

Universidad Nacional de Rosario
Facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales
Escuela de Trabajo Social

“El joven Castel y el campo de la salud mental
Una asignatura pendiente con el Trabajo Social”

Franco Noguera

Tesina de Grado
Licenciatura en Trabajo Social
Director: Mg. José María Alberdi

Rosario
2022

ÍNDICE

Introducción	3
El orden psiquiátrico: la edad de oro del alienismo	9
Introducción al libro	9
Capítulo 1: el desafío de la locura	12
Capítulos 2, 3, 4, 5 y 6	21
Capítulo 2: El salvataje de la institución totalitaria	22
Capítulo 3: La primera medicina social	25
Capítulo 4: Unos expertos providenciales	30
Capítulo 5: de la psiquiatría como ciencia política	33
Capítulo 6: la ley y el orden	35
Capítulo 7: El pasaje de la edad de oro al aggiornamento	40
La Sociedad psiquiátrica avanzada: el modelo norteamericano	48
Introducción al libro	48
I. Una resistible ascensión	51
II. Un sueño americano	61
III. Psicoamérica	67
Conclusiones	82
La gestión de los riesgos de la antipsiquiatría al post-análisis”	86
Introducción al libro	86
Capítulo I: Mitos y realidades de la modernización psiquiátrica	87
Capítulo II: La medicalización de la salud mental	96
Capítulo III: La gestión preventiva	101
Capítulo IV: La nueva cultura psicológica	110
¿Hacia un orden post-disciplinario?	116
Lectura crítica de la Ley Nacional de Salud Mental (Ley N° 26.657)	119
La Ley N° 26.657 en contexto socio-histórico	119
El contenido de la ley	123
Una lectura política de la ley	139
Conclusiones	142
Bibliografía	152

INTRODUCCIÓN

Para llevar adelante el presente trabajo de tesina decidimos realizar una lectura de lo que hemos identificado y denominado como “momento clásico de la obra de Robert Castel” o la “obra del joven Castel”. No es raro que los/las estudiantes de Trabajo Social encontremos dentro de las bibliografías de las distintas cátedras, capítulos de libros, libros completos, artículos y otras publicaciones de Castel; pero en la presente tesis se indagará en un momento de la vida y obra del autor que no es tan frecuentemente sugerida por las cátedras que conforman la currícula de las Licenciaturas en Trabajo Social, en distintas unidades académicas del país.

Para dar peso argumentativo a dicha afirmación, se ha realizado un relevamiento de los planes de estudio vigentes de las Lic. en Trabajo Social de: la Universidad Nacional de Rosario, la Universidad Nacional del Litoral, el Instituto Universitario Nacional de Derechos Humanos “Madres de Plaza de Mayo”, la Universidad Nacional De Luján, la Universidad Nacional Arturo Jauretche, la Universidad Nacional de Córdoba, Universidad Nacional de La Plata, Universidad Nacional de Moreno y Universidad Nacional de Entre Ríos. En total 9 unidades académicas elegidas porque tenían a disposición el acceso a sus planes de estudio y programas de todas las cátedras que componen la currícula de la carrera de grado de Trabajo Social (por lo menos en sus portales web). Es decir, fue revisada la bibliografía de más de 300 programas de cátedra, dentro de los cuales pude encontrar 42 sugerencias de lectura al estudiante, sobre la obra de Robert Castel.

Pero antes de seguir con el análisis de los programas, aclaremos a qué hacemos referencia con la “obra del joven Castel”. La definición de “joven” surge del juego con la división que suele atribuírsele a la obra de Karl Marx, dónde se distingue un “joven Marx” de producciones más bien de tipo filosóficas, relacionadas al “socialismo utópico”; de un “Marx maduro” con sus estudios y producciones asociados a la economía política y a la crítica de los economistas liberales “clásicos” (Adam Smith, David Ricardo, Jeremy Bentham, etc.). Si revisamos la obra de Castel, nos encontramos con que publica entre 1973 y 1981 sus cuatro primeros libros:

- En 1973, *“Le psychanalysme. L'ordre psychanalytique et le pouvoir”* (“El psicoanálisis. El orden y el poder psicoanalíticos”).
- En 1976, *“L'Ordre psychiatrique: âge d'or de l'aliénisme”* (“El orden psiquiátrico: la edad de oro del alienismo”).

- En 1979, junto a François Castel y Anne Lovell, *“La Société psychiatrique avancée: le modèle américain”* (“La sociedad psiquiátrica avanzada: el modelo norteamericano”).
- En 1981, *“La gestion des Risques: de l'anti-psychiatrie à l'après-psychoanalyse”* (“La gestión de los riesgos: de la antipsiquiatría al post-análisis”).

A partir de entonces, observamos una distancia de catorce años hasta la publicación de su siguiente obra, en 1995: *“Les métamorphoses de la question sociale: une chronique du salariat”* (“La metamorfosis de la cuestión social: una crónica del salariado”). A los primeros cuatro libros (anteriormente señalados) hemos decidido incluirlos en lo que adjudicamos a un “jóven Castel”, o a un “momento clásico de la obra de Robert Castel”; y a los libros posteriores, los ubicamos dentro de las producciones de un “Castel maduro”, o en un “segundo momento de la obra de Robert Castel”. Ahora ¿a qué se debe esa distancia de catorce años que separa ambos períodos? y ¿en base a qué criterios decidimos hacer la diferenciación de éstos más allá de la distancia temporal? En este sentido es preciso referirnos a la biografía del sociólogo:

A través de algunas entrevistas y publicaciones de terceros referenciando a Castel, podemos hacer una breve ficha de su vida: Robert Castel nace el 1 de agosto de 1933 en Brest (Francia), según Denis Merklen (discípulo de Castel, de nacionalidad uruguaya, exiliado en la Argentina en su juventud): *“Nació en una familia humilde en Saint-Pierre-Quilbignon en 1933, una comuna rural cercana a la ciudad de Brest. Su madre murió de cáncer cuando tenía 10 años y dos años después se suicidó su padre, al que encontró colgando de una cuerda. Así atravesó la infancia en plena Guerra Mundial este hijo del mundo obrero.”* (MERKLEN, 2013).

En su vida adulta llega a ser profesor asistente de filosofía en la universidad de Lille (Francia) donde establece una amistad con Pierre Bourdieu; esta amistad le abre las puertas al “Centro de Sociología Europea”, y desde allí continúa su carrera de intelectual. Durante los años setentas se especializa en la “sociología de las enfermedades mentales” y organiza concurridos cursos donde participan, por ejemplo, Michael Foucault y Franco Basaglia. En ese mismo período participa junto a su entonces esposa Françoise Castel (de profesión, psiquiatra) en la red europea de alternativas a la psiquiatría.

No me fue posible precisar la fecha, pero lo cierto es que Françoise Castel fallece en los años posteriores a la publicación de: *“La gestión de los riesgos de la antipsiquiatría al post-análisis”*, en 1981. Julia Varela y Fernando Álvarez-Uría, quienes han entrevistado en varias ocasiones a Robert Castel, indican: *“Tras la muerte de su compañera Françoise,*

psiquiatra comprometida en apoyo de los enfermos mentales, la obra sociológica de Robert Castel dió un giro para plantearse el retorno de la cuestión social, coincidiendo con los años de plomo de la ofensiva neoliberal.” (VARELA y ÁLVAREZ-URÍA, 2013). El fallecimiento de Françoise Castel, es uno de los eventos que provoca el cambio de rumbo en la obra de Robert Castel y los catorce años sin que realice la publicación de un nuevo libro; aunque también podemos contextualizar en los comienzos de una década del ochenta donde comenzamos a presenciar cambios más significativos en los movimientos geopolíticos del mundo, los contextos comienzan a exigir un tipo de análisis distinto a los que se hacían sobre las viejas “sociedades disciplinarias”, la crítica anti-institucional y anti-psiquiátrica (en el campo de la medicina mental) comienza a ser desplazada del foco de discusión.

En fin, hecho este breve repaso sobre la historia del autor, se puede reconocer que los objetivos de los análisis de esta primer etapa de la obra de Castel están orientados a estudios sociológicos sobre la historia y actualidad de la *medicina mental*¹, desde sus orígenes, tras la caída de los regímenes monárquicos, hacia la actualidad (entendiendo que la actualidad del último libro de la primer etapa, son los principios de la década del ochenta). Pero, sus producciones no se limitan a un análisis socio-histórico de la salud mental, más bien esta perspectiva se combina con una lectura de aquellos actores (y sus discursos) protagonistas a la hora de debatir, y tomar decisiones, sobre los rumbos que debían tomar la salud mental y el sistema asistencial. En ello, se ponen en juego intereses específicos y ganancias específicas a grupos y personas de poder. Es en este sentido que la perspectiva que el autor sostiene sobre la psiquiatría, y las demás profesiones y actores que intervienen sobre el “mundo psi”, excede el terreno de lo terapéutico y se involucran directamente con la política “dura”, aquella que determina el poder profundo. Detrás de la intervención médico-terapéutica, lo que está en juego es la discusión sobre la instauración, supervivencia y crisis de un determinado orden social. Orden que en cada caso resulta sospechosamente funcional a los intereses de estos sectores de la sociedad que concentran poder.

En la segunda parte de la obra de Castel, éste se corre del análisis sobre, y a partir de, la salud mental para enfocarse en cuestiones más específicas al estudio sociológico; por ejemplo, lo podemos ver en el clásico libro “La metamorfosis de la cuestión social: una

¹ Cabe hacer esta aclaración: de ahora en adelante en la presente tesina hablaremos de “Salud Mental”, pero el sociólogo toma principalmente el concepto de “Medicina Mental”. En la obra del autor, veremos cómo va a ser explicada esta transición conceptual, vinculada protagónicamente a movimientos médico-higienistas; pero la definición de nombrar, acá, al campo como “Salud Mental” tiene que ver con un reconocimiento al trabajo de años de nuestros/as colegas para incorporar nuestros aportes dentro del campo, así como también sucedió con otras profesiones pormenorizadas por no pertenecer al ejercicio de un sentido estricto de la medicina, vinculado al determinismo biológico.

crónica del salariado” donde incluso ya en el título no se hace mención a cuestiones como el orden psiquiátrico, la sociedad psiquiátrica, ni la anti-psiquiatría, ni el psicoanálisis, lo que no quiere decir que dichas temáticas estén completamente ausentes en esta segunda etapa.

Ahora, y retomando el estudio cuantitativo hecho sobre los planes de estudio, puedo afirmar que se ha relegado a un lugar secundario (por no decir de casi ausencia) a los aportes que se pueden rescatar de la lectura del joven Robert Castel. De la lectura del total de planes de estudio de las unidades académicas anteriormente mencionadas, encontré 42 sugerencias de lectura al estudiante vinculadas al sociólogo, donde sólo dos forman parte de los estudios incluidos en la primer etapa. Ambas son sobre del libro “El orden psiquiátrico: la edad de oro del alienismo”, y en un caso (el de la Universidad Nacional de Entre Ríos) forma parte de la bibliografía opcional (no-obligatoria), y en el otro (el de la Universidad Nacional de Rosario) se lee sólo el prólogo; tanto “El psicoanálisis. El orden y el poder psicoanalíticos”, “La sociedad psiquiátrica avanzada: el modelo norteamericano”, como “La gestión de los riesgos de la antipsiquiatría al post-análisis”; no son leídos por estudiantes de Trabajo Social.

Cifra que contrasta con las 40 referencias que encontré referidas a la segunda etapa, siendo “La metamorfosis de la cuestión social: una crónica del salariado” el más leído (con 15 referencias en programas de cátedras), junto con “La inseguridad social. ¿Qué es estar protegido?” (10 veces sugerido), este último publicado en el 2003. El resto de sugerencias de lecturas están repartidas entre “El ascenso de las incertidumbres: trabajo, protecciones, estatuto del individuo”, publicado en el 2009; y entre otro tipo de artículos, participaciones y publicaciones, donde incluyo a “Las trampas de la exclusión” (publicado en el 2006), que consiste en una compilación de diferentes artículos del sociólogo.

Pese a las cifras cabe preguntarse ¿a qué se debe dicha diferencia?, y entonces, ¿son realmente útiles y/o necesarios los aportes de la primera etapa de la obra de Castel, para el/la estudiante de la Lic. en Trabajo Social?. A la primer pregunta no tengo una respuesta clara, quizá los textos no son lo suficientemente contemporáneos para las cátedras, quizá a primera vista parecen muy restringidos al campo de la salud mental (lo cual, vamos a ver, no sería cierto), quizá simplemente se haya decidido priorizar otras lecturas; más allá de las aproximaciones posibles a una respuesta, lo cierto es que los textos pertenecientes a las producciones del joven Castel son ignoradas por los/las estudiantes en el transcurso de la cursada de la licenciatura en Trabajo Social, salvo que la curiosidad de ellos/as los lleve a dar con estas lecturas.

Respecto a la segunda pregunta, intentando darle respuesta es que se desarrollará el presente trabajo de tesis; para ello se realizará una lectura de: “El orden psiquiátrico: la edad

de oro del alienismo” (1976), “La sociedad psiquiátrica avanzada: el modelo norteamericano” (1979) y de “La gestión de los riesgos de la antipsiquiatría al post-análisis” (1981).² Finalizada la lectura y sistematizados sus contenidos, procederemos a realizar una lectura crítica de la Ley Nacional de Salud Mental vigente (Ley N° 26.657) con la “caja de herramientas de Castel”, jugando con sus conceptos y modos de aproximarse a la ejecución de un análisis crítico.

Hecho este trabajo sabremos cuán necesario es rescatar los aportes presentes en estos libros y cuáles son los aportes al Trabajo Social de la presente tesis de grado en la licenciatura en Trabajo Social.

Por último, antes de comenzar con el desarrollo del trabajo, también quiero aclarar cuál es el recorrido realizado (como estudiante de la Lic. en Trabajo Social de la UNR) mediante el cual me he encontrado con las lecturas del joven Castel, que en el presente trabajo se han decidido poner como foco del análisis.

En tercer año de la carrera de grado de la licenciatura (en el plan 1997) los/as estudiantes debemos cursar la cátedra “Psicología Social”; en esta cátedra se dan los conceptos básicos de la psicología para profundizar luego en la psicología individual, la psicología social y la psicología institucional. Movilizado por las lecturas de Freud, Pichon-Rivière, Fernando Ulloa, entre otros/as, y habiendo hecho un tercer año de prácticas en la coordinación de un “dispositivo grupal”; es que la curiosidad me llevó a querer profundizar en la psicología de los grupos, a participar como ayudante de alumno en la cátedra y a intentar adaptar esta temática como materia prima para mi tesis de grado. Sin embargo cuando intenté llevar adelante la búsqueda bibliográfica para adentrarme en la elaboración del trabajo de tesis, la mayoría de los textos encontrados me dejaban una sensación de inconformidad. Por lo que interpretaba en ese momento, la bibliografía hecha desde el trabajo social sobre “lo grupal” consistía en meras descripciones del proceso de aplicación de una técnica, intentando resaltar algunas especificidades de la aplicación y llegando a resultados poco definidos, incluso exageraciones respecto a los aprendizajes realizados, la comunicación fluída entre los participantes, la dinamicidad con que se comenzaban a llevar adelante las tareas grupales, la aparición en la escena grupal de sentimientos, conflictos, identificaciones, etc. Las preguntas que surgían tras este tipo de

² Se ha omitido “El psicoanálisis. El orden y el poder psicoanalíticos” de 1973; por dos razones principales: primero, los contenidos del mismo no quedan excluidos del trabajo de tesis porque la temática a la que refiere es retomada en los libros a leer; y, segundo, es un libro difícil de conseguir (sobre todo en formato digital); aún así sugiero, y sería provechoso, que quien tenga acceso a esta lectura pueda continuar o sumar al aporte del presente trabajo de tesina.

lecturas eran ¿qué impacto real pueden tener estas aplicaciones en la psiquis de las personas?, ¿aspectos como el aprendizaje y la comunicación por sí mismos mejoran la calidad de vida de las personas?, ¿cómo se vinculan estas aplicación con el entorno extra grupal?, ¿la aplicación grupal tiene implicancias en la vida social y/o en la vida política del país?, etc.

De esta manera la curiosidad se invirtió y pasé a buscar un/a autor/a que haga un análisis crítico de lo grupal y la psicología social. Encontré algunos/as colegas locales con producciones en ese mismo sentido, por ejemplo he dado con algunas publicaciones de Bibiana Travi donde mediante la historización de la relación trabajo social-lo grupal, desliza algunas críticas a nuestra casi dependencia de la teoría pichoniana y los peligros de aplicar este tipo de técnicas sin conocer el proceso histórico que las han conformado; no sin dejar de rescatar la importancia de seguir investigando en sentido de lo grupal desde la profesión.

Pero lo más sustancial del proceso se dió cuando me encontré con “*La sociedad psiquiátrica avanzada: el modelo norteamericano*”, ya de por sí era curioso encontrarse a dos Castel distintos entre los/as autores, el nombre de Robert Castel me era familiar de haberlo leído durante casi toda la carrera, pero ¿quiénes eran Françoise Castel y Anne Lovell?. Aunque más allá de curiosidades de este tipo, el impacto real de la obra surge de su contenido, ahí pude encontrar un crítica sociopolítica contundente a la conformación y desarrollo de la psicología, la psicología social, la psicología institucional y el movimiento anti institucional; así como la adhesión del trabajo social a estas temáticas y sus distintas modas en el transcurso de la historia, hasta la actualidad. Ese libro terminó siendo la semilla de todo el presente trabajo. Por otro lado, aún encontrada la bibliografía que quería usar, no sabía cómo usarla de forma precisa, lo que causó que la dirección de esta tesis se tornase conflictiva. Recién cuando comenzamos a trabajar junto al vigente director de tesis (José M. Alberdi) con quien compartimos los criterios bibliográficos, pudimos dar forma al presente trabajo.

R. Castel “L'Ordre psychiatrique: l'âge d'or de l'aliénisme”, Paris, ed. Minuit, 1977.

(“El orden psiquiátrico: la edad de oro del alienismo”, traducción publicada en 1980 por Ed. de la Piqueta).

Autor: Robert Castel³.

Traducción: José Antonio Alvarez-Uría y Fernando Alvarez-Uría.

Páginas: 256 (de la edición que voy a utilizar: 1era ed. Buenos Aires: Nueva Visión, 2009).

Traducción de Hernán Scholten).

Introducción al libro

En esta obra⁴ Robert Castel se propone axiomatizar el sistema de datos que constituyen una “política de la salud mental” y de ahí seguir sus transformaciones hacia la actualidad en que publica (es decir, hacia 1977).

Para realizar dicho objetivo el autor realizará una lectura del proceso histórico de constitución del poder médico como gran poder influyente sobre la distribución de responsabilidades político-asistenciales, distribución que había quedado indeterminada tras la caída de los regímenes monárquicos. Se puede leer que el análisis parte principalmente de la lectura del caso francés y de la Europa Occidental, caso cuyo modelo de abordaje médico-asilar tuvo gran influencia a nivel mundial sobre el modo de administrar la intervención asistencial sobre a unas poblaciones específicas. Esta población se constituye mediante la figura del loco que dada la irresponsabilidad de sus propios actos, no puede ser objeto de sanción; pero, foco de desorden, debe ser administrado, controlado y neutralizado

³ Robert Castel, nació el 1 de agosto de 1933 en Brest (Francia) y falleció el 12 de marzo de 2013 con 79 años. A lo ya mencionado en la introducción acerca de su biografía, podemos sumar que: fue profesor asistente de filosofía en la universidad de Lille (Francia) donde estableció una amistad con Pierre Bourdieu, fruto de esta amistad fue su entrada en el Centro de Sociología Europea. Tras mayo de 1968 fue, junto con Jean-Claude Passeron, fundador y director del Departamento de Sociología en la, recién creada, Universidad de París VIII en Vincennes. Durante los años setentas se especializa en la “sociología de las enfermedades mentales” y organiza concurrecidos cursos donde participan, por ejemplo, Michael Foucault y Franco Basaglia (entre otros intelectuales). Participó junto a su entonces esposa Françoise Castel en la red europea de alternativas a la psiquiatría, convencido de que la sociología es una ciencia que debe responder a las demandas sociales de clarificación que plantea la sociedad, o al menos los grupos más oprimidos y desasistidos de la sociedad. Tras la muerte de Françoise, vuelca sus estudios sobre la cuestión social, la sociología del trabajo, los mecanismos sociales generadores de desafiliación, marginalización, pobreza e incertidumbre. Hasta su fallecimiento, publicó numerosos libros y artículos, participó en decenas de revistas de divulgación sociológica, coordinó y dirigió instituciones y organismos académicos, no llegaremos a nombrar toda su obra.

⁴ Este sería el segundo libro publicado por el sociólogo pero el primero en ser traducido al Español. El primer libro realmente publicado por el sociólogo es: “*Le psychanalysme: L'ordre psychanalytique et le pouvoir*”, Paris, ed. Union générale, 1976. Título traducido: “*El psicoanálisis: El orden psicoanalítico y el poder*”.

con el objeto de legitimar el nuevo orden social aparentemente libre de las arbitrariedades despóticas del antiguo régimen.

En este proceso de constitución del poder médico, hay dos hechos judiciales claves en el recorrido histórico que se nos presenta: en primer lugar, en 1790, bajo artículo, se enuncia la abolición de las *lettres de cachet*; estas eran cartas mediante las cuales se dictaba la orden del rey de exigir el inmediato encarcelamiento o liberación de una persona saltando el sistema judicial ordinario. En segundo lugar, en 1838 (48 años más tarde) se vota la ley que regula y define el régimen de los alienados, con la cual el poder médico-alienista toma facultades políticas en la definición de la asistencia a los alienados. Tras estos hitos, el loco, surgido como problema en la ruptura revolucionaria; va a ser dotado de su pleno estatuto, de forma que su vida entera pasará a estar completamente medicalizada. De ahí la constitución recíproca de una nueva medicina alienista y de una nueva relación social de tuelarización.

Volviendo sobre el objetivo general presentado: axiomatizar el sistema de datos que constituye una “política de salud mental”. Se entiende que dicha política se constituye al articular un número determinado de elementos provistos desde la naciente “medicina mental” y su legislación, entre estos elementos el autor distingue: un código teórico (por ejemplo, las clasificaciones nosográficas), una tecnología de intervención (por ejemplo, el “tratamiento moral”), un dispositivo institucional (por ejemplo, el asilo), un cuerpo de profesionales (por ejemplo, los alienistas, médicos-jefes), un estatuto del usuario (por ejemplo del alienado, definido como menor amparado por la ley de 1838).

