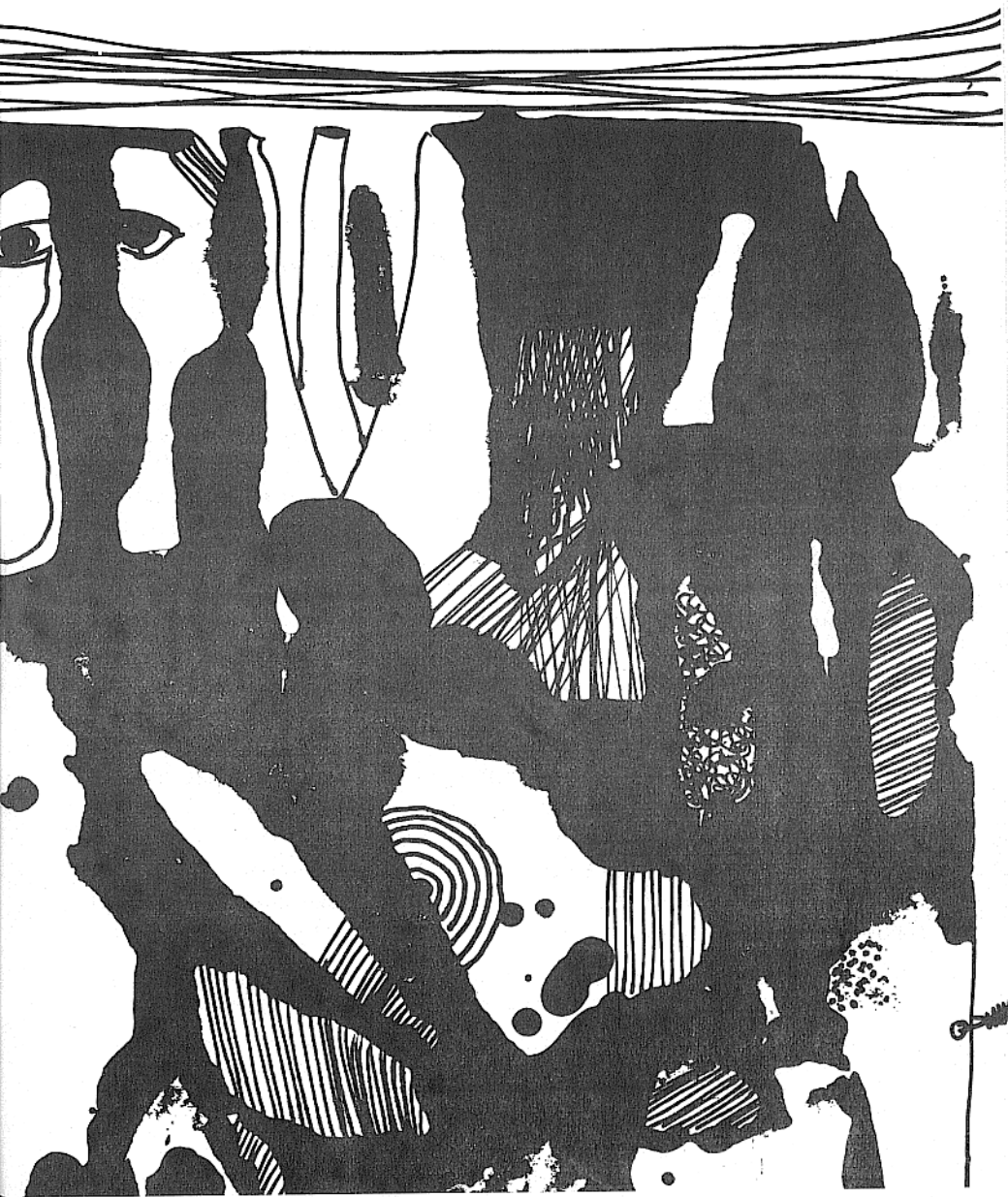


**LA SALUD Y ENFERMEDAD  
MENTAL: APORTES SOCIOLOGICOS  
A LA DISCUSION DEL TEMA**

**RUTH SILVA DE BONILLA**



## LA SALUD Y LA ENFERMEDAD MENTAL: APORTES SOCIOLOGICOS A LA DISCUSION DEL TEMA\*

*Dra. Ruth Silva Bonilla\*\**

### Introducción

Comenzaremos este artículo parafraseando el señalamiento introductorio que aparece en el libro *Razón, locura y sociedad* (Basaglia y otros: 1978), donde se afirma que en nuestra sociedad los humanos vivimos, enfermamos, somos asistidos y morimos de clase social. El cómo, cuándo, las formas y la especificación de las condiciones sociales bajo las cuales "perderemos" o "recuperaremos" la "salud mental" o la "razón" dependerán fundamentalmente de nuestra particular manera de inserción al cuadro de clases sociales imperantes y de la naturaleza de nuestro encuentro específico con los agentes ideológicos de tal régimen.

