

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,

ní 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, expli-

cita 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 patrio 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 poten-

cialidad 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 instaura y regula el conjunto de prácticas ligadas a ese sector. Hemos de tener en cuenta que las relaciones que los hombres mantienen entre sí, como con la naturaleza y consigo mismos, no son datos inmediatos que la conciencia espontánea pueda reflejar. Si la realidad, tanto social como natural, no fuera algo a descubrir, o si fuera captada por la conciencia en los modos aparentiales de presentarse, no habría necesidad de la ciencia.

También en Salud Mental, aunque no constituya en sentido estricto una ciencia, partimos de un horizonte de racionalidad científica que nos obliga a analizar el conjunto complejo de articulaciones que se establecen entre la producción social de valores en Salud Mental, los modos históricos de representación de los problemas que suscita la enfermedad mental, es decir, la conformación de saberes y teorías, y las prácticas correspondientes.

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

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

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

Hablar del objeto de una disciplina significa hablar de las problemáticas que ésta se ha planteado, es decir, de los recortes teóricos y prácticos que realiza en el tejido social, para adecuarlos a sus soluciones. En este sentido, sin pretender construir una historia de la Salud Mental, haremos 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 constituyeron 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 turas prácticas más adecuadas y eficaces para curar, como suelen pensar los historiadores positivistas de la psiquiatría, sino en analizar la sucesión de corrientes 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 encuestadores de la personalidad o empobrecimiento intelectual. Y esos 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 quién 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 científicidad positivista de sus enunciados.

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

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

LAS FORMAS 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 labor 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 desplacentera, 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 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 com-

pendio de reglas sociales incorporadas al individuo. Una norma, una regla, es aquello que sirve para hacer justicia, instruir, enseñar, regular. 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 marga sus desechos, crea sus propias plagas patológicas y las representaciones adecuadas a sus valores.

Si en el Medievo 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 atronismo, etc. mostraron su estrecha conexión con la marginalidad social. Las concentracio-

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

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

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

- Culturas que exigen demasiado a los individuos que las componen, constituyéndose en altamente patógenas al marginar 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.
- 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.
- 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 ha estado 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 dano 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 mitico. 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 mística, y la disciplina que se ocupaba era la magia. En ellas se pensaba la perturbación como síntoma de las situaciones que vivía el grupo,

en la cultura
de grupos
colectivos

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 de manera sistemática 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 humano (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 legítima. 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.

Véamnos 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 demanda de Salud Mental operando ya que es éste su motor esencial". La demanda social en Salud Mental no es redactable a las formulaciones de la sociología clásica que tienden a assimilarla 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, pasando-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

lo social (podríamos decir necesidad de placer, de realización, de vida plena, de felicidad, de ausencia de sufrimiento, etc., sin perder separar 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 aún ciò-dé el que se espera una satisfacción. La disciplina se sostiene en la medida que instaura un técnico capaz de responder desde ese lugar del otro. Quiere 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 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, esa 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".² 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 reseniado, en distintas culturas y en diferentes momentos históricos.

TEORÍAS Y SABERES

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

J. 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 reducible 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 rationalidad 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 esta referida a una realidad física o natural. Lo 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 la 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 miticas o religiosas sobre

la enfermedad mental, no sólo pertenecientes a un pasado sincrónico 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, opiniéndolas 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 anatómoclínica 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 goberna 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 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. Esquiero, 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 ensamblamiento entre teoría y práctica que caracteriza a la medicina trasmontana 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 trabajos.

José que la psiquiatría hizo de la nosografía su única teoría. Las prácticas terapéuticas, desde los baños termales, el electrochoque, la insulnoterapia, 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. La gente 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 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 técnica científica", pero no porque se espere que la ciencia positiva alcance 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 vudù), 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 artificios. 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 miticas 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 estos 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 "anomalia 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 médica-psiquiátrica"; López Ibor como "estructuras fenomenológicas morbosas"; K. Jaspers como "el acontecer psíquico consciente juzgado enfermo". Señaremos algunas cuestiones que fundamentan la no científicidad de las teorías de la psiquiatría médica: a la coexistencia de teorías (organicas, genéticas, sociogenéticas, psicogenéticas, mixtas, etc.) se corresponde, en el sentido de

