

## Medicalización, psiquiatrización... ¿despsiquiatrización?

Guillermo Rendueles Olmedo  
*Médico psiquiatra. Gijón*

Hubo un tiempo en que el movimiento libertario defendía un higienismo basado en tradiciones vegetarianas, sexualidad libre y nudismo, ajo o limón contra las plagas tuberculosas. Frente a ellas la biopolítica burguesa logró una hegemonía tal que se constituyó en uno de los elementos centrales de la contrarrevolución en que hoy vivimos. En este escrito intento reflexionar cómo la derrota de los movimientos antimédicos y antipsiquiátricos, que en los 80 habían cogido el relevo de ese movimiento libertario, permite representar hoy en clave de comedia los conflictos que en otros tiempos se dieron como drama. Pensar hoy la medicalización exige por ello no reducirse a criticar el estilo de vida higiénico que la mirada médica ha impuesto a la multitud para que consienta entusiasmada en convertir conflictos humanos o sociales en enfermedades. Pero si la genealogía próxima de ese fenómeno enlaza con las derrotas del 68 y los años de plomo, la lejana nos conduce a encontrar las raíces de la medicalización en los horrores del nazismo y el colonialismo.

### Biopolítica y nazismo

Existen pocas dudas de que lo que Hitler llamaba la Gran Política fue un programa biopolítico con el objetivo de “desparasitar” al pueblo alemán de las poblaciones que impedían el florecimiento del superhombre -la gran bestia aria- que Nietzsche había anunciado. A quien se tome la molestia de seguir las lecturas del monstruo quizás le sorprenda tanto su interés por Darwin y la literatura biológico-médica más progresista de su época como su erudición sobre epidemiología administrativa de las taras en las levas

de soldados europeos. Reyes Mate (2008) ha insistido en cómo la esencia del nazismo fue introducir lo zoológico en la polis, sustituir la política por los simplismos de las obligaciones con la tierra y con la sangre frente a la charlatanería parlamentaria. Lo dominante de esa autopercepción de Hitler como alguien con deberes y misión racial es señalado por muchos historiadores como central para el resultado de la guerra al priorizar el envío de trenes y tropas para el exterminio. Pero desde luego esa gran biopolítica se trataba de algo bien distinto del delirio de un loco.

La facilidad para el reclutamiento de médicos, epidemiólogos, genetistas en los institutos de mejora racial dirigidos directamente por Hitler y su facilidad para imponer el cumplimiento burocrático de programas de exterminio de pacientes con malformaciones es también un hecho probado. No llegó a la docena el número de médicos que se negaron a poner una cruz en los formularios -cuatro años ingresado, esquizofrenia, epilepsia, senilidad, corea- que llevaban al matadero.

La identificación de la población alemana con la canalla nazi se demuestra por las miles de peticiones de padres solicitando el asesinato legal de niños no sólo con retrasos mentales o graves enfermedades congénitas sino por conductas antisociales. El asesinato legal del débil mental H. Frank se complementa con el del menor “psicópata irrecuperable” E. Polz en una macabra reedición de las cartas de encierro contra los hombres infames encontradas por Foucault (1997) en la Bastilla. En los archivos del Reich se encontraron las respuestas a las mismas en las que por expreso deseo del monstruo se felicitaba “la filantropía de esas familias que labraban un mundo que no conocería

epilépticos o enfermos mentales y donde los rasgos del mongolismo se estudiarían como curiosidad etnográfica". Seudociencias basadas en la fisiognomía fueron muy populares en la enseñanza secundaria y el higienismo racial exhortaba a "saber mirar e identificar a partir de la forma de las orejas, la nariz o la frente los rasgos de enfermedad racial a eliminar", que generaban miles de denuncias diarias de buenos alemanes a las oficinas de higiene racial.

Para percibir la buena conciencia con que se ejecutaba la biopolítica nazi basta leer las actas del Proceso a los Médicos de Nuremberg. Antes de subir a la horca muchos manifiestan su sorpresa ante la injusticia democrática: ellos eran científicos que experimentaban con subhumanos –judíos, gitanos– la resistencia a la deshidratación, el frío o los traumas siguiendo el doble ciego para el bien de la ciencia. Cuando mandaban matar gemelos lo hacían para cuantificar lo innato y lo adquirido y la propia medicina vencedora no dejaba de utilizar algunos de sus hallazgos.

Libros como el *El exterminio de los enfermos mentales en la Alemania Nazi* (Platen, 2007) o *Los verdugos voluntarios de Hitler* (Goldhagen, 2003) son instrumentos preciosos para desvelar cómo tras la comedia medicalizadora late un eugenismo individualista que también afectó a bastantes países democráticos. En el nuestro, tras la lectura de las actas de la Liga para la Reforma Sexual<sup>1</sup> durante la República, da escalofríos constatar el apoyo de la izquierda republicana española a las prácticas eugenésicas –incluida la aprobación del gas ciclón 2 para la eliminación de las vidas sin valor– frente a la condena de la derecha católica que incluía militares fascistas como Vallejo Nájera. El *remake* de la filmografía nazi sobre los sufrimientos de pacientes mentales en los manicomios y los gastos que originaban o los panfletos fílmicos<sup>2</sup> en favor del crimen racial de engendrar hijos por alemanes afectados de sífilis quizás fuese un buen ejercicio intelectual contra el simplismo pro-

gresista de confiar nuestros cuerpos y nuestros hijos al Estado democrático.

Heidegger tiene su experiencia paulina que le hace abandonar la militancia nazi al percibir cómo el consejero áulico del Führer no es el filósofo sino el médico. El nacionalsocialismo que él imaginaba como una tiranía platónica que obligaría al pueblo alemán a cuidar de sí dejando las habladerías políticas para abrirse al ser, se reduce a un higienismo médico-biológico. De cualquier forma su lealtad a Alemania hasta el fin de la guerra y la justicia de su condena por el tribunal de desnazificación está determinada por incluir y apostar por que los procesos de medicalización nazi se integraran en la utopía platónica de definir la vida buena por técnicos estatales dotados de saberes físicos. Desde Sócrates la indefinición de lo bueno para el hombre exigía de un saber común para decidir cómo vivir bien mediante la discusión y la argumentación prudente que construye el *ethos*, es decir acuerdos vinculantes entre los ciudadanos dotados de *frónesis*. La negación de ese saber común y esa deliberación dialógico-política para definir el bien común es lo que justifica la acusación jaspersiana de colaboracionismo nazi y su condena.

## Medicalización e imperialismo

Ambos términos son los constructores que permiten a Sheldon Watts (1997) articular una historia de las epidemias que prueban la importancia de la racionalización higienista en el comercio de esclavos negros y los movimientos de repoblación en América. Puesto que la raza negra era inmune a la fiebre amarilla o a la malaria está justificada su explotación en el desarrollo del nuevo mundo. Erradicar el cólera de la India justificaba la política imperial de Gran Bretaña porque alejaba las aguas fecales de las poblaciones con una ingeniería que el protectorado sería

<sup>1</sup> Aparece en diversos escritos de Hildegard Rodríguez. El más accesible está publicado entre sus escritos por Edit. Morata, 1998.

<sup>2</sup> *Yo acuso* fue un film muy popular en la Alemania nazi producido a instancias de V. Brack director de la Organización para la Eutanasia.

incapaz de autogenerar. Recordar la desatención al holocausto que supuso la viruela para los pueblos del nuevo mundo en su contacto con los españoles mientras se buscaba allí el remedio para las epidemias sifilíticas son grandes hallazgos de este texto seminal. En él refiere Watts el nacimiento en las colonias americanas de la comercialización de la sífilis con que inaugura ese aspecto de lucro capitalista con la enfermedad. El relato sobre las intrigas y negocios del "terrorista genocida Fernández de Oviedo y sus socios los Fugger de Hamburgo" no tiene desperdicio al descubrir en el racista opuesto a las Casas un adelantado de la industria farmacéutica. En 1526 en su famosa *Historia Natural de Indias* asegura audazmente al Rey que podía tener la certeza de que esta enfermedad venía de Indias en donde Dios con su providencia habría puesto también el remedio para este mal que ya infectaba Europa. Estando Oviedo en su cargo de veedor regio y gobernador del Castillo de Santo Domingo, oyó hablar de las propiedades curativas de la madera de guayaco o guayacán y a partir de ahí afirmó que "las gentes de la Española sufrían y se curaban la sífilis con dicho remedio". El eje de la campaña publicitaria de Oviedo era un capítulo de su tratado dedicado al palo santo, llamado guayacán por los indios. Para que los sifilíticos ricos no pasaran por alto la sugerencia, el guayacán era llamado santo sugiriendo la voluntad de Dios de levantar el castigo por el pecado del sexo. Mientras escribía su tratado y refutaba a Bartolomé de las Casas con sus observaciones sobre la subhumanidad de los indios (además de vagos y sodomitas, tenían el cráneo tan grueso que mellaba las espadas castellanas cuando se los golpeaban) logró que sus socios Fugger recibieran de Carlos V los derechos monopolísticos para importar y explotar esta cura milagrosa por todo el imperio. Oviedo y sus amigos obtuvieron pingües ganancias con este negocio que ya anticipaba rasgos capitalistas y las modernas virtudes psicofarmacológicas.

La importancia de recordar estas genealogías de las medicalizaciones postmoder-

nas resalta cuando Foucault (2009) plantea cómo persisten en los márgenes del Estado una lógica heredada de los teóricos del nazismo y el imperialismo a la que debemos vigilar si no queremos recaer en biopolíticas neofascistas<sup>3</sup>. El tratamiento de la emigración o de las modernas epidemias descubre la fragilidad del respeto a los derechos del hombre y la persistencia de identidades basadas en la tierra y la sangre. Vigilancia permanente necesaria porque también Foucault nos alerta sobre la imposibilidad del moderno liberalismo, sin prácticas disciplinarias basadas en considerar al individuo como un simple cuerpo a gobernar. Sin esas disciplinas fabricadas desde lo sanitario la continua producción de libertades inherente al estado democrático generaría un imaginario popular abierto a la anarquía e imposible de tolerar por el Estado democrático que conocemos (de nuevo los campos de internamiento para emigrantes clandestinos deben producirnos todo el terror que merecen).

Si a mí me quedan pocas dudas de que aquellos polvos trajeron estos lodos, la medicalización postmoderna es el nombre común que se da a la redefinición como síntomas o enfermedades de problemas inherentes a la vida cotidiana o a la estructura social que se mantenían antaño dentro del saber común y el conflicto clasista. Si a un sindicalista libertario le hubiesen dicho hace un siglo que el sufrimiento laboral se redefiniría como conflicto individual a tratar psicológicamente, lo calificaría de distopía. O si a una abuela le hubiesen anticipado su papel de adjunto al pediatra que la postmodernidad le reservaba, su sorpresa sería pareja.

El desarrollo de la medicina científica y la cura de enfermedades infecciosas dotaron de tal prestigio al gremio médico que transformaron la medicina en un saber omnipotente. Prestigio complementado por el narcisismo médico al que no podía dejar de halagar esa atribución de saberes-poderes y que se atrevió en la reunión de la OMS de Alma Ata a prometer salud para toda la humanidad en el año 2000. Promesa de salud que incluía un bálsamo médico productor

<sup>3</sup> También en la obra *Los anormales*, de M. Foucault (2001), se plantea de forma resumida esta cuestión.

de salud definida como “máximo desarrollo de las potencialidades físicas, psíquicas y sociales”. Las bases de la medicalización postmoderna estaban servidas.