La hipótesis fundamental que elabora el texto aludido es que la racionalidad instrumental que promueve la organización histórica del mundo actual ha producido el desarrollo de toda una serie de "saberes" y de "técnicas" (incluidos mayormente en las ciencias sociales), cuyo propósito implícito es, por un lado, ocultar, desplazándolo, el origen de las contradicciones que se dan en ese mundo así organizado; y, por otra parte, el de amortiguar-neutralizar los efectos de esas contradicciones, al poner en uso esos saberes y esas técnicas. En este segundo caso, la hipótesis sugiere que en el mundo actual se han desarrollado unos nuevos

---

\* Versión ampliada de una conferencia presentada a un grupo de estudiantes del programa de Honor de la Universidad de Puerto Rico, el 17 de abril de 1985.

\*\*Depto. de Sociología y Antropología, UPR, Río Piedras. Destacada en el Centro de Investigaciones Sociales de la misma universidad.

técnicos -psicólogos y psiquiatras incluidos, pero no los únicos- que contribuyen al mantenimiento de ese mundo social al presentar el sufrimiento humano como de carácter privado, generado por la persona misma, y al ayudar a "secuestrar" en instituciones de marginación social como lo son los hospitales psiquiátricos, a los individuos más desvalidos de nuestra sociedad, aquéllos en los que estallan tales contradicciones en formas perturbadoras o amenazantes para el funcionamiento "normal" del sistema.\*

En el mismo trabajo aludido argumenta Basaglia su hipótesis de la siguiente manera:

Nuestra sociedad, tal como está organizada, no está hecha a la medida del hombre, sino que está hecha solamente para algunos hombres que poseen las fuerzas de producción; está hecha solamente pensando en la eficiencia productiva (Basaglia, 1978: 17).

Expresado de otra forma: el mundo capitalista no se organiza sobre el eje de una valoración del bienestar y la salud humana como aspecto primordial, sino que lo primario es la valorización de la ganancia, del lucro y de la acumulación de capital para el pequeño conjunto que domina la organización productiva.

Esto nos lleva a considerar la afirmación, en apariencia paradójica de que: "A cada acumulación de capital corresponde una acumulación de miseria, aún cuando crezcan los salarios" (Marx, citado por Maccacaro, 1978: 74). Somos de la opinión de que el renglón más amplio de esa miseria creciente es el progresivo empobrecimiento de la salud de la clase trabajadora y de los sectores marginados.

Una cita un tanto mordaz de Lacan ilustra esa miseria, esquivada sistemáticamente en mucha de la filosofía y de la ciencia contemporánea:

Al término de la empresa histórica de una sociedad por no reconocerse ya otra función, sino la utilitaria, y en la angustia del individuo ante la forma concentracionaria del lazo social cuyo surgimiento parece recompensar ese esfuerzo, (la filosofía contemporánea del ser y de la conciencia) se juzga por las justificaciones que da de los callejones sin salida subjetivos

---

\* Es evidente que en la presente discusión estamos aludiendo a las tendencias dominantes en la psicología y en la psiquiatría, pues estas disciplinas son también escenarios de lucha en donde se perfilan de modo minoritario, posiciones de crítica y de debate. Crítica y debate que se da, no obstante, desde posiciones teóricas, metodológicas y prácticas bastante diferenciadas.

que efectivamente resultan de ello: una libertad que no se afirma nunca tan auténticamente como entre los muros de una cárcel, una existencia de compromiso en la que se expresa la impotencia de la pura conciencia para superar ninguna situación, una idealización voyeuristasádica de la relación sexual, una personalidad que no se realiza, sino en el suicidio, una conciencia del otro que no se satisface, sino por el asesinato hegeliano (Lacan, 1971: 17).

Pero sería incorrecto asumir en el mundo del capital desarrollado las mismas condiciones de salud que privaron en los albores del desarrollo capitalista. Estamos lejos de las instancias de explotación absoluta y de indiferencia total del capital hacia la salud de los trabajadores y marginados. También ya los países de capital avanzado han tenido que trascender la etapa en que el capital y el Estado le aseguraban a los explotados que su salud estaba garantizada en tanto mostraran "devoción a la industria". Esto implica que la lucha de los trabajadores por la salud ha forzado al Estado a salir de la etapa del "remedio" -una enfermedad vista como "externa" al proceso social- para entrar a nuevas formas más agresivas y represivas de enfrentamiento a la clase trabajadora.

En los años recientes se ha hecho difícil disimular la sustancial y progresiva ineficiencia del aparato médico y de las acciones "sanitarias" generadas por la industria para hacer frente a las nuevas enfermedades y a las nuevas patologías que el desarrollo del capital ha fomentado. Al Estado se le está haciendo problemático lidiar con el aumento en las neurosis laborales, con las cifras masivas de accidentes en la industria y en los diversos renglones de empleo, y se torna incapaz de asegurar el ambiente libre de contaminación que reclaman amplios contingentes de trabajadores.

En esta nueva etapa, al capital no le basta con oponerle a los trabajadores la respuesta de los falsos remedios. Como indica Maccacaro: "es necesario imponerle el remedio del silencio" (1978: 80). Esa nueva "medicina del silencio" no es curativa ni preventiva; es ante todo y básicamente, calmante y marginante.

