esta identificación es el yo ideal; de él parten los fantasmas omnipotentes de control de la muerte y el sufrimiento a través de una recuperación regresiva de la fusión con la madre: exigencia de ser cuidado, protegido, dependencia extrema, idealización. Por otra parte, esta transferencia con la institución está infiltrada por la compulsión repetitiva, la que suele lograr ciertos efectos ya que esencialmente es muda, sólo se expresa bajo la forma ritual y ceremonial de la asistencia: el cuidado del cuerpo, la denegación de la muerte; el cuidado del espíritu, la denegación de la locura. Estos aspectos regresivos, como lo señalara Bleger,³² sólo se hacen manifiestos en los momentos en que el ritual se interrumpe, o se perturba, o cuando la ceremonia no se cumple. Esto es precisamente lo que suele ocurrir en los tratamientos analíticos en la institución cuando no se ha tenido en cuenta esta transferencia previa, es decir, cuando la relación instituida del paciente con la asistencia no ha sido considerada como síntoma.

La transferencia, en todo análisis, tiene una dimensión de repetición, en tanto reactualiza en la relación al analista algo de los vínculos primarios. La transferencia a la institución busca repetir de modo compulsivo el vínculo simbiótico, materno, sostenido en el yo ideal, y difícilmente analizable. Su dimensión compulsiva nos aparece en lo altamente ritualizado en la relación con lo médico, y en el requerimiento repetido del acto sometimiento/cuidado. La dimensión de defensa, a la que antes

31. S. Freud, "El porvenir de una ilusión", O.C., t. II.

32. J. Bleger, *Simbiosis y ambigüedad*, Buenos Aires, Paidós, 1967.

aludimos siguiendo a E. Jacques, además de los efectos denegatorios de la muerte y la locura, se expresa también en el obstáculo que el paciente presenta a la apertura de su historia. La exigencia de ser atendido y curado en su condición de enfermo, es una fuerza homogeneizante que aplasta las singularidades de su historia personal, o los recuerdos en donde sus síntomas podrían desplazar sentido. Esto se une a los efectos reales que la institución inscribe, ya que, por principio, toda institución afecta al ser de sus miembros en la homogeneización que produce, borrando las diferencias subjetivas. Ambas, instituciones y transferencia del sujeto, se constituyen en resistencia al análisis que requiere, como vimos, el despliegue de una singularidad plena.

Creo que la consideración de estas cuestiones es clave, porque el psicoanalista no está exento de su propia identificación con la institución, y de establecer en cuanto a esto lo que Freud denominara "transferencia recíproca". Con cierta perplejidad he escuchado hace poco tiempo a un conocido analista decir lo siguiente: "cuando la relación con el Otro desborda la transferencia se hace necesaria la internación". Esta opinión no guarda mucha distancia con la que sostenía la psiquiatría organicista kraepeliniana o el mecanicismo a ultranza de Clérambault. Para este psiquiatra el enfermo mental salía del orden simbólico que estructura la relación humana y por lo tanto la institución psiquiátrica (es decir el internamiento y la custodia) se hace necesaria. Es un ejemplo claro del resurgimiento de la vieja ideología psiquiátrica en lo que, me permito llamar con cierta audacia, resurgimientos transferenciales a la psiquiatría asilar en algunos analistas.

Creo que deben ocuparnos las formas menores de transferencia institucional. Si, como pensamos, la institución forma parte, por impregnación identificatoria, del yo arcaico, escindido y fijado en la relación de asistencia, también es frecuente que los analistas depositen en la institución sus propias demandas regresivas de protección-seguridad-cuidados. Frente al investimento transferencial que los pacientes hacen sobre el analista, suele ocurrir que éste recurra a la institución como defensa, poniéndose en función resistencial. Si la institución sirve al analista para protegerse de la transferencia del paciente, y al mismo tiempo o simultáneamente sirve al paciente como resistencia para el análisis, la institución, en su reinado absoluto,

logra impedir el análisis. En esos casos se instala en plenitud la relación de asistencia: recetan fármacos, se interna, se refuerza como justificación de todo la actitud diagnóstica.

Aparte de la implicancia de la institución en el tratamiento, interesa la manera en que ésta instituye un modo de relación social. El abrir en el espacio clínico mismo un interrogante sobre la institución permite tomar a ésta como síntoma: en el paciente, en los terapeutas, en el personal no asistencial. Así como hemos señalado que el analista abre interrogantes frente a la demanda que le dirige el paciente, la escuela, la familia, de igual modo es preciso que se interrogue sobre la demanda de la institución. Recordemos que la relación que instituye el psiquiatra es objetivamente del enfermo; esto se expresa en el diagnóstico, que al nombrar al paciente afecta a su ser en lo simbólico (esto es, define su lugar en los intercambios sociales). La institución de Salud Mental, conformada sobre valores médico-psiquiátricos, tiende a demandar esta afectación diagnóstica y clasificatoria. Ese es el modo en que un paciente accede a los sistemas simbólicos de la institución. El ejemplo extremo es cuando el nombre diagnóstico se reemplaza por un número. Una interrogación psicoanalítica sobre esta demanda, encarnada en el paciente, apunta a interrumpir la ley ritual de repetición-clasificación que la institución efectúa y permite acceder al sentido de su organización. Esta organización conforma una estructura, pegada a la relación que instituye la psiquiatría (saber-poder), cuya presencia es muda, es decir no analizada, y se hace presente por sus efectos: los pacientes son reconocidos por el personal y por los terapeutas por sus nombres diagnósticos. Los pacientes mismos aceptan este nuevo nombre que también genera repetición y destino. Cuando esto se da, se dice que la organización institucional funciona. El método analítico, cuya aplicación califica de análisis a un tratamiento, requiere de una clínica en la que el padecimiento del sujeto sea abierto a la complejidad sobredeterminada de su historia, sus relaciones actuales, la demanda que sitúa a un otro (terapeuta) y un lugar. *Un analista, frente al paciente que consulta, no puede dejar de interrogarse por el sufrimiento sintomático: ¿a qué sirve el síntoma?, ¿por qué en este momento?, ¿qué quiere o reclama del médico?, ¿por qué acude a este lugar?, ¿qué relación tiene este lugar con lo que quiere?*

La institución no se plantea interrogantes, tiende a responder con su propia red de sentido, incorporando y significando a ese

sujeto desde sus saberes y funcionamientos establecidos. En este sentido, los encuadres de la institución y del analista son antagónicos.

Suele pensarse que se debe intentar adaptar los tratamientos a los requerimientos de la institución asistencial. Así surgieron distintas terapias a las que se piensa más funcionales con la atención en instituciones públicas (psicoterapias breves, de grupo, etc.) No nos parecen incorrectas estas propuestas en sí, como métodos alternativos de tratamiento, pero sí creemos incorrecto guiarse, para definir un tratamiento analítico, por cuestiones contextuales: lugar, tiempos requeridos, dimensiones de la demanda, frecuencia de sesiones, urgencia. Esto suele llevar a una selección de casos: para el grupo, para el psiquiatra, para la terapia breve, etc. En el prólogo que Pichon Rivière escribió para el libro de Alexander y French³³ en el que estos autores sostenían justamente la adecuación de método de tratamiento al contexto institucional, decía: "Si bien la opinión de los autores me merece el mayor respeto, creo que hay ahí algo así como una confusión o una inversión del planteamiento, como si hubiera casos para una cosa y casos para la otra. Posiblemente todo eso no sea sino una secuela de la formación médica habitual: un caso de difteria, un caso de escarlatina, etc."

