

La crisis del modelo médico en Psiquiatría *

Emiliano Galende **

1— INTRODUCCIÓN

Las categorías de lo psicológico (no exclusivamente la psicología como disciplina) han invadido la conciencia social de nuestro tiempo. Varias son las circunstancias que concurren a ello: en el campo de la cultura se han abierto profundas grietas en la concepción humanista de la vida y sus procesos; las formas del individualismo burgués han sido puestas en crisis por el desarrollo socio-económico y la llamada revolución científico-técnica; el problema de la subjetividad ha desbordado los marcos de una psicología objetiva que la contuvo hasta la primera mitad de nuestro siglo, invadiendo las preocupaciones teóricas de todas las ciencias; “el malestar en la cultura” es evidente a toda mirada que penetre en la vida social, produciéndose teorías y prácticas espontáneas de todo tipo que tratan de dar cuenta del malestar intentando reordenarlo.

Pero esta invasión de lo psicológico, que ha hecho pensar a algunos en una “psiquiatrización” de la vida social contemporánea, no se hace ya en los cauces que las prácticas profesionales psiquiátricas y psicológicas tienen socialmente establecidos. Psicólogos y Psiquiatras, por lo general grandes humanistas, que eran llamados a dar respuestas teóricas y prácticas a los desvíos de la razón hasta la primera mitad del siglo, han debido enfrentarse a la insuficiencia de sus teorías y al surgimiento de nuevos ámbitos de prácticas y explicaciones para las vicisitudes de la razón y el hecho patológico.

Hay que aceptar que el campo de la cultura en Occidente ha entrado en una crisis cuyos efectos solo han comenzado a ser procesados. Ese universo del iluminismo, donde el desorden y la anormalidad podían ser referidos a un orden biológico-natural, está terminando. La cosificación sustancialista del desorden en las Ciencias Sociales y del hecho patológico en la Psiquiatría, comienza a tener un tratamiento lingüístico. La obsesión anatómico-clínica de los viejos psiquiatras, que buscaban la esencia de la anormalidad en el desorden de los órganos, ha debido dejar el lugar a

un pensamiento que centra la cuestión en el desorden de los signos. La referencia ya no es biológico-natural sino semántica. Esta convergencia progresiva, entre lo patológico en el hombre y lo patológico en el lenguaje, está plena de consecuencias que luego analizaremos. El solo hecho que hace diez años Felix Guattari y Gilles Deleuze, en su obra *El Antiedipo*, hayan podido preguntarse sobre las relaciones entre capitalismo y esquizofrenia, en el ámbito más amplio de las determinaciones entre estructura económica y patología mental, por citar sólo un ejemplo, nos muestra que estamos frente a una nueva problemática en este campo, donde la psicología Objetiva y la Psiquiatría médica han agotado sus posibilidades de respuesta.

La medicina mental, que sustenta las diferentes prácticas terapéuticas, ha entrado en crisis. Me cuento entre los que piensan que no es una crisis de desarrollo sino el anuncio de la disolución de sus pilares fundamentales. Este artículo trata de dar las razones de esta posición, partiendo de la idea de que presenciamos hoy el despuntar de una nueva concepción del padecimiento psíquico y su tratamiento, en la cual las prácticas profesionales médicas deberán sufrir transformaciones muy profundas, a riesgo de quedar marginadas o excluidas. Asistimos al menos a dos series visibles de hechos, que luego analizaremos. Estos son: 1°- la llamada enfermedad mental es progresivamente “des-medicalizada” en su concepción social y técnica, y puesta progresivamente en relación con los hechos del lenguaje y la vida social; 2°- de un modo llamativo psicólogos y psiquiatras, en proporción no pequeña, elevan su autocrítica hasta denunciar su papel de “ajustadores” de los mecanismos sociales, y crean nuevas prácticas terapéuticas cuyos fundamentos no provienen ya de la medicina (Comunidad Terapéutica, Grupos, Psiquiatría Comunitaria, Psicoterapia Institucional, etc.).

Para comprender esta crisis global de la Psiquiatría, que traspasa el nivel de análisis de la coyuntura histórico-social, es necesario remontarse a

* Recibido para su publicación 10/01/1983.

** Médico, Psicoanalista. (Buenos Aires, Argentina).

la constitución misma de ésta como disciplina médica. Haremos entonces una breve referencia histórica.