Los nuevos técnicos de esa "medicina del silencio" esquivan el examen del proceso social como algo contradictorio, plagado de profundas injusticias sociales, tarado por la inequidad rampante; e insisten, por el contrario, en la elaboración de categorías y lenguajes adialécticos que nos hacen difícil identificar al humano en sus ambivalencias y angustias frente a procesos aplastantes (Loras: 1979).

Nuestra presentación en este corto trabajo dará continuidad a la hipótesis mencionada en los párrafos iniciales al insistir sobre tres puntos específicos, a saber:

1. Sobre la especificidad histórica de las elaboraciones sociales acerca de la normalidad o la anormalidad de un sujeto humano; de lo que es estar sano y de lo que es ser un enfermo mental.
2. Se presentarán algunas reflexiones en torno al papel que juegan las contradicciones sociales en la elaboración dialéctica de todo sujeto humano, o si se prefiere, haremos unos breves señalamientos en relación a cómo somos producidos históricamente como sujetos "excéntricos" -para usar la descripción de Lacan.
3. En el tercer conjunto de reflexiones nos desplazaremos a examinar el carácter específico que asumen las enfermedades mentales en el mundo actual. Planteadas esas reflexiones, finalizaremos la presentación haciendo una breve referencia a las implicaciones de esas observaciones en la reorganización social de los procesos terapéuticos.

### La especificidad histórica de la salud y de la enfermedad

Elaboremos un poco sobre el primer punto. De entrada señalaremos que nos parece relativamente estéril el examen de la "locura" o el examen de la normalidad como aspectos abstraídos de la matriz social en las que

1. se les construye de esa forma,
2. en las que les nomina o clasifica de esa manera y
3. en la que se las "trata" o se interviene con ellas de unos modos específicos.

Es un dato común de la sociología, no importa los variados modelos que empleen los practicantes de la disciplina, que la enfermedad mental no tiene realidad y valor de enfermedad más que en una sociedad que la "reconoce" como tal. Pero al contrario de los sociólogos funcionalistas y de los culturalistas que ven en la enfermedad mental un alejamiento del comportamiento promedio, o un alejamiento del comportamiento humano con respecto a una "esencia humana natural" afirmaremos junto a Foucault (1979) que el grupo que la denuncia y reconoce como tal le confiere un estatus específico y que la sociedad como conjunto se expresa en un momento dado tanto en las formas que declara normales como en aquellas que identifica como patológicas.

Esta formulación precedente nos impide acercarnos a la enfermedad mental tomándola como una esencia, como una entidad reconocible de modo natural por los síntomas que la evidencian (Foucault, 1979). Nos impide igualmente examinar cada conjunto humano amalgamado tras una clasificación de "enfermedad" específica, como si se tratase de un conjunto delineado por la propia naturaleza. Y nos impide, adicionalmente, postular que los sistemas de tratamiento de la

enfermedad mental puedan ser asimilables a los sistemas de tratamiento de la enfermedad orgánica.\*

En un interesante trabajo titulado *Psiquiatría, teoría del sujeto y psicoanálisis* señala Braunstein (1980) que cada sociedad tiene la medicina que le corresponde a su modo de producción y a la correlación existente entre fuerzas de producción y relaciones sociales de producción.

Es así como los problemas que motivan la demanda y el ejercicio psiquiátrico al nivel de la sociedad son incluidos dentro de la representación ideológica de la medicina. Este hecho fue nítidamente resaltado, y de manera muy dramática, dentro de la impugnación anti-psiquiátrica que tomó auge en muchos países capitalistas en la década de los sesenta y parte de los setenta.

Con relativo acierto fueron mostrando evidencia de cómo las ideologías se reproducen al interior de la psiquiatría en las clasificaciones con las que trabaja, y adicionaron datos de cómo impregnan los sistemas de diagnóstico, los sistemas de tratamiento, e incluso las formas de incorporar o de no incorporar socialmente al personaje "curado". También ofrecieron evidencia de cómo las ideologías se insertan en la producción misma del psiquiatra. Acertadamente señaló Braunstein:

La clasificación (psiquiátrica) no sólo funciona como instrumento para la producción de las prestaciones psiquiátricas, sino que además *señala el camino para la reproducción de sus agentes...* Las demandas (sociales) dirigidas a la psiquiatría organizan la formación psiquiátrica (1980: 56).

Pero si bien muchos de los impugnadores de la psiquiatría en ese momento (personas como T. Szasz en los Estados Unidos) plantearon con acierto estas denuncias, fallaron en muchos casos al no reconocer que no se resuelven los problemas de las luchas ideológicas en las estructuras clasificatorias trayendo un neo-nominalismo sustituto, que como

---

\* En la actualidad, dice Braunstein (1980), retratando claramente prácticas de la "medicina del silencio" a la que aludía Maccacaro, "las formas dominantes de la práctica psiquiátrica se caracterizan por ocultar el sufrimiento y la angustia humana bajo la forma de una prescripción psicofarmacológica que 'tranquilece' cuanto antes al paciente y a su médico con la ilusión de una eficiencia práctica y cerrando los ojos ante lo precario y transitorio de tales 'mejoras'. La prisa por influir químicamente sobre las funciones psíquicas conlleva la renuncia a la posibilidad de influir sobre la estructura psíquica, estructura que es siempre transubjetiva e histórica".