Desde la admisión misma del paciente, ya sea hecha con él a solas, en grupo, familia, etc., se debe generar un espacio analítico, en el que la demanda pueda ser escuchada con el mínimo de interferencia institucional. El modelo de intervención analítica no tiene por qué ser diferente al que se realiza en la práctica privada. Insistimos en esta cuestión porque creemos que se originan falsos dilemas. Lo que los terapeutas trasladan de lo privado, y que suele merecer críticas, son los ritos, lo convencional, las ceremonias sociales con que se recibe a un paciente, el contexto. La modalidad de intervención analítica es, o debe ser, la misma. *Los sujetos, para el analista, no son diferentes porque pertenezcan a niveles sociales diferentes.* La calidad de la intervención, la privacidad de todo análisis, el mantenimiento del secreto, el respeto por el paciente y sus síntomas, el modo de escucha y la interpretación no tienen por qué diferir. La transferencia está en el paciente y se hará presente en la clínica si hay

33. F. Alexander y T. French, *Terapéutica psicoanalítica*, Buenos Aires, Paidós, 1955.

un analista dispuesto a recibirla. Es una cualidad de la estructura del sujeto, no una maniobra técnica que pueda o no realizarse. Con frecuencia surge también con los psiquiatras o con el médico, que suelen manejarla para reforzar su prestigio narcisista o su poder sobre el enfermo. El analista se sirve de ella para otros fines: la detecta para facilitar la relación del paciente con su propio saber y su verdad. En la convivencia entre analistas y otros técnicos de la Salud Mental en las instituciones, el manejo de la transferencia por los analistas, que supone un modo de relación nueva y diferente con los enfermos, repercute sobre el conjunto de la institución, y tiene, en cuanto a esto, un valor crítico sobre los vínculos que la institución propone. Es necesario partir de la idea de que en el momento actual la institución de Salud Mental no es en sí un instrumento terapéutico, sino el lugar donde se implanta una relación nueva que quiere ser terapéutica.

LA INSTITUCION PARA EL PISCOANALISIS Y EL PSICOANALISIS INSTITUCIONAL

Vamos a ocuparnos sintéticamente de dos intervenciones psicoanalíticas en Salud Mental centradas en la institución: aquellas que toman a la institución como objeto de la intervención analítica y el psicoanálisis institucional. Recordemos a este fin algunas indicaciones de Freud sobre una comprensión psicoanalítica de la institución.

Habitualmente se parte de comprender a la institución como una formación colectiva que se opone al individuo. Freud arranca de una superación de esta dicotomía. Abandona la oposición de las categorías empíricas de individuo/masa, para conceptualizar esta diferencia como libido objetal-libido narcisista. Conceptualización que le permite abordar en el mismo plano la economía interna del yo y la estructura colectiva. Debe tenerse en cuenta que la operación freudiana no es totalizante, no pretende recubrir íntegramente lo que concurre a la génesis y funcionamiento de las instituciones, sino al aspecto subjetivo de éstas. Señala como propio de un colectivo institucional tres categorías: la estructura libidinal, la organización y la ideología.

La estructura libidinal constituye algo en común que no es esencialmente del individuo o del grupo, pero asegura los vínculos narcisistas en el individuo y entre los individuos. Es lo que asegura la identificación entre los miembros del grupo y de éstos

con la figura del líder. La identificación crea la ilusión de un amor del jefe hacia cada uno de los individuos.

La organización estructura el vínculo colectivo, regula las pertenencias y exclusiones del grupo, establece los roles y las jerarquías y provee un ordenamiento simbólico en los códigos discursivos que establecen las funciones y los intercambios entre los miembros del grupo.

La ideología, no en el sentido corriente del término sino como el sistema colectivo de creencias, fe o supuestos que permite un imaginario común, se comporta silenciosamente. Su papel instituyente es mudo, no comunica, y sólo se expresa a nivel de ciertas consignas de reconocimiento y pertenencia. Constituye lo no cuestionable, lo no dicho, lo no interrogable, que funda la cohesión del grupo y sofoca toda palabra individual.

Para Freud³⁴ hay una correspondencia entre la estructura libidinal del sujeto (en la tópica yo-superyó-ideal del yo) y la estructura del vínculo colectivo entre los sujetos y de éstos con el líder o jefe. Ambas son reguladas por la economía narcisística de los ideales. Estas identificaciones constituyen un núcleo de la formación colectiva. La vinculación de la figura del líder o jefe con el padre primitivo (padre idealizado) permite visualizar los desplazamientos entre el padre idealizado, sus figuraciones en el líder, el establecimiento social de jerarquías y la ley social. Se encarna así en el sujeto un polo de identificaciones ideales que han de constituir ese interior/exterior que es para el sujeto el superyó/ideal del yo.

La institución es para Freud la existencia necesaria de esta estructura libidinal, que instituye lo social en el sujeto y hace a su vez al sujeto instituyente del vínculo social coagulado en las instituciones. El sujeto es un creador de instituciones que, como en la infancia, habrán luego de asegurar la ilusión de protección, cuidado y reconocimiento de los mayores, ofrendando a ellos el juzgamiento de su yo. R. Lourau³⁵ ha señalado cómo la idea hegeliana de la encarnación de la idea absoluta en el Estado prusiano, no es ajena a este análisis freudiano de la institución. Toda institución tiende a enmudecer y fijar esta estructura libidinal, haciendo aparecer como natural su estructura de roles y jerarquías, y congelar toda circulación de deseos que pudiera

34. S. Freud, *Psicología de las masas y análisis del yo*, O.C., t. II.

35. R. Lourau, *Psicoanálisis institucional*, Buenos Aires, Amorrortu, 1980.

alterar la organización establecida. Esto genera el culto conservador de las instituciones, encargadas de fijar y hacer perdurables las relaciones de poder establecidas, bajo la ideología de ciertos valores que se muestran como si fueran trascendentes y a-históricos: el respeto por las jerarquías-el culto hacia los mayores-la preservación de lo instituido. La perduración de las instituciones fundantes asegura en cada individuo el culto a (y el amor de) la “patria” (padre idealizado) que nos cobija a todos y tiende a ocultar las relaciones reales de diferencia, dominación y hostilidad. En una carta a Einstein decía Freud: “La singularidad irreversible del Estado es la violencia”.

Melanie Klein enfatizaba la función de las instituciones como defensa; protegen al sujeto de las ansiedades primitivas: del ataque y la destrucción (las instituciones de la seguridad), de la envidia y la voracidad de los otros (las instituciones políticas, el derecho, la justicia).

Oury, Guattari y otros, a partir de las experiencias de La Borde, entienden a la institución como perteneciente a lo imaginario, fijando las relaciones que organiza con la consiguiente tensión agresiva, propia de la especularidad que instala. Es también para ellos una defensa, pero del Otro, es decir, de la sociedad y sus instituciones, en el caso de la institucionalización psiquiátrica. Como tal, la institución tiende a “vaciar la palabra”, es decir, a crear en las relaciones que insta zonas de no sentido, resistentes a la circulación y productoras de síntomas.

En Argentina, Fernando Ulloa se ha interesado desde hace años en el abordaje psicoanalítico de la institución, partiendo de la definición de la institución como objeto de análisis. Fundado en un modelo operativo, define la institución sobre tres ejes: espacio, tiempo y roles, señalando las articulaciones y fronteras entre sí. En una conferencia reciente,³⁶ proponía, como modelo de comprensión, pensar a la institución como un espejo. Para los miembros de la institución el espejo refleja lo idéntico, lo que les pertenece, lo igual a lo que promueven. Para el que llega a la institución, el espejo refleja todo lo extraño. El analista en la institución, para hacer hablar al inconsciente (no hablar “de” el inconsciente), necesita romper ese espejo, traspasarlo. Nos propone así una reflexión penetrante sobre el efecto de encantamiento que el espejo de la institución genera en cada uno de sus

36. F. Ulloa, Conferencia en Clínica del Sol, Buenos Aires, diciembre de 1988.

miembros, en los que el pacto narcisista por lo manifiesto, lo idéntico, oculta los aspectos latentes, silenciando al “ello”. Ulloa afirmaba en la misma exposición que en las instituciones la internación de un paciente no refleja la capacidad o el poder del terapeuta sino justamente su impotencia. La internación del paciente no supone por lo mismo una “internalización de la enfermedad” sino, con frecuencia, lo opuesto.

Es importante enfatizar que no se trata para estas intervenciones de socializar mediante el grupo, ni reforzar los mecanismos organizativos o ideológicos de la institución, para mejorar su equilibrio o hacer más eficiente su función. Se trata de que el analista en la institución instituye un lazo social de otro tipo: interpela la institución, evidencia sus síntomas, desnuda la complejidad de sus relaciones, genera una relación del saber y la verdad entre sus miembros, que tiende a desinvertir el poder del terapeuta sobre el enfermo. En este sentido, es válido ubicar al analista como efector de una política (lazo social) opuesta a la política de la psiquiatría.