Abro un paréntesis, en el mismo prólogo del libro el autor destaca un concepto que utilizará repetidas veces a lo largo de sus obras. Este concepto es el de *metamorfosis*: “llamo metamorfosis a la transformación del conjunto de los elementos del sistema. Una metamorfosis señala el paso a otra coherencia, es la expresión de otra política. [...] Es el producto de una renegociación global de los repartos de poder con las otras instancias afectadas por una política de control” (CASTEL, 2009, p. 10). Metamorfosis es un cambio tan considerable en estructuras, apariencias, formas, naturaleza; que el ser o la cosa de que se trata ya no es reconocible. Acá Castel pone de ejemplo las transformaciones del dios griego Zeus: Zeus convertido en buey sigue siendo Zeus, es/no es Zeus y ya hay que ser más astuto para reconocerlo. Cierro el paréntesis.

En lo que respecta a la salud mental, el análisis de las transformaciones de sus propios elementos (códigos, tecnologías, operadores profesionales, estatutos, etc.) permite inscribirla en determinados contextos sociales específicos, distinguiéndose dos metamorfosis principales. Primera metamorfosis: “el momento en que la medicina mental se constituye en

la destrucción revolucionaria de los equilibrios tradicionales entre los poderes para suplir sus carencias, en armonía con la nueva concepción burguesa de la legitimidad.” (CASTEL, 2009, p. 12). Segunda metamorfosis: *“el momento en que los aparatos de control transforman sus técnicas autoritario-coercitivas en intervenciones persuasivo-manipuladoras.”* (CASTEL, 2009, p. 12).

Al igual que en los trabajos de los colaboradores y amigos del autor (Pierre Bourdieu, Franco Basaglia, Michael Foucault), el concepto de tramas de distribución de poder es central en el desarrollo del libro. En este sentido el autor formula una hipótesis a tener en cuenta: *“La psiquiatría es ciertamente una ciencia política porque respondió a un problema de gobierno. Permitió administrar la locura, pero desplazó el impacto directamente político del problema”* (CASTEL, 2009, p. 15). Lo que Castel intentará poner en el centro de la cuestión, durante todo el libro, es que la creación de una ciencia médico-mental encargada de administrar a los locos, en realidad, no se realiza en un fin médico-terapéutico, se realiza en un fin profundamente político. Donde esta realización permite el desplazamiento de la problemática que representa la locura, de una cuestión de administración política a una cuestión puramente técnica. De esta manera, se reduce la locura a una realidad en donde las condiciones de su gestión son meramente en un marco técnico administrado por un conjunto de profesionales competentes, en un medio específico. Pero, a qué se debe esta complicidad, sutil, entre el poder médico y el poder administrativo; el autor saca sus conclusiones:

“Sobre el telón de fondo de la sociedad contractual que la Revolución francesa instaure, el loco desentona. Irracional, no es sujeto de derecho; irresponsable, no puede ser objeto de sanción; incapaz de trabajar o de “servir”, no entra en el circuito reglamentado de los intercambios, esta “libre” circulación de hombres y mercancías a la que sirve de matriz la nueva legalidad burguesa. Foco de desórdenes, hay que reprimirlo más que nunca, pero según un sistema de punición distinto del establecido por los códigos para aquellos que transgredieron voluntariamente las leyes; Islote de irracionalidad, debe ser administrado, pero según normas distintas de aquellas que asignan su sitio y la sujeción a sus tareas a los sujetos “normales” de una sociedad racional.” (CASTEL, 2009, p. 16).

Esas ideas serán expandidas en la lectura de los siguientes capítulos, en donde se recorrerá el proceso de desarrollo y constitución de la salud mental desde la caída del antiguo régimen, a la sanción del estatuto del alienado en 1838; reflexionando en el camino sobre

algunas relaciones con la actualidad en la que escribe el autor (la década del setenta del siglo XX).

Capítulo 1: el desafío de la locura

Como mencionamos en la introducción, *la locura plantea un desafío a la sociedad nacida de las convulsiones de la caída del Antiguo Régimen. Y ésta lo aceptó porque le iba en ello la credibilidad de sus principios y el equilibrio de sus poderes* (CASTEL, 2009, p. 17). En otras palabras, la nascente sociedad burguesa, aunque quisiese, no podía desembarazarse del problema de la locura. Las particularidades de esta población, planteaban un nuevo estado de situación que no podía ser abordado bajo los mismos códigos del Antiguo Régimen, tildado de arbitrario y autoritario. Los reformadores, futuros nuevos gobernantes, debían crear un nuevo sistema de intervención sobre la locura; de ello dependía la solidez del modelo político que pretendían legitimar a los ojos de la sociedad. En los debates surgidos de esta problemática, cuyo centro era la locura, los actores intervinientes nunca colocaron en escena más que a los “responsables” de controlarla, es decir no al loco mismo.

En este primer capítulo, Castel comienza distinguiendo ese reparto de responsabilidades, surgido de los debates de la revolución, que culminará en la delegación al poder médico de las facultades (casi absolutas) para la administración de la locura.

El Estado, la justicia y la familia:

Antes de la Revolución, estas tres instituciones (Estado, justicia y familia) eran las encargadas de la gestión de los locos. Particularmente el poder judicial y el ejecutivo (monárquico) se repartían la responsabilidad del secuestro de los insensatos. Bajo un sistema tosco y mal unificado, existían dos modalidades de llevar adelante el encierro de una persona contra su voluntad por representar un riesgo al orden público o privado (de las familias): con las “órdenes de justicia” o mediante una “orden del rey” (las *lettres de cachet* ya mencionadas).

Las “órdenes de justicia” consistían en detenciones o sentencias de secuestro, generalmente de duración limitada, pronunciadas por alguna de las numerosas jurisdicciones competentes (por ejemplo: parlamentos y tribunales de administración). El procedimiento judicial más elaborado era la *interdicción*. Tras una denuncia presentada por la familia del supuesto insensato, el juez ordenaba el arresto de éste después de haber recogido testimonios, hecho comparecer a los protagonistas e interrogado al loco. De esta manera, el sujeto

reconocido como insensato podía (no era obligatorio) ser internado en una casa de corrección y sus bienes puestos bajo tutela. Este procedimiento era complejo y costoso, además la publicidad de los debates atentaba contra el “honor de las familias”; por lo que no eran los más solicitados.

La mayoría de los encierros se realizaban mediante una “orden del rey”. Estas se tramitaban por medio del ministro de Casa del rey, tanto por iniciativa de la autoridad pública como por voluntad de las familias. Entonces, cuando sucedía algún hecho que perturbaba el orden público, perpetrado por un insensato, los servicios policiales o los intendentes provinciales podían pedir una orden de arresto al rey, hasta que ésta no era aprobada, el secuestro era ilegal. Por otra parte, se podía obtener una “orden del rey” a petición de la familia del insensato, donde ésta debía exponer las razones por las que solicitaba el encierro y si el rey, mediante el ministro de su Casa, acordaba la orden, el insensato se convertía en uno de los “prisioneros de familia”. El poder real aparecía en un doble rol, tanto para salvaguardar y garantizar el orden público, como para operar de transmisor y regulador del ejercicio del poder correccional de las familias; y en este último rol es desde donde más frecuentemente intervenía.

Se puede entender que el sistema del antiguo régimen no era tan arbitrario ni simplista como se lo acusaba entonces (o como se lo puede imaginar hoy día). Realmente existía un equilibrio (no exento de tensiones) entre el poder real, el poder judicial y el poder familiar. En este orden de circunstancias, había una oscilación entre la legitimación de los secuestros ejecutados por el poder real y por el poder judicial; si bien en un principio el primero se impone sobre el segundo, progresivamente comienza una tendencia de cambio en la preponderancia, donde el poder judicial se hace cada vez más fuerte. Pero, más allá de estas tensiones en la autoridad de uno u otro, ambos sistemas se complementan y esbozan una clara división del trabajo: las garantías de la justicia para los ricos (por ejemplo: como se dijo, el procedimiento de interdicción era sumamente costoso) / la represión de los agentes del ejecutivo para los pobres. Y por otra parte se puede concluir que el espíritu general de la legislación de la locura de ese entonces es, en lo posible, “un asunto de familia”: los poderes judiciales y real intervienen exteriormente pero no se responsabilizan, salvo ante la carencia o impotencia de la familia, o, en última instancia ante una petición (opción disponible sólo para las familias ricas).

Este “asunto de familia” será retomado más adelante por los alienistas con el fin de denunciar un conjunto de “alienados no socorridos” (acción de denuncia que, por otra parte, se extiende hasta los profesionales de la actualidad, e incluso sobre otros campos de acción

social); a su vez se va definiendo el perfil del tipo de población destinataria de una política de asistencia, aparentemente “global y democrática”, desde la salud mental: indigentes antes que ricos, errantes antes que integrados, urbanos más que rurales.

También se puede apreciar que para el caso de las órdenes dictadas por alteración de la seguridad pública, donde el poder familiar se encontraba ausente (por carecer el insensato de ella, o por encontrarlo “errando” fuera de su zona de vigilancia), la iniciativa surgía desde las autoridades responsables. Los agentes del ejecutivo solían asumir despóticamente las facultades de encierro del poder real, por lo que frecuentemente aparecían las mismas disposiciones para los locos y para otras categorías de corrigendos: *“Los problemas concernientes a los insensatos no representan pues más que una subespecie de ese género de delitos que desencadenan la intervención del poder ejecutivo. Por lo tanto, los distintos tipos de desviación, más que confundidos, están reunidos sobre la base común de la represión que exigen”* (CASTEL, 2009, p. 22). Consecuencia de esto es que los distintos tipos de corrigendos se encontrarán reunidos en los mismos establecimientos; situación que también tomará la psiquiatría naciente para denunciar y, con ello, postularse como agente solucionador.

Pero, la medicina de ese entonces claramente no era inexistente, ni tampoco la medicalización de la locura; una percepción médica no era estrictamente incompatible con el sistema de represión de la locura bajo el Antiguo Régimen. Es decir: *“las finalidades y el equilibrio de éste (del Antiguo Régimen) no dependen de su grado de medicalización [...] Cuando los cimientos políticos del edificio sean demolidos, la coexistencia de los elementos que lo constituyen devendrá antagónica. La referencia médica adquirirá entonces un sentido muy distinto: de subordinada pasará a preponderante, pues ella va a constituir el eje del nuevo equilibrio.”* (CASTEL, 2009, p. 23).

De lo desarrollado hasta aquí, Castel esquematiza tres focos de explosión de los cimientos que mantenían la estabilidad de la antigua síntesis:

1. La dualidad de las instancias responsables del secuestro (poder judicial - poder ejecutivo).
2. La dualidad de los géneros de establecimientos en los que se secuestran a los insensatos y a los corrigendos (cárceles y hospitales generales - fundaciones religiosas, con establecimientos dedicados al alojamiento de insensatos).
3. La dualidad de la “superficie de emergencia” de la locura (del orden privado, familiar - de la seguridad y el orden público).

La soberanía, el contrato y la tutela:

La abolición de las *lettres de cachet*, descalificadas por ser arbitrarias al formar parte del despotismo monárquico, abre las vías de discusión a cuál debe ser su reemplazo legal. Y acá, hay que tener en cuenta un punto fundamental: más que un cambio en las prácticas de encierro, lo que se busca es modificar su principio de legitimación: “*no se trata de suprimir el conjunto de prácticas represivas que el poder real cubría con su legitimidad, sino de esquivar el calificativo de arbitrariedad del que son ahora sospechosas las formas planteadas*” (CASTEL, 2009, p. 26). De una soberanía real a una sociedad contractual, las prácticas represivas que aseguran el orden público y moral no pueden ser suprimidas, sus transgresores continúan planteando un dilema; más bien hay que dotar dichas prácticas de un carácter acorde a la racionalidad técnica que detentan los administradores de las nuevas formas de gobierno más “democráticas”. Es entonces que la cuestión de la locura adquiere real importancia a finales del siglo XVIII / comienzos del siglo XIX y: “*con la cuestión de la locura, por medio de su medicalización, se inventa un nuevo estatuto de tutela esencial para el funcionamiento de una sociedad contractual*” (CASTEL, 2009, p. 27).

La cuestión del contrato juega un rol central en el análisis del autor, este señala que debajo de las relaciones de vasallaje de los súbditos con el soberano durante la Edad Media, se despliega progresivamente, poco a poco, una estructura administrativa centralizada que obedece a criterios de racionalidad técnica. Hay entonces sectores de la actividad comercial y mercantil que terminan así por autonomizarse, al final el poder del Estado no representa más que un garante de esos intercambios vinculados por contrato. Se puede apreciar que desde ese entonces es que se instala el mito liberal de la total separación entre lo social y lo económico que aseguraría el libre juego de las leyes del mercado.

Añado sintéticamente, y a modo de ejemplo, dos datos desde las ciencias contables y económicas que verifican la hipótesis del autor: ya desde el siglo XIII figuran registros de importantes métodos de registración contable, en 1494 el Fray Luca Pacioli desarrolla el método veneciano de teneduría de libros contables por partida doble (método que se mantiene en uso hasta la actualidad), en los siglos siguientes la divulgación de este método por todo Europa es masiva, y con la conquista española en América (1492) se impone sobre casi todo occidente; Francia (país de origen del autor) es el primer país en establecer obligatoriamente el uso de libros y registros contables. Por otro lado, ya en 1776, el tan mencionado, liberal escocés Adam Smith publica su obra más célebre “La riqueza de las naciones”. Recordemos que el artículo que dicta la abolición de las *lettres de cachet* es de 1790; y que la famosa toma de Bastilla es en 1789 donde se suele ubicar (con demasiada generalidad, tal vez) la

revolución francesa y el fin definitivo del feudalismo. Las fechas coinciden para que el análisis de Castel prosiga.

Según el autor: “A esta autonomía de las leyes que regulan el intercambio de las riquezas y la producción de bienes corresponde la racionalización de los mecanismos que presiden la circulación de los hombres, la organización técnica de sus actividades, el control de sus iniciativas. Mito de una perfecta territorialización de los ciudadanos paralela a la de una perfecta circulación de bienes” (CASTEL, 2009, p. 28). Volviendo entonces sobre el contrato, éste representará la ficción jurídico-administrativa sobre la que descansa todo el nuevo andamiaje construido sobre los escombros de la soberanía real, cuyos principios ya no sostienen la legitimidad necesaria para la reproducción de un determinado orden social. Ahora cada ciudadano es súbdito y soberano; al asumir las obligaciones que le corresponden adquiere sus derechos y su propia soberanía a la vez que refuerza la del Estado; de esta manera un ciudadano cabal nunca se encontrará con la autoridad del Estado en su forma represiva; él es conducido a participar de las actividades reguladas por la ley y hacer uso de sus libertades formales, el Estado interviene represivamente fuera de estos márgenes. Toda transgresión a ese orden jurídico-económico debe ser sancionada. Es el contrato: “*la matriz jurídica por medio de la cual se ejerce la violencia de Estado y se impone la explotación económica.*” (CASTEL, 2009, p. 29).

No obstante, por lo menos en un principio, no todos los sujetos de la república entran sin problemas en ese marco contractual. La figura del loco resiste dicha proyección a tal punto que, para insertarlo en el nuevo orden social, será necesario imponer sobre él un estatuto diferente pero que legitima y complementa el estatuto contractual que rige para todos los ciudadanos normales.

El criminal, el niño, el mendigo, el proletario y el loco:

Como adelantamos con el loco, otras cuatro figuras constituyen los grupos de individuos que plantean problemas especiales.

1. *El criminal*: más allá de la novedad de la prisión en las nacientes sociedades democráticas, al autor le interesa destacar las innovaciones jurídicas detrás del crimen y su sanción. Durante la época revolucionaria, se pone en primer plano la responsabilidad personal del acto criminal, donde éste es resultado de un cálculo mediante el cual un individuo elige su propio beneficio contra los derechos ajenos. Si el criminal es atrapado, hizo un mal cálculo, pero sigue siendo un cálculo racional del

cual es totalmente responsable. El equilibrio de los delitos y las sanciones se inscribe entonces en un sistema racional del cual el loco no forma parte debido a representar lo contrario, irresponsabilidad e irracionalidad. La represión del loco no puede avanzar sino enmascarada, debe estar justificada por la racionalidad terapéutica que la medicina mental le va a dotar: *“Diferencia esencial: en un sistema contractual la represión del loco va a tener que constituir un fundamento médico, mientras que la represión del delincuente tiene de entrada un fundamento jurídico.”* (CASTEL, 2009, p. 30).

Se suele encontrar en bibliografías sobre los sistemas penales y médicos analogías entre las instituciones prisión / asilo; y entre sus tecnologías disciplinarias: reeducación penal / tratamiento moral. De hecho, más adelante, el jurismo comenzará a aplicar esquemas de interpretación médico-psicológicos en el reconocimiento, procesamiento y tratamiento de criminales. Pero lo que no se debe disimular es el antagonismo de principio: derecho de castigar / deber de asistir. La psiquiatría tendrá que conquistar su espacio de intervención al lado de, y en ciertos aspectos contra, la justicia.

2. *El niño*: durante el antiguo régimen existía cierta complicidad entre el poder real y el poder de las familias. Ante ciertas situaciones familiares “incómodas”, como la presencia de un integrante “difícil” en el seno de ellas, la autoridad real facilitaba algunos servicios a la autoridad familiar. Con la caída del Antiguo Régimen dicha complicidad se rompe, y será preciso reconstruir un nuevo equilibrio entre el poder judicial y el poder familiar. En los años posteriores a la revolución, progresivamente se irán menoscabando los privilegios familiares y delegando sus responsabilidades al poder judicial, en un principio, y al poder médico, luego: *“La tutela ejercida intrafamiliarmente se rompe y el juez por una parte (juez de tutelas y juez de niños), y el médico por otra (psiquiatra y psicoanalista, sobre todo) asumirán algunas de esas prerrogativas.”*⁵ (CASTEL, 2009, p. 32).
3. *El mendigo*: la neutralización de las masas vagabundas durante el Antiguo Régimen era una prerrogativa del soberano, bastaba con una ordenanza real para condenar a los vagabundos. Pero, una vez más, la metamorfosis a una sociedad contractual, plantea una contradicción: *“Si en adelante toda punición no deberá sancionar más que transgresiones responsables, sólo puede aplicarse a un sujeto que no se vea obligado*

⁵ Esta cita es tomada de j. Donzelot, “La police des familles, Ed. Minuit, Paris, 1977.

a cometer el delito por el cual es susceptible de ser condenado.” (CASTEL, 2009, p. 32). ¿Con qué derecho se sancionará a sujetos empujados a la fatalidad?

La respuesta a este dilema ha ido oscilando, en el transcurso de los años siguientes a la revolución, entre la garantía estatal del derecho a la asistencia, y el derecho estatal a la represión de las mismas poblaciones. La solución “definitiva” vendrá desde la filantropía: frente a la modalidad filantrópica de dispensar las ayudas, el derecho a la asistencia pierde su rigor, dado que se puede imputar a los vicios del individuo la responsabilidad de la cual antes carecían. Los desgraciados pueden ser socorridos pero sin obligación, son sojuzgados mediante mecanismos más sutiles como la moralización de las masas. Será la prudencia política la que dosifique la represión y la beneficencia, el reconocimiento de un derecho de los pobres no es un cuestionamiento a los fundamentos de la nueva sociedad liberal, es intervenir antes de que el exceso de miseria no deja otra alternativa a sus víctimas que la revuelta: *“La apelación a la beneficencia pública, menos caprichosa que la caridad pero menos obligatoria que la justicia, sistematizada en una auténtica política respecto de los menesterosos, es así la necesaria contrapartida del juridicismo de una sociedad de clases”* (CASTEL, 2009, p. 34).

4. *El proletario*: en la naciente sociedad liberal sólo los poseedores son ciudadanos en el sentido pleno de la palabra (lo que el sufragio restringido, o censitario como menciona el autor, transcribe al nivel político). Para el trabajador sin recursos propios (el “pobre válido”, pero sin ocupación), la ficción del contrato provee un “mercado de trabajo” donde puede “venderse” libremente. Propietario de sí mismo, el proletario adquiere un salario con entidad de propiedad privada que le permite la acumulación y el acceso a la posesión de bienes; el “fracaso” en este círculo de explotación es sancionado moralmente. Esta es una idea muy básica que corresponde a los inicios de la sociedad liberal-burguesa; más adelante, en una segunda etapa donde se descubre la necesidad del pauperismo como condición estructural de funcionamiento del capitalismo, se conducirá la problemática de la asistencia especializada a una política de sujeción de las clases populares; es entonces que la medicina mental representará la punta de lanza tecnologizada de la filantropía.
5. *El loco*: la asistencia a la locura se inscribe en el mismo orden contractual que los sujetos antes mencionados por el autor, pero lleva a esta hacia su punto de ruptura, esta va a exigir la invención de una solución más rigurosa. La figura del loco, asociada a la animalidad (incluso por la asamblea constituyente de la revolución francesa cuyo

carácter era “progresista”), representa al nómada que vaga sin ningún fin y es un potencial transgresor de todas las reglas que presiden la organización de la sociedad. Pero esta peligrosidad latente se mezcla con otra imagen del loco asociada a la lástima, es un “infortunado” que perdió el atributo máspreciado por el hombre: la razón. El loco, temible e inocente, escapa a las categorías jurídicas de una sociedad contractual. La compasión médico-científica hacia él, alentará los desarrollos alienistas, para controlar el polo peligroso: *“La psiquiatría no se orientará hacia una especie de racismo anti-loco hasta Morel y Magman [...] Hasta 1860 aproximadamente, es una forma de paternalismo lo que prevalece.”* (CASTEL, 2009, p. 36).

En este sentido, Castel identifica una influencia del rousseaunismo⁶ en los orígenes del alienismo. Para Rousseau la piedad ocupa el lugar de la ley cuando ésta no puede manifestarse bajo su propia forma. La compasión hacia los “infortunados” (base de la filantropía) suple las lagunas de la ley e instaura una nueva relación de subordinación reglamentada no formal, es decir una relación de tutela: *“Esa es la matriz de toda política de asistencia”* (CASTEL, 2009, p. 37). A su vez, la violencia que se ejerce al interior de esta relación participa de la buena conciencia de la razón, es un recurso utilizable por el bien de los sometidos. Ya mencionamos la imagen del loco asociado a la animalidad, pero la creación de esta relación tutelar sobre la locura (similar a la tutela familiar) instaura otra representación social del loco asociada a la niñez. Ambos sujetos (el niño y el loco) incapaces de entrar en un sistema de intercambios racionales deben ser asistidos: *“gran analogía pedagógica de la medicina mental en cuyo seno se desarrollará toda su historia”* (CASTEL, 2009, p. 37).