Más adelante añade Braunstein: "Para poder recorrer ese itinerario dialéctico es necesario desembarazarse del obstáculo epistemológico configurado por la idea, propia del discurso médico, del individuo aislado como sede de la enfermedad.

mencionaba Braunstein "deje en la sombra" a los poderes que utilizan esas nomenclaturas para descalificar, deshumanizar y denigrar al clasificado.

Así, por ejemplo, bien pudo ganarse la lucha nominalista por arrancar la clasificación "homosexual" de la categoría de las patologías mentales, y colocarla, recientemente, dentro del ámbito de las "variedades sexuales", sin que esto afecte significativamente las formas históricas de la represión social del homosexual en la sociedad actual y sin que se afecte significativamente la práctica clínica con respecto a ellos. Otro ejemplo de las batallas nominalistas en las clasificaciones psicológicas y psiquiátricas es el cambio de rótulo a la persona que recibe la prestación psicológica o psiquiátrica: la etiqueta de enfermo y de paciente ha sido sustituida por la de "cliente". Pero el cambio de nombre sólo encubre la misma presión social hacia la venta de la "salud mental" por vía de las presiones de adaptación a un mundo inhumano y hostil.

Un vívido ejemplo de cómo la enfermedad mental no puede ser separada de los métodos de diagnóstico, de los procedimientos de aislamiento y de los instrumentos terapéuticos de los que la rodea la práctica psiquiátrica la ofrece Foucault en los siguientes términos, describiendo interesantes situaciones del siglo pasado:

En Francia, la tutela impuesta al alienado por la ley de 1838, su total dependencia de la decisión médica, contribuyeron sin duda a fijar a fines del siglo pasado, el personaje histérico. Desposeído de sus derechos por el tutor y el Consejo de Familia, prácticamente de nuevo en un estado de minoría jurídica y moral, privado de su libertad por la omnipotencia del médico, el enfermo se convertía en el centro de todas las sugerencias sociales; y en el punto de convergencia de todas estas prácticas se establecía la sugestibilidad como el síndrome mayor de la histeria (Foucault, 1979: 23-24).

Continúa luego Foucault narrando cómo el médico procedía a tratar al paciente con la sugestión. Trae algunos datos de los casos tratados por Babinski, un eminente médico del momento, quien usando de toda la fuerza de técnicas de sugestión, fuera a través de la hipnosis, o fuera a través de las palabras muchas veces repetidas, conducía al enfermo a un punto tal de alienación, que, anulada su voluntad, éste se disponía a aceptar como eficaz el mandato prescrito. Los pacientes "histericos", en su mayoría mujeres, seguían la prescripción irónicamente profética, convalidando así el cuadro diagnóstico anterior. Al respecto añade Foucault:

Pues bien, lo que el médico denunciaba como una ilusión era en verdad un resultado de su práctica médica: esta sugestibilidad

era la consecuencia de todas las sugerencias, de todas las dependencias, a que estaba sometido el enfermo (Foucault, 1979: 24).

Prosigue indicando Foucault que si las observaciones actuales no ofrecen los "milagros" que las técnicas de sugestión parecían ofrecer durante buena parte del siglo pasado, con ella no se invalidan los éxitos de los médicos de ese momento y más bien se prueba que la figura de la histérica ha tendido a desdibujarse a medida que se han ido atenuando las prácticas de la sugestión que en ese momento parecían constituir el entorno natural y lo anticipado socialmente de la mujer enferma.

No es curioso que la vasta mayoría de las histéricas del pasado siglo fueron mujeres, y que hasta el nombre "histérica" asignado en ese momento al síndrome a ello asociado tuviese como raíz de significación al útero femenino, pues es harto conocido el proceso de infantilización social y de tutelaje a que fue sometida la mujer durante la expansión del capitalismo europeo. Las "casas de muñecas" en las que eran socialmente aprisionadas, aún cuando en el caso de una pequeña minoría fueran lujosas y cómodas, no bastaban para compensar la pérdida social de su derecho a la adultez y a la independencia personal.

En los actuales procesos del mundo capitalista las mujeres son dirigidas a enfermarse de "los nervios". Las diversas clasificaciones de sus "enfermedades nerviosas", como bien apuntan diversos estudios, recogen todo intento de subversión por ésta, de los comportamientos asociados al desempeño de su rol como mujer. Y el alerta terapeuta no vacila en utilizar todas sus técnicas y saberes para devolverla al mundo "sano" de la dependencia y tutelaje con respecto a las figuras masculinas de su padre o de su marido.

Un segundo ejemplo contemporáneo de la elaboración social de la salud y de la enfermedad es la producción médica del transexual; y las formas de su incorporación y adiestramiento "clínico" al mundo social.

Como bien señalan muchos sociólogos contemporáneos, es imposible desligar la producción social del transexual y las formas de manejo médico y clínico con éste(a) de (1) la producción histórico-social actual de los funcionamientos de género (hombre-mujer) y (2) los desarrollos de la técnica del mundo capitalista que permiten nuevas formas de reafirmación social de los modelos machistas por vía de la operación y re-acondicionamiento de los que buscan un cambio de "género" (Raymond, 1979).