Hemos definido antes a la institución psiquiátrica en crisis. Esta se expresa en una pérdida creciente de su hegemonía médica sobre el campo de la Salud Mental y sus instituciones. Una mayoría importante de instituciones de Salud Mental en la actualidad no tienen un discurso unívoco ni logran imponer su función homogeneizante. Se tiende así a instituir normas, organización, ideología, en el seno de colectivos institucionales altamente heterogéneos. Para muchos, ésa es hoy la ideología dominante: sólo se trata de preservar el terreno propio, la “pequeña diferencia”, mostrándose indiferentes al conjunto. Nosotros pensamos que problematizar esta convivencia discursiva permite recuperar la capacidad transformadora del psicoanálisis. El vínculo social que instituye el psicoanálisis no puede vivir ajeno al conjunto de los requerimientos sociales y a lo que éstos instituyen. Si nos interesa expandirlo y asegurarlo es necesario, en rigor, ser consecuentes con la causa freudiana: “preservar el método en sentido riguroso y estricto”.³⁷ Hacer que “ello hable” requiere, en el seno de esta conformación heterogénea de la Salud Mental con la que convive el psicoanálisis, no limitarnos, ni limitar el inconsciente a espacios acotados. Un grupo centrado en el grupo no define un espacio de análisis. Una institución

37. S. Freud, “El porvenir de la terapia analítica”, *O.C.*, t. II.

no puede centrar su comprensión en sus propias categorías. Un sujeto centrado y replegado sobre sí no posibilita el análisis. El campo del psicoanálisis se define por la referencia al Otro; esto es esencial. El inconsciente, el síntoma, la transferencia, son abordables en las configuraciones de sentido que constituyen un sujeto, una institución o un grupo.

El *análisis institucional* surgió a partir de las experiencias de Saint-Alban que hemos relatado. Tosquelles, Torrubia, Oury y posteriormente Guattari organizaron una experiencia institucional que podríamos denominar de microsocialización. Se trataba inicialmente de constituir a la institución como un colectivo de gestión de todas las actividades: a) establecer sistemas de participación y control de los enfermos sobre el dispositivo institucional; b) procurar una organización autogestionada de las tareas entre enfermos y personal; c) establecer una horizontalidad de relaciones que aboliera las jerarquías, debilitara el poder de los profesionales y posibilitara una circulación al máximo de los saberes; d) establecer a la Asamblea constituida por todos los miembros de la institución como órgano de regulación y funcionamiento colectivo democrático en la toma de decisiones; e) introducir técnicas grupales de tratamiento, aboliendo al máximo los encuentros terapéuticos duales. Estas formulaciones tenían como antecedente las reformas de la salud pública que llevó adelante el Frente Patriótico, luego de terminada la guerra. Entre el conjunto de reivindicaciones de democratización del sistema de atención, que se denominó "transversalidad", se incluía la reforma de la estructura de jerarquías entre médicos, enfermeras, pacientes y personal administrativo. Por otra parte, las técnicas grupales de tratamiento habían comenzado pocos años antes en Inglaterra. Bion, Foulkes y Anthony habían trasladado a su práctica en el hospital psiquiátrico las técnicas grupales de abordaje que habían desarrollado en la preparación de comandos ingleses durante la guerra.

En 1950, un sector de los fundadores de la terapia institucional, encabezado por Bonnaffé y Daumezon, realizan una crítica a esta experiencia señalando que se están configurando "neosociedades anarquistas" ajenas al funcionamiento organizado de la sociedad real. En el plano teórico cuestionan la introducción del sociodrama de Moreno y lo que interpretan como una confusión entre alienación mental y alienación social. Subyacente a este debate estaba la cuestión del psicoanálisis, ya que el otro grupo

había incrementado su formación y adhesión al psicoanálisis. Se produjo así un divorcio entre la psicoterapia institucional y el Sector. Daumezon y Bonnaffé se vuelcan a la reforma psiquiátrica y el resto, liderado por Tosquelles, Oury y Torrubia, fundan la revista *Psicoterapia Institucional*. A partir de allí la experiencia comienza a ser homogéneamente pensada y organizada desde el psicoanálisis. En síntesis, se proponían lo siguiente: a) a partir de la microsociología, el psicodrama de Moreno y el psicoanálisis, se trata de establecer un concepto de institución acorde con la experiencia que realizaban; b) se contextualiza esta experiencia respecto de lo social, al ponerse de manifiesto la funcionalidad de la institución psiquiátrica con la política, la relación económica, el poder del Estado, la ideología; c) en cierto modo, como respuesta a estos dos puntos, se trata de construir un sistema de funcionamiento microsocioalizador, que difiere en varios puntos con las comunidades terapéuticas inglesas: 1) todas las actividades son colectivas (grupos, asamblea); 2) igualmente, los tratamientos psiquiátricos y las psicoterapias individuales quedan abolidos; 3) se amplía la actividad a la comunidad en que asienta, a través de reuniones en el barrio, con familias, etc.

El entusiasmo que había despertado esta pequeña “revolución psiquiátrica” se basaba en que había logrado instituir relaciones más humanas entre enfermos, médicos y personal, más democráticas y menos alienantes. Pero en esencia no se contaba aún con una teoría que diera cuenta del sentido y la perspectiva de esta experiencia. Surgió así la pregunta ¿en qué nueva forma de relación asistencial estamos situando el problema de la locura?³⁸ Se abrió entonces un conjunto de interrogantes que ampliaban el horizonte de lo que se estaba realizando: las cuestiones de la demanda social, el lugar del deseo en la institución, y el lugar de la institución en el campo social. El análisis de la demanda pasa a ser clave y es lo que lleva a girar la experiencia hacia un psicoanálisis institucional, en tanto el sujeto de la demanda se liga al inconsciente. Se visualiza que en la demanda del enfermo hay “otros” que hablan en él; que no es ajena a la demanda del aparato médico-mental, que no tolera su “no saber” sobre la locura y exige entonces una respuesta-

38. *Recherches*, Nº 17, entrevista a Tosquelles.

satisfacción, demanda familiar, que exige no se los involucre en la palabra y el síntoma del loco; demanda de la sociedad que no acepta al loco en su verdad.

A partir de 1956 se funda en Cour Cheverny la Clínica La Borde, que dirige Oury, donde se instala el grupo de analistas que impulsaban esta experiencia. La Borde pasa a ser la referencia concreta, el lugar de realización, del psicoanálisis institucional. El supuesto básico con el que comenzó La Borde³⁹ consistía en pensar la institución sobre el modelo tópico del sujeto freudiano. La institución pertenece al registro de lo imaginario, está estructurada por un *topos*, con espacios diferenciados, en los que queda atrapado el deseo y la palabra del enfermo. Guattari introduce el concepto de “transversalidad”, usado en la política de salud, que pasa a ser un concepto clave de la organización de los vínculos. Transversalidad se opone a la idea de verticalidad jerárquica, organización piramidal de roles, distribución jerarquizada del poder. Y también a la idea de “horizontalidad” que había sido impulsada por el sociograma de Moreno. Dice Guattari: “La transversalidad supera ambas aporías (verticalidad y horizontalidad) y tiende a realizarse cuando se efectúa una comunicación máxima entre los diferentes niveles y sobre todo en los diferentes sentidos. Es el objeto mismo de la investigación de un grupo”.⁴⁰ No se trata de la comunicación, según las teorías del emisor-receptor. Transversalidad nada tiene que ver con la idea de mejorar la comunicación del grupo o la institución. Se trata de una dimensión permanente de apertura en la institución, de interrogación radical, que asegure una potenciación en la circulación del deseo.⁴¹

El psicoanálisis institucional, a través de la idea de transversalidad, se propone: 1) introducir mediaciones a través de reuniones, clubes, actividades grupales, que garanticen la circulación del deseo y los síntomas entre los miembros; 2) abrir toda relación binaria, estereotipada, objetivante del enfermo, en tanto se piensa que toda relación dual no puede escapar de instituir una relación técnica objetivante (obviamente la relación analítica, aunque formada por dos personas, no es una relación intersubje-

39. *Histoire de la psychiatrie du Secteur, Double Recherches*, marzo 1975, véase entrevistas a Guattari, Oury y Tosquelles.