El juez, el administrador, el padre y el médico:

En los primeros años tras la caída del Antiguo Régimen, la medicina mental no va a pasar a ser inmediatamente ese gran poder encargado de la gestión casi total de la locura; sino que el estado embrionario del desarrollo de las prácticas médicas en materia de locura, las hacía inadecuadas para asumir tamaña responsabilidad de un día para el otro. La medicina en materia de asistencia a la locura aparecerá, en un inicio, como último recurso después de que otras instancias más tradicionales hubiesen fracasado al intentar repartirse las atribuciones que

⁶ Corriente filosófica desarrollada a partir de las ideas de Jean-Jacques Rousseau, quien (de origen Suizo) muere en Francia en 1778, siendo considerado como uno de los principales líderes intelectuales impulsores de la Revolución Francesa.

asumía anteriormente el poder real. Entonces, hasta los últimos años del siglo XVIII surgirán distintas tendencias que intentarán dar con la solución al dilema de la locura; el autor va a señalar tres principales, asociadas respectivamente al protagonismo de los actores señalados en el título de este apartado (el juez, el administrador, el padre y el médico).

La primera tendencia consiste en *hacer de la instancia judicial la garantía exclusiva de la totalidad del proceso de neutralización de la locura* (CASTEL, 2009, p. 38). Vía que frecuentemente cortocircuita con las autoridades administrativas, dado que en ciertos casos los insensatos plantean problemas de orden público que deben resolverse con urgencia; y, además de resultar dificultosa la aplicación de los procesos judiciales, no queda asegurado el destino social del loco (el secuestro-encierro), procesos como la interdicción pueden derivar en la no internación y en abandonar a un individuo socialmente peligroso al control aleatorio de las familias.

En la segunda tendencia es la autoridad administrativa la que asume la mayor parte de las tareas del secuestro de los insensatos. Como representantes del poder administrativo, encargados de llevar adelante estas funciones, en un principio figuran las autoridades locales, luego son confiscadas por el poder central (el ministerio del Interior y prefectos): *“Para proporcionar la máxima eficacia a la represión de la locura, bastaría entonces con legalizar el internamiento administrativo”* (CASTEL, 2009, p. 40). El problema es que desde otros poderes, como el legislativo, denuncian en esta orientación una vuelta a las formas de las *lettres de cachet*. En este nuevo sistema liberal-contractual una persona no puede ser arrestada ni detenida más que en los casos dispuestos por la ley y en la forma que ella prescribe, es decir cuando se comete un delito, y la locura no es un delito. Otorgar las facultades de ejercer el secuestro legítimamente es caer en la misma arbitrariedad de las “órdenes del rey”.

La tercera vía consiste en reenviar a la familia (bajo la tutela del padre) la responsabilidad del control de los actos de los insensatos. Pero como ya sucedía, la familia no puede controlar más que la patología doméstica, puede controlar al loco hacia dentro del ámbito familiar privado pero no puede restringirlo a éste. Situación que se agrava cada vez más en el contexto histórico de la revolución, las “órdenes del rey” hacen falta en el momento que más se las necesita: *“el paso de una sociedad rural a una civilización urbana multiplica el número de familias disociadas y de individuos aislados; cuando los comienzos de la industrialización exigen que se vele por una circulación reglamentada de los hombres, incompatible con el nomadismo sin fronteras de la locura.”* (CASTEL, 2009, p. 41).

De esta manera, a través del intento de imponerse una u otra tendencia, queda conformada una estructura de control de la locura demasiado frágil que, por un lado, no puede

asegurar el orden social amenazado por la figura del loco; y, por otro, no puede despegarse del fantasma de la arbitrariedad que sigue merodeando desde la caída del Antiguo Régimen. La nueva relación de tutela va a definirse y a modificarse a partir de la irrupción de un actor sin protagonismo hasta el momento: la disposición y transformación del dispositivo de la medicina mental será la solución al dilema de la locura. Como señala el autor en este punto, se puede recalcar que al tratar de comprender la genealogía del control psiquiátrico, lo esencial no pasa por los problemas concretos que plantean los locos, sino por las dificultades que tienen los distintos poderes para concretar una estructura legítima de control de la locura. Y es que, la locura es en sí misma muy molesta, improductiva, peligrosa, indecente, inquietante; provoca un vacío institucional y legislativo ante el cual no tendrá respuestas hasta finales del siglo XVIII.

“si existe un principio con el que no puede jugar una sociedad liberal, es el respeto del fundamento jurídico que la instituye y justifica su injusticia -salvo para violarla en el sentido permitido por su propia legalidad formal, lo que pone en evidencia su juridicismo. Si hoy en día esta manera de plantear el problema puede suscitar reservas es porque, en un liberalismo “avanzado” ese legalismo se ha hundido. Pero ¿por qué? Porque unas modalidades de control más generalizadas y más sutiles se han difundido a través del conjunto social, permitiendo casi siempre economizar el recurso a la sanción legal; porque nuevas técnicas de sujeción pueden hacer inútil el ejercicio de una represión inscrita en los códigos. En resumen: porque se multiplicaron unas modalidades legítimas de tutelarización que redujeron poco a poco la oposición dicotómica del contrato “libremente” consentido y de sanción penal, “justa” contrapartida de su transgresión. En suma, porque la medicina mental, ahora forma parte de nuestro panorama social.” (CASTEL, 2009, p. 42).

Capítulos 2, 3, 4, 5 y 6

Planteado “el desafío de la locura” para los actores encargados de crear y asegurar el orden de las nacientes sociedades post-monarquías; en los capítulos sucesivos (2, 3, 4, 5 y 6), Castel se encargará de adentrarse en el desarrollo de la medicina mental y en su asentamiento como gran poder encargado de gestionar la asistencia a la locura. Teniendo en cuenta que para el autor tanto en la justicia como en la medicina, la cuestión siempre es el orden mismo. Una impone su supervivencia inscribiendo dicho orden en la objetividad de las leyes y combatiendo las transgresiones a estas mediante sanciones, y la otra detecta en cada sujeto

una distancia respecto de sus normas humanas e intenta anularla mediante remedios. De esta manera queda doblemente resguardado el orden contractual en su libre circulación de bienes y capitales; y en la libre circulación de personas sobre el territorio.

Capítulo 2: El salvataje de la institución totalitaria

Los comienzos del proceso de indexación médica a las prácticas sociales relativas a la locura vienen de finales del siglo XVII y de una manera, según Castel, natural y paradójica al mismo tiempo. Natural porque desde hace tiempo el médico ya venía invistiendo una parte de esas prácticas; sobre finales del Antiguo Régimen la medicalización de la locura comienza a ser sistematizada. Paradójica, porque dicha medicalización plantea en un inicio más problemas de los que resuelve. “Medicalizar” (para este caso) no significa solamente cosificar la locura bajo un esquema de interpretación médico, implica la institucionalización de las prácticas médicas, y la creación del estatuto jurídico, social y civil del loco a tratar: *el alienado*; quien quedará fijado en un completo estado de minoridad social por largos años tras la ley de 1838.

El análisis del sociólogo busca demostrar que el elemento determinante que condiciona este estatuto es la internación (análoga al secuestro por orden del rey); entonces, lo esencial de este momento en la “medicalización” de la locura no es la relación médico-enfermo (más bien secundaria) sino que es la definida entre medicina-hospitalización. Esta relación implica *el desarrollo de una tecnología hospitalaria, el despliegue de un nuevo tipo de poder en la institución, la adquisición de un nuevo mandato social a partir de prácticas centradas en principio sobre el bastión asilar* (CASTEL, 2009, p. 45).

En sus inicios, la proto-tecnología asilar y la medicina mental representaban el ala “progresista” y “modernista” de la sociedad, los médicos eran de los principales denunciantes de las prácticas del absolutismo real y sus fortificaciones hospitalarias en donde se depositaban indistintamente corrigendos de todo tipo; a su vez, la lucha médica se enfrentaba a las interpretaciones oscurantistas-religiosas sobre el loco, la medicina viene a arrojar luz (razón) con nuevos esquemas de interpretación técnico-científicos. Al mismo tiempo, dadas las dificultades (anteriormente mencionadas) de los poderes real, judicial y familiar para dar una respuesta legítima y libre de arbitrariedad al secuestro de insensatos, el criterio médico comienza a ser cada vez más valorado. Algunos médicos de renombre (Jean Colombier, François Doublet, Jacques René Tenon) comienzan a presentar proyectos con el fin de conseguir edificios específicos para el tratamiento médico de la locura, que consistían en una estructura primitiva de la tecnología pineliana, por ejemplo: Colombier y Doublet proponen especificar zonas para insensatos en hospitales generales, donde éstas eran subdivididas en

función de los tipos de comportamiento patológico. Claramente Philippe Pinel, no creó el manicomio desde la nada.

Los médicos, junto a su premisa de la locura como síntoma curable, arremeten con el argumento de la imposibilidad de curar a sus pacientes en marcos institucionales no preparados para el despliegue de todo el potencial terapéutico. Pero, desde la época pre-revolucionaria, y aún, en los inicios de la post-revolución la conjunción de la crítica política de un bastión del absolutismo y de la crítica económica del costo exorbitante que implicaría el despliegue territorial de instituciones como las que solicitan los médicos, acarrear el descrédito del complejo hospitalario y la búsqueda de una alternativa en el desarrollo de socorros del tipo domiciliario. Todo sucede como si, *por un momento, la historia hubiese dudado; como si se hubiese producido una oscilación entre dos modelos antagónicos de asistencia* (CASTEL, 2009, p. 56). La gran institución asilar que hoy conocemos parte del despliegue de una política asistencial-institucional sobre el territorio, que inicialmente debió enfrentarse a otro modelo de asistencia centrado en fijar el riesgo de desviación en su lugar de origen para evitar una desviación peligrosa futura. Estos modelos son anticipatorios de un rico porvenir, según el autor: “*de una medicina como servicio público homogéneo implantado en todo el territorio, y de una medicina preventiva, parte de un dispositivo general de diagnóstico e intervención precoz.*” (CASTEL, 2009, p. 57). Ahora si bien ambos modelos se plantean teóricamente como antagónicos, terminan existiendo simultáneamente, con una preeminencia (por lo menos en los inicios de la medicina mental) del primero sobre el segundo.

Phillipe Pinel, con su modelo asilar, terminará por ligar el destino de la psiquiatría al de la institución totalitaria; gracias a él, el modelo asistencial se encarna principalmente en una tecnología hospitalaria. Estos méritos se deben a que es quien logra conectar tres dimensiones, aparentemente heterogéneas, que ya venían trabajándose previamente por médicos importantes, pero que en cuya articulación va a constituirse la síntesis alienista: “*clasificación del espacio institucional, organización nosográfica de las enfermedades mentales, imposición de una relación específica de poder entre médico y enfermo, el “tratamiento moral”.*” (CASTEL, 2009, p. 67).

El acto fundador de Pinel no fue la denuncia de las opresiones que sufrían los alienados en grandes edificios cerrados, es un ordenamiento del espacio hospitalario. La categoría, hasta entonces demasiado general, en la que confluyen poblaciones caracterizadas por pobreza, vejez, soledad, abandono; se recorta a su especificidad. Y esto es porque la locura deviene, ahora, enfermedad. Para distribuir metódicamente la población de insensatos

hay que clasificarla en función de síntomas bajo criterios racionales. Para ello sólo hay que observar y ordenar una serie de síntomas y personas, entonces el espacio ordenado invita a una conducta regulada, la categorización teórica se transforma en praxis. El hospital, a condición de que esté ordenado, constituye el propio instrumento del tratamiento: “*La mezcla de las especies mantenía en el Hospital general una confusión cuyos efectos invalidaban, a la vez, la posibilidad de un conocimiento (ninguna observación exacta, ningún diagnóstico preciso), de un tratamiento (ninguna influencia específica sobre la enfermedad con la indiferenciación de los géneros) y de una regeneración moral (la “desmoralización” obedecía al contagio de las influencias turbias a la transmisión tanto de vicios como de enfermedades, por promiscuidad). De manera inversa, es el mismo acto el que, al ordenar el caos, instituye un saber (las clasificaciones nosográficas), una práctica eficaz (el tratamiento moral) y una reducción de los focos de epidemia moral (la moralización)*” (CASTEL, 2009, p. 69). Mediante esta dimensión se constituye el hospital psiquiátrico como un observatorio ideal y un centro de acción privilegiado, un instrumento dócil en manos del médico ilustrado.

Ya en un marco preciso, la tecnología pineliana, según el autor, puede seguir el fin primero de su creación: (como ya fue anticipado) el orden. Basta con revisar las operaciones con que se despliega para evidenciar que *esta estrategia del orden fundamenta toda la práctica asilar* (CASTEL, 2009, p. 70):

1. Primera imposición del orden: aislar del mundo exterior. La desafiliación provisoria del sujeto con el mundo exterior se sostiene bajo el argumento del aislamiento como forma de sustraer al alienado de todas aquellas influencias no controladas de las cuales se extrae la enfermedad y mantiene su propio desorden. Se invierten las valoraciones sociales respecto al secuestro de locos, el “aislamiento terapéutico” justifica con apariencia de técnica lo que antes era visto como un atropello de la autoridad real.
2. Segunda imposición del orden: *la constitución del orden asilar*. La institución psiquiátrica opera con todo un régimen físico y moral que hace la simulación de una “sociedad ideal”, en el sentido idealmente reducido al orden. La vida cotidiana en estos hospitales, se reduce a un esqueleto de leyes, obligaciones y coacciones; quienes más respeten el cronograma institucional están más cerca de estar “curados”.
3. Tercera imposición del orden: *la relación de autoridad*. Relación que une al médico y sus auxiliares con el enfermo en el ejercicio de un poder vertical, carente de reciprocidad y constantemente aplicado. Todo tratamiento es una lucha entre un polo racional y uno irracional; el alienado debe interiorizar una voluntad razonable que le

es extraña, en principio, por su propia irracionalidad, el médico-jefe encarna la razón de la que carece el alienado.

Se entiende que la naciente psiquiatría se inscribe en una forma institucional heredada del absolutismo político: el médico es el soberano, la institución su feudo, los auxiliares sus sirvientes y los alienados los vasallos. Es una relación de soberanía donde el loco no puede reconquistar su humanidad más que con un acto de vasallaje, pero este nuevo tipo de vasallaje sostiene los valores de la naciente sociedad contractual, no feudal:

“Se supone que el poder del médico está orientado por el saber y es abolido, en tanto principio de dominación, con la reconquista de la autonomía racional por el loco. De aquí el juego especialmente sutil entre hacer violencia y volver a dar acceso a la razón, subyugar y liberar, que va a estructurar toda la historia de la relación terapéutica.” (CASTEL, 2009, p. 73).

La síntesis alienista que lidera Pinel, resuelve una aporía sobre la que se apuntalaba la vieja institución totalitaria, más que la superación de ésta a lo que se asiste es a su *aggiornamento*⁷. La medicina mental aporta una serie de tecnicismos con los cuales justificar los mismos procedimientos de seguridad y orden públicos. La captura del perturbador, de ser una medida policial pasa a ser una intervención médica instrumentalizadora del poder absoluto, al cual concentrarlo en unas poblaciones específicas para volverlo más eficaz y racional en su funcionamiento.

Capítulo 3: La primera medicina social

Como venimos observando, la psiquiatría en sus orígenes representaba el ala progresista de la medicina. De hecho, los alienistas fueron pioneros en posturas como la no disociación de un entramado médico de uno social o en tener en consideración los contextos materiales y culturales desfavorables de los que provenían los alienados. De este modo la práctica alienista conservaba garantía de respetabilidad científica en su carácter de medicina mental y, por otro lado, se involucra en asuntos de filántropos y reformadores en busca de nuevas técnicas asistenciales tras la revolución.

⁷ Al igual que con “metamorfosis”, este es otro concepto que encontraremos en el transcurso de la obra de Robert Castel. Y apunta a un concepto similar; lo utiliza como forma de explicar la renovación de ciertos dispositivos que se reactualizan sin dejar de ser en sí mismos.

La novedad que introduce Pinel dentro de la medicina mental, consiste en observar minuciosamente los signos de la enfermedad según el orden de aparición, según su desarrollo espontáneo y su terminación natural: *“La racionalidad conquistada no es más que clasificatoria. Consiste en agrupar, según su orden natural, las manifestaciones aparentes de la enfermedad. Racionalidad puramente fenomenológica, por tanto, que se agota en la constitución de las nosografías.”* (CASTEL, 2009, p. 84). La consecuencia de esta observación atenta es el desarrollo de los primeros signos o síntomas de la locura, en detrimento de posturas que buscan localizar sus orígenes en posturas organistas. Comienza a ser evidente la incompatibilidad entre esta especie de fenomenología descriptiva y la *contemplación clínica que busca el principio de una inteligibilidad subyacente de la enfermedad en los tejidos o en los órganos* (CASTEL, 2009, p. 85); es decir entre los principios de la escuela alienista y los de la medicina “científica”. Aparece, desde el origen, un distanciamiento entre la psiquiatría asilar y la medicina hospitalaria, que constituye un principio explicativo para entender la evolución de la medicina mental en lo sucesivo.

Lo que le da vigor al sistema alienista no es su base “científica”; de hecho, según el autor, lo que le da fuerza práctica es su debilidad teórica. Los “sentimientos” parecen sustituir a las “luces”, la medicina mental pudo realizarse inmediatamente a través de sus objetivos prácticos: borrar del panorama social ese foco de desorden que es la locura. La “cientificidad” de la psiquiatría es un falso dilema, ella no superó ninguna mutación en el orden del saber médico; sino que ha indexado médicamente unas prácticas que derivan más de unas técnicas disciplinarias tradicionales que de operaciones de exploración clínica. Esto, a través: por un lado, de un corpus médico ya arcaico en el momento de nacer (las clasificaciones nosográficas); y, por otro, iscribiéndose en un espacio hospitalario en curso de reestructuración mediante una nueva tecnología médica. La psiquiatría constituye una pedagogía autoritaria sin relación con el trabajo clínico.

A modo de sistematización el alienismo extrae, entonces, su poder de la articulación de los siguientes elementos:

1. La sintomatología: el corpus teórico de la medicina mental (las clasificaciones nosográficas) no es más que el agrupamiento y ordenamiento de los signos que distinguen los comportamientos patológicos de los socialmente normales. De esta manera la locura se figura como un exceso que se transforma en deficiencia: agitación, desmanes, arrebato, desmesura, desorden, impulsividad, imprevisibilidad, peligrosidad; son todas características que aparecen en menor medida en cualquier persona pero que en grandes cantidades pueden identificar un alienado.

2. El desorden social: de ahí la abundante producción teórica de la escuela alienista sobre las relaciones entre locura y civilización. La anomia social es lo que mantiene un constante estado de agitación a los desajustes de la locura; de acá lo anteriormente mencionado: el alienismo es la primera forma de “psiquiatría social”. Ésta interpreta las manifestaciones de la locura en el terreno sacudido por los acontecimientos políticos y los conflictos sociales, pero interpreta estas dimensiones *en el marco de una etiología psicologizante que oculta sus dimensiones objetivas* (CASTEL, 2009, p. 92).
3. Las “causas morales”: estas vinculan el nivel individual o antropológico (sintomatología) y el terreno social de una fenomenología del desorden (anomia), es decir vincula los dos puntos anteriores. Bajo las “causas morales” se reúne el conjunto de sucesos traumatizantes de la existencia.
4. El tratamiento moral: consiste en el suministro de los remedios que combaten la enfermedad. El tratamiento parece consistir en una lucha constante entre el bien y el mal, en la que el médico como guardián del buen orden moral debe disciplinar, en una relación unilateral de poder, al paciente. Y para lograr esta disciplina, nunca se han excluido del conjunto de remedios de los que dispone el médico aquellos de naturaleza física como el suministro medicamentoso o la hidroterapia.
5. El asilo: es el medio predilecto para curar al enfermo dado que se opone al medio natural (el medio familiar y social) patógeno por ser anónimo. En el asilo, terapéutico por ser sistemáticamente controlado, puede desplegarse con todo su rigor una pedagogía del orden.

Demostrada la distancia entre el movimiento alienista de lo que representa la ciencia médica propiamente dicha; la hipótesis del autor es que el nacimiento del alienismo debe ser interpretado como la segmentación de un nuevo grupo en el seno de los profesionales de la asistencia, la indexación médica sólo sirve a modo de pretexto que otorga una cierta credibilidad “científica” a un proyecto político.

Centrémonos ahora en esta interpretación de la psiquiatría dentro del nuevo panorama de la asistencia; protagonizado ahora por el médico, el higienista y el filántropo.

La segunda mitad del siglo XVIII había quedado marcada por un descubrimiento decisivo: el de la relación que vincula la riqueza con el trabajo (CASTEL, 2009, p. 97). A partir de la centralidad del trabajo en el nuevo orden social, las poblaciones hasta entonces ociosas son poblaciones virtualmente productivas. Ya no es conveniente encerrar un puñado

de mendigos en calabozos de depósito, lo que hay que hacer es reinsertar estas poblaciones en el mercado productivo con el objetivo de generar más riqueza. Por tanto, socorrer a los pobres enfermos no es ya una virtud; se transforma en un imperativo para los gobiernos y Estados; el nuevo pobre es una fuerza a explotar, su potencial productivo ha sido desperdiciado. Bajo esta concepción *el espectro del pauperismo va a sustituir al de la mendicidad y el análisis económico-político suplantará a la condena moral* (CASTEL, 2009, p. 100). Pero si desde los gobiernos se concibe el pleno derecho al trabajo, por más que su objetivo real sea una estrategia de explotación y extracción de la riqueza, el reconocimiento de un derecho legítima los medios insurrectos para su restablecimiento cuando sean vulnerados; peligrosa posición para los encargados de sostener el orden político.

La peligrosidad que representa al orden esta vía de reconocimiento de un derecho al trabajo como forma de legitimar la explotación (lo que muchos entienden como “caridad legal”) se va a confrontar con otra tendencia centrada en la caridad privada. Finalmente ninguna de las dos va a ser completamente dominante, el paradigma de la asistencia será el de la beneficencia pública: *“nada de derecho de los pobres, que sería contrario a las leyes del mercado, ni tampoco “caridad legal” en cuyo nombre los más necesitados podrían reivindicar lo que no es exigible más que como contrapartida de un intercambio. Pero si la desigualdad de condiciones es una justa consecuencia del crecimiento de las sociedades, hay que controlar sus efectos para que no llegue a un umbral de ruptura a partir del cual los sacrificados se precipitarían hacia soluciones extremas y declararían la guerra social.”* (CASTEL, 2009, p. 103). Es una posición más hábil y sutil que corresponde a esa fracción burguesa especializada en los problemas de la asistencia, los filántropos. Se verá que entre el orden contractual y las exclusiones, surgirán una serie de estatutos sociales intermedios que no tienen existencia legal en sentido estricto, pero que representan estructuras de dependencia constituidas por la política de la asistencia, es un interjuego entre la formalidad estatal y la informalidad de la iniciativa privada. De esta zona intermedia es que, según el autor, surgirán las más novedosas iniciativas en materia de asistencia, en general, y en medicina mental, en particular.