La construcción terapéutica del transexual, lejos de presentar una crítica radical al ordenamiento vigente de funcionamiento masculino-femenino opresivo, se erige socialmente en la *afirmación* y reproducción más *retrógrada* de tales elaboraciones sociales. Así, el hombre construido



a mujer -que es el caso más frecuente de operaciones transexuales- no sólo piensa y actúa posterior a su operación como la mujer más cosificada (léase femenina), sino como una mujer más allá de lo que ella, en su percepción estereotípica, piensa de sí misma. Pero no se trata sólo de que posteriormente funcione así; es que de hecho, *previo* a las intervenciones quirúrgicas tiene que pasar las pruebas que le hace una gran variedad de técnicos sociales -sicólogos y psiquiatras incluidos- donde éste demuestre que en todas sus dimensiones es capaz de imitar cabalmente la mujer modelo que presenta la actual ideología de género. Buena parte de las intervenciones quirúrgicas posteriores no van meramente dirigidas a la castración, mutilación y creación de nuevas apariencias en sus genitales y en su funcionamiento hormonal, sino que se encaminan por la línea de intervenciones "estéticas" para eliminar arrugas, configuración de ojos, nariz, o aspectos análogos, de modo que su apariencia externa sea lo más aproximada posible al patrón modelo de mujer que representan los diversos aparatos ideológicos del Estado.

### El sujeto normal como sujeto "ex-céntrico"

El segundo punto al que queremos aludir en este trabajo toca de lleno a la producción social de la persona humana como *sujeto*, es decir, como ser sometido y sujetado socialmente a las condiciones histórico-sociales de su formación social. Este segundo aspecto nos remite al examen de cómo se producen "normalmente" los procesos de conciencia de la persona humana, punto necesario para abordar luego los aspectos específicos que va desarrollando la denominada conciencia alienada.

La hipótesis esencial que queremos presentar recoge bastante de cerca las formulaciones de Braunstein (1980). La misma plantea que el sujeto no llega a ser eso -persona social y por lo mismo, sujeta- por virtud de unas experiencias singulares, ni por su desarrollo autónomo, ni por procesos de maduración neurológica, ni por el despliegue de una libertad esencial, sino que va constituyéndose como tal a partir de los requerimientos emitidos por la estructura social, requerimientos que en el caso particular de las formaciones capitalistas suelen ejecutarse dentro de los diversos aparatos ideológicos (instituciones) como lo son la familia, la escuela, las iglesias, los medios de comunicación masiva, para no aludir nada más que a unos pocos ejemplos.

Con los procesos "normales" de sujeción se producen interesantes desarrollos de conciencia; entre ellos quizás el más notable sea precisamente el que se reprima a la conciencia visible (cotidiana) de la persona humana los procesos de sujeción a que somos sometidos, y el que muchos de nuestros deseos como humanos sean "divorciados" de los procesos de la llamada "vida real". Por virtud de ese divorcio, la opción

muchas veces planteada al sujeto "normal" es la de una realidad sin placer (la llamada normalidad) o la de un placer sin realidad (la llamada locura).

Es, sin embargo, más interesante aún examinar las ideologías oficiales con relación a la conciencia "normal", es decir, considerar cuáles son los procesos identificados como los procesos de conciencia "sanos". En el mundo capitalista podemos identificar como un aspecto importante una ideología con respecto a la conciencia "sana" que presupone al sujeto fuente y origen de sus discursos. Apunta Braunstein (1980) que el sujeto sano es identificado como un yo autónomo, racional, libre para optar, y capaz de asumir a responsabilidad por sus opciones libremente escogidas. Es el sujeto que dice con firmeza: "Yo soy... de esta o esta forma"; que predica sobre sí mismo en primera persona; que se afirma como ser, como una esencia más o menos fija sin aparentes ambivalencias ni contradicciones. Es presentado como un yo "maduro y balanceado", que sigue unos patrones de conducta socialmente aprobados, y que adicionalmente, tiene "tolerancia a las frustraciones".

Proponemos en cambio que el sujeto normal es caracterizable, en marcado contraste con el cuadro ideológico anterior, como sujeto escindido, dialéctico, que se manifiesta históricamente como contradicción, como ruptura, porque su subjetividad es constituida de modo desfasado, y por tanto se despliega continuamente en cuestionamiento radical de sí mismo, del otro, y del mundo.

Este sujeto dialéctico no puede ser apresado por los límites de su conciencia, pues como señala Braunstein (1980), parte de su dialéctica y ruptura es precisamente con relación a lo procesado en su conciencia cotidiana. Tampoco puede ser aprehendido como totalidad dentro de los límites de su discurso frontal, pues es un sujeto portador de discursos alternos, de los cuales es en gran medida "desconocedor". Ese otro discurso aparece incrustado en el anterior, sólo que ahí se presenta como "accidente", como anomalía, tras la pantalla del discurso frontal que al decir de Braunstein (1980) "lo cercena y lo oculta". Esa palabra del sujeto duplex o escindido despinata en el discurso del sujeto "normal" al margen de las intenciones comunicativas del hablante, en los escotomas - metáfora usada por Braunstein- y los agujeros del discurso que sirven de soporte a las "evidencias" de su conciencia. En ese discurso alterno el sujeto no habla en primera persona, sólo lo hace "en persona", aunque luego pida perdón por la "zafadura" cometida.