La eficacia de la cura médica de las enfermedades infecciosas, la salubridad de la ciudad lograda por los sanitarios y el control de las epidemias mediante el alejamiento de las heces de las poblaciones, permitió una invasión tecnológica del mundo de la vida por los médicos, construyendo la utopía sanitaria: cualquier malestar vital o cualquier dilema existencial podría ser traducido y respondido desde el campo médico.

El título del libro de Illich (1987) que enfatizó los desmanes de la medicalización ya hacía referencia a esa *hbris* médica que quería burlar la vigilancia de esta diosa para que la felicidad y la vida de los mortales no se pareciera a la de los dioses. La *tecné* médica aspiraba a esa vida de los inmortales al tiempo que parecía conquistar para la ciencia y la razón instrumental el territorio que desde Aristóteles se reservaba a la prudencia. Las críticas a la medicalización contemporánea agrupan los trabajos que cuestionan la procedencia de ese proceso que transforma la biografía en historia clínica y suministra una especie de manual de uso para vivir de forma sana enmarcando la experiencia vital, desde el nacimiento a la muerte, dentro de categorías médicas. El moderno saber médico-psicológico enseña hoy cómo elaborar el deseo de tener hijos y dota a los padres de unas técnicas psicológicas para imaginar al no nacido para poder hacerlo integrable a posteriori en la cadena simbólica de lo familiar<sup>4</sup>. Los libros de autoayuda que popularizan esa higiene aconsejan a la embarazada tanto a ensoñar con el cuerpo y el nombre del hijo antes del parto como a introducirle ya en el discurso fálico que el padre real debe culminar. O para qué hablar de la tutela sobre la vida cotidiana de la embarazada y el cumplimiento estricto del plan de lactancia y cuidados del recién nacido que incluye una labor policíaca de las trabajadoras sociales para la detección precoz de la negli-

gencia o el maltrato que coordina un juzgado del menor. Resalta en algunos trabajos cuantitativos sobre la medicalización que esa monopolización del parto y el cuidado del neonato es tan sólo una de las veinte situaciones que se contabilizan habitualmente como tales pero que pueden ampliarse al infinito. Por ejemplo en el otro extremo de los problemas del nacimiento estarían los del envejecimiento como *enfermedad terminal y deficitaria* donde cualquier variación del felicismo ya orienta hacia una etiqueta de *depresión involutiva*. La vejez siempre se había servido de la melancolía como musa inspiradora de sabiduría. *Against Happiness* es un texto de Wilson donde enfatiza cómo las pautas para un envejecimiento sano reproducen sin saberlo la receta de felicidad burguesa de Flaubert: ser estúpido, ser egoísta y tener buena salud. Esa medicalización de la infelicidad y la desposesión de la tristeza del hombre normal son analizadas por Horwitz en la sociedad americana donde hasta la pena de los perros con pedigrí por la separación de sus amos es tratada con Prozac.

La incompetencia alimenticia es otro de los tópicos que aporta devotos a las capillas médicas. Aprender a comer para evitar la obesidad como factor de riesgo para la salud y tomar productos de belleza anunciados como medicinas para normalizar el peso, el colesterol o la descalcificación son los bálsamos de una angustia nutricional que embarga a millones de personas que se sienten gordas y feas. La obesidad ya no es algo objetivable por el centímetro del endocrino sino la no aceptación de un esquema corporal en cuyos extremos están bulímicos y anoréxicos, donde el pánico alimenticio está fuera de control. Claro que como en el juego de las siete y media si te pasas es peor, la obesidad por el deporte y la alimentación sana también conduce a la vigorexia que merece un apartado diagnóstico específico.

En una prestigiosa revista de psiquiatría se ha descrito recientemente el llamado “Desorden de Deficiencia de Motivación” que describe según sus descubridores un

<sup>4</sup> La penetración de ese farragoso discurso lacaniano en la pediatría ha sido señalado por Janet Malcolm en sus historias del psicoanálisis.

tipo de conducta que provoca una apatía incontrolable para iniciar tareas mínimas. Ese estado que antaño la gente llamaba flojera, indolencia o vagancia supone un substrato común para las enfermedades ligadas al mundo laboral. Acoso moral, *burnt out*, *bulling* y otro largo etcétera medicalizan el conflicto que antaño se llamó lucha de clases y se dirimía en el ágora colectiva.

El duelo es un proceso inevitable de la existencia humana en la que los vivientes deben llorar la pérdida de sus seres queridos que nunca se mueren en el tiempo debido: la vieja figura del huérfano atribulado durante años sería tributaria hoy de psicoterapia ya que una discusión bioética establecía la conveniencia de atenuar la pena con antidepressivos si persiste a los seis meses de producirse el óbito.

Adorno afirmaba que nunca se tiene bastante temor sobre las sorpresas que la irracionalidad y la pelea por el lucro puede depararnos en el capitalismo. Virilio habla de la ciudad pánico para describir la metrópoli postmoderna. La fobia social que afecta a millones de americanos o las alergias perennes al aire ciudadano parece prudencia temerosa a la jungla ciudadana.

Disminuir los dinteles de riesgo en diversos marcadores como el colesterol, el nivel de calcio en la menopausia, la tensión arterial en la vejez o los marcadores prostáticos de riesgo tumoral, constituyen otros tantos factores de medicalización que como señalábamos tienden a solaparse con la biografía para transformar cualquier edad del hombre en situación de riesgo médico.

## La psiquiatría como coche escoba de la medicalización

Los procesos de medicalización contemporáneos amplían los marcos biopolíticos en la medida que lejos de constituirse como

disciplinas impuestas desde arriba han seducido al imaginario popular que reclama esos cuidados como derechos sanitarios. La psiquiatría cumple un papel central en ese proceso tanto por su capacidad para nombrar como trastorno psi cualquier malestar como por sus ofertas biopsicosociales de curar como un médico, escuchar como un cura o enseñar como un maestro. Por ello recoge cualquier malestar que no puede ser incluido en las enfermedades o riesgos somáticos y les otorga un doble en el interior de la persona que, al independizarse de la situación en que se produjo, reaparece como sentimiento-depresión o cognición-psicosis-patológico.

### *Aparentando saber: tras el DSM-III<sup>5</sup>*

La práctica psiquiátrica anterior a la DSM-III era una especialidad modesta, un pensamiento débil que se reconocía como artesanal, condicionado tanto por las llamadas psiquiatrías nacionales (nadie aceptaba el término *Bouffe* –delirante– fuera de Francia) como por la elección de una escuela teórica que admitía a las demás.

Era una práctica que por ello no aspiraba a un saber totalizador y aceptaba la no objetividad de sus diagnósticos y tratamientos: como en el resto de las artesanías cada maestrillo tenía su librito y ninguno aspiraba a la universalidad impositiva de sus esquemas. Naturalmente ello suponía reconocer lo precientífico de dichas prácticas y la necesidad de acoger los diagnósticos psiquiátricos sin intentar igualarlos a nivel clínico o legal con los dictámenes médicos basados en la objetividad de la anatomía patológica o el laboratorio.

La vocación psiquiátrica constituía por ello una práctica de riesgo en el sentido de P. Bourdieu<sup>6</sup>. Frente al ingeniero o el cirujano que aseguraba su capital cultural en una

<sup>5</sup> DSM: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales)*, de la Asociación Americana de Psiquiatría). La versión DSM-III es de 1980; la DSM-IV, de 1994; la DSM-IV-TR, de 2000.

<sup>6</sup> El gusto por la psicoterapia ha sido analizado por este autor como un rasgo específico de clases medias en ascenso similar al gusto por el arte puro, especialmente en *Cosas Dichas* (Gedisa, 1999).

profesión segura, el psicoanalista, como el bailarín de ballet, arriesgaba una tremenda inversión de tiempo y dinero para un fin incierto al que cualquier accidente en la formación o la evolución de su actividad podía arruinar.

La pretensión de la APA (Asociación Americana de Psiquiatría) de lograr una clasificación científica de los trastornos psiquiátricos, una descripción ateorica, empírica y basada en la evidencia, siempre me recuerda al milagro de la traducción de la Biblia por los *setenta* en el siglo III antes de Cristo (Navarro, 2008). Cuenta la tradición que setenta traductores judío-griegos fueron reunidos en la Alejandría del gran faro y la gran biblioteca por Ptolomeo II Filadelfo para traducir el Antiguo Testamento. Separados y aislados en celdas, coincidieron en un texto idéntico incluso en el orden de las palabras. Esa traducción de los setenta fue interpretada siempre como un milagro: sólo el Espíritu Santo podría lograr que la palabra revelada en arameo coincidiera con la palabra traducida al griego como si del desarrollo de una fórmula matemática se tratase.

Desde luego la forja de las categorías centrales de la DSM-III<sup>7</sup> no se desarrolló en el interior de ninguna celda sino en el fragor de batallas gremiales donde se votó la existencia o inexistencia de neurosis, perversiones y trastornos límite de personalidad con la lógica maquiavélica de cualquier institución político-administrativa para llegar a consensos ajenos a la ciencia.

La motivación real de sus creadores fue de orden gremial: restablecer el prestigio psiquiátrico en el mundo médico y judicial donde estaba realmente bajo mínimos tras las demoledoras críticas de los años 70. La homogeneización de diagnósticos y la facilidad de acceso a la categoría de "trastorno" posibilitó una re-medicalización de la praxis psiquiátrica que en coalición con los biopoderes de la administración no ha parado de crear casos (en algunos lugares hay más pa-

cientes psi que sanos). Legitimar como diagnóstico y prácticas de tratamiento de consenso por parte de los patrones de la DSM-III algo tan absurdo como neurolépticos más terapia dialéctico-conductual más budismo zen para el "trastorno límite" es algo tan real como irracional que ejemplifica ese parto de los montes llamado DSM-III.

Superficialidad frente a atención a lo profundo fue la nueva consigna postDSM-III. Frente a la pretensión de la APA de establecer diagnósticos "empíricos y ateoricos", Freud ya había comparado los mecanismos de somatización con una traducción. A veces los acontecimientos vitales, los dramas biográficos son tan dolorosos que su memoria resulta imposible y la representación amnésica es anulada. El afecto reprimido crea un campo no consciente que atrae todo acontecimiento no memorable. La somatización o el síntoma emergen cuando la vivencia a través de la palabra se obtura porque genera ese dolor de recordar lo invivible. El dolor o el síntoma se construye por ello como sustituto o metáfora: la traducción corporal o ansiosa de un conflicto del que la persona sólo sabe huir. De ahí que la psiquiatría sea hoy el aparato central del proceso de medicalización y que algunos ejemplos -la fibromialgia, la psicologización de las catástrofes o del acoso laboral- nos pueden dotar de un primer análisis del fenómeno.