2— LA PSIQUIATRÍA DE LA RAZÓN ILUMINISTA

En la psiquiatría, como ocurre con otras de las llamadas ciencias sociales, un abordaje epistemológico que intente poner en evidencia la estructura de sus nociones y conceptos, conduce necesariamente a una crítica histórica, en tanto análisis histórico de la producción de esos conceptos y las prácticas a ella ligadas. No es pertinente preguntarse a secas por la estructura de sus categorías o conceptos y la cientificidad de los mismos, porque esta pregunta asienta siempre sobre una doble negación: se niega que sus conceptos están basados en determinadas ideologías del hombre (antropologías implícitas incluidas) y los procesos sociales (sociología de la normalidad), y se niega también la determinación histórico-social que sufren los conceptos con que operan estas disciplinas. Por eso, insistimos, es necesario analizar la sucesión de las coyunturas teóricas y prácticas que constituyen la historia específica de la Psiquiatría, partiendo del principio de que el conocimiento histórico no puede ser una historia de las ideas sino de los modos históricos de la producción de esas ideas. El evolucionismo en historia termina siempre ligado al positivismo en las ciencias particulares. Un ejemplo: una historiografía ingenua de la psiquiatría piensa que la enfermedad mental es un hecho natural que afectó desde siempre a los hombres, tratándose solamente de que el progreso de las ideas la descubriera y la conociera, luego los avances de este conocimiento médico-psiquiátrico nos llevarían alguna vez a su comprensión definitiva. Se les escapa así que los modos de comprensión de lo patológico son históricos, cambiando tanto las formas y los contenidos de la alienación mental, como los modos teóricos y prácticos de dar cuenta de ella. La "comprensión definitiva" de la enfermedad mental es solo un sueño de la razón positivista.

Se asocia el nombre de P. Pinel con una supuesta liberación de los locos. Luego del hermoso trabajo de Michel Foucault (*Historia de la Locura en la Época Clásica*) es preciso reubicar a Pinel en el contexto de la Revolución Francesa y la asignación legal al médico del problema de la locura. En las condiciones previas a la Revolución el número de marginados en toda Francia había crecido enormemente y la política de su encierro sistemático era la norma. En pocos años la guerra con Inglaterra, la ruina del aparato productivo francés por la competencia de las manufacturas inglesas, que generó miles de desocupados, y la desaparición de las tierras comunales que llevó a los grandes propietarios a expulsar a considerables masas de campesinos hacia las ciudades, genera muchedumbres hambrientas con las que se mezclan marginados de todo tipo: locos, prostitutas, desocupados, mendigos, etc. Paralelamente el ascenso de la burguesía incrementa el reclamo por los derechos ciudadanos. Instalada la revolución en el poder la cuestión de los marginados se plantea

como una contradicción entre la libertad del individuo y la seguridad de la sociedad, como razón que debe excluir a quienes puedan amenazarla. Pinel, médico humanista y destacado revolucionario, es nombrado en Bicêtre en 1793, no para liberar a los locos, sino para separar en la gran masa de los internados a aquellos que estaban locos de los demás: miembros del anterior régimen que se habían hecho pasar por locos para ponerse a salvo de la represión, viejos revolucionarios a quienes la policía había encerrado en los hospicios, delincuentes sin proceso, pobres, etc. La tarea de Pinel —en quien se confía no porque sepa algo sobre la locura sino por su prestigio revolucionario— es de Moral política: debe discernir entre los "simuladores" y los locos "de verdad", hacer justicia con los ciudadanos encerrados, mantener encerrados a los locos en condiciones más humanas. Pero con Pinel entra el médico en el Asilo, y se da un paso fundamental en la asignación a la medicina del problema de la locura. Por eso es correcta la asociación de la revolución Francesa con el nombre de Pinel, pero no en el sentido de una liberación sino en el de un cambio de estatuto para el loco: se funda la psiquiatría como disciplina médica y el loco pasa a ser enfermo. Foucault dice de este hecho: "Si el personaje del médico puede aislar la locura no es porque la conozca sino porque la domina", y agrega "el médico ha sido en el Asilo desde un principio Padre y Juez, Familia y Ley, e interpreta los viejos ritos de Orden, Autoridad y Castigo". El tratamiento moral que funda Pinel consiste en las grandes figuras de la moral burguesa de la época: preservación de las relaciones padres-hijos, relación de responsabilidad entre falta-castigo, identidad entre la razón y el orden frente a la sinrazón y el desorden de la locura.

