

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 instaure 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 aparentes 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 pensarlo 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 exime de comprender que todo sufrimiento subjetivo está mediado 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

1) LAS FORMAS HISTÓRICAS 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 concentraciones

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.

2) 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 Medievo 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,

Institución → cultura
Unico → cultura
unico → cultura colectiva
Simboliza
Indiv
a soc.
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 hegemoníicamente 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 psichiatria, 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.

3 TEORÍAS 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

*Ortiza a los test
psiquiátricos*

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 biológico. 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, Bonhoeffer, 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.

4 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 (incommensurable 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 hipoglucémicos 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 guesálticos, 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.

5) 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

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 alambradas 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,

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

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,

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

11. Id., pág. 19.

12. M. Foucault, ob. cit.

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

Arg
Higiene Mental
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".

Arg
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

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 Italia¹⁴ 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

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

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 CRÍTICA: DE LA PSIQUIATRÍA POSITIVISTA A LAS POLÍTICAS 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, conceptuada 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 tienen cualquier indagación de la verdad sobre sus acontecimientos. 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 permanecería 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 psiquiatría 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, ramera 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 África 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, 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.

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 neurosis¹⁰ 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. Si 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.

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 PSIQUIATRIA 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 incomprensibilidad 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 comunidad 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 previsional 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, Daumazon, 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.

Política de '59

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 enteró 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 Simon 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 *géopсихiatrie* 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 'intrapsi' 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, Sivaden, 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, Daumazon, 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 el 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 relevaban, 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*, N° 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 (Paris), 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 Médicales 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.

② LA POLÍTICA DE DESINSTITUCIONALIZACIÓN 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

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 técnica-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.

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

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

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 recluso 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 desinstitucionalización 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*, N° 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.

3 LA PSIQUIATRÍA 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 cronificación 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 desinstitucionalización de los enfermos psiquiátricos, 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-and-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 diferenciadas 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, N° 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 vehiculizar 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 vehiculizar 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 reestablecer 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