Optica a los teó prácticas

Kuhn, la no conformación de un paradigma, las anomalías conviven sin producir reordenamientos, o en la idea de G. Bachelder, 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 permite 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 fundación 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 occultamiento 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 occultamiento 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 etiopatológico y fisiopatológico, que dejó

rian 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 empíricista esta, supone que la acumulación por suma de observaciones minuciosas y descriptivas, armarán el edificio teórico más exactas y exhaustivas, armaran el camino de los que 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 tipicamente 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 grupo, 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 biológica. La misma medicina ha cuestionado los valores que este modelo médico representa. Pero si pensamos en una medicina más social, que recupera 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, Cleamont, 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 incomprendible, 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 nítidamente 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 impregnaron el criterio clínico del grueso de los psiquiatras contemporáneos.

c) *Teorizaciones de la psiquiatría dinámica*, fundamentalmente impulsadas por Sullivan y Alexander en EEUU, 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 inconcebible como veremos), pertenece a la tradición de las teorías y prácticas psiquísticas, 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 clorpromazina en 1952, marcaron hitos importantes en la esperanza de describir las causas naturales de las enfermedades mentales.

e) *Teorizaciones a partir de intervenciones comunitarias e institucionales*, que marcan el pasaje de la psiquiatría clásica, begemónica 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 nació 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 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 abarcadoras 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 científicidad. 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 científicidad 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 científicidad 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 organizistas persiste también en las psicogenéticas, 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 trajo todos 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 organogenético; los psicogenéticos, fundamentalmente los frenólogos a partir de K. Jaspers, E. Kreischmer y otros; el mecanismo de Clerambault, con su teoría de los fenómenos (alucinaciones, sensaciones patológicas, ideas delirantes) mecanicamente formados y la idea de los síntomas como neiformaciones 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. Aseguramos 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 metas sociales. Esto es válido a la vez que se propone como función preservar o imponer, tanto para las teorías miticas o religiosas como para las de la psiquiatría clásica, la fenomenología y aun el psicoanálisis cuando opera en las políticas de Salud Mental, ya que su principio de neutralidad valorativa en la cura no lo hace neutro en el campo social, en tanto portador de una teoría crítica de la subjetividad. Son estas condiciones las que han hecho que en las modernas concepciones de la Salud Mental se asuma más plenamente la dimensión social y política presente en nuestra disciplina. En un trabajo anterior he tratado de mostrar este pasaje de las categorías médicas a un dominio de enfoques sociológicos, antropológicos, históricos y hasta poéticos⁵. Como luego trataremos de demostrar, toda teoría en el campo de la Salud Mental (que hemos definido como un sector acotado de problemáticas humanas) es expresión de una política, es decir, productora de un modelo específico de articulación del saber con el poder, en función de ciertos objetivos sobre el hombre y las relaciones sociales. La importancia y hasta el beneficio de esta manera de plantear el problema no es la politización de las prácticas o teorías, sino la recuperación consciente y en plenitud de las dimensiones sociales y políticas que

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

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

LAS PRACTICAS TERAPEUTICAS

Muchas de las consideraciones que hemos hecho sobre las teorías en Salud Mental son igualmente válidas para los tratamientos. Ya hemos dicho también que no hay una relación entre las teorías y las prácticas tal como la existente entre una ciencia y sus técnicas. Las determinaciones de las prácticas terapéuticas están ligadas con frecuencia a modos más espontáneos y pragmáticos de enfrentar los problemas de los enfermos mentales y funcionan con extranamiento, a veces con contradicción franca, respecto de las teorías. Valga como ejemplo las prácticas asistencia 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 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 abriss 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 chamanicas, las llamadas técnicas de control mental, las curas por magnetismo que inauguro 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 Bini 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 paseo 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 transorbital, 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 iniciaron con las drogas rudimentarias del siglo pasado y comienzos de este, 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 estudió 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 utilizan 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 ansiolíticos que se consideran beneficiosos para algunos enfermos.

g) *Tratamientos basados en coerción y aislamiento*: estos métodos tienen curiosamente dos valoraciones diferentes. Se piensa que la coerción y el aislamiento son en sí beneficios 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 chasqueros 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 Rapoport, 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 "electicismo". 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.), animado creciente de los individuos invol-

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 facilita una exacerbación incalculada de su función de control de la norma psicológica.

LAS INSTITUCIONES

(La constitución de un discurso social específico, instituyente de una norma psicológica, permite pensar a la psiquiatría o a la moderna Salud Mental como una institución social, del mismo modo que decimos de la medicina, la escuela o el derecho que son instituciones. Esta institución genera formas básicas de organización de esa norma, como formas particulares de relación de los que participan en ella, instituyendo diferencias y funciones: enfermos/sanos, curadores/enfermos, etc. A su vez esta organización de las 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 aclararlo 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 regidas 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 lu-

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

⁹ J. Laplantine, *La ethnopsychiatrie*, París, Seuil, 1972.