La medicina mental, tal como se difunde en Occidente, no fue el efecto de un conocimiento médico sobre la alienación, fue por el contrario efecto de decisiones políticas del Estado que tuvieron su expresión más elocuente en los Decretos de 1790 y 1791, hasta el nombramiento de Pinel dos años más tarde¹. El hecho de que el tratamiento médico del loco se haya realizado en situación de encierro asoció inicialmente la psiquiatría con el manicomio. Esta relación no es contingente sino esencial y se ha mantenido hasta bien entrado nuestro siglo. El Asilo fue la matriz de toda relación terapéutica ya que permitía en su organización interna sostener un saber que se ejerce como poder sobre el comportamiento de sujetos en condiciones especiales: encierro forzoso, celdas acolchadas, privación de sus ropas y objetos personales, métodos violentos de contención como el uso del chaleco de fuerza, la red, ligaduras a la cama, abscesos provocados con trementina para impedir los desplazamientos, etc. Esta asociación de la institución manicomial, el saber psiquiátrico y el poder sobre el otro, es esencial a la relación de asistencia en la medicina mental y perdura en los asilos actuales. Igualmente el hecho de que el psiquiatra esté imbuido del poder legal de decidir sobre el encierro de otro individuo a través del llamado "Certificado de

Alienación". El manicomio, la práctica alienista, es una figura límite que tiende a concentrar en la actualidad toda la crítica sobre sí, en tanto constituye el paradigma de "lo psiquiátrico", lo esencial de una relación de asistencia que pone la razón y el poder del lado del psiquiatra. Es por ello que todas las nuevas prácticas terapéuticas, surgidas de la crítica de postguerra, ponen en cuestión el poder del médico y la institución tratando de que el paciente mismo, la familia y la comunidad, asuman su propia responsabilidad frente a la emergencia de la locura.

El reordenamiento jurídico del campo de la locura que se operó a partir de la revolución Francesa, creó las bases de una relación entre la psiquiatría y al aparato Jurídico-penal cuyos elementos esenciales aún se mantienen. El médico fue imbuido de una violencia legal que ejerce bajo una cobertura médico-científica. Violencia en el plano de los cuerpos: el maltrato al alienado se justifica bajo la idea de "tratamiento"². Violencia en el plano jurídico: el alienado, mediante certificado médico, pierde gran parte de sus derechos cívicos y legales mientras otro certificado no lo devuelva al mundo de los normales. Violencia en el plano social: la sociedad asienta sobre el orden de la razón y el derecho; quienes se salgan de sus límites voluntariamente caerán en el ámbito de la ley jurídica; quienes lo hagan involuntariamente caerán en la institución psiquiátrica. De hecho ambas categorías se aproximan y el criminal se acerca a la locura tanto como el loco al crimen o al delito.

Es significativo que todo el reordenamiento del campo de la locura, cuyas bases son políticas y sociales, se haya hecho en nombre de la ciencia y sus progresos. En el siglo XIX el ascenso de una nueva razón humana iluminó Europa. La Ciencia era el nuevo lugar de la Verdad y dejó afuera, en las tinieblas de lo irracional o lo atrasado, todo lo que de la vida social e individual allí no entró. La locura no fue más posesión demoníaca, rareza o genialidad como era en el renacimiento, devino "enfermedad" para la razón iluminista. La misma razón que, identificándose con Europa la civilización y el progreso, situó a otros pueblos y otras culturas como "primitivas", sumergidas en las oscuridades del atraso y el misticismo. Y así como esta "razón civilizadora", en nombre del progreso, sometió al dominio y la explotación colonial a los "atrasados" pueblos de Asia, África y América, la razón encarnada en la nueva disciplina psiquiátrica, excluye, encierra y custodia a los enfermos en nombre de la ciencia y su verdad. No digo con esto que el loco sea un explotado, sino que intento mostrar cómo procesos en sí diferentes, obedecen a un mismo principio de dominación. Para la razón iluminista la ciencia ha de conquistar lo humano, no hay más verdad que la que ella puede develar. La medicina mental del Siglo XIX, imbuida de un espíritu científico, se niega a aceptar su desconocimiento radical de la locura y queda ella misma encerrada en la función de excluir al loco de la vida social. Algún historiador de la locura dirá que hubo progresos en el trato a los enfermos, que al menos ya no se los quemaba en hogueras

públicas (cosa que por otra parte sucedió pocas veces). ¿Pero cómo ignorar lo infrahumano de las nuevas-condiciones de internación en los hospicios?