La beneficencia, en concepto de Castel, es la interpretación burguesa de la piedad rousseauiana, que será el suplemento de la ley del orden y, por supuesto, actuará a su servicio. El pobre es mantenido en los límites de la supervivencia, de este modo se lo dispone casi de manera obligatoria a aceptar a su explotador-benefactor en una relación especular donde la alegría del donante, que hace su ofrenda en su buena voluntad (sin obligación), es recíproca con el agradecimiento del asistido salvado de la necesidad por un socorro al cual no

tiene derecho. Mientras las relaciones económicas son impersonales y se reducen al cálculo, los intercambios se desenvuelven en el universo helado de la justicia contractual, los actos de “corazón”, la “alegría de ayudar” son delegados al acto filantrópico.

La medicina mental, incorporada al nuevo panorama de la asistencia, buscará su propia fórmula en el sostenimiento del orden social burgués. Pero, como observamos anteriormente, durante el aggiornamiento de la institución totalitaria, el alienismo se sitúa fuera de esta búsqueda de sujeciones en el medio de vida. La corriente filantrópica, entonces, carece de una tecnología que le permita instrumentalizar su programa, su problema es encontrar una vía por la cual institucionalizar y profesionalizar una estrategia de dominación con claros fines políticos. El médico resignado a ser un especialista, no podrá en principio aportar complicidad práctica a los fines filantrópicos, pero este especialista es un especialista de las cuestiones de interés general. Hay médicos interesados en expandir sus dominios fuera del asilo y el hospital; el movimiento higienista como “ciencia intermedia entre la Legislación y la Medicina”, desplaza entonces, sobre unos programas más modestos que la utopía médica (en la que la racionalidad técnica es extendida al conjunto de la sociedad), esa misma voluntad de dominar la contingencia social y promover una existencia más racional.

El poder médico encuentra una puerta abierta a la expansión de sus dominios: la higiene pública y la medicina legal. La higiene pública: *arte de conservar la salud de los hombres reunidos en sociedad* (CASTEL, 2009, p. 109); y la medicina legal: la incorporación del criterio médico en la consideración de diversas cuestiones relativas a la libertad moral, al estado civil de un gran número de individuos, y a la criminalidad de determinadas acciones. Finalmente, el movimiento higienista encuentra su guía práctica en el concepto de *prevención*, el cual buscará promover. Concepto, según Castel, de carácter ambiguo y en cuya naturaleza se han nutrido los equívocos de la medicina social en todo su desarrollo histórico:

“Los autores americanos⁸ han mostrado recientemente su insuperable ambigüedad. Si la prevención “terciaria” concierne a las condiciones de vida invalidantes para un individuo dado, la prevención “secundaria” implica ya la asunción de la vulnerabilidad de los grupos, y una y otra no son más que formalmente disociables de una prevención “primaria” que exigiría el control del conjunto de datos que condicionan la existencia de una comunidad.” (CASTEL, 2009, p. 109).

⁸ Supongo que Castel se refiere a los autores norteamericanos, los cuales abordará en profundidad en la segunda publicación del autor que analizaremos en el presente trabajo de tesis: F. Castel, R. Castel, A. Lovell, “*La Société psychiatrique avancée: le modèle américain*”, Paris, ed. Grasset, 1979. En la traducción al español las editoriales cambian “américain” (americano, en francés) por “norteamericano”. El título completo de las traducciones queda: “*La sociedad psiquiátrica avanzada: el modelo norteamericano*”.

Mediante dicha teoría subyace la ambición de los reformadores sociales del siglo XIX de controlar la totalidad de las condiciones patógenas del medio de vida. Desde la insalubridad física a las condiciones de vida materiales e inmorales que provocan todo tipo de enfermedades, deben ser controladas. Médicos y filántropos constituyen un grupo casi indisoluble que tiene como objetivo un intervencionismo político generalizado, donde todas las dimensiones de la vida en sociedad están bajo control. A modo de ejemplo, Castel pone la figura de François Leuret, discípulo de Jean Étienne Dominique Esquirol (primer especialista de la carrera alienista, a su vez discípulo de Philippe Pinel); Leuret publica en 1836 un análisis de la distribución de socorros públicos y preconiza la reforma del sistema asistencial⁹. Es decir, desde su especialidad alienista objeta con prestigio médico sobre asuntos de política asistencial.

Para Castel, la medicina mental, entonces, ocupa un lugar especial tanto respecto al higienismo como respecto a la filantropía, pero de un carácter doblemente paradójico:

1. En primer lugar, la paradoja se da al intentar inscribirse (la medicina mental) en un movimiento de reformas sociales por medio de una tecnología esencialmente hospitalaria. Mientras que el higienismo y la filantropía embisten con sus interpretaciones y acciones el dominio del campo social, la práctica alienista se circunscribe más a una parte del espacio hospitalario; mientras se perfila una voluntad de prevención generalizada, las intervenciones de los “especialistas” en medicina mental tienen lugar sobre unas poblaciones ya segregadas, es decir en una instancia ya posterior a la prevención.
2. En segundo lugar, el movimiento alienista consigue su prestigio por su base “científica” tomada de las ciencias médicas “originales”. Pero ya hemos mencionado que esta referencia se apoya en un cuerpo teórico y en una técnicas ya “arcaicas” para la época, los focos de innovación en materia de medicina social se irán corriendo progresivamente de los asilos a los hospitales ordinarios y sobre todo a las clínicas de la Facultad.

La medicina mental va a entrar en una verdadera crisis cuando estas dos tendencias se sincronicen, no obstante en futuros intentos de reforma estarán siempre las dos tramas presentes, la médica y la social.

⁹ F. Leuret, “*Notice sur les indigents de la ville de Paris*”, *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 1836.

Capítulo 4: Unos expertos providenciales

El capítulo comienza con la definición de un concepto a tener en cuenta en el desarrollo del mismo: peritaje. Castel lo define como autosuperación de la competencia técnica. Para realizar la función de peritaje, un especialista, sobre la base de sus conocimientos y su saber-hacer, es requerido para decidir entre unas opciones que comprometen los valores fundamentales de la existencia. Existe una delegación de poder en el acto del peritaje: *“mediante un razonamiento de apariencia técnica o científica, se toma una decisión, que concierne a un tercero, y que desde entonces va a sellar su destino.”* (CASTEL, 2009, p. 117).

Los médicos en general y los psiquiatras en particular han asumido este rol de peritos, sus bases científicas y técnicas les han dado la legitimidad suficiente para separarse del saber-hacer vulgar e imponer así sus criterios no sólo respecto del tratamiento técnico de las cuestiones que le son competentes, sino de la manera en que deben ser planteadas. Así los expertos definen la realidad para el conjunto de la sociedad; para el caso de la medicina mental el destino social del enfermo queda sellado en la negociación que establecen distintos expertos y responsables que tienen el mandato de “resolver el problema”, léase no entre el experto y aquellos que “plantean el problema”.

Esta pericia ejercida por expertos alienistas, para el caso de la medicina mental, se la encontrará hacia dentro de la institución hospitalaria, pero sus ambiciones irán aún más lejos:

La primera línea de expansión del movimiento alienista pasa por la anexión de las funciones administrativas dentro del hospital (CASTEL, 2009, p. 119). Los alienistas irán asumiendo, en cada vez más cantidad, el rol de médico-director, cuyas responsabilidades no son sólo terapéuticas sino, también, de administración y dirección. Los hospitales eran direccionados por representantes del poder administrativo, la confiscación de este poder en el seno del hospital es una consecuencia de la tecnología pineliana que, como ya hemos visto en capítulos anteriores, ha podido recubrir con sus racionalizaciones las contradicciones de los gestores.

La segunda consecuencia de la difusión de la tecnología pineliana, en la que se asumirá nuevamente la pericia, es el rechazo por parte del movimiento alienista a tratar en instituciones separadas las distintas categorías de población asilar, y en primer lugar, a los “agudos” de los “crónicos”. Tiene que ver con un criterio asumido (no en forma absoluta) por parte de los alienistas, de rechazar la incurabilidad, porque la renuncia a la búsqueda de una cura significa el punto donde termina su poder. Bajo una especie de humanismo el fin es

mantener y acumular poder. La tarea del médico debe consistir en curar a veces, aliviar con frecuencia, y consolar siempre. Todo alienado es un enfermo al que hay que tratar; criterio en el que se confunden la terapéutica, de la asistencia. La estrategia es unificar/homogeneizar un tipo único de población a tratar en un marco institucional único, bajo una dirección médica única.

La tercera vía de peritaje aparece en las fronteras del “adentro” institucional y el “afuera”, y se trata del problema de las admisiones. La determinación de quién debe ser la competencia para admitir el ingreso de locos a los hospitales se inicia en una laguna legal que trae consigo una serie de debates y disputas acerca de qué actor será el encargado de tener la voz última en este tipo de procedimientos. Los debates están principalmente orientados en la descalificación de los arcaicos procedimientos judiciales (por ejemplo, como vimos al principio, la interdicción) y a valorar el criterio técnico del médico. Aún así algunos médicos como Guillaume-Marie-André Ferrus (otro discípulo de Pinel) cuestionan una exorbitante autoridad médica. A Ferrus le parece prudente no confiar la solución al juicio de un solo hombre, que se puede prestar a la arbitrariedad, el error o la negligencia. Ferrus concluye una propuesta de ley que no será seguida ni por sus colegas, ni por el gobierno, ni por el conjunto de parlamentarios. Finalmente quedará legitimada por ley una competencia de experto.

Por último, el alienismo abre una brecha clara por fuera del manicomio que consiste en imponerse como una pieza indispensable para el funcionamiento del aparato judicial. El punto de partida de este proceso será dado por la cuestión de los “monomaniacos”. El problema surge a partir de la dificultad de administrar la prueba de la irresponsabilidad en determinadas situaciones donde la justicia no puede proceder ante la falta de seguridad en la culpabilidad del procesado. Así como la justicia se ve en un aprieto, la medicina mental también, dado que deberá demostrar su aptitud para patologizar ese nuevo sector del comportamiento. Esquirol aportará una clasificación denominada “monomanía”, que consiste en esa micromanía que se manifiesta cuando el delirio va dirigido a un objeto especial, dejando intacta la facultad de razonamiento en vez de subvertirla totalmente como en la manía; es un delirio parcial. Si bien el carácter de dicha clasificación es ambiguo y se presta a confusiones, a través de la “monomanía” la medicina mental gana primeramente su espacio de intervención fuera del asilo, por medio de unos casos que le son, en definitiva, ofrecidos por la justicia ya que para esta resultan un enigma irresoluble.

Este último punto, el de las monomanías, abre las puertas a una serie de estudios e investigaciones en donde la normalidad, la criminalidad y la locura comienzan a confundirse. Tendencia que se irá profundizando con el correr de los años. A través de la monomanía los

psiquiatras son convocados a realizar la hazaña de responder a eso para lo que han sido, socialmente, hechos: *“descifrar la subjetividad para codificar los comportamientos problemáticos en otros códigos y que no son, por tanto, manejables por otros aparatos.”* (CASTEL, 2009, p. 140). La posibilidad de que sujetos aparentemente “normales” desaten episodios únicos de delirio que derivan en actos criminales produce una doble transformación en la percepción del loco de la cual la psiquiatría se hará cargo. Por una parte la peligrosidad irresponsable que estaba asociada a la pérdida de razón (ausencia que suscita piedad) ahora es producto de la posible naturaleza perversa del “monomaniaco instintivo”, este posee una naturaleza con inclinaciones amorales que puede liberar automatismos, doblegando la voluntad momentáneamente. Esto abre sospechas sobre el enfermo mental, que puede anular momentáneamente su patología permaneciendo en un estado de simulación de los signos externos de la normalidad que ocultan una naturaleza perversa. Tres implicaciones de esta actitud: 1) la alienación se convierte en un estigma pegado a la piel para toda la vida, si hay riesgo de que la curación sea una mera “apariencia” no hay mejor destino para el enfermo que el asilo; 2) comienza una era de sospecha generalizada, el conjunto de los comportamientos sociales es observado con precaución, el enfermo peligroso puede surgir en cualquier momento y en cualquier lugar, los psiquiatras comienzan a buscar señales ocultas de desorden tras las apariencias de un comportamiento razonable, la normalidad es sospechosa; 3) el asilo corre el riesgo de no ser el mejor dispositivo institucional par tratar el conjunto de problemas de la alienación, en la interna de la medicina mental un conjunto de profesionales denuncia la falta de una institución que reciba a los sujetos “demasiado lúcidos” para las casa de alienados e insuficientemente responsables para la prisión. Gran paradoja: *el asilo comienza a ser “superado” en el mismo momento en que se impone como la solución auténtica* (CASTEL, 2009, p. 144).

Capítulo 5: de la psiquiatría como ciencia política

El último tramo que le queda por recorrer a la medicina para consagrarse como gran poder encargado de la gestión de los hombres, es su integración en el aparato estatal. Por numerosas y avanzadas que fueran las experiencias alienista, se presentaban en orden disperso a comienzos de los años treinta del siglo XIX

Justamente de este carácter disperso es que no existe una voluntad del aparato centralizado de imponer desde arriba la integración de la medicina mental; más bien este resultado final se da a partir de unos micropoderes que, en un principio descoordinadamente,

se organizaron en redes cada vez más tupidas que permitieron finalmente *saltar un umbral en la evolución de este proceso* (CASTEL, 2009, p. 147).

El régimen napoleónico presenta una primera manifestación de esta voluntad de intervencionismo generalizado del poder central en los problemas psiquiátricos. El proyecto napoleónico inicial es el de reterritorialización y asignación de trabajos a las masas flotantes. La misma táctica aplicada con anterioridad y para las mismas poblaciones homogeneizadas en su improductividad y merodeo errante; en el caso de los alienados, hasta ahora, estos eran colocados o en los hospicios, o en casas de detención y en depósitos de mendicidad. Se piensan las ventajas de crear para los insensatos, a manera de casas de detención un cierto número de establecimientos centrales. Se entiende la necesidad de un servicio público para los alienados, pero no queda definido cuál debe ser la naturaleza de los establecimientos. Los administradores napoleónicos ven establecimientos de carácter mixto en donde, por un lado, se tratan alienados incurables que son encerrados ya que pueden dañar a la sociedad; y por otro, en el caso de los alienados curables se proporcionan unos medios de curación. Entonces ¿qué son los asilos?; puras prisiones, hospitales o una mixtura de ambos en la que no se encuentra la fórmula correcta. Es decir que el carácter esencialmente médico del asilo aún no se impone, queda difuminado en su función policial.

Lo que sucede es un cruce significativo entre posiciones de los representantes de la medicina y los de la administración central. Para el primer caso lideran hombres como Esquirol, Ferrus y el mismo Pinel; y para la administración figuran por ejemplo: Édouard Laffon de Ladebat (jefe de la secretaría de Socorros y hospitales) y François Guizot (director general de la Administración departamental y comunal). Operadores políticos y prácticos se irán aproximando y alejando varias veces, las fronteras entre lo medicalizable y lo administrable se entrecruzarán hasta encontrar una síntesis (la cual se fue dilatando) en la que se ratifican las prácticas psiquiátricas en el aparato estatal. Dicho por Castel, el proceso es el siguiente: *“progresivo establecimiento de nuevas prácticas - demanda administrativa - transcripción médica realista - retraducción burocrática - nueva negociación entre expertos - ratificación del aparato de Estado.”* (CASTEL, 2009, p. 153). En definitiva lo que se hace es una negociación entre profesionales y administradores en donde, sobre la base de opciones comunes, lo que se va determinando es una verdadera “política de Salud Mental”. Es la lógica política de toda empresa de medicalización, las racionalizaciones médicas permiten un verdadero desplazamiento en la distribución del poder, desplazamiento que los enfrentamientos jurídico-administrativos por sí solos no habían podido resolver. El tema

central vuelve sobre el “derecho al secuestro” y el vacío legal que queda con la abolición de las lettres de cachet.

He intentado evitar la cita textual de grandes fragmentos del libro, pero se hace necesario remarcar este párrafo notable, donde queda claramente definida por Castel la intencionalidad existente en la creación y difusión de una “política de Salud Mental”:

“La medicina mental puede desplazar la contradicción porque se pone en el terreno de una de las partes y asume íntegramente su demanda: requiere imperativamente lo que la potencia administrativa exige terminantemente, el secuestro de los alienados. Pero transforma el sentido del secuestro justificándolo por motivos propios. La noción de “aislamiento terapéutico” es el maravilloso operador de esta alquimia. El aislamiento terapéutico, ya se dijo, es, según Pinel, Esquirol y toda la tradición alienista, la actividad médica que “opera una distracción al delirio”, “modificando la viciosa dirección de la inteligencia y afectos de los alienados”. Es la primera de las medidas a tomar, con urgencia (por tanto cortocircuitar la lentitud del aparato judicial). Porque constituye una condición necesaria de la curación. Así pues, el aislamiento terapéutico no es un secuestro, acto arbitrario de una autoridad usurpadora, sino un internamiento requerido por la especial situación del alienado. Medida sin ninguna duda imperativa, tan rigurosa y tan segura como las capturas del cuerpo más policiales. Pero, por ella, el espacio de detención se convierte en el mejor ambiente terapéutico y, recíprocamente, el “establecimiento especial” asegura un aislamiento, tan eficaz como la mejor de las prisiones” (CASTEL, 2009, p. 156).

Este desplazamiento (serie administrativo-policial por serie médico-humanista) no debe entenderse ni como repetición de su antecedente, ni como su solución:

No es mera repetición porque hay un cambio evidente en los dispositivos de encierro, de mecanismos muy rudimentarios se pasa a otros más elaborados y complejos, dotados de un nuevo cuerpo de racionalizaciones. Además, desde un punto ya valorativo para el autor, si se puede decir que los alienistas “salieron ganando” en función de que pasan a ser socialmente reconocidos; también se puede reconocer que los enfermos en comparación a su situación anterior “salieron ganando”. En cualquier caso, una metamorfosis casi innegable, sucedió.

Tampoco se trata de la solución completa a las contradicciones porque no tuvo lugar una real transformación de la situación (de los encierros). Medicalizar el problema se trata más de desplazar que de resolver, aparecen mecanismos más sutiles y aparentemente

racionales con los que se recubren los procedimientos pero la finalidad sigue siendo la misma: salvaguardar el orden (o más bien un tipo de orden social burgués).

Capítulo 6: la ley y el orden

Con la incorporación de la tecnología asilar a la gestión estatal, se inicia una política de despliegue territorial de la infraestructura hospitalaria. Alrededor de los años sesenta del siglo XIX, asistimos a lo que muchos autores denominan “la edad de oro del alienismo”. Pero según Castel, esta edad de oro nunca existió realmente en los hechos y, a su vez, este es el momento en el que la medicina mental comienza a ser atacada por todas partes. Veamos más de cerca su postura.

Para el autor: *“La exigencia alienista de una cuadrícula de todo el territorio mediante un sistema homogéneo de establecimientos públicos fue desactivada por la letra misma de la ley, con la facultad dada a los departamentos para celebrar convenios con establecimientos públicos o privados ya existentes. Además, el financiamiento obligatorio de la asistencia a los alienados indigentes no estaba inscripto en el presupuesto central sino que debía ser negociado, en proporciones no determinadas, por los consejos generales y los municipales”* (CASTEL, 2009, p. 180). El Estado central anteriormente tan interesado en promulgar la ley de alienados, se muestra sorprendentemente desinteresado y muy pronto, en su aplicación efectiva; y no solo al desresponsabilizarse de su financiamiento, sino al recomendar a los departamentos una prudencia a la que no hacía falta incitarlos. El Estado central actúa como si una vez votada esta ley de “beneficencia y humanidad”, y resueltas formalmente las contradicciones jurídicas y administrativas que movilizaron el interés del gobierno, éste se desinteresarse de su aplicación concreta.

En casi todas las distintas regiones francesas, los consejos generales hicieron un bricolaje restaurando algunos sectores de hospicios para cumplir con la letra de la ley, que exigía separar a los alienados de los demás enfermos. Pero, sobre todo, hicieron estas modificaciones con el menor costo, mediante los establecimientos públicos o privados ya existentes.

A través de los problemas de la aplicación material de la ley de 1838 (o de su no aplicación), es una transformación de sus finalidades a lo que se asiste. Y ello, también se asiste a una parálisis de aquellas disposiciones técnicas que hubiese podido, tal vez, hacerla una ley más “médica”. En particular, destaca en los hechos como ejemplo de esta tendencia, la preponderancia de los internamientos de oficio sobre los internamientos voluntarios.

El internamiento de oficio *es la respuesta social a las manifestaciones espectaculares de la alienación mental* (CASTEL, 2009, p. 182). Reenvía a la antigua representación de vagabundeo del loco, pero se centra, en primer lugar, en aquellos “furiosos”, capaces de alterar el orden público en cualquier momento. Para este caso la ley, sí es una ley de tipo administrativa y policial: “*Es sólo retroactivamente que interviene el médico, cuando se supone que el secuestrado será tratado en un establecimiento especial*” (CASTEL, 2009, p. 183). Es una disposición que no se aleja demasiado de las antiguas “órdenes del rey”.

Por otra parte, el procedimiento del internamiento voluntario *es mucho más sutil y deja un margen más amplio a la intervención médica* (CASTEL, 2009, p. 183). La voluntad de iniciar el internamiento corresponde a la familia o parientes cuya demanda es necesariamente apoyada por un certificado médico. El médico del establecimiento debe dar cuenta de tal diagnóstico en su ingreso, para garantizar la regularidad del secuestro. La medida de este segundo tipo de internamiento se apoya, entonces, en una colaboración entre la instancia familiar y la instancia médica, sin intervención directa del poder público.

Para demostrar la preponderancia de la primera medida sobre la segunda, el autor da algunos números: En 1853 un 80% de los internamientos en París eran en carácter de oficio; y en las admisiones de todo el mismo año en Francia, 6473 frente a 2609 internaciones voluntarias.