#### *Lucha de versiones: histeria, fibromialgia, simulación*

La aceptación de las quejas subjetivas sin dudar de su literalidad y la pereza para cualquier esfuerzo por dotarlas de significado biográfico, consiente la actual epidemia psiquiátrica. Cualquier malestar que no cabe en otra categoría medico-social es etiquetado como trastorno psiquiátrico y dotado de unas siglas que le da venia de acceso al tratamiento. El diagnóstico psiquiátrico cons-

<sup>7</sup> *The Selling of DSM* de Skirk y Kutchins (New Cork, 1992). Se trata de un texto sociológico sobre los múltiples movimientos micropolíticos con los que se llegó al consenso contra las neurosis o en favor del trastorno límite.

tituye así una especie de diploma al revés, que capacita para vivir protegido de conflictos, litigar en pos de una pensión o tener disculpa penal. El chismorre periódico es experto en explicaciones psicopatológicas del encuernamiento y pequeños dramas con que comercia. Todo juicio penal tiene una parte de sesión clínica oficiada por psiquiatras que discuten cuánto de loco y cuánto de malvado padece cada acusado.

Aceptar el dolor como algo primario que hace referencia a una experiencia interior y puede ser clasificado por su descripción subjetiva, conduce a una tautología llamada fibromialgia. Si me duele el músculo y por eso padezco fibromialgia y padezco fibromialgia porque me duele, estamos en un discurso donde la etiqueta que certifica la realidad de la enfermedad construye una neoversión de la historia. Depresión es otro de los nombres postmodernos de lo mismo que ya circula en el lenguaje cotidiano: “estoy distímico” refiere ese disgusto con la realidad y esa huida del mundo hacia la fantasía neurótica que antaño caracterizaba el bovarismo.

Un texto freudiano sobre los beneficios sociales que la práctica psicoanalítica puede tener en cuanto ilustración sobre el significado-finalidad de los síntomas neuróticos muestra hoy tanto su verdad como su anacronismo:

“El éxito que la terapia puede tener en el individuo (al hacerle sospechar sobre la literalidad de su síntomas) habrá de obtenerlo igualmente en la colectividad. Los enfermos no podrán ya exteriorizar sus diversas neurosis –su exagerada ternura angustiada destinada a encubrir el odio; su agorafobia, que delata su ambición defraudada; sus actos obsesivos como medidas de seguridad contra sus propósitos perversos– en cuanto sepan que todos los demás familiares o extraños a los cuales quieren ocultar sus procesos anímicos, conocen perfectamente el sentido literal de sus síntomas y advierten que sus fenómenos patológicos pueden ser interpretados en el acto por todos. Pero el efecto no se limitaría a este ocultamiento de los síntomas pues la razón de ocultarlos quita toda razón de ser a la enfermedad. La comunicación del secreto ha atacado la ecuación etiológica de la cual surgen las neurosis; ha hecho ilusoria la ventaja de la enfermedad y el resultado final no puede ser más que la desaparición de la enfermedad”.

En un periódico local se transcribe el discurso de una veterana fibromiálgica ante la Liga Reumatológica Asturiana: “Hace 10 años cuando me diagnosticaron fibromialgia, me dijeron que tenía una enfermedad psicológica”, me dijo E.C. El testimonio de E.C coincide con el de muchos otros enfermos reumáticos que han visto en muchas ocasiones “cómo esta enfermedad crónica no recibía la solidaridad, el respeto y la justicia queridos”.

Tras un truculento relato sobre las desgracias ocasionadas por su trastorno, la paciente concluye que, gracias a la asociación de las 2.050 personas que en Asturias militan, se ha logrado que su enfermedad “sea reconocida laboral y asistencialmente”. La escucha de estas quejas tiene un especial eco en Cataluña y el mismo periódico subraya cómo La Caixa ha subvencionado para estas enfermas tanto un tratamiento de fisioterapia a domicilio como la asistencia a un moderno centro de talasoterapia.

El libro *Manuela de Madre: vitalidad Crónica* (Sardà, 2007) constituyó un importante aporte discursivo para la construcción del lobby fibromiálgico. El texto marca muy ingenuamente la importancia del etiquetado médico como momento primordial en la construcción de la falsa identidad fibromiálgica. Si hasta que es diagnosticada como tal, la Sra. De Madre oscila entre el miedo a padecer una enfermedad desmielinizante y una alteración psíquica, una palabra pronunciada en la consulta médica cambia su vida.

Frente a la legión de clínicos que honestamente le dicen a Manuela de Madre que según su ciencia, basada en visualizar su medio interno, no padece ningún trastorno, su actitud es la desconfianza o la descalificación. No es que ella no tenga una enfermedad –sus dolores y cansancios lo prueban–, sino que los médicos son incompetentes para detectarla. De ahí su alegría y su declaración de amor a la palabra “fibromialgia” cuando un médico le confirma la autorización para relatar su autobiografía en formato médico. Si alguien duda de la fuerza performativa de las palabras o de cómo se hacen cosas con el diagnóstico, con la cita y las consecuencias de ese etiquetado espero le convencerá. Fibromialgia es un término que dota a De

Madre de un capital autonarrativo que la hace pasar del sufrimiento íntimo a la lista de best seller:

“Al oír la palabra mágica, habría saltado al otro lado de la mesa, habría abrazado a ese médico, le habría besado. ¡Cuánto le quise! La palabra en cuestión era fibromialgia. El doctor Miquel Vilar-dell me acababa de informar de que los síntomas que le había descrito, los resultados de las pruebas y análisis, el descarte de otras enfermedades daban como resultado concreto que era la fibromialgia. Por fin tenía la seguridad de que no me lo había inventado, no me había vuelto majareta, ni estaba desquiciada, no era la menopausia, ni los nervios. Había una palabra que se correspondía con una enfermedad reconocida por la OMS en 1993 y que está registrada con la referencia M729.0... La alegría me desbordaba, no eran invenciones mías. Dicho así, a brote pronto, tal vez cueste entender que una persona salga de la consulta del médico dando saltos de alegría cuando le acaban de diagnosticar una enfermedad crónica. Sin embargo yo sentí alivio. No había cura para el dolor, ni se desvanecía la fatiga pero sí terminaba con la incertidumbre. De repente quedaba atrás un puñado de años yendo de un especialista a otro sin que ninguno fuese capaz de concretar qué me pasaba. Los análisis salían bien. «Usted no tiene nada. Los análisis son de libro...». **El diagnóstico supuso para mí el principal punto de inflexión de esta enfermedad. A partir de ahí pude renovar las ilusiones**”.

Los logros de ese inaugural discurso victimista fueron espectaculares cuando mediante una serie de protestas públicas las asociaciones de fibromiálgicas logran del Parlamento Catalán, presidido por la propia Manuela de Madre, casi una docena de unidades hospitalarias especializadas en el diagnóstico y tratamiento de la fibromialgia. En ellas, especialistas en el síndrome –verdaderos *falsos amigos*– tratarán con analgésicos y cócteles farmacológicos cada vez más agresivos unos dolores que lejos de encuadrarse en el cuerpo debieron ser interpretados como dolores del alma.

De ahí que la batalla por la ilustración de lo histérico parece haberse decidido a nivel público contra la profecía freudiana y hoy seguimos escuchando cómo las señoras siguen diciendo que van a coger flores cuando van a mear.

Suponed que un grupo de señoras y caballeros de la buena sociedad han planeado

una excursión campestre. Las señoras han convenido entre sí que cuando alguna se vea precisada a satisfacer una necesidad natural, dirá que va a coger flores. Pero uno de los caballeros sorprende el secreto y en el programa impreso que ha acordado repartir a los excursionistas incluye el siguiente aviso: “Cuando una señora precise permanecer sola unos instantes podrá avisarlo a los demás diciendo que va a coger flores”. Naturalmente ninguna excursionista empleará la florida metáfora. Un número grande de pacientes situados ante conflictos cuya solución se les hacía demasiado difícil se han refugiado en la enfermedad. ¿Qué habrán de hacer estos hombres cuando las indiscretas revelaciones del psicoanálisis les impidan la fuga? Tendrán que conducirse honradamente, reconocer, afrontar el conflicto y combatir o renunciar cuando la tolerancia de la sociedad a consecuencia de la ilustración psicoanalítica les prestara su apoyo.

Contra esa ilustración discurre hoy la escucha médica de quejas y dolores difusos, presa tanto de su incapacidad para romper las paradojas del ateoricismo como de la megalomaniaca pretensión de tratar todos los malestares con prácticas basadas en la evidencia.

*Quando la desgracia nos alcanza: ¿necesito cura o psicólogo?*

La gestión contemporánea de las tragedias sigue un guión tan rígido como cuando se representaba en Atenas. La historia vuelve a repetirse en cada drama y en aquel agosto en Barajas los familiares de las víctimas debían elegir entre el consuelo religioso o psicológico. No tengo ninguna duda de las virtudes lenitivas del discurso religioso para el creyente pero dudo en cambio de la salubridad de las técnicas psicológicas para el no creyente.

La oración religiosa desde sus formas infantiles es una estrategia para protegerse contra la desgracia mediante rituales que influyan en El Todopoderoso. Sus formas maduras resumidas en el “Hágase tu voluntad” constituye el consuelo absoluto contra las calamidades: transforma cualquier suce-



so traumático en bueno al quedar integrado en el plan divino. Un cuento sobre el perro de Pasteur ejemplifica el sentido de ese consuelo: un perro ve transformada su buena vida en un tormento por la acción de un amo que le inyecta la rabia y le desangra hasta la muerte. Naturalmente el perro que maldice su suerte y a su verdugo no comprende que con su tormento el sabio está creando un remedio contra la rabia. Desligarse de la egolatría para abrirse a la propia insignificancia frente al todo y aceptar lo que nos es dado, es la única forma de adquirir serenidad frente a la muerte. Quien posee esa confianza resulta una persona envidiable.

Enfrentar la desgracia desde el materialismo exige un coraje distinto para apretar los dientes frente al absurdo. La mala suerte de morir en un accidente es una especie de premio de lotería al revés. Somos seres impotentes frente al azar que carece de significado y la tragedia debe asumirse en el contexto de “ese cuento lleno de furia y ruido contado por un idiota que llamamos vida”. También me parece admirable esa fortaleza estoica para vivir la desgracia sin ilusiones y estoy convencido de que sentir en ese trance a los otros solidarios hace menos espantosa la desgracia.

Menos me lo parece la falta de coraje que nutre la ilusión psicológica que permite vivir distraídos frente al horror —eso que les pasa a los otros— sin anudar relaciones solidarias y que cuando la desgracia llega se conforman con ese consuelo profesionalizado y esa empatía mercenaria representada según un manual psicológico (*debriefing* en el argot psi) que a manera de neoplañideras suministra el Estado.

En un excelente artículo sobre la prevención del estrés postraumático señala Baca Baldomero (2008) la necesidad de dudar del tópico que supone virtudes salutíferas al envío de psicólogos cada vez que ocurre una catástrofe. En 2006 Sijbrandij constata que no hay pruebas de que el *debriefing* sea terapéutico y sí algunos datos que pueden hacer sospechar efectos iatrogénicos. Este autor afirma que el *debriefing* puede acentuar más que eliminar la respuesta ansiosa al estandarizar la expresión del duelo. Un suceso de hace un par de veranos me sugirió la misma

idea: las familias de unos pescadores ahogados en la Costa da Morte huyeron del Ayuntamiento y de los psicólogos enviados por la autoridad para rezar y beber orujo en un lugar donde tradicionalmente el mar devolvía los cadáveres.