3— EL MODELO ANATOMO-CLÍNICO Y LA PSIQUIATRÍA POSITIVISTA

Sobre la segunda mitad del Siglo XIX los avances de la medicina general impulsan un nuevo ordenamiento de la locura en el plano del conocimiento, que llevan a la psiquiatría a la adopción del modelo anatómico-clínico. Muy sucintamente las bases de este ordenamiento son: 1° la locura puede ser observada y descrita en condiciones similares a los otros objetos de las ciencias; 2° ubicada la locura en el lugar de objeto se abre la posibilidad de un conocimiento racional de la misma; 3° puesta la locura como objeto de un conocimiento positivo están dadas las bases para un conocimiento objetivo del hombre. Se dan así las condiciones para el surgimiento de una "psicología objetiva" y una "psiquiatría" científicas. M. Foucault señala sobre esto: "El estatuto de objeto será impuesto a todo individuo reconocido alienado, la alienación será puesta como verdad secreta en el corazón de todo conocimiento objetivo del hombre"... "la locura es la forma más pura, la forma principal y primera del movimiento por el que la verdad del hombre pasa al lado del objeto y se vuelve accesible a una percepción científica. El hombre sólo se vuelve naturaleza para sí mismo en la medida que es capaz de locura. Esta, como paso espontáneo a la objetividad, es momento constitutivo en el devenir objeto del hombre" (*Historia de la Locura en la Época Clásica*).

Los psiquiatras se lanzan, siempre en las condiciones del encierro manicomial, a clasificar y ordenar lo patológico. Se "descubren" nuevas entidades y las Nosografías pasan a ser consideradas las teorías de cada escuela. Pero, mientras este desarrollo se muestra productivo en la medicina general dominada por el conocimiento fisiopatológico, solo deviene una suerte de botánica en la psiquiatría, ya que, salvo la Parálisis General Progresiva (PGP), no fue posible establecer mecanismos específicos en las otras entidades. El modelo anatómico-clínico, base de una comprensión organicista de la locura, comenzó y terminó con la PGP. La esterilidad de los laboratorios que se montaron en el último cuarto del siglo pasado, y de los que se esperaba que sus modelos experimentales pusieran al descubierto la fisiopatología de las enfermedades mentales, desbarató las ilusiones organicistas. Pero esto no produjo el abandono del modelo anatómico-clínico, que aún sigue siendo para algunos el modelo de una medicina mental. Los frecuentes debates sobre diagnósticos, de importancia decisiva en la medicina general, se limitan en psiquiatría a una tarea nosográfica sin implicancias para el conocimiento etiopatogénico ni para las prácticas terapéuticas, ya que éstas no difieren grandemente en función de su especificidad nosológica. A Pinel, que tenía una concepción moral de la locura, no le eran necesarias grandes clasificaciones, además de que su tratamiento era unitario. Algo similar ocurre con la moderna psi-

cofarmacología, que aunque con gran difusión de marcas comerciales, se trata de relativamente pocas drogas para pocas variaciones terapéuticas, haciendo de las nosografías un ejercicio especulativo. En el espíritu de muchos psiquiatras persiste la confusión por la cual consideran a la nosografía como un conocimiento en sí, convirtiéndola en una teoría. Naturalmente al haber tomado el modelo de la medicina biológica como referencia para la psiquiatría se incorporó también su modelo de causalidad, sumergiendo a los psiquiatras en inacabables debates sobre organogénesis versus psicogénesis, enfermedades de origen endógeno versus exogeneidad, innato versus adquirido, etc.

4— LA PSICOPATOLOGÍA FENOMENOLÓGICA

En esta síntesis, cuyo objetivo es mostrar la crisis global del modelo médico en psiquiatría, debemos decir algunas palabras sobre la importancia de los aportes fenomenológicos al campo psiquiátrico.

K. Jaspers, filósofo ubicado en la corriente existencialista, publica en Heidelberg en 1913 su *Psicopatología General*. Debieron pasar sin embargo varios años para que la influencia de esta obra se notara como un cambio radical de la concepción médico-psiquiátrica. Creo por mi parte que, aunque adelantada en el tiempo, la obra de Jaspers pertenece a los comienzos de una nueva concepción de la locura que sólo va a tomar su fuerza en la crisis posterior a la Segunda Guerra. Dicho brevemente, esta obra supone: 1° una referencia explícita a una antropología existencial que se propone la superación del planteo positivista de la medicina mental; 2° esto necesariamente lleva a un trastocamiento de las categorías médicas, que se expresa en una fenomenología minuciosa del síntoma en la búsqueda de relaciones de sentido; 3° el hecho patológico es instilado en un plano discursivo, ya que la estructura mórbida es solo accesible en el relato del paciente; 4° hay una puesta en relación de lo patológico vivencial con la biografía del sujeto, definiendo entonces nuevas categorías: relaciones de comprensión y explicación, diferenciación entre desarrollos y procesos patológicos. No es en absoluto casual que Jaspers haya tomado estas categorías de quien las fundó en relación a la Historia.