Entonces, más allá del ejemplo de las internaciones: ¿a qué se debe esta pseudo aplicación de la ley de 1838?, cuando en su momento fue la impulsora de fervientes debates y de una fuerte movilización de voluntades políticas en pos del despliegue del modelo asilar. Según Castel: “*Quizá la ley no ha sido “verdaderamente” aplicada para cumplir su función: resolver formalmente las contradicciones jurídico administrativas que la suscitaron, proveer un organigrama coherente para gestionar tecnocráticamente un problema particularmente espinoso*” (CASTEL, 2009, p. 186). Después de 1838 sigue habiendo problemas respecto de la locura, pero lo que se difumina es la evidencia de contradicciones abiertas, aporías. La locura continúa planteando dificultades, pero ha dejado de ser un desafío para el orden social establecido. Esta conciliación formal de las contradicciones anteriormente planteadas a los distintos poderes, desplaza y economiza su solución real. Veamos brevemente de qué manera para los distintos casos:

- 1) En el plano del derecho: a legalizar el secuestro sin interdicción de los alienados.
- 2) En el plano administrativo: al definir las atribuciones precisas de los distintos responsables de las admisiones, aunque su coordinación real deje paso a la arbitrariedad.

- 3) En el plano institucional: reabsorbiendo la disparidad de los lugares de reclusión. Bajo la aparente homogeneidad del “establecimiento especial”, se recubren realidades concretas tan distintas como las del asilo público, el hospicio y los establecimientos privados; bajo el control más bien ficticio de la Administración.
- 4) En el aspecto financiero: al designar un modo de financiación obligatoria de los gastos de los indigentes por las comunas y los departamentos, *incluso si estos, en general, cumplieron sus obligaciones con tan mala voluntad que hicieron del asilo el lugar más miserable para lo mas misereros* (CASTEL, 2009, p. 188).

En síntesis: era necesaria la existencia de la ley, aunque su aplicación haya sido en su mayoría una ficción.

Pero ¿qué ocurre con la eficacia propiamente médica, la de la terapéutica? Para responder a tal pregunta se podría pensar en evaluar mediante estadísticas (conformadas por distintas variables como número de internaciones en tal período, número de externaciones en tal otro período, etc.) los resultados efectivos de ese “tratamiento moral” que parece haber constituido en esta época lo esencial de la actividad terapéutica asilar. Pero el autor toma la sensatez de, ante todo, considerar preciso comprender que *también aquí la rentabilidad de la “toma a cargo” no se mide sólo por sus resultados positivos medidos en tasas de curabilidad. Puede haber una eficacia simbólica del funcionamiento institucional que proyecta la imagen invertida de una eficacia propiamente terapéutica.*” (CASTEL, 2009, p. 188).

El tratamiento moral adquiere sentido (como se ha desarrollado en capítulos anteriores) en el marco de una amplia analogía pedagógica que hace del asilo una casa educativa de carácter especial, de acá también toma sentido la imagen epocal del loco asociada a la infantilidad, y por tanto a ser sujeto de una tutela análoga a la familiar. La pedagogía detrás del tratamiento moral no innova realmente al nivel de los medios empleados dispuestos, solamente recoge la gama de técnicas disciplinarias ya existentes. Pero incluye su propia innovación al redoblar el carácter coactivo.

En esto consistiría esa “educación especial” por la cual el médico procura reconstruir de alguna forma el espíritu del enfermo. La pedagogía asilar implica la puesta en marcha de un programa en el que se deben controlar todas las variables del medio, aplicando constantemente un conjunto coherente de medios racionales para tapar todas las brechas por las que se manifiesta el desorden; de esta forma se pretende recomponer enteramente un perfil normalizado del hombre enfermo; dado que en el orden externo se revela el orden interior, y la incorporación del orden al interior del mismo sujeto es la más alta expresión de la razón que se debe hacer predominar sobre la locura. El fuerte autoritarismo presente en la tecnología

asilar, lejos de estar en contradicción con el humanismo proclamado por los primeros alienistas, es su instrumento.

Pero, la analogía pedagógica sobre la que descansa el tratamiento moral ocupa, dentro del asilo, una posición muy ambigua: “*se propone explicitamente curar pero sus características presentan ya los rasgos invertidos de un sistema educativo normal, prestándose a la alteración de la progresividad de los aprendizajes como ejemplaridad negativa del fracaso*” (CASTEL, 2009, p. 190); veamos esta ambigüedad descompuesta en los distintos elementos de contradicción que propone Castel:

- 1) *Selección negativa contra selección positiva*: la entrada en el sistema en lugar de ser una promoción, sanciona una situación de decadencia del hombre desprovisto de los atributos de la razón.
- 2) *Contabilización a contracorriente de la duración de pasaje por la institución*: mientras que un alumno aumenta sus posibilidades objetivas de éxito en función de la duración de su inculcación por el aparato escolar, la duración de la estancia en el manicomio compromete cada vez más las posibilidades de readaptación del alienado.
- 3) *Impronta inversa de la afiliación institucional*: si el alumno participa del prestigio de la escuela, el alienado lleva el estigma de su pasaje por el manicomio.
- 4) *Significación contrastada de la “salida”*: la expulsión de la institución escolar significa arrojar al alumno a las tinieblas exteriores que llega al polo negativo del binomio cultura-barbarie; por el contrario, el alineado curado y expulsado al medio social, reintegra el polo positivo de la contraposición normal-patológico.

Se podría entender como fracaso de esta empresa pedagógica, la incurabilidad del enfermo. Pero quizá este “fracaso” pueda realizar una de sus finalidades más profundas: “*El alienado que muere en un asilo de alienados tras una larga vida de alienado exhibe en su destino todas las características negativas de la alienación mental. Simboliza con la perfección de un personaje trágico la exclusión social y humana de la locura*” (CASTEL, 2009, p. 191). Si alguna cosa puede disuadir a las poblaciones de ceder ante la locura, es esta visión de vida del loco que se le da en esos asilos donde, sin embargo, se le dispensan todos los auxilios de la ciencia y todos los recursos de la filantropía. El sistema gana en toda ocasión. No hay duda de que en ciertas situaciones el tratamiento moral podría haber curado, pero esto no es la cuestión principal; *porque los propios fracasos pueden encerrar una significación pedagógica más sutil, y quizás más ejemplar: dicen lo que hay que pagar por transgredir las normas* (CASTEL, 2009, p. 192). Los asilos dominan un paisaje moral, incluso en su arquitectura, los asilos son cerrados pero visibles, imponentes pero situados en

segundo plano, de formas vulgares pero majestuosas en su austeridad, asumen esa función de ocultar/exhibir lo inconfesable: *“montan guardia en las fronteras entre la razón y la locura”* (CASTEL, 2009, p. 192), y pero para ello no tienen la necesidad principal de curar, ni siquiera de encerrar siempre. *Basta que haya unos cuantos locos para mostrar a todos cuán prudente y bueno es ser normal* (CASTEL, 2009, p. 192).

No hay duda de que existieron en los márgenes del sistema algunas regulaciones que suavizaron un poco el carácter caricaturescamente rígido del funcionamiento de los asilos. En principio, el enfermo de asilo previamente descrito es un tipo ideal. Seguro existirían otros enfermos más interesantes, médica y socialmente, con los que trabajar incluso en el servicio público. Pero es sobre todo en la formación embrionaria de un sector privado de la medicina mental donde se comenzó a absorber otro tipo de poblaciones. Dicho proceso, según Castel, debió cumplir una función más importante de lo que generalmente se dice, para el equilibrio del conjunto del sistema: permitió a los más ricos escapar de la miseria visible, y a la vez no, del régimen público. *“Debió acoger, en esas clases acomodadas, a cuadros clínicos más “ligeros” que los que presentaba el común de la población asilar: alienados menos peligrosos sin duda, y que presentaban síntomas que se aproximan más a trastornos neuróticos. También proporcionó “modelos” de organización y esquemas de tratamiento que ayudaron a recubrir con un púdico velo la gran miseria de los asilo públicos.”*(CASTEL, 2009, p. 203). La conciliación real de la terapéutica médica es, entonces, de orden social y político: cuidados personalizados para aquellos que los pagan (y que los podían pagar) y regimentación para los pobres (medicina “liberal” y medicina colectiva). La plebe es sometida a regímenes que intentan imponer un tipo de obediencia individual, mientras que el rico comienza a ser tentado a entregar su subjetividad en una relación dual: *“Sobre este doble registro funcionó siempre la medicina mental. Se sabe que no se salió de este régimen, que define a la práctica psiquiátrica y psicoanalítica como prácticas de clase.”* (CASTEL, 2009, p. 204).

Capítulo 7: El pasaje de la edad de oro al aggiornamiento

Hasta acá se ha intentado recomponer la instalación de una especie de maquinaria de la medicina mental, conformada por un montón de piezas que actuando interrelacionadamente le dan funcionamiento al conjunto. En este último capítulo Castel realizará el mismo desmontaje del aparato que venía trabajando, pero en el contexto contemporáneo. Si bien no circunscribe el análisis a una mera implantación de las viejas piezas sobre la

contemporaneidad, considera que la novedad de la situación psiquiátrica contemporánea se *desprende lentamente de los surcos dejados por la antigua organización* (CASTEL, 2009, p. 207). Las innovaciones más imprevistas, que continuamos viendo surgir hoy día, en apariencia marcan la reiteración de tentativas de escapar a antiguas contradicciones. Para el sociólogo hay que separar, mínimamente, las principales líneas de descomposición y recomposición que conducen hasta la actual organización del panorama psiquiátrico.

A partir de 1860 aparecen una serie de críticas dirigidas simultáneamente a todos y cada uno de los elementos de la síntesis alienista; del reformismo más o menos drástico que surge a partir de estas críticas, se irá constituyendo el panorama actual de la salud mental. Veamos las críticas aplicadas a los distintos elementos:

1) *La ley*: el problema se planteó con la denuncia de los internamientos “arbitrarios” (la arbitrariedad parece ser un recurso al cual recurrir siempre que se quiera instalar la necesidad de una reforma). Fue la tentativa de revancha de un poder judicial que se sintió (y efectivamente fue) brutalmente excluido tras la sanción de la ley de 1838. Pero, según el autor, también había en un segundo plano una cuestión política: la prensa, amordazada por el Imperio, buscaba blancos indirectos para atacar el absolutismo del régimen.

Se lanzan una seguidilla de sucesivos proyectos de revisión de la ley de 1838, los cuales en prácticamente todos los casos se caracterizan por su juridicismo. A través de las variantes técnicas propias del juridicismo, se trata de volver a hacer de este poder un partenaire activo en el proceso de selección de las poblaciones “intervenibles”. Lo que se busca es conseguir un conjunto indiscutible de garantías que deberían estar inscriptas en la letra de la ley y rectificar el desplazamiento de poder que los legisladores de 1838 ratificaron bajo la presión de los alienistas, quienes son atacados por su intento de monopolizar el poder (al igual que, en términos más generales, como con el soberano antes de la revolución).

Frente a esos cuestionamientos la posición de los psiquiatras es notablemente homogénea en defensa de la ley, argumentando desde el mismo humanitarismo e interés meramente terapéutico que se tiene sobre los enfermos, por supuesto. Para el conjunto de alienistas la ley sigue siendo excelente “en su principio”, aunque con el paso del tiempo algunos admitirán la necesidad de introducir retoques de detalle, algunas adaptaciones técnicas menores referidas exclusivamente a sus condiciones de aplicación.

Diálogo entre sordos entonces, dice Castel, pero debido a que el problema todavía se observa de una manera parcial: reforzar las garantías legales de la aplicación de la ley. Sólo a partir del siglo XX, las críticas se empezarán a concentrar en esa relación entre la legislación y el problema de la naturaleza de la enfermedad mental, lugar que realmente afecta al poder

médico: “Un cierto número de psiquiatras comprenderá entonces que la ley impone una definición demasiado estrecha de la alienación, y la cuestión de su revisión abrirá un debate interno en el movimiento.” CASTEL, 2009, p. 211)¹⁰.

2) *El dispositivo institucional*: la crítica institucional dejó marcas más profundas en la construcción alienista porque afecta el núcleo de la misma y no su exterioridad. Reveló contradicciones que comenzaban a plantearse al nivel de la práctica cotidiana, pero que ahora serán materializadas en los discursos de los propios especialistas del alienismo. En la sesión de julio de 1860 de la Sociedad médico-psicológica, se abre una discusión sobre la famosa colonia agrícola de Gheel, en Bélgica, *que desde la Edad Media admitía alienados en un estado de semi-libertad, bajo la responsabilidad de campesinos que les proveían alimentos* (CASTEL, 2009,). La Sociedad, incluso decide conformar una comisión que se dirigirá a Gheel con el objetivo de elaborar un informe detallando la situación de allí. Dicho informe es contundente al establecer que: “*Gheel tiene más que ganar al aproximarse a los asilos que éstos aproximándose a Gheel*” (CASTEL, 2009, p. 211)¹¹, monumento al etnocentrismo alienista, califica sobre el informe, Castel.

Aún así, el movimiento alienista continuará recibiendo, desde sectores médicos, filantrópicos y judiciales, los embates de denuncias dirigidas a la “inhumanidad” del medio asilar y a la cronificación que suscita el tratamiento moral de los alienados, donde más que pasar por un tratamiento terapéutico son depositados en esos “fosos” para morir allí dentro. Opiniones en general, extremas, que como las críticas a la ley, no van más allá de ser posiciones marginales. Sin embargo, Castel dice que la situación no podría ser peor: mirando las cosas de cerca, a través de las primeras críticas institucionales de los años sesenta, se dibujan dos líneas que irán progresivamente menoscabando la legitimidad de los asilos.

Primero, hay una crítica técnica del aislamiento que apunta a flexibilizar las modalidades de su aplicación. Así, Moreau de Tours (un psiquiatra de más renombre que los que surgen en las primeras críticas) emite un juicio positivo sobre Gheel, que percibe a esta colonia como un medio de perfeccionar el marco asilar, de “darle aire” al añadirle un sistema de colonias agrícolas. Y tras este tipo de modificaciones institucionales, se apunta realmente a ir flexibilizando cada vez más los principios alienistas.

¹⁰ En el libro el mismo autor adelanta que esta cuestión será trabajada en su próxima obra, la cual también analizaremos en el presente trabajo de tesis.

¹¹ Citado en los mismos términos que plantea la comisión. Los resúmenes de las sesiones de la Sociedad médico-psicológica fueron extraídos por el autor de los “*Annales médico-psychologiques*”, revistas que se publicaban con los temas tratados en las sesiones de la Sociedad.

Por otro lado, y paralelamente, nace la sospecha de que el asilo podría no ser ese “espacio medicalizado” concebido por Pinel y sus sucesores. Un personaje llamado Bénédic Morel será quien, en el seno de la escuela, adopte la posición más crítica; ya retomaremos sobre él. “*Hacer del asilo un espacio medicalizado supone una homogeneidad de la alienación mental a partir de la cual la clasificación no separa más que subespecies de la locura.*” (CASTEL, 2009, p. 214): ahora bien, detrás de esta denuncia existe una alteración de la propia concepción de la enfermedad mental que mina esta representación de un orden indisociablemente espacial y teórico. El concepto de alienación, como generalidad demasiado ambigua, es el que está en riesgo, y si este estalla, el asilo corre el riesgo de no yuxtaponerse más que a poblaciones heterogéneas. Corre el riesgo de ser lo mismo que se denunciaba a los Hospitales generales, y por tanto perdería la eficacia médica frente a la indiferenciación de grupos que no tendrían más rasgos comunes que el de ser reclusos.

3) *El código teórico*¹²: ya se ha mencionado, en el transcurso de la obra, el golpe de fuerza a través del cual, desde el origen, la escuela alienista había elaborado su concepción reactiva y psicógena¹³ al margen de las investigaciones de la medicina clínica: “*Evidentemente, la distancia no hizo más que ahondarse entre una “medicina psicológica”, denominación que se va haciendo cada vez más peyorativa, y una medicina general cada vez más segura de detentar el monopolio de la científicidad.*” (CASTEL, 2009, p. 214). Cierta número de alienistas, en una primera instancia, buscan escapar de los dilemas entre *causas morales-causas orgánicas, descripción de los síntomas-búsqueda de la sede; para establecer una inteligibilidad de la enfermedad en función de su evolución y ya no de la descripción de sus síntomas* (CASTEL, 2009, p. 214).

Las nuevas entidades nosográficas (por ejemplo: “locura circular” o “locura con doble forma”) no se conforman con describir el conjunto de síntomas que se manifiestan, lo que hacen es *convertir cada síntoma en un signo que envía, junto con otros signos, a una inteligibilidad oculta de la enfermedad desplegada en una duración* (CASTEL:2009). Se pasa así de una *sintomatología* (simple fenómeno descriptivo) a una *semiología*, por la cual la enfermedad adquiere a la vez *un sentido subyacente a sus manifestaciones externas y un potencial evolutivo* (CASTEL, 2009, p. 214). Se da un paso adelante si se relacionan esta subyacencia y esta evolución con una causa objetiva, es el pasaje de la *semiología* a la *etiología*, que realiza la concepción de la degeneración del mencionado Bénédic Morel. Las

¹² Para este apartado me voy a remitir con mayor frecuencia al libro en su forma textual, dado que en éste se hace uso de un vocabulario bastante específico del cual al hacer una interpretación propia considero podría conllevar negligencias.

¹³ En términos generales, relativo a la enfermedad mental por factores psicológicos o emocionales.

degeneraciones son “*desviaciones enfermizas del tipo normal de hombre transmitidas hereditariamente*” (CASTEL, 2009, p. 215); pueden obedecer a diversas causas, y el plan de Morel se ordena en función de esta diversidad, ejemplo de estas causas son: intoxicaciones diversas, influencias del medio social o de la herencia, enfermedades adquiridas o congénitas, etc. Una vez establecida, la enfermedad prosigue su curso y se transmite a la descendencia hasta la extinción de su linaje.

De entrada, esta concepción patogénica choca con el hábito de clasificar las formas de la locura a partir de los síntomas; *la inteligibilidad de la enfermedad ya no proviene del agrupamiento de los síntomas sino de la referencia a una causalidad oculta* (CASTEL, 2009, p. 215). La concepción teórica de la enfermedad mental ya no está estrechamente conectada con la fenomenología social del desorden; a la inversa, tiende a aproximarse al tronco común de la medicina, cuyas tendencias organicistas se acusan. Perspectiva en la que Morel inscribe conscientemente su obra y con la cual provoca el desplazamiento decisivo de la medicina mental en relación a este primer carácter de psiquiatría social que contenía el alienismo.

4) *La tecnología*: en el denominado “tratamiento moral” es la interrelación jerárquica y reglamentada de tres polos (médico, del enfermo y de la institución) lo que constituye su dinamismo, y explica la eficacia que se le concede. Castel entiende que la modificación de al menos dos de los elementos de esta trilogía (el dispositivo institucional, y la concepción del enfermo y la enfermedad) altera profundamente el régimen que constituyen (cabe aclarar que el autor es precavido respecto a esta última afirmación, es una imagen tal vez discutible pero esclarecedora, dice).

“*Desde el ángulo de la modificación del concepto de lo patológico, y por tanto del enfermo, parecería en una primera aproximación que la transformación que se opera en los años sesenta debe conducir a la disolución del tratamiento moral*” (CASTEL, 2009, p. 217). Básicamente, el pronóstico de incurabilidad que suscitan las “degeneraciones” de Morel, debería sustituir a la esperanza de conducir a la razón al alienado, es decir a su curación mediante la intervención constante sobre los procesos patógenos. Entonces, siguiendo el tratamiento que propone Morel, hasta ahora la sociedad no procedió más que a una “*profilaxis defensiva*”, secuestrando a los individuos peligrosos o enfermos, tratandolos con mayor o menor eficacia en espacios cerrados. Ahora, debe hacerse “*profilaxis preventiva*” intentando modificar las condiciones intelectuales, físicas y morales de aquellos que, por diversos motivos, fueron separados del resto de los hombres. Lo que propone la profilaxis es “*combatir las causas de las enfermedades y prevenir sus efectos*”, en palabras de Morel. El programa de la ciencia alienista se conecta así con el de la higiene física y moral; y estalla en direcciones

insospechadas para, en última instancia, recubrir todo el conjunto social. Pero, aunque toda la sociedad es así el horizonte de una intervención preventiva, es evidente que los focos de desorden y de miseria son los prioritariamente contemplados, aquellos donde se ubica a las “clases desposeídas”. Es sobre todo a una “moralización de las masas” a lo que la medicina mental contribuirá al ayudar a gestionar la asistencia de estas poblaciones. En este nuevo contexto *la función de experto está por estallar haciendo desvanecer el viejo ensueño platónico del filósofo-rey* (CASTEL, 2009, p. 219): el médico ya no será, como en el asilo, el agente exclusivo, ni siquiera operador directo de las acciones en las que va a tomar parte. Va a poder acompañar bajo consejo, inspiración o ilustración al conjunto de “responsables”, es decir todos aquellos a los que una función profesional y/o posición de jerarquía social lleva a ejercer una acción política respecto de las masas.

Bajo toda esta presión que aparece sobre los principales elementos de la medicina mental: ¿cómo es que logra recomponerse y salir airosa?, el autor identifica en ese sentido, dos líneas principales:

- 1) A partir de las críticas mencionadas, que se disparan en la misma “edad de oro” del alienismo, las tentativas de reformas se van a orientar según dos direcciones divergentes. Una primera tentativa busca recomponer el espacio asilar para hacer de él un auténtico medio médico. Se trata, en definitiva, de retomar la operación lanzada tres cuartos de siglo antes en el Hospital General. Pero, para reconstruir agrupamientos susceptibles de ser tratados aparte, hay que empezar por trasplantar a otro lugar un cierto número de alienados que escapan a las posibilidades de interpretación e intervención del alienismo. Se entiende que lo que hay que hacer es, entonces, desembarazar al asilo de los crónicos, seniles, indigentes, epilépticos, alcohólicos, alienados criminales, etc. Disociar, por tanto, la terapéutica del ejercicio propiamente médico de la asistencia, y conservar tan solo los “verdaderos” enfermos, a los que se podrá tratar intensivamente.

Una segunda línea de recomposición tiende, por el contrario, a romper la relación privilegiada de la práctica psiquiátrica con el espacio hospitalario: “*No se trata más de medicalizar el asilo, sino de evitarlo al intervenir directamente sobre las “superficies de emergencia” de la locura, en esas instituciones no médicas que son la escuela, el ejército, la familiar.*” (CASTEL, 2009, p. 222). El dispositivo institucional es, de esta manera, mínimo; y el carácter de intervención trata menos de curar que de prevenir, de evaluar los riesgos, de detectar las anomalías y de testear las aptitudes. También se trata menos de actuar sobre el individuo que de modificar el medio a

través de programas de higiene que no están necesariamente indexados médicamente. El especialista está, a la vez, menos visible y presente por todas partes.