El sujeto normal es por tanto *sujeto-soporte* de estructuras específicas donde se le asigna lugar, pero es simultáneamente agente de cuestionamiento de tales estructuras que le fijan su apresamiento histórico.

En los procesos de conciencia del sujeto "sano" su dialéctica o ruptura logra no obstante "encontrarse" o reconocerse de algún modo dentro de la

dialéctica de sus condiciones de existencia. Es el sujeto que, aún sujetado, no ha renunciado a la articulación constructiva de la relación sujeto-mundo, librando batallas continuas contra las presiones adversas emanadas del orden social que lo encadena. Así puede continuamente instituir nuevas modalidades de relaciones con su medio, modalidades que presionan en la dirección de cambios razonables en su entorno, para poder crecer y expandirse como humano.

Este es quizás el punto clave de diferenciación entre el sujeto "sano" o "normal" y el sujeto identificable en un período histórico concreto como sujeto alienado. Nos desplazamos por tanto a elaborar algunas reflexiones acerca de las características específicas que asume la conciencia alienada dentro de las contradicciones sociales que genera la organización del mundo actual.

### Algunas particularidades de la enfermedad mental en el mundo actual

La enfermedad mental, de acuerdo a Foucault, se sitúa específicamente entre la contradicción en las estructuras de la experiencia social y la conciencia lúcida de esas contradicciones. Se presenta como una contradicción existencial que al sujeto se le hace imposible vivir, asumir conscientemente, representándose entonces en la forma de un conflicto generalizado, no identificable por el sujeto.

Para Foucault, la enfermedad exige dos tipos de condiciones: (1) las condiciones sociales e históricas que fundamentan los conflictos psicológicos en las contradicciones *reales* del medio, y (2) las condiciones psicológicas que transforman el contenido conflictual de la experiencia en forma de conflicto de la reacción. Así indica Foucault que en el momento en que las condiciones del medio ya no le permiten la dialéctica corriente de la excitación y de la inhibición, la enfermedad se instala como una forma de defensa (Foucault, 1979: 104).

Como señalábamos anteriormente, no toda situación de conflicto provoca la defensa nombrada patológica. Explica Foucault que habría una respuesta "sana" cuando una diferenciación funcional le permite al sujeto una reacción individualizada a cada término o a cada fase de la situación conflictual. Esto era lo que implicábamos cuando postulamos anteriormente que la dialéctica del organismo podría "encontrarse" en la dialéctica de sus condiciones de existencia y "reconocerse en ellas".

Por el contrario, cuando el conflicto se le presenta a la persona con el carácter de una contradicción tan absoluta y tan aplastante, o cuando el individuo ve sus posibilidades tan restringidas que no puede establecer la diferenciación funcional a las diversas fases del conflicto, reacciona entonces colocándose fuera del circuito y en lo que Foucault llama una defensa por inhibición generalizada.

Pero definir así la alienación no es verla como una esencia a-histórica, dada en virtud de una aberración psicológica, sino que es aprehenderla por el momento histórico que la ha hecho posible. El enfermo mental ciertamente viola códigos sociales, pero a diferencia del sujeto "sano" que también viola múltiples códigos sociales, no intenta el enfermo poner en discusión la validez de los códigos violados. No se orienta a influir sobre las estructuras según las cuales su propio comportamiento es valorado (Ponzio, 1974).

Es interesante señalar que el "insano" mental actual no se considera, como ocurría siglos atrás, un "poseído" ni por el demonio, ni por los espíritus, ni por los dioses. Podríamos decir junto a Foucault que en las formaciones capitalistas el "loco" es, ante todo, un desposeído. Ahora la enfermedad mental aparece estigmatizada socialmente como señal de debilidad, como expresión de los errores humanos. El loco es considerado un ser muy "peligroso", para sí mismo, pero sobre todo, para la sociedad, cuyas "normas" amenaza. Al enfermo mental se le ha trabajado progresivamente un estatus de exclusión social, convertido o en prisionero en las modernas instituciones psiquiátricas, o segregado socialmente como si se tratase de un extranjero o paria social.

Sin embargo, como indicábamos al principio, los perfiles y contornos de la sociedad y de sus estructuras pueden ser reconocidas tanto en los "ciudadanos" que produce -los "normales"- -como en los desposeídos-extranjeros que engendra.

Así, por ejemplo, dentro de la inhabilidad del sujeto enfermo para ubicar su dialéctica personal dentro de la dialéctica social, la especificidad de la enfermedad mental no estriba solamente en la sensación de vacío que se provoca en el sujeto enfermo, pues como bien apunta Foucault, es también digna de análisis y socialmente derivada, la plenitud positiva que el paciente deposita en las actividades de reemplazo con que llena o intenta llenar ese vacío.