La obra de Jaspers, y esta es una de las muchas críticas que nos merece, no se propone el develamiento del sentido de las prácticas psiquiátricas, y mucho menos de sus instituciones, sino más bien trata de proveer a la psicopatología de una fundamentación teórica. Este pensamiento es absorbido por la medicina mental, pero necesariamente va a instalar el conflicto en su seno. El desarrollo de las psicoterapias es dependiente de la fenomenología y del psicoanálisis, y aunque adoptado por los psiquiatras como el tratamiento moderno de la enfermedad mental, aleja progresivamente a sus practicantes de las categorías médicas que han sustentado la intervención psiquiátrica.

En cuanto al Psicoanálisis, al que explicita-

mente dejamos de lado en este esbozo, tiene influencias decisivas en el campo psiquiátrico, sobre todo en los últimos años, pero su surgimiento, sus fundamentaciones y su práctica son ajenos tanto al campo médico como al psiquiátrico. El Psicoanálisis no es una psiquiatría moderna, ni tampoco puede operar de reemplazo en el ocaso de la medicina mental. Por el contrario ha definido con precisión un sujeto del inconciente y un dispositivo, el análisis, ajeno a toda misión adaptadora.

5— LA POSTGUERRA Y LA LLAMADA REVOLUCIÓN PSQUIÁTRICA

Así como el reordenamiento que opera la Revolución Francesa en el campo de la locura, asociado al nombre de Pinel, está atravesado por la cuestión de la moral y la verdad, luego de la Segunda Guerra Mundial un nuevo ordenamiento se produce en este ámbito, cuyo centro es ahora el poder. Es éste el que en el curso de la guerra ha provocado el espanto y la sorpresa: el poder del nazismo, los campos de concentración, la tortura, el poder atómico, etc. Una nueva conciencia del poder invade el campo de la cultura y se expresa en la literatura, en la educación, en el arte, en la política y también en la psiquiatría. (Lo que, digamos de paso, muestra que la psiquiatría fue siempre más sensible a los cambios sociales que a los desarrollos de la ciencia). En ésta la conciencia del poder es conciencia de un problema que irrumpe en la subjetividad de los psiquiatras y los problemas en su función social. ¿Cómo no vincular los campos de concentración, el exterminio nazi de los enfermos mentales, con las condiciones de encierro en los manicomios? ¿Cómo sostener la irracionalidad del loco frente a la locura masiva de la guerra? ¿Cómo no asociar el poder de la represión y la tortura sobre los enemigos políticos con el dispositivo de contención de las instituciones manicomiales? Podría culparse a Hitler de locura, pero W. Reich advierte: no es efecto de un líder fanático enloquecido, un pueblo entero se ha lanzado en esta aventura de destrucción y muerte.

Tres hechos claves se producen luego del año 45 que van a abrir el camino de la reforma: 1° la guerra ha dejado como secuela un aumento masivo de sujetos neuróticos y psicóticos que necesitan asistencia, a la vez que se han destruido y perdido muchos de los recursos psiquiátricos con que se contaba antes de la guerra. Esto hace necesario en Europa una reacomodación de los sistemas sanitarios que hace posible la introducción de reformas; 2° el horror de la guerra trae aparejado un cuestionamiento profundo sobre lo humano y la cordura, las fronteras entre la razón y la locura son puestas en crisis; correlativamente un gran número de intelectuales, entre ellos muchos psiquiatras, se vuelcan hacia el psicoanálisis; 3° en toda Europa hay un ascenso de los movimientos populares que lleva a la instalación de gobiernos democráticos con posiciones humanistas, más sensibles a los derechos del hombre y a la reforma en Salud Pública.