Amador Savater editó un espléndido libro llamado *Desde dentro* donde narra la experiencia de la Red Ciudadana que tras el 11M trabajó en rescatar el dolor de las víctimas tanto del intimismo como del profesionalismo para devolverlo a la memoria colectiva y así probar a enfrentar la muerte desde lo común. En un texto articulado como un palimpsesto los distintos autores de Red Ciudadana se cuentan y nos cuentan cómo enfrentan la desolación e indefensión que todos sentimos ante la calamidad colectiva que trajo el atentado. Cómo al sentir el dolor de las víctimas algunas buenas gentes empezaron a padecer con los familiares, emergiendo vínculos informales donde el sinsentido se transformó en solidaridad. Ante la muerte de los otros, algo despertó en la subjetividad colectiva que aportó una especie de transfusión afectiva a los supervivientes que les protegió de la indefensión frente al mal.

La aproximación espontánea que creó la Red resaltó lo ambiguo e inoperante de la acogida profesional que, al igual que en Barajas, se ofreció a las víctimas. Una visión tecnológica del drama y unas intervenciones ritualizadas generaban actuaciones de psicólogo que en algunos casos se sentían como invasión del duelo por un extraño que ordenaba llorar, tomar tila y no sentirse culpable. En algunos autorrelatos de las víctimas, el consuelo y el saber hacer de la Red Ciudadana que brota del sentimiento real, contrastaba con la vivencia de lo burocrático de la ayuda profesional ofrecida a posteriori por los Centros de Salud Mental.

Tragedias como las de Barajas pueden permitir rescatar, como tras el atentado del 11M, el arte de consolar atribuido a la antigua comunidad. Una algodicea que, lejos de encontrar el sentido de la muerte en la teodicea o el plan divino, se obligue a hacer circular el dolor por los diálogos amistosos, para desde esa condolencia recrear una comunidad que la muerte amenaza destruir.

En alguna reunión de la Red tras el 11M varios miembros se preguntaban cómo seguir levantándose cada mañana o como cruzar una calle para alejarse de casa, tras sentir que una bomba cancela todo el imaginario de futuro en un segundo. Ellos mismos se responden juntándose: al poner en común el dolor, la memoria colectiva de los vivos recoge la cita que los muertos dejaron y, al hacer que sus voces reverberen o que sus proyectos continúen, logran que los vivos no se rindan al abatimiento.

### *Trabajar ¿cansa o quema? ¿Necesito psicólogo o comité de empresa?*

Un fantasma recorre el mundo: mata en las fábricas japonesas bajo nombres exóticos, invalida ejecutivos en América y afecta a uno de cada cuatro trabajadores en la rica Europa. Los expertos lo llaman *burnt-out* o lo castellanizan como “queme laboral” y parece constituir una epidemia que médicos, expertos y sindicalistas tratan de atajar.

No se sabe cómo ha sido pero al parecer multitud de trabajadores expresa su sufrimiento no como resultado de sus condiciones reales de trabajo (precariedad, sobreexplotación, horarios alargados por el transporte) sino afirmando que su jefe y sus compañeros le persiguen y agobian. Por todo el mundo el éxito del individualismo-emotivista ciega a los trabajadores para concienciar lo real-colectivo de su explotación.

En el inicio de la industrialización, fabricar proletarios no fue tarea sencilla. Las multitudes que empujadas por el hambre abandonaban el campo para trabajar en la fábrica vivieron ese cambio de vida con horror. Percibían los talleres como cárceles y las viviendas obreras como ergástulas. Transformar la vida –aquello que fluía en el trabajo campesino ligado a los ciclos de la naturaleza– en tiempo de trabajo y venderlo como mercancía causaba tal vivencia de desgracia obrera que el suicidio se unía como causa de muerte habitual al de las enfermedades de la miseria urbana.

“Me cago en los capataces, accionistas y esquiroleros” es el estribillo de una conocida canción minera que expresa el odio espon-

táneo hacia los de arriba que esa situación creaba. “Clases peligrosas” era el nombre con el que la burguesía caracterizaba al sujeto del “resentimiento proletario”. El mundo obrero era en sus fantasías una población ajena a lo civilizado. Los ilustrados españoles de principios del siglo XX (incluida la intelectualidad del PSOE) completan esa peligrosidad con la descripción del trabajador como un sujeto ocioso que cuando cobra su salario no vuelve al tajo mientras les dure el dinero para sus vicios tabernarios. Las obreras, según esa visión, son mujeres reticentes al matrimonio o al familiarismo y siempre a un paso de la prostitución. Niños golfos que evitaban la escuela redondean esa apocalíptica percepción de un pueblo que con el menor pretexto y de forma imprevisible se amotinaba y quemaba fábricas, iglesias y cuarteles.

El higienismo médico social fue la respuesta que las fracciones burguesas más ilustradas y reformistas diseñaron para civilizar esas poblaciones ociosas y peligrosas transformándolas en agregados de individuos que pensasen como se debe, es decir, como quieren los de arriba. Mujeres y niños fueron los primeros objetivos de la gran transformación. Poblados de casas baratas, cajas de jubilación obreras, seguros médicos, fueron las reformas que permitieron ofrecer una vida esperanzada a los que hasta entonces no tenían nada que perder. Impartidas por socialistas de cátedra conferencias contra la taberna, enseñanzas a las mujeres sobre la economía del hogar obrero o la crianza sana eran habituales en las Casas del Pueblo durante los años 30. Estructurar familias en aquella población tan alérgica al matrimonio fue el primer éxito del higienismo a pesar de las respuestas comunistas o libertarias que hacían gritar a Ibarruri “hijos sí, maridos no” o a Montseny llamar a la huelga de úteros. Escuelas con pupitres individualizados ofrecían también un futuro de ascenso social a los niños obreros más hacendosos. Esquiroleros y sindicatos amarillos hacían el resto.

La sumisión y el destrozo de carácter que el trabajo industrial produce más allá de la fatiga es descrita con inusitada lucidez por Simone Weil:

“Cuando salía de trabajar en la Renault estaba tan hundida que si alguien bien vestido me mandase levantarme de mi asiento hubiese obedecido y si me abofetease no habría protestado... Tras ocho horas de taller sólo podía leer el «Elle» que me era más tóxico que la cocaína”.

La visión de cómo los obreros volvían al trabajo cada madrugada londinense “como voluntarios al infierno” llevó a otra feminista con habitación propia a repensar la familia como una agencia que permite soportar lo insoportable. Lenin fue en cambio poco compasivo con ese sufrimiento y vio siempre esas terribles disciplinas que la fábrica imponía a los obreros como una inapreciable escuela revolucionaria: sólo el daño que el trabajo causa a la vida puede forjar una voluntad bolchevique.

Si aquellos higienistas despertasen en nuestro siglo y contemplasen cómo se cuentan los trabajadores sus nuevas miserias no darían crédito a sus éxitos. Aquellas masas ociosas y peligrosas buscan sumisas amo tecnocrático que les enseñe a vivir y trabajar. Desde el nacimiento a la muerte siempre hay un experto que enseña “cómo hacerlo”: a educar hijos, a tener sexo sano que da felicidad, a hacer duelo, a controlar la gula o los impulsos y por supuesto a trabajar duro buscando a la vez lucro y gozo individual. B. Brecht enseñaba que el mejor intencionado de los patronos, aquel que por desear lo mejor para sus trabajadores les da en matrimonio a una de sus hijas, produce desgracia porque no está en manos de los individuos superar la explotación o las contradicciones objetivas y el enfrentamiento de clases.

Hoy aprender a trabajar exige aceptar la identidad de precario en una economía globalizada. Estar dispuesto a dejar la casa, el pueblo, los amigos para ir donde el mercado mande. Saber que el contrato no durará más allá de unos meses por lo que todas las relaciones de compañerismo serán transitorias. La propia personalidad del trabajador debe estar disponible para reciclarse y olvidar habilidades: un robot hace que saber soldar a la antigua sea una desventaja para encontrar trabajo de soldador en fábricas de motos japonesas.

El mundo del trabajo es hoy el reino de lo efímero. Las viejas solidaridades que sus-

tentaban la lucha obrera necesitaban tiempo y tradiciones para consolidar confianza mutua que sólo el trabajo estable permite. Para luchar se necesita fijar un espacio de la batalla: el nuevo capitalismo ha aprendido a no enfrentar ninguna batalla y si presente conflicto cierra la empresa, huye y liquida la relación laboral. Las pérdidas materiales del cierre se compensan por la recepción de otro estado que proveerá de terrenos, “estímulos monetarios” y seguridades de la docilidad de la mano de obra. Con la globalización la retirada-huida de capitales resulta la táctica más eficaz del empresario para doblegar cualquier resistencia obrera.

El trabajo se reduce entonces a un contrato individual entre el trabajador y la empresa, presidida en algunos casos por el secreto respecto a salario o disponibilidad horaria. De ahí que la realidad subjetiva de un Nosotros (la clase obrera) no es evidente, ni logra fundar ninguna identidad distinta del Yo. Individuación y egoísmo son la única brújula para orientarse en la empresa buscando el lucro personal que aprenden los trabajadores. Aprendizaje que conduce a la soledad, la suspicacia y la interpretación querulante de su malvivir. Ya no son las relaciones de trabajo lo que genera mi sufrimiento sino tal o cual jefe concreto que no busca la productividad y por tanto mi explotación sino mi sufrimiento...

Esas vivencias del quemado es obvio que proceden de una insolidaridad previa que cegó la memoria colectiva, se desinteresó de los convenios colectivos (lo único que ahora podría ayudarle) practicando el cinismo –yo a lo mío– cuando se maltrató a otros. Por eso la indefensión del trabajador individualizado caído en desgracia es tan patética: si nunca confió en los compañeros mucho menos puede hacerlo ahora. El quemado cogido en una pinza entre la explotación de los de arriba y desesperando de la solidaridad de los de abajo progresa hacia una situación imposible.

*¿Tienen mis males remedio?* El trabajador quemado no tiene otra salida para esa situación que etiquetar su sufrimiento laboral de enfermedad y confiar en los aparatos médicos que los restos del estado del bienestar le ofrecen. El médico de familia o el psiquiatra

de turno le recomendarán una baja y unas pastillas adormideras que, tras un corto alivio por alejarse del lugar de tormento, le dejarán aún más indefenso en su empresa al ser etiquetado de vago-simulador. De ahí que la vuelta al trabajo sea cada vez más problemática y en muchos casos imposible.

*¡Ay, jubíleme! ¡Ay, por tu madre, jubíleme!* Esta copla de Carlos Cano parece ser el único futuro perfecto para el quemado. Pero la verdad es que no sólo para él. Jubilarse es el deseo central que preside los sueños colectivos del trabajador postmoderno. En la economía globalizada el trabajo es un simple ganapán que hace anacrónicas las vivencias de las viejas maestrías del trabajo artesanal. Antaño ser un virtuoso del torno o la soldadura proporcionaba un prestigio cercano al virtuosismo artístico que trascendía los muros de la fábrica y dotaba al maestro de taller de un carisma en el barrio hoy desconocido. La vieja comunidad del barrio está subsumida en el intimismo del pisito, el anonimato y el nomadeo de fin de semana. De ahí que el rentista –el que recibe dinero sin esfuerzo– emerja como el ideal del obrero precario.