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, relationales, organización y reglas que instaura 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 reductionistas 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 regimientación 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

Historia de la psicología

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 cuadro de funcionarios que encarhan la autoridad de su cumplimiento. Uno de los mecanismos clave de estas instituciones es el manejo, expropriado 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 absortivas, 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 pitas o a las barreras naturales (rios, cienegas, 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, Amorrortu, 1970.

constituyen además una amenaza involuntaria hacia la comunidad: son los hospitales de enfermos infeciosos, 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 recluidos: pertenecen a este tipo las cárceles, los presídios, 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 cuartel 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 engañará. 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 esta 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 si mismos o por otros,

11. Id., pág. 19.

12. M. Foucault, ob. cit.

acuden 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 persona. Si nos extendemos en otras referencias es porque en la persona de A. Meyer se plasma en

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

Todo este movimiento de alternativa al asilo en EE.UU. tiene su expresión en Argentina, sobre todo a través de Domingo Cabred, que fundó varias de las actuales colonias de rehabilitación en diferentes puntos del país, como alternativa a la función cronificante del hospital 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 preventión. Este movimiento se autodenomina 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, la mera ausencia de enfermedad, generando toda una ideología social sobre las condiciones del bienestar. Implementó los primeros hogares de preventión 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: 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 preventión 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 crea 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 acuerda la creación de los llamados "equipos de salud mental" y se comienza a hablar de "interdisciplina" y "multidisciplina".

Es este desarrollo de la Salud Mental en EE.UU. el que más influyó en las propuestas de reforma en Argentina. Desde la creación del Instituto Nacional de Salud Mental en 1957, inspirado en el modelo inglés, y sobre todo en el Programa Nacional de Salud Mental de 1967. En éste se adoptan muchos de los criterios institucionales que promovió la ley Kennedy. Con este programa, el panorama de las instituciones estatales de Salud Mental se configura de esta manera: *hospitales psiquiátricos*, en muchos casos ligados al funcionamiento de las cátedras de psiquiatría de las Facultades de Medicina, había diecisiete en 1966 y se propone crear cinco nuevos. Algunos de éstos no se concretaron. *Colonias psiquiátricas*, los viejos establecimientos creados para rehabilitación de enfermos de larga internación, 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 otooféricos*, 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

Reunión 1nº 5

servicios psiquiátricos de hospital general, de los que había catore 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 identificables 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 preventión primaria y las experiencias llamadas de desinstitucionalización. Naturalmente, por vía de la preventión primaria, el campo de la Salud Mental se abre a una intervención en profundidad en otras instituciones sociales: la escuela, la médica, 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 preventión 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 relación

nes 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.

Basaglia¹⁴ 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, Paidos, 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,¹⁵ Laing¹⁶ y T. Szasz¹⁷ entre otros, se constituyeron en las referencias teóricas de estas experiencias de libertad artificial, trabajada en refugios de una

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 implicación 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 van progresivamente sustituyéndose unas por otras. Aquí también 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-

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

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

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-in-salud-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 sanción religiosa. Quiero señalar con esto que el campo de la Salud Mental es instigante de un aspecto del vínculo social, y que esto es juego 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 si 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.

ESTRATEGIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA Y
SALUD MENTAL COMUNITARIA

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

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

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

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

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

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

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

Obviamente, era altamente dudoso que los gobiernos estuvieran verdaderamente dispuestos a abordar las estructuras sociales de privilegio en las que encierran los problemas clave de la salud. En la Argentina de 1978, estas dudas eran la certeza de que nuestro gobierno no implementaría esta política, diametralmente opuesta a lo que realmente ejecutaba. No se trataba de meras sugerencias técnicas para implantar mejores servicios o coberturas más adecuadas, sino de una propuesta política que reconocía la necesidad de integrar las acciones de salud en un plan más vasto para atender en su conjunto las causas del bienestar "físico, social y mental", como afirma la Recomendación Nº 5. "La Conferencia, destacando que la atención primaria en salud debe concentrarse en los principales problemas sanitarios de la comunidad, pero reconociendo que esos problemas y las formas de resolverlos variarán según los países y las comunidades, RECOMIENDA que la atención primaria de salud comprenda, cuando menos, las siguientes actividades: enseñanzas relativas a los problemas de salud más frecuentes y a los métodos para identificarlos, prevenirlos y combatirlos; la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada, un abastecimiento suficiente de agua potable y medidas de saneamiento básico; la asistencia materno-infantil, incluida la planificación de la familia; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y la lucha contra las enfermedades endémicas locales; el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes; la promoción de la salud mental y el suministro de medicamentos esenciales". ¿No es esto un programa mínimo de medicina social? La inclusión en este apartado de la promoción de la salud mental no puede tener otro sentido que hacerlo integral y abarcativo de los problemas básicos.