40. Idem, entrevista a F. Guattari.

41. *Alternativas a la psiquiatría*, Barcelona, Appiani, pág. 188, 1979.

tiva y escapa a ser considerada como una relación técnica); 3) transformar la specularidad imaginaria en dirección a una dimensión simbólica; es decir, producir, a través del conjunto de las intervenciones institucionales, efectos significantes que liberen en los sujetos un orden de palabras, cuyo sentido pueda garantizarse por la dimensión colectiva.

Se trata de transformar "la institución" desde un sistema de reglas y relaciones que apresan la palabra y fijan los roles, hacia una especie de discurso colectivo, o lenguaje de la institución, en la que la circulación de la palabra garantice efectos significantes y por ello terapéuticos.

Hemos señalado en un capítulo anterior las dificultades que hicieron que la experiencia de La Borde, treinta años después de su comienzo, haya retrocedido a nuevas alianzas con la psiquiatría que se proponía superar.

LA INTERVENCION EN CRISIS. PSICOANALISIS Y PREVENCION PRIMARIA

La prevención primaria es originalmente un concepto utilizado en salud pública, que tuvo diversas expresiones en psiquiatría, aunque poco significativas, hasta la Segunda Guerra Mundial. A partir de las propuestas de Lindemann en 1944 sobre la intervención en crisis y fundamentalmente los trabajos de G. Caplan, se inaugura un criterio nuevo, conceptual y práctico, de atención de los problemas de salud y enfermedad mental, conocidos con el término de prevención primaria. Parte de esto lo hemos analizado en el capítulo dedicado a la psiquiatría comunitaria en EE.UU. Nos ocuparemos ahora de su relación con el psicoanálisis.

El criterio de prevención primaria es, desde sus comienzos, un concepto de la psiquiatría comunitaria. Se proponía la disminución del surgimiento de enfermos mentales en una comunidad a partir de actuar contrarrestando las cadenas de conflictos relacionales antes de que éstos se expresen y coagulen en enfermedad del individuo. No se trata sólo de evitar en lo posible el surgimiento de un individuo mentalmente enfermo, sino de actuar sobre los elementos que hacen patógeno a un grupo o comunidad. Conceptualmente, este criterio supone que el individuo que enferma debe ser comprendido y asistido en relación con las dinámicas del grupo en que se produjo lo patológico, deses-

timando todo tipo de comprensión centrada en el individuo y su tratamiento aislado. Se tiene la esperanza de que la intervención en la comunidad traspase el plano de lo asistencial y permita unificar en una misma acción la gestión de valores en salud mental (promoción), la modificación de las condiciones patógenas de la comunidad (prevención) y la asistencia de los que la requieran. El ideal que guía estas acciones es el de pasar de una intervención sobre la patología ya producida a una modificación de los elementos que hacen patógena a una comunidad. Hemos visto que las enormes dificultades que esto plantea están dadas por la ruptura de esa frontera entre lo individual, como lugar de emergencia de la patología, y lo social, como lugar de producción subjetiva y por lo tanto requerimiento de una intervención más de orden político sobre los factores sociales, económicos, etc., que hacen a la vida social productora de fracasos y sufrimientos psíquicos. Estas dificultades hacen que haya una asimetría notable entre lo que repetidamente se enuncia en salud mental sobre lo preventivo y lo escaso de las acciones realizadas. No hay duda de que estamos muy lejos de una prevención generalizada como criterio de acción en Salud Mental, y el peso mayor de las estructuras institucionalizadas y sus acciones sigue ligado a lo asistencial.

Si se intentara actuar modificando los factores que hacen que una comunidad sea patógena, o lo que es más frecuente, las condiciones patológicas en que viven grandes sectores sociales, habría que definir otras áreas de intervención: estudiar las características de composición demográfica; los vínculos sociales; las condiciones psicosociológicas de las poblaciones en riesgo especial; los problemas del hábitat; las condiciones de trabajo y ocupación, de alojamiento y vivienda, religiones y subculturas por migración, etc. Esto requiere, además, un trabajo en relación más directa e inmediata con los agrupamientos sociales espontáneos: barrio, clubes, organismos vecinales, sociedades de fomento, partidos políticos, etc. Se trata en definitiva de intervenir sobre la calidad de vida en los diferentes grupos etarios. Habría pues que plantearse una acción muy diferente de las que sustenta la ideología asistencial: consulta y decisiones en común con los líderes o representantes más directos de la comunidad; el análisis conjunto de los conflictos en la vida social o de situaciones que se consideren patógenas; la participación protagónica de las organizaciones sociales en cuanto a las soluciones que se provean; etc.

Disponer del colectivo técnico de Salud Mental para que actúe como mediador entre la comunidad y los poderes de decisión: gobierno, Iglesia, sistema de atención médica, sistema escolar, etc. A esto deben agregarse las medidas directas con aquellos individuos o grupos a los que se considere más expuestos al riesgo de enfermar: personas o grupos migrantes con dificultades de adaptación, niños desamparados, miseria extrema, desocupados, problemas de drogadicción en los jóvenes, etc. Como se ve, se trata de articular las acciones de prevención desde el dispositivo de la salud mental con un modo de acción social y política que requiera la participación y el compromiso más general del Estado con el bienestar y la felicidad de los individuos.

Es necesario tener presente que las demandas espontáneas que surgen en la comunidad están gobernadas por la conciencia asistencialista. Se requiere siempre mejores servicios, más y mejores hospitales, mejores médicos, más accesibilidad; en suma, mejorar la asistencia. Dadas las dificultades para pasar a un plano político de intervención preventiva en el seno mismo de las condiciones sociales de bienestar psíquico, se suele intervenir en franjas que denomino intermedias. Estas ya no son definibles en los modelos asistenciales clásicos ni tampoco constituyen estrictamente una acción preventiva. Se centran en la intervención psiquiátrica de urgencia, o en lo que Lindemann llamó "intervención en crisis", la detección precoz de problemas psíquicos en los niños en escolaridad con la aplicación de consejos o regulaciones con la escuela, la intervención precoz en conflictos de familia antes que se expresen como enfermedad en uno de sus miembros, tratar de permeabilizar a la comunidad para lograr mayor comprensión y tolerancia con los enfermos mentales, intervención a través de los gabinetes escolares, laborales, etc. Igualmente el asesoramiento a la justicia sobre problemas de delincuencia en menores y delitos que hagan dudosa la imputabilidad, cuestiones de familia, divorcio, tenencia de hijos, etc. En las escuelas de psicología suelen diferenciarse como especialidades las áreas de educación, trabajo, justicia, deporte, psicología social, que entendemos debieran estar dirigidas a la detección precoz de los elementos patógenos de estas instituciones y a una intervención correctora.

Este planteo de una acción preventiva generalizada ha teni-

do no obstante la ventaja de permitir superar un enfoque que desde la psiquiatría suele englobarse bajo el rubro de "epidemiología". Esta actúa en la detección precoz de enfermos, afinando métodos de evaluación diagnóstica que objetivan lo patógeno en el individuo, abstrayendo la prevalencia de las enfermedades que detecta de la complejidad causal en que se sostienen. Esta epidemiología, que reproduce y aplica en salud mental los métodos de la medicina, sobre todo los de la vieja infectología, termina suponiendo una etiología orgánica como naturaleza de las enfermedades mentales. No desconocemos que también se realizan actualmente estudios epidemiológicos, tanto en medicina como en salud mental, que han superado esos criterios. Sostenemos sí que en salud mental la superación de esos criterios, la apertura de una comprensión sociocomunitaria del trastorno mental y una acción concordante con ello, hacen engañoso seguir denominándolo "enfoque epidemiológico", ya que al comprender de este modo los problemas, se está actuando de un modo preventivo sobre ellos, no limitándose al establecimiento de prevalencias ni a la detección precoz de enfermos.