Obreros que faltos de cualquier vínculo no dinerario con sus tareas viven el trabajo como secuestro del gozo que sueñan existe en la vida ociosa. Ulises puede ser entonces su maestro moral. Alguien que, ducho en trampas, no duda en transformarse en *nadie* o traicionar y sacrificar a sus compañeros de Odisea con tal de llegar a la tranquila vejez en Itaca. En unas recientes luchas del sector naval asturiano trabajadores que vieron amenazada su pre-jubilación no dudaron en consentir el despido de la plantilla joven en la que figuraban algunos de sus hijos. Quizás los horrores de no saber qué hacer con el tiempo vacío de la jubilación, el hastío de andar en bicicleta, de perfeccionar el arte de la chapuza o de alargar las partidas de cartas y las copas de mañana y tarde, les hagan añorar las viejas identidades del trabajo, el barrio y el sindicato. Ojalá la tristeza de contemplar ese futuro probable despierte en los jóvenes obreros las energías utópicas para transformar el trabajo y la vida en espacios por donde transitar sin los agobios del tiempo vendido como trabajo o el reclamo de un retiro que es sólo un esperar adormecido de la muerte.

## ¿Es posible la desmedicalización? ¿La reforma psiquiátrica era esto?

Si mi improbable lector es habitual de esta revista recordará un editorial de su número nueve en que se evaluaba el fracaso de la reforma escolar en relación con las sucesivas políticas educativas. En la última parte de este escrito intento analizar de forma similar la reforma psiquiátrica que, iniciada en los 80, fue el más importante intento de despsiquiatrización y desmedicalización realizado en España. Su fracaso originó el imparable proceso contrarrevolucionario del que la biopolítica forma parte.

Las prácticas psiquiátricas anti-institucionales de los 90 se basaron en unos paradigmas teóricos que de forma esquemática pueden centrarse en torno a tres hipótesis referidas respectivamente a la psicopatología, a la familia y a la sociedad que con el análisis de las transformaciones de los propios psiquiatras puede cerrar el círculo descriptivo.

### *Hipótesis psicopatológica*

El núcleo duro que enfrenta a los autores reformistas y conservadores a finales de 1970 puede tener su dramatización en la pelea casi física entre Henry Ey, gran teórico tradicionalista de la psicopatología francesa, y Franco Basaglia, paradigma de la negación de la institución manicomial, en el Congreso Mundial de Psiquiatría celebrado en Méjico en 1970.

Basaglia expresa con una definición totalizadora –*La Enfermedad y su Doble* (1972)– una serie de investigaciones a propósito del mundo manicomial –los fenómenos del hospitalismo, la neurosis institucional, la neoidentidad de internamiento– que plantean una tesis psicopatológica importante: todo lo que hasta ahora se ha descrito como enfermedad mental y sobre todo el *síndrome de defecto esquizofrénico* está falseado por un campo de observación reducido, y por ello generador de patología, de pacientes internados en manicomios.

De ahí que, según Basaglia, lo que se describe como *evolución natural o biológica* de la enfermedad mental, la cronicidad, lejos de ser un producto de la misma –el *defecto*

*esquizofrénico*— no es sino un artefacto resultado del internamiento manicomial.

Lo que describimos como enfermedad mental no es sino un “doble” de la misma. Error similar a las descripciones que los antiguos naturalistas hacían de la vida de los gorilas a partir de sus conductas en la cautividad de las jaulas de los zoológicos, donde, por ejemplo, aparecían conductas catatónicas, muy similares a las clasificadas también en los libros de psiquiatría como evoluciones naturales de la enfermedad esquizofrénica.

Los anti-institucionalistas, como los etólogos, se encargarán de deconstruir esa falsa teoría de la naturaleza de la enfermedad mental basada en el encierro que los psicopatólogos de manicomio han construido por observación de ese zoológico humano donde la curiosidad de un delirio ocultaba el contexto de un delirante encadenado.

La hipótesis “fuerte” de Basaglia era en ese sentido clara: lo que hoy llamamos defecto evolutivo esquizofrénico articulado en torno a la conducta del autismo no es sino el resultado de la institución manicomial o

“el defecto es el doble de la enfermedad mental producido por la prescripción de síntomas que hace la institución manicomial de manera similar al viejo que deja de controlar sus esfínteres cuando es ingresado en un pabellón de incontinentes o el violento que deja de serlo cuando sale del pabellón de agresivos”.

El programa epistemológico basagliano antepondría, en función de esa hipótesis psicopatológica, la necesidad de destruir todo el universo institucional antes de conocer lo que la enfermedad mental es en realidad. Únicamente podremos obtener descripciones reales de la enfermedad psiquiátrica cuando borremos toda esa superposición de síntomas creados por el manicomio que convierten a la locura empírica en una especie de caricatura de sí misma.

Cualquier caracterización del defecto esquizofrénico como trastorno de asociaciones mentales (Bleuler), demencia precoz (Kraepelin), inversión de la flecha intencional (Minkowsky) que se realiza sin esa demolición

previa de la institución donde ese saber se obtiene estará describiendo un falso e interesado constructo pseudoempírico. Si la fenomenología prescribía “poner la realidad entre paréntesis y estudiar el fenómeno psíquico”, Basaglia propone por el contrario, “poner entre paréntesis la enfermedad y ocuparnos previamente de destruir la institución manicomial”, evitando una definición previa de la esencia de una esquizofrenia jamás conocida sin esas capas de neoenfermedad institucional.

Esa afirmación de “no saber” de Basaglia parecía modesta y se oponía a la antipsiquiatría anglosajona, quienes, como veremos en este escrito, sí tienen un modelo alternativo de la esquizofrenia como pseudoenfermedad, como metáfora encubridora del confuso intento por liberarse de unos adolescentes en el seno de familias muy patológicas. Pero, bajo esa aparente simplicidad, se ocultaba un enorme optimismo terapéutico que potenció la acción antimanicomial. En las primeras descripciones de su experiencia en Gorizia, Basaglia (1970) describe cómo cuando se permite salir del manicomio la conducta “loca” se normaliza. Casi sin hacer nada, sin necesidad, esa dura labor que hoy conocemos como rehabilitación psicosocial, cuando la sociedad acoge y normaliza al “institucionalizado” proporcionando roles de ciudadano y trabajador, los síntomas psicóticos tan objetivos en el manicomio se desvanecen por ser el doble fantasmal de la enfermedad. Las experiencias de otros manicomios parecen refrendar la tesis. Cuando yo trabajo en Ciempozuelos a finales de los 70 es preciso cerrar por obras el pabellón de violentos. Al ser repartidos por otros pabellones la violencia disminuye o cesa totalmente al desaparecer la identidad asignada por el pabellón.

Frente a Basaglia la tesis tradicionalista, encabezada por H. Ey en Méjico, era igualmente nítida: la esquizofrenia observada en cualquier medio social o cultural, en cualquier período histórico producía un *defecto* del que cada autor destaca en su descripción de la “esencia”, la psicosis, uno u otro rasgo —inversión de flecha intencional, disociación funcional, defecto psicoorgánico<sup>8</sup>— pero bajo

<sup>8</sup> Todas esas características definen “la esencia esquizofrénica” según los autores clásicos.

el acuerdo general de que estamos ante un *déficit cognitivo-conductual* que constituye una evolución natural de la enfermedad psicótica, observable incluso, según algunos clásicos, ya en el inicio de la enfermedad. Antes de cualquier contacto médico el defecto ya se ha producido, ¿cómo suponer entonces una iatrogenesis en el mismo? Todas las iatrogenesis reconocibles en praxis médicas antiguas –la propagación de las infecciones ginecológicas por los médicos, las muertes por sangrías o lavativas– exigían ese a posteriori del contacto con las manos no lavadas o la barbarie de la sanguijuela.

*Defecto* que tenía como característica, como acuerdo mínimo entre las escuelas psiquiátricas, esa introversión extrema llamada autismo y esa alteración del curso del pensamiento que incluso en los más benignos brotes convertía al psicótico en alguien percibido por los más cercanos como distinto tras el brote, como alguien que “tras la enfermedad ya no volvió a ser el que era”. Esa quiebra del curso vital, más allá de cualquier crisis existencial, rompía en dos la biografía del sujeto, según un antes de la enfermedad y un después. Convertía al paciente en “psicótico crónico necesitado de cuidados de por vida” frente a la autonomía que debía conservar cualquier desarrollo vital por anormal que fuese.

Lo que diferenciaba nítidamente, según Jaspers, los dos discursos que coexistían en lo psiquiátrico, los dos campos mezclados en la práctica psi entre lo explicable de la psicosis a tratar por la biología y lo comprensible de lo neurótico propio de las ciencias históricas, era el error que latía en el discurso antipsiquiátrico que confundía y mezclaba patogenia –el proceso que producía la enfermedad– con la patoplastia –el desarrollo que hacia comprensible el contenido de la psicosis– y que llevaría al antipsiquiatra a tratar por interpretación el delirio causado por la fiebre puesto que sus contenidos también tenían que ver con lo vivido por el febril.

La consecuencia asistencial del modelo tradicional, en función de esos paradigmas, era clara en favor del manicomio. En la medida en que haya un medio protegido –que limite la aferencia de estímulos, que evite el conflicto inherente a toda interacción huma-

na normal y que proteja al enfermo de una complejidad relacional para la que no tiene recursos cognitivo-afectivos y de la que saldrá perjudicado–, la institución asilar es beneficiosa y terapéutica.

El elogio del asilo y su complementariedad terapéutica con las características de la evolución natural de la psicosis se formalizan con una metáfora de similitud entre las virtudes salutíferas de la institución y los neurolépticos realizada por Wirsch (1968). En la medida en que dichos fármacos lo que hacen es “desaferenciar el cerebro enfermo”, evitar que llegue un nivel de estímulos que el paciente es incapaz de procesar debido a sus déficits, la institución manicomial complementará ese proceso, creando una sociedad fría, con pocos estímulos, con ritmos vitales ordenados y aconflictivos que servirá al paciente como una especie de prótesis conductual que al enmarcar su vida en un campo de racionalidad limitada le permitirá ordenar su existencia dentro de unos marcos de acción tolerables por la rigidez psicótica.

En idéntico sentido la necesidad de articular medios laborales protegidos en forma de laborterapias que desarrollen un mundo del trabajo específico para cada paciente, adoptando sus ritmos laborales al déficit de cada paciente frente a la “utopía” de la integración laboral en medios normales definidos por la competitividad, la disciplina y el lucro, separaba a ambas visiones del enfermo mental como alguien con capacidad de interacción en un marco de normalidad social o necesitado de medios tutelados y protegidos del conflicto donde la inferioridad pudiese mantenerse.

Los límites de la polémica ampliaron el campo psiquiátrico, enmarcándose en la crisis ideológica de Mayo del 68 y de alguna forma las posiciones se rotularon de forma confusa: antipsiquiatras versus tradicionalistas, biologicistas contra psicodinamicistas constituían las contradicciones subordinadas a la fundamental de reaccionarios contra progresistas.

Pero, mas allá de la derrota de las tesis antiautoritarias y el triunfo del orden, el núcleo duro de la polémica psicopatológica parece hoy claramente dirimido en favor de

la postura de H. Ey: el defecto psicótico no es un doble de la enfermedad mental creado por la institución sino que es una evolución natural de la misma.