En este contexto surge a muchos psiquiatras la relación íntima del dispositivo manicomial con los Estados paternalistas “dispensadores de bienes y verdades”. ¿Acaso no se revela la psiquiatría como un idealismo vanidoso que no sólo niega lo que no sabe sino que pretende construir lo real mismo al sustancializar la enfermedad? Se plantea así una doble tarea: 1° **teórica**, ¿cuál es la relación de las prácticas psiquiátricas y sus instituciones asistenciales con las teorías psicopatológicas?; 2° **histórica**, ¿cómo se ha producido y mantenido el dispositivo psiquiátrico manicomial y cuál es su funcionalidad con la estructura social? En cierto sentido se trata de hacer retornar a la locura al seno de lo humano, del cual la razón positivista la había excluido. Digo en cierto sentido porque si bien los comienzos de esta revolución psiquiátrica se hacen en nombre de un nuevo humanismo, su desarrollo posterior la hacen divergente de las posiciones de éste.

Con diferentes matices este proceso tiene sus expresiones concretas en distintos países. En Inglaterra un grupo de psiquiatras que trabajó durante la guerra en el entrenamiento de Comandos, desarrollando técnicas grupales con influencia psicoanalítica, finalizada ésta aplican este tipo de técnicas al tratamiento de enfermos internados en instituciones psiquiátricas. Entre ellos están W. Bion, Foulques, Maxwell Jones. En la misma época, Rapoport, un sociólogo que había desarrollado un modelo de socioterapia, se vincula con el Hospital Henderson y se funda allí la primera Comunidad Terapéutica. Esta recoge la tradición de los Tuke³ pero su referencia no es ahora religiosa sino un modelo político democrático. Se puede resumir la propuesta de Rapoport en cuatro principios: 1° democratización de las relaciones entre el enfermo y sus cuidadores; 2° clima de permisibilidad, aboliendo el poder del médico y todos los métodos represivos, 3° establecer una comunidad de intenciones (transversalidad) entre pacientes y curadores, y 4° confrontación de la comunidad de pacientes con la realidad política y social, es decir, integración permanente del afuera de la institución.

Fue en este ambiente en una psiquiatría que giraba hacia modelos grupales y de solidaridad comunitaria, donde se formaron Laing y Cooper y donde se gestó la antipsiquiatría inglesa en la década del sesenta. Pero este movimiento fue a la vez posible por los cambios políticos en la Inglaterra de postguerra. El ascenso de los laboristas al poder (que dictó las conocidas leyes del Sistema Previsional Inglés y de creación del Seguro Nacional de Salud), posibilitó la creación en 1946 del “Sistema Nacional de Salud Mental”, que sanciona legalmente la reforma de las instituciones psiquiátricas. Diez años después, en 1956, el Sistema inglés sirvió de modelo para la creación en Argentina del Instituto Nacional de Salud Mental, aunque se tomaron más los aspectos formales y burocráticos que la intencionalidad reformadora del Sistema.

La reforma inglesa hizo impacto en EEUU. En

los años cincuenta hay en ese país un auge de las socioterapias y comienzan a multiplicarse las “Comunidades terapéuticas”. Recordemos la preocupación de los sociólogos americanos e ingleses por los pequeños grupos luego de la guerra, que llevó a una suerte de disciplina nueva, la microsociología. Uno de estos sociólogos, I. Goffman, se internó como paciente en un hospital psiquiátrico a fin de estudiar allí el funcionamiento de estas instituciones. La publicación del libro en que elabora sus conclusiones de esta experiencia (*Internados*) impacta fuertemente la conciencia de los medios ligados a la psiquiatría. Goffman demuestra allí no solo las condiciones carcelarias del internamiento, sino que la institución psiquiátrica misma tiene cualidades patógenas, es decir, crea su propia patología. De Charcot a Goffman la psiquiatría muestra su capacidad de producir su objeto. Todo este movimiento, que transita más por los carriles de las disciplinas sociológicas, aísla y pone en crisis la concepción médica de la enfermedad mental. Se crean en pocos años en varios Estados los llamados “Centros Comunitarios de Salud Mental”, cuyo objetivo es trasladar a la población misma las responsabilidades del tratamiento. El Gobierno de Kennedy facilitó este desarrollo y en 1963 se sanciona una Ley (conocida como Ley Kennedy) que crea un Centro Federal de Salud Mental y establece un Programa Federal de Psiquiatría Comunitaria. Este programa es esencialmente pragmático, combinación de la concepción del Sector francés y la Socioterapia inglesa, pero hace entrar al sistema a otros profesionales no médicos (sociólogos, antropólogos, asistentes sociales, psicólogos, etc., según el modelo interdisciplinario de esa época), los que asumen responsabilidades en el tratamiento de pacientes. El poder médico sobre la locura retrocede, pierde paulatinamente su hegemonía, y son otros discursos teóricos los encargados de volver a situar al loco en el universo de la cultura y la vida social.