El nudo más complejo de la enfermedad se aprieta en torno a la unidad contradictoria del mundo privado que se construye el sujeto al abandonar la inautenticidad que para sí tiene el mundo externo. Como explicaba Binswanger "yo y mundo también para el enfermo constituyen una unidad indisoluble dentro de cuyos cuadros cada polo confiere significación al otro, o donde más exactamente, toda significación es fruto de la interacción de ambos" (citado por Gabel, 1970: 110) y añade Gabel que el ser enfermo está ligado a la sociedad, no meramente *situado* en ella.

Veamos algunos de los ejemplos concretos de esta tortuosa ligazón del enfermo con su mundo externo.

Uno de los aspectos que más ha llamado la atención de los estudiosos de las perturbaciones psíquicas que produce nuestro mundo actual es la

perturbación en las formas de la temporalización. Al respecto señalaba Minkowski (1960 y 1970) que en muchas de las perturbaciones severas es esta una de las coordenadas de vida que más se afecta. En esos casos el tiempo es espacializado, amarrado, chato. Es un tiempo conceptualizado como sin capacidad para devenir, para transcurrir. El sujeto "vive" un tiempo fragmentado y sin porvenir, sin posibilidades de diferenciaciones cualitativas. La cantidad prevalece sobre la calidad. Es un mundo de amontonamiento de cantidades.

Para éstos, la sociedad no es el punto de partida más o menos inerte de estímulos patógenos, es al contrario centro de formación donde se concretan los estímulos de las vivencias mórbidas. Argumentaba otro estudioso, Binswanger, que la estructura de la temporalización depende de la forma de la inserción social: de modo que a una inserción disociada corresponde una temporalización disociada; a su vez la existencia de un mundo de temporalización disociada puede traducirse clínicamente en un síndrome discordante -como en su estudiado caso Mary- (Binswanger, citado por Gabel, 1970: 113).

Pero también la pérdida por el sujeto de su proceso social dialéctico puede y suele manifestarse en formas concretas de vivenciar los espacios. El espacio, en lugar de servir a éstos como fronteras que pueden ser levantadas por su praxis como humanos, se les presenta mitificado, desdibujado y sin coherencia. En ese espacio sin encuentro, los objetos se fusionan en un horizonte carente de perspectivas. Ese espacio goza de una obscuridad y de una rigidez que espanta y aterroriza al enfermo (Gabel, 1970: 138).

Hay que añadir, sin embargo, que no son sólo las coordenadas espacio-temporales las que suelen verse afectadas en los casos más severos de enfermedad mental. Pues en esos espacios oscuros, con tiempos rígidos, los demás humanos pierden, para el enfermo, el carácter de compañeros de discurso, capaces de entender sus reclamos, igual que el enfermo no puede entender el reclamo de los demás. Esos espacios son poblados por seres extraños, cuyas palabras resultan ininteligibles para el sujeto, extraños con rostros que pueden por instantes fundirse en las imágenes-máscaras de las figuras que aterrorizan (Foucault, 1979).

Se afectan, pues, las coordenadas espacio-temporales provistas por la sociedad, así como el resto de las coordenadas socio-culturales que le brindan significación socio-histórica a su proceso personal. Aún el propio cuerpo de él o de la enferma puede ser desdoblado, de suerte que deja de ser un centro de referencia en torno al cual el mundo externo pueda abrirle la puerta a un sin fin de posibilidades. En estos casos, en el horizonte de la conciencia del enfermo, se altera la presencia de su cuerpo, unas veces tornándolo pesado e inmóvil, cosificado; adquiriendo otras

veces para el enfermo la rigidez del cadáver o las cualidades de una maquinaria, pero siempre regido por una exterioridad misteriosa. Ese cuerpo puede ser proyectado en la conciencia mórbida como inmaterial y etéreo, o con la pesadez del plomo o de la madera; o como una agua turbia y pantanosa; o como la sede nefasta de múltiples alimañas que le roen su existencia.

Pero tras los múltiples velos de las particularidades subjetivas de la enfermedad, no podemos dejar de reconocer en sus variados rostros el espectro de un proceso histórico aplastante.

### La reorganización social de los procesos terapéuticos

Hechos estos diversos planteamientos, queremos retomar un punto que trajimos, al principio de la exposición cuando apuntábamos que las instituciones desarrolladas por el mundo contemporáneo para el tratamiento psiquiátrico suelen funcionar como centros de marginamiento y de violencia contra los segregados como enfermos. Nos parece que podemos concordar con el triste diagnóstico del psiquiatra italiano Basaglia (1978) cuando señala que las instituciones psiquiátricas contemporáneas lejos de servir para el "cuidado" de los pacientes son más bien centros de "custodia" de los mismos. Son simultáneamente centros de violencia, porque la finalidad de los mismos es ajustar a las personas a las normas que le impone su sociedad, normas que afirman su sujeción humana y que le cierran sistemáticamente las puertas a la búsqueda de su desarrollo y de su libertad; normas que devienen en parte importante del cuadro de condiciones objetivas asociadas al desarrollo de su respuesta psíquica. En ese sentido cabe de nuevo destacar el uso político de los centros de tratamiento así como el contenido político de los diversos sistemas de intervención terapéutica.