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

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

¹⁵ Discurso del Dr. Halldan Mahler ante la Conferencia de Alma Ata.

Atención primaria en salud, O.M.S., Nueva York, 1978.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

porque las causas de las enfermedades son complejas e indiscutibles de las condiciones de vida, sino porque cuando alguien enferma y pide asistencia, el problema que plantea es integral.

Afecta no sólo a su cuerpo sino al conjunto de su vida social. De hecho, si la respuesta es sólo de un acto médico dirigido a la enfermedad, se produce una disociación engañosa del problema.

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

Consideraremos entonces que la salud mental es parte inseparable de una política que se proponga desarrollar estrategias de especificidades que presentan sus problemas.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

está limitado a la existencia objetiva de estos establecimientos, sino a que ellos representan, lo hemos visto, el lugar de realización de una relación instituida de objetivación del enfermo, que asume el lugar pasivo de una operación de asistencia. Hay en esto, que llamaremos modelo asilar, una notable coherencia en la articulación saber-poder del lado del psiquiatra, que legitima las operaciones de objetivación diagnóstica y segregación y custodia terapéutica. Ahora bien, cabe preguntarse: en la intervención comunitaria, dirigida a una desinstitucionalización del enfermo, ¿se anula también el modelo asilar y la relación de poder que engendra? Pienso que la operación no está garantizada si, más allá del cierre o no de los hospitales psiquiátricos, no se construye una nueva relación terapéutica, que no sea objetivante y que pueda establecer una nueva articulación del saber-poder. Esto plantea un cuidado especial con las técnicas de intervención que deben potenciar la circulación de conocimientos (los del técnico, de la comunidad y del enfermo) y respetar una participación de todos en las decisiones. Lo cual no debe confundirse con un, desgraciadamente prestigioso, espontaneísmo empírico de los participantes. Por el contrario, se requiere mucha preparación de los técnicos para estas intervenciones, ya que lo que espontáneamente surge es la relación saber-técnico/poder de decisión.

Igualmente, con la comunidad se trata de abrir espacios de reflexión colectiva donde sus propios conocimientos y criterios prácticos puedan ser expuestos y pensados. Uno de los requerimientos para evitar la reproducción del modelo asilar es el establecer sistemas de evaluación periódica, que permitan conocer los resultados y las tendencias desplegadas por la acción comunitaria. Esto requiere tener claro que el centro de la atención comunitaria es el equipo de salud, con necesaria formación, y nunca el agente sanitario de la comunidad, que debe permanecer ligado a ese nivel de acción.

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

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

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

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

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

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

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

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

5) La medicina, al hacerse social, articula necesidades de bienestar físico y preservación de condiciones de vida con demandas de atención y cobertura de riesgos, facilitando la accesibilidad al sistema de atención. No produce esa demanda, la detecta y la resuelve, o se propone al menos hacerlo. En Salud Mental la demanda es expresión de requerimientos de bienestar psicosocial, expresa siempre un deseo, y está regulada por los ideales de una norma de salud producida socialmente. No procede estrictamente de una articulación de necesidades. La ampliación de los objetivos de salud mental tiende a producir un crecimiento de la demanda. El papel mayor de este crecimiento está dado por los valores que se promueven en salud, por el tipo de prácticas terapéuticas y por las ofertas que expresan los profesionales. Una política que promueva la acción comunitaria debe estar atenta a esta capacidad potencial de incrementar la demanda de atención, hecho que representará siempre algún grado de fracaso de lo que se intenta promover, ya que la ampliación de las intervenciones preventivas debe disminuir la necesidad de prestaciones.¹⁶ La intervención comunitaria consiste en la aplicación de métodos que, detectando las áreas de conflicto o fragilidad en los vínculos, lo hacen circular por el conjunto social, familiar o grupal, evitando apropiarlo en un diagnóstico o en una intervención técnica resolutiva. Se trata de que el conflicto se resuelva o pierda capacidad patógena por su asunción colectiva. Se trata entonces de hacer participar al conjunto en su abordaje, no ir a atenderlo ofreciendo asistencia especializada. Si, como señala G. Caplan, "prevención primaria es la acción de modificar los factores que hacen patológica o patógena a una comunidad"¹⁷, es necesario mantenerse en el plano de la acción social, pasando a una atención especial sólo en situaciones no resolubles por el conjunto, y aun contando con él para el abordaje terapéutico.

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

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

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

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

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

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

6. LAS PRACTICAS DEL PSICOANALISIS EN SAEUD MENTAL

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