En 1963, y como resultado de este movimiento, la Organización Mundial de la Salud, a través de su Comité de Expertos en Salud Mental, aprueba la recomendación de sus países miembros de considerar modelo prioritario de asistencia psiquiátrica a la Comunidad Terapéutica y, aunque muchos psiquiatras asimilan estos modelos terapéuticos, esencialmente sociopolíticos, manteniendo sus teorías médicas de la locura, el conflicto se instala necesariamente poniendo cada vez más distancia entre lo que dicen pensar de la enfermedad y lo que realmente ejercitan como práctica.

En Francia, donde la politización de los psiquiatras es un dato conocido, las socioterapias no penetraron con facilidad. Se siguió más bien un modelo fenomenológico o psicoanalítico en lo teórico y médico sanitario en lo institucional asistencial. Creo que se debe contar con el tradicional respeto de los franceses a sus grandes Instituciones y su culto al “maître” (maestro, patrón) como elementos que han marcado su proceso de reformas. Dos médicos españoles republicanos exilados en Francia luego de la

guerra civil española, se emplean en el Hospital Psiquiátrico de Sant-Alban en 1940, vinculados al grupo que en 1942 publica la revista *La Raison*. Tosquelles y Torrubia, que así se llaman, se proponen democratizar la estructura del hospital, creando lo que llamaron un modelo de "psicoterapia institucional". Cuando en 1946 el Frente Patriótico lanza la reforma sanitaria y la Sectorización, el grupo de *La Raison*, junto con psiquiatras notables como H. Ey, Daumezon, Sivadon, Bonnaffe, establece un modelo sanitario psiquiátrico, el Sector, que si bien no modifica la estructura asilar existente ni cuestiona el poder médico sobre la enfermedad mental, abre sus estructuras a la comunidad e integra a profesionales no médicos, en un proyecto inicial de hacer de la psiquiatría manicomial una medicina mental social. Paralelamente el modelo de la "psicoterapia institucional" se desarrolla y se instituye como una alternativa psicoanalítica a la institución psiquiátrica.

En la misma época en Italia la reforma sanitaria, impulsada por el Frente Democrático en el poder, no altera inicialmente la estructura psiquiátrica asilar. Es recién en el año 1960 donde un conflicto planteado en el Hospital de Gorizia, que dirigía entonces F. Basaglia, lleva a un debate en toda Italia sobre la cuestión de los hospitales psiquiátricos. Los partidos de izquierda se pronuncian en favor de Basaglia y apoyan su denuncia del modelo manicomial. La publicación de su libro (*La Institución Negada*) puede situarse como el comienzo del movimiento antipsiquiátrico y anti-institucional italiano. Este movimiento no plantea una reforma de las estructuras teóricas prácticas o institucionales de la psiquiatría, es más, no es un movimiento que se despliega en el interior de lo psiquiátrico, se propone más bien la destrucción del poder médico sobre la locura y sus instituciones de internamiento. Basaglia, muerto prematuramente hace pocos años, ha dejado sancionada en Italia una Ley sobre la psiquiatría que cuestiona en el plano jurídico la estructura en que se basó lo que él denominó "la medicina mental".

Sería motivo de un artículo especial analizar los modos particulares, en que todo este movimiento se reflejó en nuestro país, lo digo una vez más; como espero haber mostrado en el desarrollo de este artículo, las transformaciones en el campo psiquiátrico son correlativas de las transformaciones sociales y políticas. No ha habido experiencia de desarrollo de modelos más abiertos y no represivos de asistencia mental que no sean acompañados de transformaciones democráticas de la sociedad.

6— CONCLUSIONES

Lo que hemos denominado modelo médico en psiquiatría tiene su origen y sanción jurídica a partir de la Revolución Francesa. Sus características son: en el plano teórico la ubicación de lo patológico en un apartamiento de la razón, un desorden, que puede ser objetivado como un dato natural y por lo tanto pasible de un conocimiento positivo; en el plano de las prácticas terapéuticas se recubre de aspecto

médico una intervención dirigida a segregar e internar a aquellos que no aceptan las reglas del conjunto, en el plano institucional se crea un sistema asistencial basado en el internamiento y puesto al servicio de la custodia del excluido. Esto llevó a Basaglia a definir la medicina mental como "cobertura ideológica de una ignorancia técnico-científica".