- 2) Por esclarecedora que sea la hipótesis de seguir ambas tendencias anteriormente mencionadas, no puede, sin embargo, dar cuenta del proceso de transformación de la medicina mental en su totalidad: *“O más bien esas modificaciones corren también el riesgo de ser interpretadas como una evolución interna del aparato psiquiátrico, mientras que traducen al mismo tiempo el cambio de sus relaciones con otras instancias de poder, y por ello, con el conjunto de las prácticas de control y de normalización.”* (CASTEL, 2009, p. 224). El tratamiento moral (que en adelante aparecerá como “relación terapéutica”) se constituyó en el asilo, pudo edificarse porque la relación de poder que la constituye se apoyó en soportes institucionales; entonces el tratamiento moral conserva ciertos rasgos esenciales de su matriz asilar: *“La relación funciona siempre sobre una desnivelación fundamental entre dos personajes, uno de los cuales tiene el poder que representa la norma. Sin embargo, los anclajes objetivos visibles de esos privilegios se desvanecen. Las consecuencias: en primer lugar, la relación es en adelante, más flexible, más móvil, fácilmente transferible y transportable prácticamente a donde sea. En segundo lugar, la violencia que siempre implica es más directa, y en última instancia más invisible.”* (CASTEL, 2009, p. 225).

Un desplazamiento del lugar de ejercicio del tratamiento moral, hacia fuera del asilo, impuso así una transformación de sus rasgos arcaicos en dispositivos sofisticados. Pero con esa transferencia, las condiciones de la puesta bajo tutela se acercan a las del establecimiento de una suerte de “contrato”. El proceso de tutelarización cuya génesis se ha trabajado en el desarrollo del libro, es entonces relanzado a una nueva órbita. En esta nueva órbita ¿podría ser que las relaciones de dominación se hayan vuelto más complejas y, por su novedad, nos falta distancia para objetivarlas? Para el autor: *“Sin duda: hay que ayudarse, pues, con el modelo que el análisis de una situación menos confusa permitió construir* (CASTEL, 2009, p. 226). Pero dicho análisis debe realizarse con prudencia:

“Si la antigua política de la asistencia nos parece hoy un poco ingenua es porque todavía dice explícitamente lo que tiene por función borrar: la diferencia de clases [...] Ya no hay pordioseros y ricos, sino partenaires sociales que reparten los beneficios de la expansión. El nuevo “trabajo social” rompe pues los vínculos que la antigua caridad

mantenía todavía con la beneficencia pública [...] Ahora se trata de ayudar al conjunto de los partenaires, cada uno en función de su lugar, por supuesto, a permanecer en el circuito de la producción-consumo reconduciendo la estructura socioeconómica en su totalidad. [...] El alienismo y su modelo de internamiento representaron la versión medicalizada de la concepción segregativa de la asistencia. Las tecnologías de las relaciones en la comunidad corresponden a una concepción participacionista de la integración.” (CASTEL, 2009, p. 226).

La intención del final de la obra no es desmentir sistemáticamente a los que innovan en materia de salud mental, en los nuevos contextos. Tampoco se intenta subestimar la importancia cualitativa del desplazamiento que va de la psiquiatría asilar a la psiquiatría comunitaria (o de sector), en tanto que probablemente cada vez menos personas padezcan los abusos físicos y mentales de la medicina mental ortodoxa, y que quizá los nuevos tratamientos garanticen cada vez más la accesibilidad de éstos a personas que pueden requerirlos. Pero, por el contrario, lo que se desea es hacer visibles las posibilidades bastantes vertiginosas que abren estas nuevas tecnologías; siguiendo, tras otros y con otros, delimitando las estrategias menos visibles de un poder de dominación convertido en poder de manipulación: *“Porque dicho poder se enorgullece de permanecer oculto.”* (CASTEL, 2009, p. 228).

F. Castel, R. Castel, A. Lovell, *“La Société psychiatrique avancée: le modèle américain”*,
Paris, ed. Grasset, 1979.

(*“La Sociedad psiquiátrica avanzada: el modelo norteamericano”*, traducción publicada en
1980 por Ed. Anagrama).

Autores: Françoise Castel¹⁴, Robert Castel y Anne Lovell¹⁵.

Traducción: Nuria Pérez de Lara.

Páginas: 303 (de la traducción).

Introducción al libro

En este libro, el sociólogo Robert Castel y las psiquiatras Françoise Castel y Anne Lovell, se proponen (como señala la contraportada del libro): *“encontrar un modelo de interpretación que haga inteligibles las características específicas de la medicina mental norteamericana, la de sus realizaciones, la sistematicidad de su funcionamiento global.”* (CASTEL et. al, 1980). Este análisis del *“mundo psi”* estadounidense, no se limita a la sola descripción de especificidades propias a la salud mental norteamericana. Por el contrario, los autores se adentran en la identificación de las particularidades sociopolíticas estadounidenses y las relaciones de poder entre actores específicos, que permitieron durante el proceso de *“desinstitucionalización”* (*“desmanicomialización”* para la salud mental) el desarrollo masivo

¹⁴ Pude encontrar muy escasa información sobre la vida de la autora, todavía menos traducida al español. Sabemos que Françoise fue psiquiatra, esposa de Robert Castel con quien militó durante los años setenta en la red europea de alternativas a la psiquiatría. Estimo que falleció entre 1984 y 1995, entre las publicaciones de los libros de Robert Castel *“La gestión de los riesgos”* (1984) y *“La metamorfosis de la cuestión social”* (1995). Este cálculo se debe a que de un libro a otro hay un cambio evidente en el tipo de estudios que realiza el sociólogo, de una sociología de la psiquiatría (como dijimos, profesión de Françoise) vira a una sociología de la *“cuestión social”*. Dicha estimación adquiere fundamento al leer una publicación de Julia Varela y Fernando Álvarez-Uría en la revista *“Viento Sur”* tras la muerte de R. Castel, allí indican: *“Tras la muerte de su compañera Françoise, psiquiatra comprometida en apoyo de los enfermos mentales, la obra sociológica de Robert Castel dió un giro para plantearse el retorno de la cuestión social, coincidiendo con los años de plomo de la ofensiva neoliberal. Fruto de una rigurosa investigación de sociología histórica, metodológicamente impecable, una investigación realizada cuando ya era Director de Estudios en la Escuela de Altos Estudios en Ciencias Sociales, fue el libro publicado en 1995, titulado La metamorfosis de la cuestión social.”* (VARELA y ÁLVAREZ-URÍA, 2013).

¹⁵ Al igual que con Françoise, también resultó dificultoso encontrar información sobre la vida de la autora. Los datos más relevantes que encontré sobre la psiquiatra norteamericana, Anne Lovell, provienen del prefacio del mismo libro que acá se ficha. *“Una de las autoras (Anne), norteamericana, fundó una free clinic en 1970 y a continuación, como miembro del comité directivo del Louisiana Center for the Public Interest, participó en las tentativas de transformación práctica de los hospitales psiquiátricos y de las cárceles que desarrollaron, tanto en Louisiana como en el resto de los Estados Unidos, como prolongación de las luchas por los derechos civiles de los años sesenta. Además, durante un año trabajó con Franco Basaglia en Parma, estaba perfectamente informada de la problemática europea, y proyectaba un estudio comparativo sobre las experiencias «alternativas» italianas y norteamericanas en psiquiatría.”* (CASTEL et. al, 1980, p. 6).

de nuevas tecnologías (calificadas de “modernas”, “novedosas”, “vanguardistas”, “alternativas”, etc.) de interpretación, intervención y manipulación de las relaciones humanas. A su vez, “las liberalidades de la sociedad liberal” norteamericana (ironizan en el libro) habilitaron el desarrollo y asentamiento de un “*establishment* médico-psiquiátrico” con fuerte poder de influencia en las decisiones políticas que tienen impacto directo en la sociedad.

La combinación de la puesta en crisis de los modelos institucionales tradicionales (casi a nivel global, desde principios del siglo XX) y la novedad que representan estas tecnologías médicas norteamericanas (distintas a la psiquiatría y al psicoanálisis tradicionales); causaron la implantación y/o experimentación demasiado precipitada, en aquellos países “en vías de desarrollo”, de nuevas modalidades de trabajar la salud mental sin considerar sus efectos sociales y políticos a largo plazo. Por otro lado, en algunos países con más recorrido dentro del campo de la salud mental, estas innovaciones se crisparon sobre las “buenas tradiciones” de la pereza intelectual local, que no hizo más que despreciar aristocráticamente todo lo que viene de norteamérica. Frente a los sentidos opuestos de estas reacciones F. Castel, R. Castel y A. Lovell, proponen profundizar en el análisis del modelo social y psiquiátrico “avanzado” de Estados Unidos para matizar las polaridades determinantes: “*admiración fascinada o desprecio aristocrático, imitación servil o etnocentrismo satisfecho, rendición sin condiciones o arrogancia intelectual.*” (CASTEL et. al, 1980, p. 6).

Para realizar el proyecto “*a la vez limitado y portador de una ambición muy precisa*” (como señalan los autores), que significa el análisis del modelo médico norteamericano; los autores comienzan sistematizando cuatro características específicas de éste, dándonos de esta manera algunas claves a tener en cuenta en toda la lectura:

- 1) *La diversidad de su organización*: resultante de la estructura descentralizada de distribución del poder en la sociedad norteamericana, se ha generado el despliegue demasiado heterogéneo de formas de relación entre las instituciones públicas federales, las instituciones públicas locales y los servicios privados. Todos estos han compuesto la política asistencial de manera muy propia a cada situación local, generándose distintas formas de gestionar la asistencia en un mismo territorio nacional. Como explican en el libro: “*El modelo federal sobre el que está construida la nación americana, hace que los Estados (states) no representen más que un estadio intermedio en el proceso de la centralización del poder*” (CASTEL et. al, 1980, p. 17). La jerarquía administrativa en norteamérica es la siguiente: la municipalidad (city o township), el condado (country), el Estado (state) y el gobierno federal (federal

government). Al parecer la decisión política de delegar a las instancias locales el poder central, representa una de las claves a tener en cuenta para leer el panorama político estadounidense. De hecho es una línea de separación esencial entre los dos partidos protagonistas de la escena política norteamericana: demócratas y republicanos. Todos estos elementos implican y modifican la gestión de la política asistencial en general, y la política psiquiátrica en particular. De esta manera, se entiende que las administraciones demócratas optan por opciones sobre la política pública de carácter universalistas y centralizadas, contra el valor de las especificidades locales que argumentan los republicanos.

- 2) *La pluralidad de sus servicios: “aparte de esta diversidad geográfica, la medicina mental norteamericana está marcada por la pluralidad de servicios que dispensa”* (CASTEL et. al, 1980, p. 8). En Estados Unidos uno puede encontrar una institución psiquiátrica que funciona según las más represivas normas del siglo XIX y, a su lado (e incluso dentro de una misma institución), una experiencia sorprendente por su liberalismo. De modo que coexisten distintos servicios pertenecientes a la salud mental “más tradicional” junto a los más “vanguardistas”.
- 3) *La complementariedad de sus realizaciones: la salud mental norteamericana funciona a través de una serie de “respuestas simultáneamente posibles” en donde el manicomio no es en absoluto un elemento “superado” del paisaje psiquiátrico disponible. Las innovaciones en la salud mental no se devoran a las formaciones más “arcaicas” generando su olvido; sino que, por el contrario, conviven y se complementan: “[...] más que a una constante renovación de las situaciones por las más recientes innovaciones, a lo que asistimos es a una ampliación del abanico de respuestas, a la vez encajonadas las unas dentro de las otras según su orden de aparición y estrictamente contemporáneas en su actual articulación.”* (CASTEL et. al, 1980, p. 8).
- 4) *La sistemática de su funcionamiento de conjunto: al delimitarse nuevos “problemas psicológicos” y crearse nuevas respuestas competentes, se amplía el conjunto de poblaciones que recurren y/o demandan tal o cual servicio; extendiéndose la salud mental a la sociedad en general. Toda la relación entre lo “normal” y lo “patológico” se modifica: “Poblaciones que no tenían lugar en otras partes (ni lo suficientemente perturbadas o socialmente desamparadas como para necesitar un hospital psiquiátrico, ni tan ricas como para entrar en el psicoanálisis ni tan integradas como para elegir un «grupo de encuentro» privado) quedan prendidas ahora en ese nuevo*

elemento del dispositivo.” (CASTEL et. al, 1980, p. 9). Al hacerse cada día más amplia la gama institucional disponible: “*más grandes son las posibilidades de que cada problema detectado como socialmente preocupante corresponda otros concreto «tipo de asistencia» que capte un público nuevo*” (CASTEL et. al, 1980, p. 9). De esta manera, veremos la pluralidad y diversidad de servicios, técnicas, profesionales, instituciones, poblaciones, territorios geográficos, etc. dispuestos sobre la sociedad norteamericana, que adquieren carácter de unidad en su funcionamiento retroalimentándose de cada eslabón de la cadena.

Estas cuatro hipótesis principales que acabo de describir van a ser expandidas durante el transcurso de todo el libro. En lo siguiente, voy a descomponer el libro en tres partes que proponen los autores:

- Primera parte: **UNA RESISTIBLE ASCENSIÓN** (capítulos: I, II y III).
- Segunda parte: **UN SUEÑO AMERICANO** (capítulos: IV y V).
- Tercera parte: **PSICOAMÉRICA** (capítulos VI, VII y VIII).

I. Una resistible ascensión

En el transcurso de esta primera parte podremos leer un resumen panorámico de la historia de la psiquiatría norteamericana. Para realizar el recorrido histórico, los autores delimitan tres etapas en el desarrollo del modelo psiquiátrico estadounidense: 1) “El triunfo de lo peor”: de principios del siglo XIX a principios del XX; 2) “La era progresista”: desde principios del siglo XX a mediados del mismo; 3) “La tercera revolución psiquiátrica”: estimativamente, desde finales de la primer mitad del siglo XX a la actualidad del libro (principios de la década del 80). La primer etapa se relaciona con la revolución psiquiátrica de Philippe Pinel, la segunda con la revolución psiquiátrica de Sigmound Freud y la tercera que acá se propone, si bien fue impulsada por importantes profesionales y pensadores, no tiene primer nombre (quizá porque un gran número de profesionales, estudiantes e intelectuales se lanzó precipitadamente a querer ser los/as referentes de la nueva revolución psiquiátrica, y terminaron modificando el modelo psiquiátrico norteamericano sin destacar individualmente, sino de manera masomenos dispersa).

“El triunfo de lo peor”:

Durante el transcurso de la primera etapa se asiste al despliegue sobre el territorio norteamericano de instituciones asilares para el tratamiento de enfermedades mentales y control sobre la figura del “alienado”. Para 1820, el Estado de Virginia era el único que poseía su asilo público para alienados. Existían, sin embargo, concentrados en las grandes ciudades de la costa Este, algunos establecimientos privados especialmente creados para el tratamiento de los alienados. Comienzan luchas políticas y legales que impulsan la creación de más instituciones asilares; por ejemplo, destaca la filantropía de Dorothy Dix que mediante sus actividades caritativas describe con horror la situación de cientos de alienados amontonados dentro de cárceles y “almshouses” (casas de caridad), junto con reclusos, delincuentes, niños abandonados, enfermos, huérfanos, vagabundos e indigentes. Dix (como referente de un movimiento más amplio) ve necesaria la creación de instituciones específicas que alojen y curen al alienado. Progresivamente se va desplegando sobre el territorio nacional una estructura de hospitales mentales estatales y pequeños establecimientos privados especialmente dedicados a los alienados, ambos con sus profesionales competentes que también se organizan en asociaciones de carácter corporativo.

Ya en 1860, veintiocho Estados de los treinta y tres que conforman la Unión, poseen al menos un asilo de alienados; y asociaciones como la “American Psychiatric Association” reúnen cientos de miembros, constituyéndose ya desde mediados del siglo XIX el llamado “establishment psiquiátrico”. A su vez queda establecida una red institucional psiquiátrica lo suficientemente grande como para tener el peso suficiente de condicionar la organización política de la asistencia en general, y lo suficientemente escasa como para dejar fuera de sus servicios a miles de personas que demandan servicios psiquiátricos. A pesar de que algunos historiadores llaman a esta etapa “la edad de oro del alienismo”, lo cierto es que la capacidad de camas por institución sigue siendo bastante reducida.

Lo destacable del proceso es, en realidad, el carácter singular que comienza a tomar la psiquiatría en su inserción en la gestión asistencial del modelo político norteamericano: la preeminencia de los poderes locales en la distribución del poder en Estados Unidos hace que el manicomio se separe dificultosamente de sistemas caritativos como las almshouses.

A principios del siglo XIX, la fórmula de las almshouses, es decir el encierro de indigentes e individuos incapaces de subvenir a sus necesidades, no era para nada considerado un arcaísmo. Por el contrario, estas instituciones satisfacían las dos características principales del modelo asistencial norteamericano: su moralismo y la preeminencia de los poderes locales. Su moralismo, en el sentido de una sociedad donde “el

trabajo es tan bien considerado y bien pagado y en donde los medios de subsistencia son tan fáciles de obtener y tan poco costosos”, la pobreza no existe ni debe existir. Si existen pobres sólo puede ser por culpa de ellos mismos y sus costumbres asociadas al vicio, el ocio y el vagabundeo. La gran masa de pobres que existía en ese contexto histórico, y que era cada vez más numerosa, representaba una paradoja dentro de los ideales de la sociedad liberal norteamericana; mediante la ayuda se segrega y estigmatiza al indigente que la recibe. Pero, por otro lado, las almshouses aseguraban el control de la comunidad sobre la distribución de las ayudas; si el Estado asume la tarea de dar respuesta a la miseria y la mendicidad, entonces reconoce su exigencia de proveer ayuda fundamentada sobre el derecho a la asistencia. Las poblaciones pueden exigir ese derecho al Estado generándole conflictos políticos y económicos. Esto es un riesgo que la caridad personal y voluntaria no corren, ya que sus servicios están más cerca de ser favores (interrumpibles cuando se lo requiera), que obligaciones legales. De esta manera: *“Individualizar los casos, atomizar a los pobres, multiplicar las instancias dispensadoras: la política norteamericana de asistencia se ha encarnizado en la negación de una condición de asistidos, que implicaría el franco reconocimiento de la pobreza como problema social y político en detrimento de su «tratamiento» psicologizante y moralizante [...] la calificación de enfermedad otorgada a la locura permitió una mayor elasticidad a esa carcasa moralizadora que inspiraba toda esa política. Tratándose de enfermos, no era el vicio o la indolencia lo que les hacía dependientes como en los demás casos de indigencia. Para colmo, el hecho de que fueran peligrosos o considerados como tales, hacía conveniente el que no se les dejara vagar por ahí”* (CASTEL et. al, 1980, p. 21).

Sin embargo, como adelantan los autores al principio, esta separación entre el manicomio y la asistencia local, es dificultosa. Todavía en 1937, y pese a las nuevas normativas que regulan tratamientos psiquiátricos en hospitales públicos (sólo presentes en algunos Estados), siguen presentándose numerosas denuncias sobre la presencia de alienados en cárceles, almshouses y colonias agrícolas.

Así como la preeminencia de los poderes locales fue determinando la relación entre la psiquiatría y el modelo asistencial, también lo hizo la exclusión del poder federal. La psiquiatría pública nunca pudo lograr ocupar una posición monopólica (ni siquiera independizarse) respecto de las influencias locales. Esto produjo situaciones políticas dispares a lo largo y ancho del país: *“En los Estados más conservadores los alienados se mantuvieron en circuitos más tradicionales y menos costos de asistencia y el sistema de hospitales de Estado se implantó mucho peor y más tardíamente”* (CASTEL et. al, 1980, p.

22). De manera que nunca existió una política universal que establezca criterios pares en el despliegue del sistema psiquiátrico asistencial norteamericano, los/as profesionales que ejercían en hospitales públicos quedaron (y quedan) a merced de los azares de las políticas locales, lo que permitió el surgimiento de numerosas denuncias sobre corrupción y falta de principios en la gestión de las instituciones públicas que se perdían en el “*torbellino de las luchas políticas*”.

En el transcurso de esta primera etapa se continúa impulsando la creación de hospitales psiquiátricos, mientras que cada vez es más evidente que éstos son ineficaces de “curar” las enfermedades mentales: “*La implantación de los establecimientos es cínicamente negociada por las autoridades políticas locales en función de las ventajas que ello puede procurar a la región*” (CASTEL et. al, 1980, p. 31). Recordemos que además de los beneficios políticos que puede proveer una estrategia demagógica de gestión de la asistencia psiquiátrica (encerrar a los alienados socialmente considerados peligrosos), los manicomios suelen formar una gran fuente de empleo regional que moviliza numerosos puestos de trabajo tanto profesionales como para-profesionales.

Para el modelo psiquiátrico europeo el manicomio *saca su fuerza de su capacidad para organizar un cierto número de elementos en apariencia heterogéneos en un conjunto coherente cuya articulación define una política global [...] La psiquiatría se aposentaba en el seno de los aparatos centralizados de poder; se convertía en una instancia pública, especializada en la gestión de la locura [...]*” (CASTEL et. al, 1980, p. 24). Situación que no ocurre en absoluto de manera similar en Estados Unidos, la psiquiatría queda atrapada en el juego complejo de una jerarquía de poderes diferentes, no posee más que una autonomía limitada en relación a las instancias locales. Al experimentar (la psiquiatría) estas dificultades para imponer su autonomía, se ha generado un clima médico y político que permitió muy pronto el desarrollo de *otros dispositivos que han situado a nuevos públicos dentro de la órbita del tutelaje psiquiátrico* (CASTEL et. al, 1980, p. 33). Esta compleja red de relaciones conflictivas y cómplices, comienza a moldear la configuración histórica de la organización psiquiátrica norteamericana.

“La era progresista”:

La relativa debilidad que adquirió el sistema psiquiátrico en Estados Unidos fue causante de que, muy rápidamente, se pusieran en marcha otros dispositivos que no extraen su sentido principal de la relación que mantienen con las formas manicomiales: “*Tales iniciativas van a inscribirse en primer lugar en unas estructuras institucionales débiles, poco*

o nada coordinadas entre ellas, pero que formarán por ello mismo una red difusa y envolvente.” (CASTEL et. al, 1980, p. 34). Los principales núcleos de innovación estarán por fuera del sistema hospitalario estatal y los encontraremos en ambos lados del abanico de las instituciones de la salud mental: tanto en prestigiosas escuelas de medicina, como en los sectores más marginales en relación a la profesión.