Dado que el principio clave de la prevención primaria es dirigir la acción hacia la comunidad, se trata de actuar en el equilibrio de fuerzas en que se producen los conflictos patógenos, confiando en que el beneficio que trae al conjunto permita disminuir la emergencia de individuos enfermos. El programa preventivo comunitario hace centro en el objetivo de mejorar las condiciones en que un grupo o comunidad puede enfrentar en mejores condiciones o superar los problemas que la realidad le impone, las relaciones que se generan entre los miembros del grupo, y la capacidad de cada individuo de utilizar y aportar a la fuerza colectiva. Los valores de acción transformadora sobre la realidad, solidaridad y compromiso participativo deben objetivarse en las actividades que propone el programa comunitario.

A lo largo de todo este libro está presente en nuestra elaboración el hecho de que la disciplina de lo mental, al igual que la sociología, no puede definir con rigor teórico el límite de su objeto, y por lo tanto tampoco circunscribir sus prácticas. El fenómeno subjetivo en que asienta todo lo concerniente al bienestar mental o la enfermedad, al igual que la relación social, está presente en todos los órdenes de la manifestación humana. Los límites de estas disciplinas son necesariamente recortes en el tejido social definidos desde cierta ideología sobre el hombre y los procesos

sociales. Esta característica se hace más plenamente evidente en lo referente a la prevención primaria, y ha obligado a definir conceptualmente el objeto sobre el que radican sus prácticas. Siguiendo a Caplan hemos dicho que la prevención primaria es un concepto comunitario. Ahora bien, ¿cuál es la teoría sobre la comunidad en que se sustenta ésta? Es a partir de las respuestas a esta pregunta que se ordenan las diferentes perspectivas, diferentes comprensiones de la prevención primaria y, por lo tanto, diversas propuestas prácticas.

Partiendo de una concepción general funcionalista y utilizando la teoría de los roles, G. Caplan⁴² proponía un modelo basado en dos elementos o niveles de análisis: la existencia de “factores continuos” que moldean y regulan el desarrollo de una persona en su grupo, y la existencia de crisis recurrentes en este desarrollo, asociado a cambios bruscos en el medio y en el individuo. Este modelo privilegia las influencias ambientales que afectan al conjunto y subordina las características particulares de los individuos. Caplan sostiene que para que un individuo no sufra un trastorno mental necesita recibir de modo continuo aportes físicos, psíquicos, sociales, culturales que sean adecuados a las diversas etapas de crecimiento y desarrollo. Está presente en cuanto a esto la concepción evolutiva regulada en el medio sociocultural, que le permitió a este autor incluir algunas teorías del psicoanálisis norteamericano, tales como la maduración del “yo” y la de “crisis vitales” evolutivas (Erikson).

Dice al respecto Caplan: “Las necesidades interpersonales se experimentan en relación con personas significativas que son focos de continuas vinculaciones emocionales. La resistencia al trastorno mental depende de la continuidad y ‘salud’ de estas relaciones. Una relación ‘sana’ es aquella en que la persona significativa percibe, respeta y trata de satisfacer las necesidades del sujeto en una forma que está de acuerdo con sus respectivos roles sociales y con los valores de su cultura”.⁴³ Por lo tanto, la carencia o la provisión inadecuada de estos aportes psicossociales, culturales y materiales, o cuando no existen oportunidades para que el sujeto se relacione con aquellos otros que puedan

42. G. Caplan, *Principios de psiquiatría preventiva*, Buenos Aires, Paidós, 1985.

43. G. Caplan, ob. cit., pág. 49.

satisfacerlo, son motivo de crisis y posibilidad de enfermedad.

Igualmente los aportes o las carencias en el plano social harán sentir sus efectos en la salud de los individuos y en la estructura de la comunidad. "Si un individuo nace en un grupo aventajado dentro de una sociedad estable, sus roles sociales y el cambio de los mismos durante el curso de la vida le proporcionarán oportunidades adecuadas para un desarrollo saludable de la personalidad. Si, por el contrario, pertenece a un grupo colocado en situación desventajosa o a una sociedad inestable, puede encontrar bloqueado su progreso, y quizás le falten demandas y oportunidades. Esto tendrá un efecto negativo sobre su salud mental."⁴⁴ Las sociedades estables son para Caplan más capaces de garantizar la salud de sus miembros, porque piensa que mayor será la posibilidad de que los individuos cuenten con los elementos, habilidades y valores sociales para encarar las dificultades que la realidad les plantee. Por el contrario, las sociedades en transición, los cambios culturales acelerados, las migraciones, etc., imponen a los sujetos un mayor riesgo de enfermar, dado que se ven librados a sus solos recursos personales, sin el aporte del conjunto. Este tipo de consideraciones llevó a detectar que las condiciones psicosociales y socioculturales incidían patológicamente sobre ciertos individuos en condiciones particulares de sus vidas. Se diferenciaban así del resto del grupo por razones de edad, sexo o circunstancias particulares. En un caso se dio lugar a la utilización en salud mental de una categoría empleada en medicina: la de "poblaciones en riesgo especial". En otros casos, surgió la noción de "crisis vitales" para dar cuenta de aquellas circunstancias de vida que incrementan el riesgo de enfermar y abren al mismo tiempo un momento privilegiado de intervención preventiva. Este movimiento conceptual comunitario de definir "poblaciones en riesgo especial" y las crisis como objeto de intervención preventiva, permitieron a Caplan y sus seguidores delimitar un objeto de práctica disciplinaria, es decir, restablecer los límites, el corte, en el tejido social y comunitario, que acotara la nueva disciplina. *Nos parece que esta operación doble de ruptura de los límites de la enfermedad como exclusiva del individuo, tal como lo sostenía la psiquiatría, el pasaje a una comprensión de lo patológico en el seno de la sociedad y la cultura en que se produce y reformulación de un objeto de intervención dis-*

44. G. Caplan, ob. cit., pág. 50.

ciplinaría comunitario, es la clave del enfoque preventivo en salud mental. Esto ha de marcar un punto de partida esencial: para hablar de prevención primaria hay que aceptar este pasaje y reconocer a la comunidad como objeto de intervención práctica, ya que no es compatible con el mantenimiento de una práctica asistencialista individual y una comprensión naturalista, objetivante, de la enfermedad mental.

Si la noción de “poblaciones en riesgo especial” operacionaliza y focaliza la acción preventiva, la idea de “intervención en crisis” abrió un campo práctico de acción sobre los problemas de la enfermedad mental que tiene en cuenta la complejidad de su causación, los funcionamientos intersubjetivos, relacionales, que provoca su emergencia y el beneficio de utilizar los recursos del grupo para su resolución. Todo esto en concordancia con los principios de la prevención primaria. Por otra parte, esta forma de intervención, fundada por Lindemann⁴⁵ desde un marco teórico empirista pragmático, con un sustento en la teoría de los sistemas, permitió a los psicoanalistas pensar desde la teoría del conflicto y del síntoma una intervención análoga a la preventiva. Antes de incursionar en lo que el psicoanálisis aporta a la acción preventiva, repasaré brevemente los fundamentos de la intervención en crisis.