Y creo que una afirmación tan tajante, al margen de la clasificación actual de la esquizofrenia en positiva o negativa que supone el total reconocimiento del defecto como natural, puede hacerse gracias al éxito de los modelos anti-institucionales. Al haber cumplido la prescripción basagliana de derrumbar los muros de los asilos y mirar luego lo que es la enfermedad, hoy ya tenemos una amplísima población de esquizofrénicos que jamás han pisado un manicomio y que por desgracia tienen un evidente defecto que contraría la hipótesis que atribuía el defecto a la institución.

### *El porvenir de una desilusión y la sala de espera psiquiátrica*

Defecto o síntomas negativos como lo llaman los modernos, que ningún neuroléptico resuelve, que exige una interminable práctica rehabilitadora y tutelar, que replantea uno de los dilemas fundamentales sobre los cambios en la reforma a partir del porvenir de una desilusión, que puede formularse así: un cambio de asistencia como el de la destrucción de los manicomios basado en un optimismo psicopatológico, tiene que asumir la realidad de una cronicidad de casi todos los trastornos psiquiátricos que siguen el tradicional lema de que la locura cuando cura poco dura. Realidad que rompe un diseño terapéutico y asistencial basado en el optimismo y la falsa creencia en normalizaciones rápidas y mantenidas de los trastornos mentales.

El Sistema de Asistencia Psiquiátrica, al partir de este optimismo ya claramente contrariado por los hechos de la cronicidad (Desviat, 1992), tiene que aguantar unas demandas de asistencia para trastornos que, desde el más grave y dramático como la esquizofrenia hasta el más ligero como las distimias, evolucionan haciendo cuerpo con las curvas vitales de los pacientes que se auto-definen como “delicados de los nervios”, y por ello dependientes, necesitados en mayor

o menor grado de revisión o apoyo psicoterapéutico. Es ese hacer cuerpo del síntoma con el carácter, esa incorporación de la queja a la personalidad lo que convierte al usuario en un quejica que raramente logra independizarse de forma definitiva de las instituciones de cura.

Todos los proyectos terapéuticos de las reformas psiquiátricas han basado su organización en hipótesis de evolución optimista de la enfermedad mental: desde la asistencia a toxicómanos a la de los pequeños trastornos psiquiátricos, los supuestos de curas rápidas y autonomía tras cortos períodos de tratamiento es el axioma una y otra vez refutado por el hecho de la dependencia y la cronicidad que llena de pacientes con todo tipo de quejas cualquier estructura asistencial pensada para períodos de acogida cortos.

La sala de espera de un centro de salud mental es, por ello, un confuso lugar donde van a parar los malestares de diversos espacios sociales que terminan psiquiatrizados cuando médicos, pedagogos o curas les dicen a sus clientes que sus trastornos de conducta “no son de allí”, de la medicina, la escuela o el confesionario y que vayan al psiquiatra para lograr alivio de unas quejas que no caben en marcos anatomo-clínicos, escolares o religiosos.

Por ello en esa sala de espera psiquiátrica coexisten desde los más duros estados de sufrimiento humano hasta el malestar habitual o la queja más banal. Pero al final todos tienen un rasgo común de cronicidad: como no dejan de depender del centro de salud mental –aunque el terapeuta cambie a menudo, el lugar de escucha permanece–, acaban centrando el relato de sus vidas en torno a la salud mental que convierte cada vida en una historia clínica.

Con ello en el mejor de los casos se establece una dimisión en estas personas de sus espacios internos de libertad decisoria a favor del consejo psi y una preferencia por la escucha mercenaria o la relación profesional frente a las relaciones naturales. En el peor, el discurso de la dependencia de los cuidados psi termina homogenizándose en torno a soluciones farmacológicas que tratan los más habituales cambios de humor como

depresiones -“distímico estoy,<sup>9</sup> quiero anti-depresivos” que me decía un usuario-, que acaban dando la razón práctica a la “escucha del Prozac” que descubre bajo cualquier queja un problema depresivo-bioquímico (cuánto debe durar el duelo por la muerte de un ser querido antes que cambiar el humor con antidepresivos es la pretenciosa pregunta que se hace en ese texto).

La práctica psiquiátrica parece haber confirmado en este período histórico a un viejo psicopatólogo denostado por la progresía como el psiquiatra del tardofranquismo: López Ibor<sup>10</sup> siempre pretendió incluir las neurosis en los trastornos del ánimo y por tanto hacerlas susceptibles de tratamientos con fármacos antidepresivos. Fármacos que, según él, modificasen aquellos sentimientos que, aunque los pacientes contasen en relación al conflicto personal, eran expresión y epifenómenos de subidas y bajadas del endón vital. En una discusión del más completo historial clínico freudiano -*El Hombre de los Lobos*-, López Ibor mantiene que, lejos de ser éste un caso comprensible en función de la genealogía de los sentimientos psíquicos de Sergio y sus turbulencias biográficas, se trata en realidad de un enfermo depresivo, de un conjunto de “sentimientos vitales, por tanto no pertenecientes al campo psíquico, epifenómenos de trastornos biológicos y susceptibles de tratamiento farmacológico que disolverían el síndrome actual atribuido a las rememoraciones infantiles”.

### De familias

Si el análisis de las *instituciones totales* era importante en la discusión ideológica, en el establecimiento de la razón común de los 70, lo era en la medida en que permitía -más allá de lo concreto psiquiátrico- definir las características ocultas de otras instituciones más cotidianas que el manicomio. En la función

homogeneizadora y destructora del yo de los internados en el manicomio, se descubrían los rasgos comunes de otras instituciones destinadas a destruir el alma de sus internados, que decía Goffman (1967), de los cuarteles o los conventos. Del análisis del manicomio se deducían los rasgos de homogeneización del yo que producía el colegio en los escolares. Por generalización del análisis, desde el desvelamiento de las mediaciones de la fabricación de irracionalidad en el manicomio, desde el reconocimiento de los mecanismos de etiquetado que enseñaban a identificarse como violento a un paciente si se encontraba en el pabellón de violentos o a mearse si estaba en el de incontinentes, se descubrían los mecanismos que realizaba la familia de secuestro de la subjetividad infanto-juvenil, con unos mecanismos similares a los institucionales, en la gestión de la intimidad<sup>11</sup>.

Etiquetado y seudoidentidad asignada que se inicia cuando al pequeño humano se le enseña en familia cómo debe sentir un niño (un niño no llora) o cómo debe querer a su madre -el único amor de verdad, distinto al del resto de las mujeres- o cómo ese confuso magma de sentimientos por su hermana debe ser normalizado por el “a una hermana se la quiere así”.

Proceso que se continúa por la escuela donde junto al currículum manifiesto se aprende el oculto que enseña respeto escalonado a la autoridad -el maestro manda más que un alumno pero menos que el inspector-, adaptación al grupo de los iguales, elección de futuro en la trepa académica o el pasotismo, flexibilidad y marrullerías frente a las normas sociales y de allí a divertirse en el circo que ofrece botellones y fútbol para convertirse en alguien listo para ganarse el pan, para obedecer en *san mercado* donde el patrón manda ocho horas y deja tiempo para el ocio.

Del estudio de aquellos análisis de los setenta, del estudio de las figuras de la familia patológica, nadie quiere hoy oír hablar,

<sup>9</sup> El término distimia fue introducido como cajón de sastre de las antiguas depresiones neuróticas o depresiones crónicas leves por la DSMIII.

<sup>10</sup> La obra *El cuerpo y la corporalidad* de López Ibor e Ibor Aliño (Gredos, 1974) resume de forma completa esa tesis.

<sup>11</sup> La obra de Agustín García Calvo fue imprescindible guía de estas reflexiones y por ello es recomendable en su totalidad. Está editada por Lucina.



en la medida en que el poder político de las Asociaciones de Familiares de Enfermos Psíquicos excluye cualquier discurso que las ofenda. Pero a pesar de lo políticamente incorrecto que el discurso antipsiquiátrico sea en la actualidad y de que todo el mundo psi busque distancia respecto al mismo, la productividad teórica del mismo fue amplia e imborrable, con descripciones que teorizaban las figuras psicogenéticas –tanto a nivel estático como dinámico– de padres que transmitían irracionalidad.

La descripción de la *madre esquizofrenógena* tenía todo ese aroma de juego imposible que rodea la descripción del trabajo psíquico de la madre en la crianza, que si se pasa en el cuidado es castradora y si no da suficiente afecto es una madre-frigorífico incapaz de hacer salir del autismo primitivo al hijo, pero que como en el juego de las siete y media jamás lo hace enteramente bien y por ello siempre acaba siendo responsable de los trastornos afectivos de sus hijos. Althusser creía firmemente que sus gravísimos trastornos psicóticos tenían su origen en que su madre rotuló con “ya eres un hombre” el descubrimiento de su primera erección, y de sus memorias se deduce un hondo resentimiento familiar muy clásico en personas psiquiatrizadas que siempre “descubren” un trauma materno en la prehistoria de su enfermedad.

La madre esquizofrenógena<sup>12</sup> es descrita en esos trabajos como una madre neurótica y dependiente de la abuela del futuro psicótico, que usa a éste como una especie de “Bebé Mágico” con el que resolver todos sus problemas de autonomía frente a una madre descalificadora y un marido ausente y frío. El niño cumple el papel de un héroe destinado al triunfo del narcisismo materno que carece de cualquier otro capital afectivo con el que justificar su vida.

La descripción del padre esquizofrenógeno no produjo tanta literatura psicopatológica en la medida en que la figura paterna es menos importante en la genealogía y

gestión de los sentimientos familiares: el padre en este modelo estático familiar resulta algo así como un representante de lo social en lo íntimo, alguien que introduce normas o en cuyo nombre se introduce la justicia hogareña más allá de su realidad personal. Si además se tiene en cuenta que su valor está determinado por la mediación materna que debe introducir el nombre del padre y tolerar la separación entre ella y su hijo que dicha figura supone, podemos imaginar el menor espacio que dicha figura tiene en la creación de patología psicótica en su hijo.

Por ello el padre esquizofrenógeno suele ser visto, él mismo, como un paranoide que realiza en exceso su función de vigilar y castigar al futuro psicótico, creando un clima cognitivo que impide la intimidad o el cierre de lo psíquico a la mirada del otro. El futuro psicótico se cree, en función de esa vigilancia paterna, de alguna forma transparente en el contenido de su mente e intuye que su padre puede saber lo que él piensa. Asume que el padre tiene una especial capacidad para adivinar sus pensamientos, de cuya propiedad nunca puede estar seguro, dada la capacidad de su padre para imponerlos o apoderarse de los mismos o bien del poder de las máquinas paternas para el control mental.

### *La interacción de la familia esquizofrénica*

Éste es el gran tema de la psiquiatría crítica de los años 70 que en versión radical plantean Laing o Cooper<sup>13</sup> y cuyas hipótesis continúan actualmente de forma bastante aguada y en versión tecnocrática las terapias sistémico-familiares y constructivistas.

La tesis central de Laing consistía en articular la sinrazón familiar en torno a *paradojas pragmáticas* –el doble vínculo era la más popular de ellas– que falsificaban la experiencia real de sus miembros, substituyéndolas por falsas versiones de la historia familiar oficial.

<sup>12</sup> Frieda Fromm-Reichmann y F. Alexander son los pioneros de los estudios estáticos familiares en su monumental *Psiquiatría dinámica*. Barcelona: Paidós, 1962.