Durante esta segunda etapa asistimos al desarrollo de nuevas instituciones cada vez más “dinámicas”, con sus profesionales cada vez más dinámicos y sus técnicas cada vez más dinámicas. El alienismo ya venía sufriendo ataques de la neurología desde antes de principios del siglo XX, pero a los neurólogos (que no logran ser lo suficientemente convincentes debido al fracaso de sus propios estudios) se le suma ahora un aumento considerable del interés por las psicoterapias. Hipnotismo, sugestión, diversas formas de “consejo” y de “apoyo”; copan la escena “psi” del momento, incluso antes de la llegada de Freud y el psicoanálisis a norteamérica. Se funda entonces un nuevo tipo de instituciones gracias a las cuales un considerable número de enfermos mentales serán tratados por fuera del manicomio. Incluso antes y durante principios del siglo XX, *nos encontramos lejos de una hegemonía práctica y teórica del alienismo sobre el dominio de la psicopatología* (CASTEL et. al, 1980, p. 37). En estas nuevas instituciones investigaban e intervenían profesionales con un perfil “más dinámico”; no alienistas, sino personajes como, por ejemplo, Adolphe Meyer: una persona que no lo inventó todo, pero estuvo en todo (en términos de los autores). Profesionales que cuentan con la dinamicidad suficiente para no estancarse en una sola tecnología de interpretación y acción sobre las enfermedades mentales, gente preparada para ser un poco psicoanalista, un poco trabajador social, un poco higienista, un poco psiquiatra; *“una nueva figura portadora de un rico porvenir”* (CASTEL et. al, 1980, p. 38).

a) “El diluvio psicoanalítico”: con la llegada de Freud en 1909 a Estados Unidos, la medicina psiquiátrica encuentra una solución (o al menos una respuesta) a su crisis interna, esto junto con la relación por demás exitosa que tuvo el psicoanálisis en la sociedad norteamericana, hace que pronto comience a caer torrencialmente sobre tierra yankee el llamado “diluvio psicoanalítico”: *“[...] como dijimos, el alienismo está desacreditado, la neurología perdiendo puestos, y varios modelos de inspiración psicoterapéutica más o menos serios están compitiendo por su sucesión. Pero ninguno ofrece un esquema conjunto para integrar unas preocupaciones que llevan a la vez al adulto y al niño, al individuo y a la familia, al alma y al sexo. Ninguno tiene a la vez la seriedad de la garantía médica y la apertura a las complicaciones más nuevas y más completas”* (CASTEL et. al, 1980, p. 39).

El psicoanálisis viene a cubrir esos baches, y los jóvenes estudiantes de psiquiatría van a tomar el modelo psicoanalítico para “nutrir” sus interpretaciones venidas a menos.

“*Pero más que una respuesta a una crisis de la medicina, el psicoanálisis es una respuesta a las costumbres americanas*” (CASTEL et. al, 1980, p. 41): la rigidez moral de los inicios de la república, asociada al ascetismo de la religión cristiana, habían censurado ciertos ámbitos de la vida personal. El psicoanálisis en sus cuestionamientos a la sexualidad, el deseo, la culpa, etc.; está llamado a *remediar la ineptitud para esperar en el trabajo unos resultados en relación a los esfuerzos desplegados, la insatisfacción en las relaciones personales y el sentimiento a no poder agarrarse a las realidades de la vida* (CASTEL et. al, 1980, p. 41). La nueva doctrina psicoanalítica impone una lectura unilateral (y en términos posibles de manipular únicamente por una élite intelectual) de los acontecimientos políticos y sociales, incluso grandes personajes políticos y mediáticos son “psicoanalizados” en importantes medios de comunicación. El psicoanálisis fue progresivamente depositándose en el tejido social norteamericano *trayendo consigo unas tramas de interpretación y unos modelos manipulatorios que desplazaron el centro de gravedad de las intervenciones tradicionalmente vinculadas a la medicina mental* (CASTEL et. al, 1980, p. 41). El psicoanálisis se asienta en la medicina y en la sociedad misma como: nueva tecnología de la relación, dominante.

b) “El Movimiento de higiene mental”: acá es relevante la figura de Clifford Beers, un antiguo “psiquiatrizado” que denuncia fervorosamente la inhumanidad de los tratamientos psiquiátricos, llamando a lazar un gran movimiento popular en favor de los enfermos mentales. Clifford pone el acento en evitar en lo posible el paso por el hospital, argumenta que la clave está en una política fuerte de educación del público y de desarrollo de formas de intervención menos invalidantes. En principio esta línea de pensamiento no tiene ningún carácter público, asegura su supervivencia a través de la filantropía privada y por fundaciones como la Rockefeller. La primer guerra mundial da un fuerte impulso al movimiento; se crean unidades neuropsiquiátricas para seleccionar a los reclutas, para tratar trastornos psíquicos en el frente de batalla y para preparar la readaptación de los soldados perturbados en su regreso al hogar: “*Las «neurosis de guerra» constituyen un nuevo terreno de observaciones, que revela las relaciones entre los trastornos psíquicos y las condiciones concretas de existencia*” (CASTEL et. al, 1980, p. 43). En este contexto también se funda la primera escuela de “social work” (trabajo social), en el *Smith College* cerca de Boston; esta y más escuelas formarán centenares de especialistas psiquiátricos orientados hacia “lo social”. Finalizada la guerra, el movimiento de higiene mental acentúa su influencia en el sector clásico psiquiátrico y se

interesa especialmente por los problemas de la infancia, creándose las primeras instituciones en forma de dispensarios para niños, que devienen centros de detección más que de tratamiento.

Una de las claves conceptuales e interpretativas que deja en su desarrollo el movimiento, es el paso de una problemática de la “enfermedad” mental a una problemática de la “salud” mental: *“La conjunción de la higiene mental y el psicoanálisis produce un fenómeno decisivo: el desprendimiento de la medicina de la idea de enfermedad y su pretensión de tener que intervenir en los problemas de la salud”* (CASTEL et. al, 1980, p. 45). Dos consecuencias a esto son: dejan de ser válidos los intentos de encontrar “curas” a las “enfermedades” mentales, y se amplían los ámbitos de la vida cotidiana intervenibles desde la nueva “salud mental”; dado que el problema no está en la persona en sí sino en su entorno social donde hay que prevenir e informar. De esta manera se concibe la infancia como tiempo de la vida donde se originan, o pueden originarse, los problemas mentales, ésta es la etapa clave de la vida en la que debe prevenirse desde la salud mental; queda abierta la puerta a un proceso (que fue sucediendo con el paso del tiempo) de *“psiquiatrización de la infancia”*.

c) “La psicologización del trabajo social”: otra consecuencia de la conjunción higiene mental-psicoanálisis es *la difusión del trabajo social como profesionalización de las antiguas prácticas de asistencia, o, mejor dicho su reinterpretación en un sentido exclusivamente psicologizante* (CASTEL et. al, 1980, p. 48). No por casualidad los años del “diluvio psicológico” coinciden con el momento en que se profesionaliza el Trabajo Social en Norteamérica (antecedente, a su vez, pionero a escala mundial). Los autores describen una doble tendencia en la reinterpretación de los viejos modelos filantrópicos asociados a la caridad: hacia la profesionalización (como ya adelantamos) y hacia la politización. Profesionalización debido a que mientras la asistencia pública permanecía centrada principalmente en el sistema de *almshouses*, distintas asociaciones privadas de inspiración religiosa (como la Charity Organization Society), que gestionan la parte más importante de la asistencia domiciliaria, comienzan a reagruparse y racionalizar sus procedimientos de intervención. Es lo que los autores denominan una tendencia a la “caridad científica”, es decir, la investigación sobre nuevas técnicas de evaluar a los pobres. El *case work* o, como nosotros lo conocemos, Caso Social Individual; es la técnica por excelencia que corresponde a la exigencia de *no ayudar sin un examen previo y profundo [...] (donde) la atribución de las ayudas dependerá de una cuidadosa investigación del «caso» asistido* (CASTEL et. al, 1980, p. 48). La tan mencionada obra de Mary E. Richmond: *“Social Diagnosis”* (1917); sistematizará por escrito esta nueva tecnología de intervención asistencial. La apariencia

“científica” que adquiere la nueva caridad, permite que esta obtenga la legitimidad necesaria para que el Trabajo Social pueda consagrarse finalmente como profesión.

Por otro lado, existe una tendencia hacia la politización del Trabajo Social: *“paralelamente a esta profesionalización se pone de manifiesto una reacción contra la ideología moralizante de sus principios”* (CASTEL et. al, 1980, p. 49). En este sentido juega un rol importante en la historia del trabajo social el *Settlement Houses Movement*, que consiste en grupos de jóvenes de clase media, la mayoría estudiantes, instalados en barrios marginales, desarrollando una práctica de asistencia que ponía el acento en la lucha por la dignidad, las condiciones habitacionales, el autorreconocimiento de los derechos ciudadanos (aparecen los primeros pioneros/as en la militancia sobre los derechos de los negros y el movimiento feminista); en fin, una práctica de carácter más político-militante que se oponía a la tradición filantrópica de las visitadoras domiciliarias.

Tanto en una tendencia como en otra sucede que: *“el trabajo social, bamboleando entre interpretaciones generales «sociales» y juicios moralizantes sobre la psicología de los pobres, no disponía de una tecnología específica. La «psicología nueva» le va a conferir una, que recibirá de inmediato con entusiasta acogida. «El case work tenía fama de psicología humana operativa y no tenía para alimentarse más que las migajas de la psicología académica. Las doctrinas de la higiene mental y de la nueva psicología (el psicoanálisis) llegarán a punto para colmar una necesidad sentida desde hacía largo tiempo»¹⁶. La «deficiencia moral» se convierte así en «inadaptación psicológica» o «inestabilidad emocional»* (CASTEL et. al, 1980, p. 50). Desde ese momento el problema no estará en ayudar al parado a encontrar trabajo o en dispensar bienes materiales que intervienen materialmente ante la miseria, los/as trabajadores sociales ahora comenzarán a intentar dilucidar las razones psicológicas que han hecho caer en la miseria al cliente; y, de esta manera, la pobreza como problema social y político propiamente dicho continúa siendo inexistente: *“sólo hay pobres, es decir, individuos que llevan en sí mismos la razón última de su miseria. Desplazamiento de la antigua problemática moral y religiosa, pero en la misma línea. Se trata siempre de censurar a la víctima, es decir de imputar a aquél que está desposeído las razones que tiene para carecer de aquello de lo que es excluido.”* (CASTEL et. al, 1980, p. 52).

En síntesis, en esta segunda etapa en la historia de la salud mental norteamericana, asistimos al desarrollo de nuevas tecnologías de interpretación y manipulación de las

¹⁶ Los autores citan acá a Kathleen Woodrooffe, *“From charity to Social Work in England and USA”*, Londres, 1962 (es el título del Cap. VI).

relaciones humanas, de carácter más sutiles, más ligeras, menos costosas y susceptibles de infinitas aplicaciones; que se oponen aparentemente a aquellas más “duras” y “antiguas” que representadas en el orden manicomial. Como adelantamos al principio, y profundizaremos más adelante: el manicomio nunca fue “superado”, pudo complementarse perfectamente con esta rama “blanda” de la salud mental.

Por último, los autores argumentan que este proceso va de la mano con una nueva forma de instrumentalizar la vida humana misma, el modelo *taylorista* de producción aplicado a la sociedad misma. El taylorismo representa el punto extremo, y también ideal, de esta tendencia: *“la misma temporalidad humana se identifica con lo que ella puede significar y valer en la lógica de la productividad”* (CASTEL et. al, 1980, p. 57). En estas nuevas tecnologías más sutiles, sectores de la sociedad que antes no eran alcanzados por la psiquiatría van a poder acceder a un proceso psicoterapéutico cuando lo demanden, o mismo la psicoprevención los va a ir a buscar a sus medios sociales para descubrir las razones de su propio fracaso asociado a la falta de producción, corriendo del foco los reales problemas sociales y políticos.

“La tercera revolución psiquiátrica”:

A esta etapa podríamos situarla, más precisamente, después de la segunda guerra mundial (1945), con un período de fuertes cambios durante los años sesentas en la gestión demócrata del presidente Kennedy. Lo novedoso de este período es un cambio en la condición de exclusión del alienado: se ha hecho de él un enfermo con todas sus consecuencias, tratado en y por la comunidad. En sintonía con las reformas generadas por el movimiento médico higienista de la etapa pasada, ahora *«el trabajador de la salud»* ha dejado de esperar que acudan a él unos sujetos que no tienen a donde ir. *Está instalado en el corazón de la comunidad y dignifica otras instituciones en las que ocupa funciones de consejero, seleccionador, orientador, etc.* (CASTEL et. al, 1980, p. 61).

Los hechos atroces de la segunda guerra y las consecuencias psico-sociales que ésta deja, provocan el desarrollo de una nueva corriente psiquiátrica más humanista, la cual se reconoce en un nuevo rol político. El presidente Kennedy fomenta desde su gestión presidencial el desarrollo de actividades de este tipo; por ejemplo, propone un programa nacional de salud mental que inaugura un enfoque completamente nuevo en los cuidados al enfermo mental, cuidados asociados principalmente a una amplia gama de prácticas comunitarias: *“A partir de 1963 la noción de centro comunitario de salud mental (Community Mental Health Center) queda netamente delimitada y situada en el centro del*

dispositivo. Un CMHC debe proporcionar como mínimo cinco tipo de servicios: servicios de hospitalización, servicios de tratamiento ambulatorio, servicios de urgencia, servicios de hospitalización parcial y servicios de consejo a otros organismos sociales y de educación de la población” (CASTEL et. al, 1980, p. 68).

Junto con esta resignificación de la psiquiatría, también la asistencia en general vira en sentido de una nueva estrategia federal, en 1964 el presidente Lyndon B. Johnson (sucesor demócrata de Kennedy), durante uno de sus discursos en 1964, proclama la “war on poverty” (guerra a la pobreza): la pobreza deja de ser considerada como una “supervivencia mental” para pasar a ser un *reto social fundamental cuyos peligros hay que conjurar* (CASTEL et. al:1980). Hay una doble preocupación en la administración pública demócrata: una económica, ayudar a las poblaciones excluidas de los beneficios de la sociedad norteamericana (incluir nuevos sujetos al mercado de consumo del cual habían sido excluidos); y otra sociopolítica, existen sectores poblacionales que no tienen razón alguna de compartir sus valores (quien no tiene nada que perder resulta más peligroso para el orden existente). El medio para llevar a cabo esta política de asistencia es movilizar un nuevo tipo de profesionales y/o de voluntarios que se organizan y crean nuevas instituciones en el seno de los sectores a controlar. En ellas *la meta es obtener la participación de la comunidad misma apoyándose en los líderes de las minorías para desbloquear la situación y canalizar su activismo en el sentido de las reformas previstas* (CASTEL et. al, 1980, p. 78).

Los *Community Mental Health Center* forman parte de este nuevo tipo de instituciones; las tareas allí (con clara influencia del higienismo) están pensadas de cara a la prevención primaria: “*la acción de modificar los factores que hacen patológica o patógena a una comunidad*” (CASTEL et. al, 1980, p. 80). De esta manera la figura del psiquiatra adquiere una personalidad realmente política, en el sentido pleno de la palabra: “*debe ejercer una función de control del entorno que el hombre ha creado.*” (CASTEL et. al, 1980, p. 80)¹⁷. La política social entera de los años sesenta se nutre de la ambigüedad generada por una postura profesional y una militante:

“Esta es la ideología subyacente bajo la «psiquiatría comunitaria». Los profesionales que en ella se han comprometido militaban por una causa que no sólo era la de procurar los cuidados médicos a aquellos que carecían de ellos. Sin duda era cuestión de romper con el aislamiento del hospital psiquiátrico y también con la estrecha

¹⁷ Esta frase es citada en el libro y corresponde a: Leonard J. Duhl, “*The Urban Condition*”, Nueva York, 1963, pág. 73.

especificidad de los esquemas médicos o asistenciales tradicionales, con el fin de ofrecer nuevos servicios en el mismo lugar de emergencia de los trastornos psíquicos o sociales; ayudar a los más desgraciados y a veces incluso aliarse con ellos contra las más viejas burocracias municipales defensoras del statu quo; apoyarse en la voluntad reformadora de Washington para remover ciertas estructuras locales. Pero también cuestión de ayudar a canalizar las manifestaciones más explosivas de la revuelta [...] Algunos psiquiatras se sentirán tentados de cambiar de bando y trocar la competencia técnica por activismo militante.” (CASTEL et. al, 1980, p. 81).

A este movimiento hacia la psiquiatría comunitaria (o de sector en algunos países) los autores deciden llamarlo: “*el evangelismo psiquiátrico*”. Jugando con el término bíblico relacionado a “llevar el buen mensaje”: los psiquiatras de la época vendrían a cumplir el rol de “mensajeros” del “buen mensaje” que dios (la nueva administración federal-demócrata) manda a su pueblo.

La psiquiatría comunitaria será expandida en los capítulos siguientes, pero la primera parte del libro culmina con la pregunta de si la transformación de las antiguas instituciones, la implantación de nuevos centros comunitarios y los cambios en el estatuto del enfermo mental en la sociedad norteamericana contemporánea: ¿pueden interpretarse como la aplicación de una utopía reformadora?

II. Un sueño americano

La segunda parte del libro estará dedicada a realizar una desmentida de la idea de “superación” del manicomio en la sociedad norteamericana.

Como habíamos visto en la parte anterior, el modelo manicomial no había logrado imponerse en la red de instituciones y servicios mentales de la sociedad norteamericana. Su relativa debilidad, sumada a las críticas que comienza a recibir desde el mundo intelectual (Erving Goffman como uno de sus referentes) y de la militancia social (el ya mencionado Clifford Beers como referente), más la llegada del psicoanálisis y el desarrollo de nuevas tecnologías “sustitutivas” del orden manicomial; produjeron la idea de que los manicomios (lugares donde reinaba la psiquiatría como profesión específica) habían sido ya “superados”, es decir: ya estaban atrás en el tiempo producto de su propia ineficacia: “*En los Estados Unidos el manicomio ha muerto o, al menos, es necesario su fallecimiento; la comunidad se mostrará capaz de responsabilizarse del enfermo mental y de todos los desviados en sus propios medios de vida*” (CASTEL et. al, 1980, p. 86).

F. Castel, R. Castel y A. Lovell; intentarán: por un lado, desmentir esta idea excesiva en lo que afirma, y, por otro, demostrar que por el contrario, las nuevas tecnologías aparentemente “sustitutivas” del manicomio solamente lo harán “aggiornarse” a los contextos actuales para dar lugar a un “nuevo orden manicomial” que convive perfectamente con el conjunto de servicios de la salud mental considerados más “sutiles” y “humanos”. Además, se van a encargar de expandir la siguiente pregunta: siguiendo la tendencia de una supuesta superación del manicomio en la que cada vez menos población es asistida por estas instituciones, ¿bajo qué tipo de presiones se disminuye el número de internados, a qué precio financiero y humano, y con qué resultados concretos para los pacientes “liberados”?.

Mientras que en 1955 había 558000 internados en hospitales psiquiátricos de los Estados Unidos, en 1975 esa cifra se redujo a 193000. Es decir que en 20 años se reduce alrededor de un 65% la población de internados, estamos hablando de un movimiento considerablemente grande de personas y recursos. En 1966 cuando los *Community Mental Health Center* (CMHC) comienzan a operativizarse, ya se ha reducido la población de los hospitales estatales en un 20%. Cabe, mínimamente, preguntarse de dónde surge el interés político para realizar semejantes movimientos. Para los autores el trasfondo de esta operación es muy claro:

“Las nuevas filosofías del tratamiento y su financiación con fondos federales o estatales sirvieron sobre todo de cobertura a una operación cuyos motivos reales eran políticos y económicos.

Los datos del problema están claros: un paciente hospitalizado en un hospital público costaba al Estado una media de 20 dólares al día. Cantidad que venía a aumentar los impuestos locales, que tan impopulares hacían a los electos. Este mismo paciente seguido por un CMHC o por cualquier estructura extrahospitalaria, cuesta mucho más barato.” (CASTEL et. al, 1980, p. 93).

Tengamos en cuenta dos cuestiones: en el inicio de 1967, Ronald Reagan (notable conservador, futuro presidente impulsor a nivel mundial de la oleada neoliberal de los años 80-90) es electo gobernador de un importante Estado para norteamérica, como es California. Desde allí, Reagan toma una estrategia política orientada a la reducción del presupuesto de los hospitales psiquiátricos: en primer lugar, disminuye las admisiones a través de una táctica llamada “county-bounty” (botín del condado), los administradores locales (condados o municipios) reciben subvenciones suplementarias por la simple razón de no hospitalizar

pacientes, independientemente de la indicación terapéutica recomendada. Por otro lado complejiza los procedimientos previos a la hospitalización, hace que los directores de psiquiátricos pongan condiciones más rígidas a los exámenes previos a realizar ingresos, y complejiza los procedimientos que permiten la retención involuntaria de los pacientes por más de 72 horas.

En segundo término, en 1969 termina la administración demócrata, y asume el republicano Richard Nixon. Fiel a su tradición localista republicana no impide que el ejemplo (extremo) de California sea replicado en numerosos Estados.

De esta manera se produce un “vaciado” del manicomio que los autores califican de arbitrario, autoritario, anárquico e inhumano. La política “antipsiquiátrica”, así planteada, no es necesariamente “de izquierda” sino, también y al mismo tiempo, una estrategia de reducción del Estado por “derecha”. La situación alcanzada en el ejemplo de California, es la de *millares de expacientes, previamente cronificados por el manicomio, expulsados a una vida exterior intolerable*. (CASTEL et. al, 1980, p. 97). El Estado aporta respuestas mínimas a estas poblaciones ahora aisladas y sin ayudas; hoteles y alojamientos en pésimas condiciones sanitarias y habitacionales sin ningún otro tipo de soporte material o institucional.

Pero es más llamativo que pese a la tendencia al vaciamiento de los hospitales psiquiátricos, dentro de esta dispersa trama institucional privado-pública, los psiquiátricos públicos, cuantitativamente, siguen siendo la piedra clave de los servicios hospitalarios. Por ejemplo: incluso reducida, en 1974 la hospitalización psiquiátrica albergaba más de los dos tercios de las camas hospitalarias, ocupaba más de la mitad del conjunto del personal de la salud mental y más de la mitad del presupuesto hospitalario. “¿Cuáles son, pues, las funciones que asume hoy en día y que dan cuenta de su supervivencia? ¿En qué es todavía irremplazable?” (CASTEL et. al, 1980, p. 110).