Pero no se trata sólo de transformar el carácter de los centros de intervención terapéutica. Si asumimos, como lo hemos hecho a lo largo de esta presentación, la hipótesis de un ser humano inconcluso, inacabado, sujetado, y en lucha constante contra las fuerzas que lo oprimen, se hace patente la necesidad de una transformación igualmente radical de las categorías clasificatorias y de diagnóstico que suelen ser usadas en esos modernos centros de la "medicina del silencio".

La utilización de categorías dialécticas, como bien señalaba Gabel unos años atrás (1970: 74) es necesaria para la comprensión crítica de las diferentes expresiones de la conciencia mórbida. Este paso es esencial para adelantar la posibilidad de una psicopatología abiertamente dialéctica que logre una adecuada síntesis de los aportes que hasta ahora se han hecho desde los marcos de una antropología existencial -Von Gebattel, Binswanger, Minkowski, Lapassade, entre otros- y también

desde los diversos marcos del psicoanálisis -Lacan, I. Coruso, Braunstein, F. Saal y otros. Una nueva psicología que pueda adelantar a partir de esa síntesis hacia nuevos derroteros de lucha social.

Esa síntesis incluiría también los aportes críticos que se han añadido desde los marcos de la psicología social comunitaria y de todos aquellos otros marcos que puedan ser razonablemente interados.

Esa reorientación del quehacer disciplinario necesariamente impactará el trabajo de investigación en la disciplina. Es evidente que marcará un nuevo derrotero en la definición misma de las problemáticas; en el desarrollo de metodologías y de técnicas de observación y trabajo; en la estructura misma del análisis de los datos enjuiciados. En esa revisión metodológica es imposible seguir estudiando los humanos como seres flotantes con respecto a un proceso histórico, como seres sin historia personal que es a la vez historia social.

Sostenemos entonces que el dilema que se levanta ante nosotros no es el de si creamos sistemas de intervención terapéutica política o apolítica, sino que las opciones van por la dirección de qué tipo de politización terapéutica defenderemos. Por nuestra parte, escogemos una terapéutica política que, parafraseando un poco al psicoanalista Suárez (1978: 163) implique restaurar en los "enfermos" su capacidad dialéctica, para que puedan hacer frente con menos inermidad y con más lucidez a la miseria histórica propia de nuestro tiempo; propia de los miembros de una sociedad injusta, explotadora y enajenante, en la que todos, en diversa proporción, somos simultáneamente víctimas y cómplices.

#### REFERENCIAS

1. Basaglia, F. y otros. 1978. *Razón, locura y sociedad*. México: Siglo XXI.
2. Braunstein, N. 1980. *Psiquiatría, teoría del sujeto, psicoanálisis: hacia Lacan*. México: Siglo XXI.
3. Foucault, M. 1979. *Enfermedad mental y personalidad*. Buenos Aires: Paidós.
4. Gabel, J. 1970. *Sociología de la alienación*. Argentina: Amorrortu.
5. Lacan, J. 1971. *Escritos*. México: Siglo XXI.
6. Loras, O. 1979. "El lenguaje de la neurosis y de la psiquiatría". En el libro de R. Jakobson y otros *El lenguaje y los problemas del conocimiento*. Argentina: Editorial Rodolfo Alonso.
7. Maccacaro, G. 1978. "Clase y salud". En el libro de F. Basaglia y otros *La salud de los trabajadores*. México: Editorial Nueva Imagen.
8. Minkowski, E. 1960. *La esquizofrenia*. Buenos Aires: Paidós.
9. Minkowski, e. 1970. *Lived Time*. Illinois: Northwestern University Press.

- 
10. Raymond, J. 1979. *The Transsexual Empire: The Making of the She-Male*, Boston: Beacon Press.
  11. Suárez, A. 1978. "Freudo-marxismo: pasado y presente". En el libro de F. Basaglia y otros *Razón, locura y sociedad*. México: Siglo XXI.



## SUMMARY

The author proposes that the capitalist world is not organized around a valuation of human health and welfare as fundamental aspects, but that the foremost valuation is profit, gain and the accumulation of capital for the small group that controls economic production. This instrumental rationality has produced a series of "bodies of knowledge" and "techniques" (amongst these the social sciences) whose purposes are to conceal the origins of the contradictions which are produced by this world and to neutralize their effects. Furthermore, new technicians, such as psychologists and psychiatrists, have been developed who contribute to the maintenance of this social order by presenting human suffering as a problem of a private character, produced by the sufferer himself. The most helpless - those in whom the contradictions explode - are shut up or "kidnapped" in institutions like the psychiatric hospital.

"Mental illness" only has this value in a society which recognizes it as such an cannot separate the methods of diagnoses from the processes of confinement and the therapeutic instruments which psychiatric practice, which is a part of the dominant ideology, assigns to them. An example is given as to how a woman is declared to be ill from "nerves" (under which classification fall all attempts of subversion of her traditional woman's role), and then the therapist uses his techniques in order to return her to the "healthy" world of dependence on and protection by the male figures who surround her.

The author discusses how the process of the formation of the social subject is produced, in which repressive refutations are made invisible, divorcing human wishes from "real life". Faced with this model of the social human being, the author affirms that the normal subject is characterized by duality and dialectic, manifested historically as contradiction and rupture, with a subjectivity constituted by disharmony, continually questioning itself, others, and the world.