<sup>13</sup> *Psiquiatría y antipsiquiatría, Razón y violencia y El yo dividido* son las obras canónicas de esos autores que son correctamente evaluadas por A. Collier en *Filosofía y política de la psicoterapia*. México: FCE, 1981.

Ese proceso de falsificación de la experiencia confundía y descalificaba la razón común y la experiencia de los elementos más débiles y por ello más deseosos de verdad del grupo familiar conduciéndolos primero a la “inseguridad ontológica” al anular sus vivencias y sustituirlas por los sentimientos consensuados. A la locura después por incapacidad de ese miembro débil y asediado del sistema familiar, que es el psicótico, para ordenar el caos cognitivo producido por la contradicción entre sus percepciones y las coaliciones familiares que calificaban de falsa toda percepción autónoma. Caos familiar que invertía el mundo al descalificar como fantasía o delirio lo real de las experiencias del futuro psicótico y como real todas las versiones familiares.

La familia “normal” encubría su función autoritaria desde el ejemplo más simple con tácticas de confusión y sustitución de las experiencias reales de sus miembros más jóvenes: en lugar de comunicar “vete a la cama que es tarde y yo que soy tu madre te ordeno que te acuestes”, habitualmente en familia se dice “vete a la cama que tienes sueño” y ante la negativa subjetiva del sueño por el chico se insiste con la afirmación familiar del “yo sé que lo tienes aunque tú no te des cuenta”.

Con ello la comunicación familiar iniciaría un proceso de enajenación que va imposibilitando la “validación de la experiencia” y la construcción de un *Yo con seguridad ontológica* (seguridad en mis experiencias para validar lo real), sustituido por un *Yo invalidado* en los casos graves por dobles órdenes imposibles de cumplir o descalificaciones de las experiencias reales de los malestares familiares por el *sentido común* que dicta una versión de lo real familiar que cuando entra en contradicción con la experiencia de algún miembro más sano del grupo –en cuanto más veraz con su experiencia– es negada como loca o mala.

La popularidad de esa versión del psicótico como héroe contracultural alcanzó de nuevo, más allá de lo técnico, al público culto de aquellos años con películas como *Family Life* o versiones literarias de enfermos tratados en comunas que recuperaban la seguridad ontológica deshaciendo su

camino de servidumbre. Descubriendo los “nudos del amor familiar” (Cooper, 1988) que llevaban a renunciar al alma con tal de conservar el amor de la familia, precisando de esas alternativas a las familias –comunales, comunidades terapéuticas– donde rehacer un yo capaz de defender sus experiencias frente a los mecanismos que mantenían la irracionalidad familiar.

Una de las singularidades del análisis familiar en la antipsiquiatría inglesa fue su capacidad para trascender el campo de lo psiquiátrico e iluminar la irracionalidad social. Desde el descubrimiento del efecto patógeno del poder familiar, la verdad de la disciplina laboral complementaria, el absurdo familiar y la razón del patrón encubrirían el autoritarismo, la producción de inutilidades bajo etiquetas de disciplina laboral, la organización científica del trabajo y otras racionalizaciones que buscarían lograr la misma sumisión a la autoridad gerencial, el mismo consentimiento con el capital que las *paradojas pragmáticas* logran en la legitimación del orden familiar.

La antipsiquiatría metafóricamente identificaba al loco con el héroe contracultural, imagen que reverberaba en el huelguista salvaje, el saboteador de la razón productiva, el loco de la fábrica. Esa aspiración de lo psiquiátrico a un discurso global que desde la particularidad de la observación microsocial ilumine las realidades más generales es lo que ha cambiado en la discusión postmoderna de la familia. Un repaso de la actual bibliografía sobre la familia esquizofrénica nos descubriría estudios exclusivos sobre “emociones expresadas” en los que cualquier intervención sobre la familia del esquizofrénico debe iniciarse con la afirmación contraria a los presupuestos antipsiquiátricos: la familia no tiene ningún papel etiológico en la enfermedad mental. Por el contrario, el enfermo es el estresor que genera patología por el sufrimiento que introduce en la familia.

Para resaltar ahora el profundo cambio hacia la reducción del nivel crítico del discurso psiquiátrico actual, constátese el cambio que va de considerar la familia como una institución a criticar en cuanto generadora de irracionalidad, autoritarismo y confusión

comunicativa, a reaparecer tras el proceso de reforma como el refugio de un mundo despiadado (Lasch, 1984).

Las Asociaciones de Familiares de Enfermos<sup>14</sup> encarnan hoy la defensa de los intereses de los pacientes a los que se niega cualquier papel en la gestión de sus propios intereses fuera de esta delegación que crea curiosas paradojas respecto a las formas de asistencia. Por ejemplo una encuesta asturiana reciente muestra que tras el ingreso en unidades de agudos los pacientes son partidarios de puertas abiertas en esas unidades, mientras sus familias lo son de puertas cerradas. En el mismo sentido la abundancia de polémicas entre familia de enfermos versus personal psiquiátrico sobre la necesidad de tratamiento obligatorio, ingreso involuntario o medidas de contención exigidas por familias –léase atar a los enfermos– que más de un proceso ha costado a trabajadores psiquiátricos cuando un suicidio tiene lugar en unidades psiquiátricas.

Polémica y contradicción de intereses que rara vez sale a la luz pública, encubiertas por una demagogia similar a la relación enseñantes-padres de alumnos, pero que de vez en cuando salta un trágico ejemplo como el asesinato en Asturias de un psiquiatra<sup>15</sup> no por el clásico loco –esos son riesgos del oficio– sino por su padre que se resarcía así de la ofensa provocada por un psiquiatra que se negaba a invalidar y encerrar a su hijo.

### *Sociedad e integración de la locura*

Cuando en los 70 se piensa la integración de los locos en la sociedad, implícitamente se imagina que esta sociedad tiene unas características que el futuro no hará sino negar: es una sociedad de pleno empleo, en la que los recursos sociales para el bienestar o contra la pobreza se perciben como inagotables (Keynes *dixit*). Al tiempo, es una sociedad con redes de afiliación extensas y

con expectativas comunitaristas en las que los individuos perciben la vida buena, como algo no reducido a lo íntimo, sino ampliado a un pasar bien por los papeles sociales de niño, joven, trabajador, padre, etc.

Salir del manicomio suponía, en ese proyecto, no encerrarse en la familia o en nichos laborales protegidos -laborterapia-, sino trabajar en la fábrica con otros obreros y circular por las diversas redes de convivencialidad que cada barrio –se soñaba– no haría sino aumentar, para vivir más en comunidad y menos en privacidad.

La película de Marco Bellocchio, *Locos de desatar* –una especie de manifiesto basagliano–, ilustra muy bien ese proceso en el que el cierre institucional termina con un discapacitado haciendo un tornillo en una fábrica, arropado por la solidaridad sindical. En la otra historia del film un turbulento adolescente lejos de implicarse en complejos tratamientos o interminables terapias psicológicas, logra dejar la violencia, la mala vida del ghetto y alejarse de su degradada familia, encontrando trabajo y un lugar para vivir, asumiendo y siendo asumido por lo colectivo.

El porvenir que se deseaba para la integración de los internados desde luego tarda en llegar y la sociedad en la que los pacientes deben insertarse hoy tiene, por ejemplo en Asturias, tasas de paro para las edades de debut de las psicosis superiores al 50%, con lo que la posibilidad de trabajo en los circuitos de producción normal son escasas en condiciones de mercado.

La obvia necesidad de replantear una laborterapia, un circuito de trabajo protegido para enfermos, aunque en la práctica tiene que ser aceptada, no termina de ser digerida en la teoría de la psiquiatría crítica, que jamás soñó que la figura preponderante en el ámbito productivo asturiano en el que escribo estas líneas sea el de pensionista, el jubilado tras reconversión industrial con edades medias de cuarenta y cinco años. La

<sup>14</sup> AFESA y el resto de agrupaciones de familiares preconiza tratamientos obligatorios, largas estancias y en el fondo, creo, busca lugares de asilo para sus deudos enfermos ante el fracaso de la atención comunitaria.

<sup>15</sup> La muerte del Dr. Jimeno apenas mereció reflexión por parte del gremio psiquiátrico asturiano. Tampoco una reciente agresión por idénticos motivos –“o me das la baja o te rajo”– que sufrió el autor de estas líneas.

vieja figura del “rentista” que parecía destinada a ser un fósil sociológico emerge en la sociedad postindustrial con todos los rasgos sociológicos de acomodación a la dependencia y conservadurismo.

En ese marco en el que el viejo proletariado está limitado entre el rentista y el pícaro predelincuente, si la integración social es un logro difícil en la práctica para los individuos normales, la posibilidad más prometedora para los psicóticos puede ser la inserción laboral en centros protegidos, donde sencillas tareas artesanales se califican enfáticamente como rehabilitación.

Rehabilitación como necesidad más que evidente hoy, pero que debe verse en continuidad con las viejas teorías de la laborterapia para enfermos psíquicos –trabajo con barro para obsesivos, ensamblaje de flores para esquizofrenia– que creímos olvidadas para siempre cuando la vieja película más arriba mencionada, mostraba a un paciente integrado en una cadena de producción que substituiría por compañeros la vieja dirección psi del trabajo.

De cualquier forma el proceso que Sennet (2004) describe como “corrosión del carácter” como “consecuencia personal del trabajo en el nuevo capitalismo” debe dar que pensar sobre el valor terapéutico de una tarea cada vez más autista o cambiante y por tanto menos implicada con cualquier relación social duradera.

El tópico de la sociabilidad no ha corrido mejor suerte que el mito del pleno empleo, y la deserción de lo social y la consolidación de la sociedad de los individuos encerrados en la racionalidad del provecho y las “heladas aguas del cálculo egoísta” parece no precisar otra prueba que echar una mirada en derredor.

Quizás analizando dos fenómenos microsociales –las psicoterapias como servicio interpretativo en un mercado abierto y el “no en mi patio trasero”– puedan aclarar aun mejor los costes de mantener el mito de

la integración en una sociedad con una deriva tan catastrófica.

Berger (1994) en su texto sobre la construcción social de la realidad ofrece algunas claves respecto a lo que él llama la pluralidad de la crisis de sentido en la postmodernidad. Antaño el desarrollo vital se producía en unas comunidades naturales que ofrecían interpretaciones comunes sobre los hechos cotidianos que se integraban en los valores que describían la buena o mala vida.

La vida en el barrio, en la iglesia, en un trabajo a largo plazo y en una familia se producía dentro de unos esquemas de interpretación que le eran ofrecidos al niño como trasfondo de su experiencia cotidiana. Ritos de transición, conformidad con una identidad previa a la experiencia –los irlandeses no comemos carne los viernes y aunque tengamos que hacer de albañiles somos mejores que los ingleses, que describe Douglas (2002)<sup>16</sup>– eran unas fuentes del yo que han sido arruinadas.

Frente al antiguo integrarse en una comunidad, el moderno mandato de la salud mental es desasirse de cualquier grupo para lograr la autonomía o la individualidad pura que encontrará el “yo real”, cuando lejos de los dictados de los valores de pertenencia a sus grupos naturales encuentre en la verdad, en sus deseos, la autenticidad.