La teoría en que se fundamenta la intervención en crisis es relativamente simple. Parte de concebir a la comunidad y al funcionamiento de la personalidad como un sistema homeostático en equilibrio inestable. El grupo y el individuo tendrían intrínsecamente fuerzas que llevan al mantenimiento de ese equilibrio, el cual es amenazado por la incidencia de factores perturbadores. Estos factores, que son diversos, tendrían mayor capacidad de provocar estados críticos del sistema grupal o personal, en ciertos períodos de la vida. Erikson había descrito el desarrollo de la personalidad como una sucesión de fases evolutivas diferenciadas. Entre una y otra fase del desarrollo se vivirían situaciones de transición en las que emergen perturbaciones intelectuales y afectivas. Estos períodos son denominados “crisis vitales”.⁴⁶ A esta observación de Erikson se agregó

45. E. Lindemann, “Symptomatology and Management Acute Grief”, *American Journal of Psychiatry*, N° 101, 1944.

46. E. Erikson, *Infancia y sociedad*, Buenos Aires, Hormé, 1966; y *Identity and Life Cycle*, Nueva York, International Universities Press, 1959.

luego la consideración de crisis accidentales, es decir, aquellas que son producidas por acontecimientos inesperados de la vida, que implican exigencias psíquicas que el individuo no puede responder o pérdidas que el sujeto no logra soportar. Ambas condiciones tendrían una cualidad traumática para el sujeto y provocarían una pérdida en su capacidad de adaptación. Es decir, se piensa, en una visión simplificada y un tanto distorsionada de las series complementarias freudianas, que la situación desencadenante toma carácter traumático por la insuficiencia de las respuestas defensivas. Se trataría siempre de problemas serios que el sujeto no puede evitar: los duelos, las enfermedades físicas graves, los momentos críticos de la vida, como casamiento, separación matrimonial, parto y maternidad, fracaso laboral, migración, etc.

Tal como son vulgarmente pensadas, las crisis tendrían una doble faz: pueden representar momentos de crecimiento, maduración, enriquecimiento de la personalidad, si son superadas. Por el contrario, pueden resolverse sintomatológicamente en una enfermedad mental, si el sujeto no logra un buen desenlace. En el primer caso, la crisis será una oportunidad positiva en la experiencia de la vida, y en el segundo, un acontecimiento perjudicial, patógeno. Cabe señalar que esta idea, repetimos, vulgar, y que es una de las tramas habituales en el teatro de comedias, superaba una de las ideas médicas de comienzos de siglo, cual era de que toda crisis equivale a una ruptura de los procesos de adaptación del organismo y es sólo y siempre perjudicial para la vida. En lo psíquico no toda crisis tendría el sentido del estrés, ya que al menos algunas enriquecerían la experiencia, fortalecerían las capacidades del individuo en su lucha con el medio. En cuanto a esta concepción es evidente su matiz pedagógico: se trata de creer que el individuo sometido a mayores exigencias encontrará formas más habilidosas para superar situaciones, que enriquecerán sus conocimientos, fortalecerán su personalidad y lo harán así más capaz de adaptarse a realidades complejas. Dice al respecto Caplan: "La resistencia al trastorno mental puede aumentarse ayudando al individuo a extender su repertorio de habilidades efectivas para resolver problemas, de manera que no necesite recurrir a formas regresivas no basadas en la realidad o socialmente inaceptables, al enfrentar las situaciones difíciles que en caso contrario pueden provocar la apari-

ción de síntomas neuróticos o psicóticos como formas de evitar o dominar simbólicamente el problema".⁴⁷

En la década del sesenta se multiplicaron los trabajos dedicados al estudio de las crisis, sobre todo en EE. UU. durante el Plan Federal de Psiquiatría Comunitaria. Se pensaba que ella representaba no solamente un campo de acción para la tarea preventiva, sino también un lugar de exploración de los problemas mentales que ayudaría a enriquecer nuestros conocimientos sobre los desencadenantes más frecuentes de las crisis, sus efectos en la salud y enfermedad mental, los funcionamientos grupales a que daba lugar durante la misma y sus desenlaces más típicos. De estos conocimientos se dependía para articular una intervención más fundada sobre las crisis.

Desde la crisis del famoso incendio que estudiara Lindemann, se analizó luego la reacción a desastres naturales, a migraciones masivas, a cuestiones de guerra o convulsión social y, más recientemente, las ligadas a las crisis del embarazo y la adaptación a la maternidad, crisis escolares, separación matrimonial, adaptación al matrimonio y al nacimiento de hijos, etc. Se estudian tanto los factores que pueden desencadenar la crisis como las condiciones en el individuo que lo hacen vulnerable a esos factores, con la idea de una intervención destinada no a la recuperación de un estado anterior de equilibrio, sino a un equilibrio nuevo que incorpore aquellos aspectos de la crisis de cuya elaboración se enriquecerá la experiencia y surgirán mejores capacidades futuras. Esto en la idea de que toda crisis pone en evidencia una perturbación en el individuo de su capacidad de adaptación a las situaciones nuevas, en las que los fracasos previos se reactualizan, repitiéndose las defensas inadecuadas o patológicas, apartando al sujeto de la solución adecuada. El pasado vivencial tendría así una doble posibilidad frente a la crisis: si los antiguos problemas han enriquecido la personalidad, el individuo hará uso de esa experiencia para dar cuenta del nuevo conflicto; si, por el contrario, el pasado surge como fracaso anterior, llevará al sujeto a la repetición de los mecanismos psicológicos inadecuados, a la reiteración de la vivencia penosa y la perpetuación de la crisis o su resolución por la enfermedad.

El objetivo central de la intervención en crisis es procurar un nuevo equilibrio, más sano, del sujeto y del grupo, en tanto se

47. G. Caplan, ob. cit., pág. 54.

piensa que tanto para la personalidad como para las relaciones con las personas significativas de su medio, el desenlace de la crisis puede enriquecer los recursos de la comunidad para una acción más adecuada y solidaria sobre la realidad venidera. Hay que partir entonces de la emergencia de la crisis en el individuo o su grupo para incluir de inmediato el medio y su interacción social.

Es necesario tener en cuenta siempre la enorme variabilidad de circunstancias, tanto en el individuo como en los grupos humanos, y el repertorio infinito de respuestas socioculturales diversas para la resolución de los problemas, de modo de preservar y potenciar las respuestas propias, evitando imponer criterios normativos o de adaptación creados por el técnico. De este modo, no existe un compendio de reglas técnicas y de objetivos fijos, sino indicaciones a tener en cuenta para ayudar al grupo y al individuo a un desenlace acorde con sus propios valores de equilibrio y bienestar. El principio según el cual la intervención debe dirigirse al conjunto y no solamente al individuo, requiere que se sigan los siguientes pasos:

a) la demanda de intervención puede surgir de un individuo en crisis, de un conflicto familiar manifiesto, de una crisis laboral, de conflictos surgidos en los distintos niveles de la escuela, de una institución (equipos médicos, problemas judiciales o policiales en relación con delitos, etc.), de una interconsulta médica, etc.;

b) la efectuación de la demanda define al individuo y al grupo sobre el que se va a actuar: en general, el sujeto que expresa la crisis y su familia u otros grupos primarios, el grupo laboral, escolar, el equipo médico, etc.;

c) definir una estrategia de intervención acorde con el tipo de crisis: el grupo sobre el que se ha de operar, las resistencias y los apoyos esperables, etc.;

d) establecer, en función de la situación de que se trata, el desenlace terapéutico deseable, para orientar la estrategia posterior a la resolución de la crisis. De definirse una necesidad de tratamiento individual para quien haya expresado la crisis, esto debe ser resultante del trabajo sobre la crisis, nunca el principio de la estrategia terapéutica, que debe ser pensada como suficiente y abarcativa para la resolución del problema planteado.

Toda la problemática de la crisis está estrechamente ligada a

la urgencia psiquiátrica. Si bien habitualmente la urgencia se define en relación con la situación crítica de un individuo (riesgo o intento de suicidio, excitación psicomotriz o depresiones ansiosas, accesos psicóticos agudos con riesgo de violencia, amenazas o riesgos de agresión u homicidio, etc.), ésta puede ser encarada con los criterios de la intervención en crisis si se cuenta con un equipo entrenado para ello. Es, en general, conveniente en estos casos una acción conjunta en la resolución de la urgencia en el individuo (contención, hospitalización, sedación, etc.) y una intervención con la familia u otros grupos primarios involucrados en la situación de crisis, de acuerdo con lo recién señalado.