En verdad la crisis en la psiquiatría médica tiene puntos de contacto con la situación actual de la medicina. La incorporación masiva en el viejo "arte de curar" de conocimientos de otras ciencias (biología, física, física atómica, etc.) ha transformado la imagen del viejo médico humanista de comienzos del siglo, instalando una crisis en los modos de atención médica cuyos resultados recién empiezan a vislumbrarse. El enorme desarrollo técnico-científico ha conducido a una "des-semiotización" progresiva de la relación médico-enfermo, llevando a límites insospechados la objetivación.

Igualmente, aunque en sentido inverso, la medicina mental se ha visto sacudida por la inclusión de modos de pensamiento y prácticas terapéuticas provenientes de la sociopolítica, la dinámica de grupos, la psicología (ya no objetiva), la antropología, el psicoanálisis, la lingüística, etc. que la alejan de la práctica médica e implican una "semiotización" progresiva del hecho patológico.

En el seno de las grietas que producen estas crisis surgen nuevas disciplinas que la expresan: si al conocimiento, cada vez más preciso por la medicina de las estructuras biológicas enfermas, algo de la dimensión humana se le escapa en el sujeto que padece, una medicina "psicosomática" vendrá a restablecer en el médico el dominio global sobre el sufrimiento y la enfermedad del hombre. Algunos creen que si toda la medicina fuese psicosomática habríamos alejado de nosotros, médicos, la preocupación por un mundo que divide al hombre en objetos de conocimiento y prácticas diferentes. Si al mismo tiempo el discurso médico no puede dejar de notar su carencia para abarcar lo humano, se trata de llenar esta carencia con el conocimiento psicológico: la formación psicológica del médico, la "psicología médica", crea la ilusión de restablecer en el conocimiento el ideal humanista de la unidad del hombre. La medicina biológica y la psiquiatría médica resisten la pérdida de estos ideales humanistas, pero con un elemento diferencial clave: mientras a la medicina biológica estos ideales le permitieron una lucha eficaz contra el sufrimiento humano, en la psiquiatría solo sirvieron de coartada para el ocultamiento de un poder de exclusión y encierro.

Todo este campo es hoy heterogéneo, aunque no caótico, y es necesario aceptar la confluencia de distintos modelos teóricos y prácticos sin apresurarse en el sentido de una síntesis o la elección dogmática de un modelo, que sólo pueden llevar, en las actuales condiciones, a un nuevo riesgo oscurantista. Es posible percibir una tendencia promisoriosa: la medicina habrá de devenir social, ya que en tanto discurso sobre la vida y la muerte de los hombres habrá de

incluir a éstos en la lucha contra aquello que afecta a la vida y sus condiciones; la psiquiatría por su parte, en tanto discurso sobre las vicisitudes de la razón humana, tiende a volver al seno de la sociedad y la cultura y su desmedicalización es inevitable ya que su referencia vuelve a ser el lenguaje.

REFERENCIAS

1. Entre los varios decretos de esos años, uno establece el uso del "chaleco de fuerza" para asegurar que el loco no pueda atacar a los demás. Este fue un invento legislativo, no médico. Lo mismo otro decreto declaró que se llamara Asilo a los lugares de internamiento, para evitar el desprestigio que el Hospital General tenía como lugar de represión y encierro.
2. Es obvio que el chaleco de fuerza, los abscesos de fijación, las celdas, etc., no constituyen un tratamiento "médico". Pero la Psiquiatría "descubrió" que otros métodos de violencia sobre el cuerpo producían efectos benéficos sobre el comportamiento del alienado: shock hipoglucémico provocado, shock cardiazólico, shock eléctrico, etc. No negamos los efectos de estos métodos agresivos sobre el sujeto enfermo, nos llama sí la atención que la psiquiatría no haya reflexionado sobre el sentido de estos efectos.
3. Sobre finales del Siglo XVIII una comunidad de cuáqueros, los Tuke, fundó en Inglaterra una comunidad para enfermos mentales que se llamó El Retiro. Su concepción de la locura era religiosa, o más bien, como efecto de la pérdida de lo religioso. Pensaban que la locura era violencia contra la tradición, la familia, la autoridad, y por lo tanto imponían un tratamiento pedagógico, a través del trabajo y la educación. El tratamiento se realizaba esencialmente a través de los efectos de lo religioso-comunitario y no hubo allí intervención médica.