Las relaciones individuales serán entonces una especie de negociación y lucha entre los deseos de individuos que sólo encuentran su realización en el gozo del cumplimiento del deseo una vez que la verdad del mismo ha sido establecida por “liberación” del deseo de otros o del Otro. De ahí que la palabra mágica sea flexibilidad<sup>17</sup>. Flexibilidad para cambiar de trabajo o de ciudad según *san mercado* mande, lejos de las viejas rigideces de las palabras vocación o pertenencia. Flexibilidad para cambiar de pareja cuando falle comunicación o pasión.

En esa continua tarea de adaptarse a lo real sin ninguna referencia colectiva, pala-

<sup>16</sup> Mary Douglash (2002) ha desarrollado la idea de la importancia de los rituales de pureza en la génesis de la identidad personal no sólo en su *Lectura antropológica del Levítico* sino como experiencia general.

<sup>17</sup> Eva Illouz ha tratado en diversos textos la penetración del mercantilismo en el pensamiento feminista y especialmente en *La Mercantilización de la vida íntima e Intimidades congeladas*.

bras como auto-sacrificio están cercanas al masoquismo y cualquier libro de autoayuda populariza lo que el terapeuta te dirá en intimidad: cuida de ti, aprende a decir no, no ames demasiado, no malgastes tu tiempo en relaciones asimétricas que te arruinen psíquicamente, en cualquier situación procura calcular tu provecho material o afectivo.

El futuro de las relaciones de pareja para el psicótico en ese marco interpretativo tienen una esperanza cercana a cero: él es por definición el mal comunicador, el inafectivo que, por necesitar mucho más que lo que puede dar, terminará con la familia de origen –sus padres exclusivamente– como lugar al que “si se vuelve uno es recibido”. Eso, si no se cumplen las predicciones de Giddens<sup>18</sup> en La Tercera Vía respecto a las relaciones contractuales también en lo paterno filial, de las que los “divorcios” pedidos por hijos o las denuncias por maltratos de padres hacia hijos psicóticos son el primer ejemplo.

El fenómeno de “no en mi patio trasero” quizá tenga en Asturias sus mejores ejemplos: cada vez que se habla de abrir un lugar de tratamiento de enfermos psíquicos reaparece un masivo movimiento vecinal para oponerse al proyecto con una militancia digna de mejor causa<sup>19</sup>. Así en el último decenio esos movimientos vecinales asturianos quemaron un centro de dispensación de metadona y lograron que no se abriese otro, destrozaron un hospital de día y están intentando que no se abra una comunidad terapéutica.

El fenómeno tiene menos que ver con fenómenos específicos de prejuicios contra la enfermedad mental, reparables por ilustración (vecinos de un asilo para personas moribundas protestaron también por el trauma que podía suponer para sus tiernos retoños ver muchos entierros) y más con los procesos de egoísmo colectivo y asunción de lo social con ópticas de pequeño propietario que siente el valor de su piso y su rol de cla-

se media disminuido si la “zona se puebla de locos o drogadictos”.

De ahí que aquel futuro de psiquiatría comunitaria basada en la integración de los pacientes en redes vecinales acogedoras que “retrivializarían y dotarían de habilidades sociales a los enfermos” no ha hecho sino convertirse en su contraria: la única sociedad que acoge de forma solidaria a los diferentes es la recreada artificialmente por trabajadores sociales o voluntariado religioso que crea una especie de realidad aparte de ese universo egoísta llamado sociedad. Sociedad que exige de forma airada por boca de sus asociaciones vecinales como requisito para que los pacientes sean dados de alta una curación que sólo tras ella es posible.

Las quejas vecinales sobre los locos se refieren en la actualidad menos a la peligrosidad y más a la violación de normas residuales en sentido de Goffman (1986): miran demasiado fijo entre a los ojos, hablan demasiado íntimamente en el ascensor, piden cigarrillos... Indudable ruptura del marco de microorden normal que exige respetar normas de apartar mirada o conservar el límite de la conversación sobre el tiempo en el ascensor que el psicótico sólo recuperará por su uso social y cuya exigencia lo condena a la exclusión.

### *Los técnicos: gestores, mecenas, mercaderes, mentirosos*

Del balance objetivo, hecho por un sociólogo marxiano, del fracaso de los tres paradigmas que sustentaban el proyecto desinstitucionalizador parecería deducirse que la reforma psiquiátrica, el proyecto de cierre manicomial no habría tenido lugar. Nada mas lejos de la realidad: prácticamente los asilos para locos son una reliquia del pasado aunque, eso sí, otros satélites de esos asilos persisten y la cronicidad des-institu-

<sup>18</sup> El concepto de relaciones puras desarrollado por este autor en su *Sociología* editada por la UNED le hace ser un devoto de los libros de autoayuda y de la postmodernidad como primera época en que los individuos pueden por primera vez dirigir sus vidas en base a sus sentimientos.

<sup>19</sup> *La Nueva España* encabezaba así una noticia del 2009: “Vecinos de Hevia boicotarán las obras del psiquiátrico por miedo a los enfermos”.

cionalizada ya veremos cómo se manifiesta en familias, calles o cárceles de forma variada en cada experiencia de reforma. Pero toda la variedad de los procesos de reforma tienen dos rasgos comunes: el número de profesionales dedicados a la salud mental o los recursos económicos a ella dedicados se multiplican y la prescripción de psicofármacos aumenta en contra de las intenciones de los teóricos de la reforma.

Y es que la desinstitucionalización y la apertura de centros comunitarios de salud mental supuso una brutal psiquiatrización de poblaciones que hasta hace pocos años acertaban a dirigir sus vidas o elaborar sus malestares sin la dirección psiquiátrica y que en la actualidad disputan con éxito el tiempo y la atención de los técnicos en detrimento de la atención a los trastornos psiquiátricos mayores.

La transformación de aquel proyecto despsiquiatrizador –no buscar respuestas técnicas a contradicciones sociales o a dilemas existenciales– en ese proceso de psiquiatrización que busca transformar vida y libertad en una especie de enfermedad necesitada de *counseling*, parece ser aprobado tanto por los modelos de psiquiatras psicólogos como por la biologicistas.

Ambos prometen en falso –mienten– resolver los más cotidianos dolores humanos con técnicas psi, palabras o pastillas que siempre curan en algún lugar que no es la realidad.

El mercado farmacológico ha transformado drásticamente el papel del psiquiatra clásico, escasamente decisorio en la fármaco-economía, al convertirlo en alguien con un capital humano muy estimado por los laboratorios, en la medida en que de sus alternativas de prescripción de fármacos pueden depender cientos de millones de pesetas al año. De ahí que el mecenazgo de esa potentísima industria farmacéutica condiciona hoy de forma casi absoluta la teoría y la práctica psiquiátrica. Todas las clasificaciones psi de inconfundible aroma americano están presididas, contra toda evidencia clínica, por la desaparición de los conceptos de neurosis y la ampliación de los viejos conceptos de *enfermedades del ánimo*, lo que en la práctica supone el uso

indiscriminado de antidepresivos para cuadros con tan improbable mejoría por esa vía como las fobias sociales.

De nada valen rigurosos exámenes de las consecuencias de esas clasificaciones, como las de Tyrer (2002), que preconiza de nuevo el concepto de neurosis, ante la sumisión de un gremio como el psiquiátrico que es prácticamente incapaz de realizar un solo congreso profesional con medios propios –pagar inscripción, hotel o viaje es una rareza absoluta entre los psiquiatras españoles que conozco–, sin ese mecenazgo o en todo caso el substitutivo del Estado, que también convierte en prebendados a algunos propagandistas de sus logros reformistas.

Y es que, una vez abierta la botella que saca al demonio del lucro y el provecho, la suerte está echada, porque ¿cómo aguantar a la vez la envidia del compañero que se va cada mes de viaje gratis y la presión de los pacientes bombardeados por la propaganda indirecta de “lo bueno es caro” que formulan cada consulta al psiquiatra de turno: ¿“cómo no me receta las nuevas pastillas de fulanito, aunque cuesten doscientos euros? Yo también tengo derecho”. Si esa presión se contextualiza en un gremio con sueldos medios, que se ve invitado por los laboratorios a suntuosos hoteles de las Vegas o imposibles congresos chinos, nos estaremos haciendo idea de las condiciones reales de interacción de los psiquiatras con un mercado.

Mercado que, como todos, sólo tiene una meta: vender medicinas, y que se frota las manos cada vez que un proceso de reforma aumenta la cantidad de psiquiatras que pueblan las redes con ideologías todo lo comunitarias que se quiera pero que al final terminan aumentando los beneficios multinacionales porque prescriben psicofármacos.

## REFERENCIAS

- BACA BALDOMERO, E. (2008). Prevención del estrés postraumático. En: Sánchez Planell, L. et al., *Factores de Riesgo en Psiquiatría*. Barcelona: Ars Medica.
- BASAGLIA, F. (1970). *La Institución negada. Informe de un hospital psiquiátrico*. Barcelona: Barral.

- BASAGLIA, F. (1972). *La enfermedad y su doble*. Barcelona: Anagrama.
- BERGER, P. y LUCKMANN, Th. (1994). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu.
- COLLIER, A. (1981). *Filosofía y política de la psicoterapia*. México: FCE.
- COOPPER, D. (1988). *Nudos*. Barcelona: Anagrama.
- DESVIAT, M. (1992). *Cronicidad y Psiquiatría*. Madrid: Monografías de la AENP.
- DOUGLASS, M. (2002). *El Levítico como literatura*. Barcelona: Gedisa.
- FOUCAULT, M. (1997). *Gobernabilidad*. Madrid: La Piqueta.
- FOUCAULT, M. (2001). *Los anormales*. Madrid: Akal.
- FOUCAULT, M. (2009). *Nacimiento de la biopolítica*. Madrid: Akal.
- FROMM-REICHMANN, F. y ALEXANDER, F. (1962). *Psiquiatría dinámica*. Barcelona: Paidós.
- GOFFMAN, E. (1986). *Estigma*. Buenos Aires: Amorrortu.
- GOFFMAN, E. (1967). *Internados*. Buenos Aires: Amorrortu.
- GOLDHAGEN, D. J. (2003). *Los verdugos voluntarios de Hitler*. Madrid: Taurus.
- ILLICH, I. (1987). *Némesis médica*. Barcelona: Barral.
- ILLOUZ, E. (2007). *Intimididades congeladas*. Madrid: Katz.
- ILLOUZ, E. (2008). *La mercantilización de la vida íntima*. Buenos Aires: Katz.
- LASCH, C. (1984). *Refugio en un mundo despiadado*. Barcelona: Gedisa.
- MATE, M. R. (2008). *Justicia de las víctimas*. Barcelona: Anthropos.
- NAVARRO, J. (2008). *El Experimento de Holmes*. Madrid: Mercurio.
- PLATEN, A. (2007). *Exterminio de enfermos mentales en la Alemania Nazi*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- SARDÀ, G. (2007). *Manuela de Madre: vitalidad crónica*. Barcelona: Planeta.
- SENNET, R. (2004). *La corrosión del carácter*. Barcelona: Anagrama.
- TYRER, P. (2002). *Epidemiología psiquiátrica*. Editado por laboratorios WYETH.
- WATTS, S. (1997). *Epidemiología y poder*. Barcelona: Edit. Andrés Bello.
- WIRSCH, A. (1968). *Sicopatología*. Madrid: Gredos.