De un modo aproximativo y esquemático, podemos agrupar tres tipos de intervención en prevención primaria, ligadas al tipo de situación planteada y a la demanda surgida:

1) Aquellas originadas en la emergencia franca de padecimiento agudo en un individuo, que demanda como tal, o por su familia, una asistencia particularizada e inmediata: depresiones severas, riesgos de suicidio, duelos familiares patológicos, emergencia de episodios psicóticos agudos sin contención familiar o social, crisis familiares con riesgos de agresión, etc. En estas situaciones, se trata doblemente de atender la emergencia particularizada del problema y su correlato en el desequilibrio familiar, grupal, tal como señalamos para la urgencia. El tratar la urgencia psiquiátrica como una estrategia de intervención en crisis tiene la ventaja de evitar la coagulación del problema en el individuo enfermo, atender al complejo causal al mismo tiempo que al conjunto de relaciones en que el problema emerge y debe ser contenido y resuelto, generar condiciones para la asunción colectiva de la tarea reparatoria a más largo plazo.

2) Situaciones de emergencia sintomática de un conflicto en el grupo familiar, laboral, comunitario, institucional, etc. En estos casos, la demanda de intervención puede surgir de algún miembro del grupo, del conjunto o, en el caso de grupos escolares, barriales, laborales, etc., ser detectado el conflicto por el grupo comunitario, que interviene tratando de producir primariamente la demanda del grupo, condición para que su tarea sea aceptada. En estas situaciones, habitualmente el conflicto presente hace síntoma en alguno de los miembros del grupo o en la relación entre algunos, bajo formas de conductas neuróticas o psicóticas, enfermedades orgánicas o funcionales que fijan el

sufrimiento en el cuerpo, agresión o violencia entre miembros del grupo, impedimentos en la tarea grupal, disolución de vínculos, etc. La característica de esta emergencia sintomática es la existencia inicial de un consenso grupal que reconoce el síntoma como efecto o situación del grupo, lo cual permite configurar el objeto de intervención preventiva. Se trata en estos casos de evitar la fijación del síntoma en uno de los miembros del grupo, procurando que el conflicto circule y se elabore en el conjunto. Este es el sentido preventivo, repito, de la intervención en crisis.

Dado que éstas son las situaciones más frecuentes de intervención del equipo de crisis, relataré a modo de ejemplo un caso. Una pareja joven consulta al servicio de pediatría por un trastorno intestinal repetido en un hijo de seis meses. Al pediatra lo sorprende la ansiedad de ambos padres, que dicen no dormir esperando el llanto del bebé. A éste se le había diagnosticado cólicos intestinales, con importante distensión de la pared abdominal y resistencia a las medicaciones que se le habían suministrado. Como se interpretaba correctamente que existía una relación entre la ansiedad de los padres y los cólicos del bebé, un miembro del equipo de salud mental entrevista a la pareja, la que relata una situación familiar de tensión a partir de un intento de suicidio de la abuela materna del bebé, ocurrido hacía un mes, tras la separación de su esposo. Sus hijos la habían contenido sin intervención médica y vivía ahora en casa de una hija. Se decide realizar una reunión familiar, en la cual relatan en conjunto la siguiente historia: el padre de esta familia mantenía relaciones amorosas con una amiga de una de sus hijas, madre del bebé que motivó la consulta. Esta joven amante vivía en el mismo edificio (un barrio de monobloques de clase obrera) que la familia del caso. Descubierta esta relación por los vecinos, quienes informaron a la esposa engañada, los mismos amenazaron con matar al hombre al que acusaban de haber seducido a la joven. La esposa, que había vivido con él durante veintiocho años, lo defendió, mostrando una actitud comprensiva hacia la situación del marido y la actitud de la joven, diciendo a los vecinos y a sus hijos que, de atacar ellos al padre, ella se mataría. Esta amenaza fue afirmada haciéndose un corte en el antebrazo con un vidrio. El acto logró, según relatan, calmar a los vecinos y a la familia. A partir de esta primera entrevista con la familia, se decide que el equipo de crisis los visite en su casa, invitando a esta reunión a toda la familia y a los vecinos que ellos propusieran. Estas

reuniones se realizaron una vez por semana y a ellas concurrieron la familia, sin el padre, en algunas la joven amante con su madre, y sobre todo en las primeras, dos matrimonios, vecinos y amigos de la joven. Las posiciones estaban divididas entre los que defendían el derecho de la joven a convivir con el hombre que quería, y los que defendían a la esposa. Curiosamente, no se hablaba en términos de traición, engaño o infidelidad. El hombre, ausente en todas las reuniones, era respetado por el grupo y se lo nombraba por su nombre con cierto respeto. Se le reconocía haber sido siempre un buen padre y vecino, y se suponía que estaba sufriendo con la situación. Sin saber bien cómo o por qué, la violencia expresada en el corte que la mujer se había producido, había desaparecido o no era detectable. Al cabo de unas ocho reuniones se dieron por terminadas las mismas. Por entonces, una de las hijas había dejado de concurrir diciendo que no soportaba el sometimiento sufriente de la madre. El hijo varón traía distintas noticias del padre, al que visitaba regularmente. En la última reunión surgió el comentario de que su padre también venía al edificio a visitar a sus amigos, y se insinuaba la posibilidad de que viviera finalmente con la joven amante. La mujer comenzó a ser atendida en el Centro por un psicoterapeuta, con algunos síntomas depresivos. En el equipo se evaluó que, superada la crisis y el riesgo de disgregación familiar, se iniciaba una etapa de elaboración y reconocimiento en cada uno de sus miembros que hacían aconsejable suspender la reunión grupal.

3) Una tercera intervención en prevención primaria, ya no ligada estrictamente a la crisis, consiste en la atención de poblaciones en riesgo y en la promoción de valores en salud mental. En primer lugar, en relación con las personas de tercera edad en las grandes ciudades, que requieren de una forma de asistencia que evite la exclusión franca, marginación, segregación o aislamiento, respecto de sus vínculos con la familia, amigos, barrio, etc. La inveterada costumbre de agrupar a los ancianos en casas especiales no obedece más que a una solución de orden económico, ya que se formaliza así una de las peores formas de segregación y aislamiento social. Un altísimo porcentaje de la patología mental del anciano proviene de estas condiciones. Generar formas de inclusión de los viejos en la vida del barrio, el club, los grupos comunitarios, etc., es la clave de la acción preventiva, que debe buscarse en la promoción de estos

valores. Igualmente, en las formas de organizar la vida de los niños en grandes sectores sociales en casos de madres que trabajan y no pueden proveer sustitutos adecuados, la convivencia en situaciones de hacinamiento, los problemas del divorcio y tenencia de hijos, etc. En estas situaciones, la intervención del equipo de prevención comunitaria se concreta en la promoción de valores de salud mental, en estrecha relación con los organismos estatales o sociales, a los cuales asesora sobre las modalidades de organización e institucionalización más adecuada a esos valores. Nos parece en este nivel aconsejable evitar una intervención directa del equipo en esas instituciones o lugares sociales (hogares, guarderías, casas de ancianos, villas, etc.) que pueda tender a la psicologización de los problemas, para actuar en el nivel de asesoramiento a los organismos sociales y políticos responsables de su funcionamiento.

¿Cómo definir una intervención psicoanalítica sobre estas problemáticas? El psicoanálisis freudiano introduce una relativización entre las categorías psicopatológicas y entre lo sano y lo enfermo. Allí donde la psiquiatría vio diferencias y tendió a sustancializarlas por el diagnóstico y la noción de estructuras puras, el psicoanálisis vio continuidades, formas de pasaje, relativización de fronteras. Aun sin romper con las nosografías tradicionales, Freud supeditaba la nosografía a la accesibilidad del método analítico y a la relación del fantasma con la transferencia (neurosis de transferencia, neurosis narcisistas). Definió también las condiciones de una subjetividad normal, apropiada a su función: la acción específica, como la llamó en el texto del "Proyecto de una psicología para neurólogos" o la capacidad de transformación de la realidad en el texto de 1923 dedicado a la realidad en neurosis y psicosis.⁴⁸ Creo que el aporte del psicoanálisis en la prevención debe fundarse en dos premisas: a) la relativización de las categorías sano-enfermo, para enfatizar la constitución y funcionamiento del síntoma; b) la concepción de un sujeto estructuralmente escindido, tópico, sostenido en una dinámica conflictiva, en equilibrio no resolutivo con su medio social, por lo tanto potencialmente productor de síntomas. Lo primero permite pensar a la transferencia y al síntoma como condición del sujeto, más allá de su función en la cura, y por lo tanto aspectos

48. S. Freud, "Pérdida de realidad en neurosis y psicosis", *O.C.*, t. II.

esenciales para una clínica preventiva. Lo segundo plantea la posibilidad de pensar en el seno de lo social aquellos elementos que potencian el conflicto y lo hacen patógeno o patológico. El psicoanálisis no espera ni impulsa una reducción sintomática (el sujeto mismo puede ser comprendido como un síntoma), ni tiene la esperanza de una relación social equilibrada y sin conflictos. Pero tiene mucho que decir sobre las condiciones en que lo social produce fracturas y recomposiciones subjetivas patológicas. No porque piense en una relación directa de causa-efecto, sino porque tiene como método el abordaje de la complejidad sobre-determinada del síntoma. A modo de ejemplo: en situaciones de crisis la emergencia de síntomas puede favorecer la apertura de las estructuras productoras de conflicto, posibilitando una intervención en profundidad. Para el analista, prevenir no significa evitar que se produzca el síntoma sino partir de él para analizar la estructura que lo produce. Esto funda una intervención sobre las condiciones en que la relación social genera patología.

Uno de los problemas de la prevención en las condiciones actuales es que, al intervenir en ámbitos comunitarios bajo la ideología médica dominante de categorías diagnósticas, transforma fácilmente la intervención en una detección de pacientes o hallazgo de pacientes para una práctica terapéutica. Es la inercia de las formulaciones y los pensamientos hechos. En principio, un analista que encuadre la intervención comunitaria en su clínica seguramente permanecerá atento a escuchar las fantasías o los mitos, a detectar los síntomas o conflictos, a percibir la transferencia, para extraer de allí sus intervenciones, que nunca podrán ser las de establecer diagnósticos o congelar conflictos. El sujeto del analista, el inconsciente, es antagónico al de la psiquiatría, que se caracteriza por ser un objeto de conocimiento, lo cual hace que el saber precipite como diagnóstico y clasificación. Esta sola perspectiva cambia toda la práctica preventiva de uno y otro, psiquiatra y analista.

La participación comunitaria debe entenderse como lograr de los sujetos mismos una apropiación de su saber sobre el síntoma, individual o grupal; que puedan replantearse los modos de constitución de los liderazgos y su ejercicio (en el club, en la familia, en la escuela, etc.); que intensifiquen los vínculos en toda dirección, evitando las idealizaciones que sostienen la verticalidad. El síntoma en el individuo, el grupo, la institución,

es la puerta de entrada a la intervención analítica y, es preciso, en cuanto a lo preventivo, que el grupo mismo lo escuche, tenga los recursos para abrir su reflexión analítica propia. Las circunstancias de un individuo y las interacciones sociales hacen del campo práctico de una intervención preventiva una acción ético-política. Hemos definido justamente al sujeto de las prácticas de salud mental como un sujeto político. Para evitar hacer de la práctica preventiva una tarea de control social, como ha sido denunciada entre otros por R. Castel,⁴⁹ el psicoanálisis mantiene su valor transformador en la apertura del síntoma, en la no respuesta directa a las demandas que recibe, en la cualidad interrogativa de su escucha.

Una concepción de la subjetividad como la que efectúa el psicoanálisis establece la posibilidad de un pasaje entre el sujeto-la familia-la institución-la masa social. Freud nos mostró que las categorías de análisis de esos diferentes niveles pueden ser las mismas, singularizándose en cada uno de ellos los modos de expresión de los conflictos y la producción de síntomas. Una intervención psicoanalítica en prevención problematiza el objeto y abre así no sólo a la comprensión de su complejidad de determinación sino a la pluralidad de soluciones posibles.

Tampoco respecto de lo preventivo el psicoanálisis es totalizante. Sólo interviene en ciertas condiciones subjetivas de producción sintomática. Hay otros aspectos de la vida social y otras determinaciones que requieren de otras disciplinas.

49. R. Castel, *La gestión de los riesgos*, Barcelona, Anagrama, 1984.

Biblioteca de PSICOLOGIA PROFUNDA

(continuación)

78. C. G. Jung - *Energética psíquica y esencia del sueño*
79. C. D. Pérez - *Masculino-Femenino o la bella diferencia*
80. S. Freud - *Esquema del psicoanálisis*
81. D. Lagache - *Obras I (1932-1938)*
82. D. Lagache - *Obras II (1939-1946)*
83. D. Lagache - *Obras III (1947-1949)*
84. D. Lagache - *Obras IV (1950-1952)*
85. M. Balint - *La falta básica*
91. M. Mannoni - *El niño retardado y su madre*
92. L. C. H. Delgado - *Análisis estructural del dibujo libre*
93. M. E. García Arzeno - *El síndrome de la niña píber*
94. C. D. Pérez - *Un lugar en el espejo. El espacio virtual de la clínica*
95. M. Mahler - *Estudios I. Psicosis infantiles y otros trabajos*
96. M. Mahler - *Estudios 2 - Separación - individuación*
97. C. S. Hall - *Compendio de psicología freudiana*
98. A. Tallaferró - *Curso básico de psicoanálisis*
99. F. Dolto - *Sexualidad femenina*
100. B. J. Bulacio y otros - *De la drogadicción*
101. Irene B. C. de Krell (comp.) - *La escucha, la histeria*
102. O. F. Kernberg - *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico*
103. D. Lagache - *El psicoanálisis*
104. F. Dolto - *La imagen inconsciente del cuerpo*
105. H. Racker - *Estudios sobre técnica psicoanalítica*
106. L. J. Kaplan - *Adolescencia. El adiós a la infancia*
107. S. Rosen - *Mi voz irá contigo. Los cuentos didácticos de M. H. Erickson*
108. M. Pérez Sánchez - *Observación de niños*
110. H. Kohut - *¿Cómo cura el análisis?*
111. H. Mayer - *Histeria*
112. S. P. Bank y M. D. Kahn - *El vínculo fraterno*
113. C. G. Jung - *Aion. Contribución a los simbolismos del sí-mismo*
114. C. G. Jung - *Las relaciones entre el yo y el inconsciente*
115. C. G. Jung - *Psicología de la demencia precoz. Psicogénesis de las enfermedades mentales 1*
117. M. Ledoux - *Concepciones psicoanalíticas de las psicosis infantiles*
118. M. N. Eagle - *Desarrollos contemporáneos recientes en psicoanálisis*
119. P. Bercherie - *Génesis de los conceptos freudianos*
120. C. G. Jung - *El contenido de la psicosis. Psicogénesis de las enfermedades mentales 2*
121. J. B. Pontalis, J. Laplanche y otros - *Interpretación freudiana y psicoanálisis*
122. H. Hartmann - *La psicología del yo y el problema de la adaptación*
123. L. Bataille - *El ombligo del sueño*
124. L. Salvarezza - *Psicogeriatría. Teoría y clínica*
125. F. Dolto - *Diálogos en Quebec. Sobre pubertad, adopción y otros temas psicoanalíticos*
126. E. Vera Ocampo - *Droga, psicoanálisis y toxicomanía*
127. M. C. Gear y E. C. Liendo - *Hacia el cumplimiento del deseo*
128. J. Puget e I. Berenstein - *Psicoanálisis de la pareja matrimonial*
129. H. Mayer - *Volver a Freud*
130. M. Safouan - *La transferencia y el deseo del analista*
131. H. Segal - *La obra de Hanna Segal*
132. K. Horney - *Últimas conferencias*
133. R. Rodulfo - *El niño y el significado*
134. J. Bowlby - *Una base segura*
135. Maud Mannoni - *De la pasión del Ser a la "locura" de saber*
136. M. Gear, E. Liendo y otros - *Tecnología psicoanalítica multidisciplinaria*
137. C. Garza Guerrero - *El superyó en la teoría y en la práctica psicoanalíticas*
138. I. Berenstein - *Psicoanalizar una familia*
139. E. Galende - *Psicoanálisis y salud mental*
140. D. W. Winnicott - *El gesto espontáneo*

**Este libro se terminó de imprimir
en el mes de enero de 1990
en los Talleres Gráficos Litodar
Viel 1444 - Capital Federal**