Esto se debe a distintas variantes, en principio el hospital estatal sigue siendo clave en el rol de vigilancia de los crónicos, aquellos que no pudieron ser echados durante el “vaciado”, en su mayoría hombres o mujeres *de más de más de cincuenta años, soltero, viudo o divorciado, con un tiempo de hospitalización al menos de cinco años, extraído de un medio socioeconómico desfavorable, sin recursos y cuyos derechos a las distintas ayudas sociales han sido insuficientes para que una institución privada los considerara rentables (o bien su comportamiento está demasiado perturbado para dichas instituciones), etiquetado de esquizofrénico a su ingreso (lo cual no quiere decir gran cosa, dada la inflación de este concepto en Estados Unidos), con un pasado de inadaptación social, pasivamente dependiente de la vida institucional del hospital y sin ningún vínculo con el exterior y roda*

posibilidad de recuperarlo (CASTEL et. al, 1980, p. 110). Estos crónicos forman un “sedimento” que continúa imprimiendo carácter manicomial al conjunto de hospitales del Estado, en parte se espera a que muchos fallezcan, o en determinado punto sean derivados a otras instituciones (como geriátricos); pero, aún en un porcentaje reducido, continúan renovando la población del manicomio.

Más significativo en el sostenimiento del orden manicomial, es la incorporación de una población nueva que se suma a estos crónicos, haciendo más abultado el número de hospitalizados. Estos “nuevos crónicos” son sólo comparables a los anteriores en su origen socioeconómico (el hospital del Estado sigue reservado esencialmente para las clases desfavorecidas), pero ahora independientemente de su edad, sexo o causas de internamiento (superficialmente diagnosticadas en algunos casos). En términos patológicos son cada vez menos los crónicos seniles, esquizofrénicos y psicóticos; pero más los alcohólicos, toxicómanos, deprimidos, débiles y casos patológicos de infancia y adolescencia. La peligrosidad que estos representan insertos en el tejido social cotidiano refuerza la función del hospital del Estado en el “tratamiento” de los nuevos crónicos: *“Una parte de ellos llega en busca de refugio provisional contra la hostilidad del mundo exterior [...] otros son internados por ingreso forzoso [...] Una minoría no pequeña ingresa tras cometer un delito, y según diversos procedimientos: sujeto juzgado irresponsable a causa de la locura, [...] Por último, hay también sujetos trasladados de la cárcel durante el tiempo en que cumplen condena.”* (CASTEL et. al, 1980, p. 112).

A su vez, hacia dentro de las instituciones psiquiátricas, el ala modernista de las profesiones médicas despliega un conjunto de nuevas tecnologías de las relaciones que incluyen, lo que los autores llaman: la “psicoterapia institucional” (terapias de grupo y terapias por el medio, por la música, por la danza, el juego, psicodramas, etc.); en estas destacan el uso de la terapia conductual. Esta última: *“trata de conseguir la extinción de las conductas patológicas y el refuerzo de las conductas deseadas. Ya no se ambiciona tratar la personalidad global del sujeto enfermo, sino controlar sus síntomas por el viejo uso de las recompensas y los castigos, por otra parte rigurosamente planificado y aplicado con total buena conciencia científica. Si la terapia conductual es, sin duda, hoy en día el método de tratamiento más amplio y más diversamente utilizado en Estados Unidos, este encuentra una aplicación específica en el marco de una institución cerrada como el hospital psiquiátrico.”* (CASTEL et. al, 1980, p. 117).

Con este “lavado de cara” (nuevas poblaciones específicas incluidas y nuevas técnicas más progresistas incorporadas), el orden manicomial continúa siendo la pieza mayor del

dispositivo psiquiátrico para unas poblaciones muy determinadas, formando parte de un abanico de instituciones en donde cada establecimiento tiene su lugar, su especificidad, su clientela, su modo de intervención, su historia.

El primer capítulo de esta segunda parte (cuarto capítulo del libro) concluye haciendo un breve repaso de las distintas instituciones públicas y privadas que conforman el nuevo abanico de establecimientos dedicados al tratamiento de la salud mental norteamericana. No me interesa profundizar en ese pequeño apartado porque de alguna manera las hemos ido nombrando en lo que va de la ficha, o son demasiado específicas para el caso yankee; como, por ejemplo, las instituciones psiquiátricas para la Veteran Admissions (para ex combatientes de la Segunda Guerra Mundial y la guerra de Vietnam). Sí, me interesa dejar citado el notable párrafo que concluye el capítulo y que sirve a modo de síntesis:

“La nueva racionalidad es la de la economía: el hospital psiquiátrico era caro, incluso para asegurar unas condiciones de vida miserables a sus más desheredados usuarios. Es también la de la administración: esos grandes pabellones superpoblados eran ingobernables. Y también la de la ciencia médica: ¿cómo curar en tales condiciones? Por último, la de la filantropía: la noción reciente de «derecho al tratamiento» fue arrancada a los intereses egoístas y a las rutinas por una crítica de inspiración humanista y progresista. Cuádruple principio de una modernización cuyos efectos son cómplices y que, como dicen los tecnócratas, pone fin a los «disfuncionamientos» y colma los «retrasos». Sobre esas bases racionalizadas y con todas las garantías posibles, el manicomio de finales del siglo XX parte hacia una nueva historia en la que no se ve a priori por qué razones debería ser más corta que la de su homólogo del siglo XIX, hoy en día desacreditado.” (CASTEL et. al, 1980, p. 125).

Ahora resta preguntarse qué sucedió con los CMHC y la psiquiatría comunitaria que no pudieron ser consecuentes con la revolución de la salud mental que ambicionaban. Un factor importante ya mencionado, es el fin de la gestión demócrata de Kennedy y luego Lyndon, por la republicana de Nixon. Si bien es cierto que en este cambio se recortaron fondos en principios destinados a fortalecer la estructura comunitaria, los autores profundizan en el análisis del “fracaso” comunitario (también esta idea de rotundo fracaso va a ser desmentida).

En primer lugar destacan el “peso del profesionalismo”, antagónico al peso que pudieron ejercer los representantes de la colectividad. Los actores comunitarios, en un principio, observan el despliegue de “innovaciones sin cambio”; para ellos los CMHC

representan una estructura nueva y más eficaz para la distribución de los “mismos viejos servicios”, lo que ya provoca un desilusionamiento en aquellos que esperaban un cambio radical. A nivel de la aplicación concreta de los CMHC el peso de las costumbres forzó la voluntad innovadora, el desarrollo de una nueva salud mental apoyada en el trato comunitario era, para muchos profesionales, un salto a lo desconocido al que muchos renunciaron de entrada a tirarse bruscamente. Las prácticas comunitarias de los psiquiatras involucraban transformarse en superespecialistas de la economía, de la legislación del urbanismo, de la educación, de la sociología, o, a funcionar *con un papel indefinido, respondiendo a las necesidades indefinidas de una clientela indefinida* (CASTEL et. al, 1980, p. 136). Lo mejor para muchos fue aferrarse a lo conocido; otros tienden a *no realizar más que el mínimo estricto de servicios obligatorios para obtener subsidios federales y a no hacer funcionar realmente más que aquellos que mejor sirvan a sus intereses financieros o a su prestigio personal* (CASTEL et. al, 1980, p. 136). Los CMHC comienzan no funcionando de un modo demasiado distinto al del servicio hospitalario ordinario.

Aún donde el peso del profesionalismo no se impone en la dirección de los CMHC, la relación entre los grupos profesionales y los grupos representantes de la comunidad no resulta de lo más idílica, por el contrario es sumamente conflictiva y no muy democrática. En algunos casos, los representantes de la comunidad rechazan la implantación de servicios considerados poco adecuados o peligrosos, otros con agrupaciones dinámicas de usuarios llegan a imponerse con mejores servicios frente a profesionales recalcitrantes, en otros se forman pactos cómplices entre ambos grupos que se imponen con cierto paternalismo sobre los habitantes de la comunidad. Las aplicaciones de estos modelos comunitarios dan resultados demasiado diversos respondiendo a las especificidades de cada Estado. Los autores describen algunos de los casos específicos de cada Estado, más o menos eficaces, más o menos conflictivos: la desestimación del modelo comunitario responde principalmente a hechos cuantitativos (estadísticamente no ha podido sustituir al manicomio), en cuanto a su calidad (y no cuantía) el movimiento de los CMHC ha producido unas transformaciones del paisaje psiquiátrico norteamericano *sin duda menos fundamentales de lo que pretendían sus promotores, pero esenciales* (CASTEL et. al, 1980, p. 163):

1) Para bien o para mal, se instala un nuevo armazón de servicios públicos de la salud mental entre el viejo bastión manicomial y las prácticas psiquiátricas privadas, ubicando lo más cercano a la vida social cotidiana, movilizándose importantes recursos desde el poder federal y la psiquiatría pública.

2) Nuevamente para bien o para mal, una parte considerable de estos servicios son destinados a una nueva población (generalmente de sectores menos desfavorecidos) que difiere de la del hospital psiquiátrico. Se crean nuevas categorías de usuarios que de otra manera no habrían sido asistidos/beneficiados sin la existencia de este tipo de servicios comunitarios.

3) Entre crisis y rupturas, la profesión psiquiátrica ha tenido que modificarse de la *bella unanimidad de una profesión segura de su vocación terapéutica -o dividida tan sólo respecto de sus opciones técnicas o teóricas- ha quedado destrozada* (CASTEL et. al, 1980, p. 164). Aparecen nuevos perfiles profesionales que asumen un carácter fuertemente comprometido políticamente. Si bien los CMHC han reproducido, en varios casos, el funcionamiento de los servicios tradicionales psiquiátricos, en muchos otros han surgido condiciones inéditas de la práctica en la comunidad que condujeron a enriquecer el complejo de técnicas del cual disponen los especialistas de la salud mental.

4) Existe una mirada ambigua sobre lo que ha ido dejando el movimiento de la psiquiatría comunitaria en su desarrollo, los autores sintetizan muy bien esta idea en el final de esta segunda parte:

“las más recientes (al año del libro, 1979-1980) peripecias de la aplicación de la «política de sector» sugieren que la ambición de los años sesenta de construir un nuevo servicio psiquiátrico público, a disposición de todos, se diluye en un dispositivo más complejo, a cuya constitución son llamados a colaborar la medicina general, otras administraciones y el sector privado. Sin embargo, estas transformaciones no marcan un retroceso de las estrategias de implantación de nuevas modalidades de asistencia y de tutelaje, sino al contrario: los servicios que funcionen «con psicología» se multiplican y diversifican. Por lo tanto, el desarrollo de una psiquiatría pública no es ciertamente la vía exhaustiva y, sin duda alguna, tampoco es ya la vía real de la expansión de los procedimientos modernos de asistencia, de control, de vigilancia y de normalización. Hay que saber reconocer, sin embargo, el esfuerzo de esta empresa hasta incluso bajo sus más inéditas formas que hoy en día va adquiriendo.” (CASTEL et. al, 1980, p. 164).

III. Psicoamérica

Hasta ahora el libro ha recorrido las vías “clásicas” donde circula y aplica la salud mental (y su “ciencia” calificada como específica: la psiquiatría), es decir: aquellas referidas al campo médico con sus actores e instituciones intervinientes. Pero las fronteras de este campo han sido siempre frágiles (y más aún para el caso norteamericano), estas suponen una

división clara entre aquellos que dependen de la psiquiatría porque están “enfermos” y los “normales”. Dicotomía que quizá pudo ser severa hasta el siglo XIX, pero que en el transcurso de la historia comenzó a difuminarse cada vez más. Esta creciente confusión entre lo normal y lo patológico *trajo consigo una expansión de los dominios de aplicación de la medicina mental* (CASTEL et. al, 1980, p. 167); en el transcurso de esta tercera y última parte, los autores indagarán en estas otras vías de expansión y aplicación de la salud mental que exceden los dominios “clásicos” ya desarrollados previamente. Para el modelo norteamericano existen cuatro líneas fundamentales de difusión:

- 1) *La higiene mental y el desarrollo de la psiquiatría comunitaria* (ya visto en los capítulos previos: II, III, IV y V): en su avanzada hacia lo social estos movimientos provocaron un aligeramiento en las categorías nosográficas y en la “dureza” de las prácticas psiquiátricas, pero el objetivo continuó siendo: “*la lucha contra las enfermedades mentales, incluso cuando se intenta prevenir para no tener que curar*” (CASTEL et. al, 1980, p. 168). El principio de expansión de la psiquiatría descansa aquí sobre la convicción de que: “*siempre hay más enfermos que curar, o enfermedades que prevenir, y que es necesario ir a buscar los gérmenes patógenos allí donde están, en la vida social*” (CASTEL et. al, 1980, p. 168).
- 2) *El sistema de justicia penal* (cap. VI): la percepción del delito y del delincuente siempre ha pivotado entre un polo legal y uno médico, tendencia agravada con la aparición de categorías nuevas como el alcoholismo, la toxicomanía, la niñez problemática, etc.; por otra parte, incluso cuando el delincuente es atrapado por el aparato represivo, el modelo del tratamiento tiende a sustituir al modelo de la sanción judicial. Por ejemplo: frecuentemente los reclusos son derivados a instituciones psiquiátricas para determinar el “grado de conciencia” que poseían al delinquir y en caso de declarada “insanidad” continúan el plazo de “condena” en estas instituciones.
- 3) *Resistencia a las instituciones psiquiátricas oficiales* (cap. VII): es paradójico, pero la hipótesis a la que darán argumento los autores consiste en que los movimientos declarados en total ruptura con las organizaciones oficiales de la psiquiatría, han añadido un nuevo eslabón a la cadena de instituciones de la asistencia, desde la salud mental. Por ejemplo: el movimiento de la “contracultura” hizo surgir nuevos problemas ligados al uso de drogas entre jóvenes de las clases medias.
- 4) *El conjunto de la población que elige o cree elegir un tratamiento “terapéutico”* (cap. VIII): es la situación típica dada a través de la relación cliente-médico en el marco de la práctica “liberal”, como en la clínica clásica psiquiátrica o psicoanalítica pero con el

elemento nuevo de la extraordinaria proliferación de terapias “alternativas” que marcan el avance de los esquemas de intervención médico-psicológicos en la sociedad. Con esta última línea de expansión donde “*nuevos demandantes exhiben como síntoma un malestar vital, más que una patología caracterizada*” (CASTEL et. al, 1980, p. 169), se establece lo que los autores llaman la “*terapia para los normales*” y queda “*virtualmente cubierto todo el espacio social por las nuevas técnicas de manipulación psicológica*” (CASTEL et. al, 1980, p. 169).

Vamos continuar con las tres líneas de difusión que todavía no hemos desarrollado (2, 3 y 4 de la lista anterior):

El sistema de justicia penal:

El sistema de la justicia penal puede sintetizarse en el funcionamiento de tres instituciones principales: la policía (el aparato represivo), la justicia (el sistema procesal) y las cárceles (el sistema penitenciario-punitivo). Los autores analizan cómo en cada una de estas instituciones comienza a entrometerse cada vez más la medicalización, modificando sus modos de funcionamiento.

Para el caso de la policía: en los años sesenta de norteamérica los conflictos entre la policía y las minorías étnicas culminaron en grandes revueltas negras que presentaron un desafío a los modos de intervención policiales para el mantenimiento del orden público. El movimiento de la higiene mental (en expansión en la misma época) fue uno de los principales colaboradores para dar respuestas a estos desafíos. Recordemos que la higiene mental centra sus acciones en el seno del medio social: la comunidad; y una de las instituciones públicas más cercanas a ésta (si no la más cercana) es, efectivamente, la policía. Esta es la única institución que convive las 24 horas del día, los 7 días de la semana, con la comunidad; es la principal receptora de demandas y a la que mayoritariamente se acude ante cualquier tipo de incidente, desde el más pequeño al más grave.

En esta conjunción higienismo-policía surgen formas de entrenamiento y trabajo elaboradas por psicólogos, psiquiatras y sociólogos; aplicadas al personal policial. Se utilizan instancias de *sensitivity training* (entrenamiento de sensibilidad) en cada comisaría central, para todos los agentes, los cursos consisten en programas de formación continua con el objetivo de *enseñar a los policías a analizar mejor la situación de los ghettos y a intervenir con más tacto para evitar o dispersar una revuelta en los primeros momentos* (CASTEL et. al, 1980, p. 171). Las técnicas de enseñanza recurren frecuentemente a los “juegos de roles”,

los policías interpretan a bandas del ghetto y se interpelean, insultan, forcejean, discuten; con el objetivo de “ponerse en el lugar del otro”. En otros programas llevan a los reclutas a incursiones en los ghettos para encontrarse con referentes étnicos y sociales, visitan familias y hasta comparten algunas situaciones de la cotidianidad como comidas. El policía es conducido a abandonar la figura del *pig* (cerdo), el clásico policía brutal y racista; y a asemejarse más a una especie de trabajador de la higiene mental. De hecho, en varias ciudades reciben una formación casi calcada de las que aplican a la psiquiatría preventiva.

Asistimos así a una colaboración directa entre el personal de la policía y el de los servicios médicos y psiquiátricos. Por ejemplo: psicólogos y trabajadores sociales cumplen guardias en comisarías conformando “equipos móviles” que, de esta manera, consiguen entrar en contacto con personas específicas y grupos poblacionales a los que no hubieran pensado recurrir espontáneamente sin la mediación policial. Además, tras haber reducido las crisis (en episodios de este tipo) el especialista de la salud mental puede iniciar un tratamiento que, aparentemente, tiene el máximo de eficacia en estas condiciones inmediatas post-crisis.

Por el lado de la justicia, producto de la penetración de las concepciones psiquiátricas, el sistema judicial adopta dos concepciones ya elaboradas desde el siglo XIX y revitalizadas por las prácticas del Movimiento de higiene mental y la psiquiatría comunitaria en los sesenta. Estas son: el modelo del tratamiento individualizado y el de la prevención. El modelo de tratamiento individualizado se constituye, sobre todo, a través de la asistencia a la infancia irregular; ya desde antes de finales del siglo XIX se intenta desmarcar a los jóvenes, de la justicia para adultos. La intención explícita era no estigmatizar al niño/a por una condena criminal reemplazando ésta, por unos procedimientos más discretos y humanos establecidos en relación directa con el/ella. Precisamente por ello, era la vida entera del joven delincuente la que se sometía a una investigación individualizada: *“De la sanción de una infracción objetiva en relación a la ley, el acento se desplaza al control de la conducta cotidiana, de la reputación, de los motivos del sujeto, incluso si no ha cometido efectivamente delito. Así, todo un conjunto de actividades se encuentra bajo control y se convierte en objeto de sanciones difusas: la licencia sexual, la ebriedad, la frecuentación de salas de baile, el vagabundeo callejero...”* (CASTEL et. al, 1980, p. 173).

Es lo que los autores llaman el paso de una penología punitiva a una penología preventiva: a partir del siglo XIX el juez se apropia de la mirada del médico y del educador, incluso su lenguaje está lleno de metáforas médicas o psicológicas. Estas transformaciones psicologizantes, al principio actualizadas por la justicia para niños, hoy en día han transformado completamente el sistema de la justicia penal en general; haciendo que las zonas

fronterizas entre la patología y la criminalidad se confundan cada vez en mayor intensidad. Así también, las sentencias impartidas por los jueces incluyen elementos psicológicos que subjetivizan al delincuente; pero que, por ello mismo, contienen un carácter fuertemente selectivo, abandonando a su destino tradicional a la población “clásica” de las cárceles, es decir sujetos socialmente más desfavorecidos. El elemento “psicológico” puede constituirse en una consideración aún más estigmatizante para aquellos criminales que “no están lo suficientemente locos” como para recibir un tratamiento más humanitario que el depósito en cárceles.

Por último, para completar el conjunto de instituciones del sistema penal, se encuentran las cárceles: acá también se puede observar una extensión del modelo individualizado, resultado del fracaso de las sanciones en el modelo resocializador carcelario; el tratamiento de la población carcelaria se asimila al del delincuente enfermo. Se despliegan también, la gama más completa de técnicas psicologizantes y psiquiatrizantes, evaluaciones psiquiátricas previas a los ingresos y egresos; y durante el tiempo de condena, se aplican tratamientos desde los más duros y crueles como psicocirugía o electrochoques, pasando por el suministro de grandes cantidades de fármacos, a los más blandos como terapias conductuales, grupos de consejo, autoayuda y meditación: *“Estas nuevas técnicas sirven también para renovar la eficacia y para extender la jurisdicción de los procedimientos de vigilancia y de control. Cuando la cárcel empieza a parecerse a un hospital, ello significa también, en correspondencia, que si el hospital no se ha convertido en una cárcel, al menos que la vocación terapéutica que proclama no excluye, en absoluto una función represiva.”* (CASTEL et. al, 1980, p. 195).

La resistencia a las instituciones psiquiátricas oficiales:

La siguiente línea de difusión de la psiquiatría se da por medio de iniciativas muy distintas a las mencionadas hasta el momento, es decir de aquellas que se guían por los mecanismos institucionales oficiales. Las que analizaremos ahora, nacen de una voluntad de contestación exterior al sistema psiquiátrico. El movimiento “contracultural” de finales de los años sesenta le da un dinamismo paradójico a la psiquiatría norteamericana, animado por jóvenes de clases medias esta “revolución” pone el acento en la lucha contra un orden burocrático, autoritario, tecnocrático y jerárquico; no contra el capitalismo en sí mismo. La constitución de instituciones alternativas fue una estrategia privilegiada del movimiento, en este capítulo los autores recorren algunas de estas iniciativas.

- *Las “free clinics”*: este tipo de instituciones son fundadas y conformadas en su mayoría por jóvenes de clase media (algunos de ellos en ruptura con la universidad), y profesionales con alguna carrera militante por los derechos cívicos. Atacan la noción de “experto” y la competencia técnica ligada al estatus profesional, un marcado anti-intelectualismo que propone correrse de la perspectiva profesionalista y tecnocrática de intervención sobre los problemas de la salud mental, el acento pasa de los conceptos patológicos a posarse sobre el “feeling” (sentimiento), la espontaneidad y la inmediatez de los sentimientos compartidos. La atmósfera en estas instituciones es amistosa e informal; quienes llegan a solicitar sus servicios son tratados indistintamente de donde provienen, sin emplear los métodos humillantes de investigación y control con los que opera la asistencia del Welfare. Entre los servicios que ofrecen se encuentran las “hot lines” (redes telefónicas 24 hs. del día disponibles para preguntar dónde se puede dormir o para interrumpir un “mal viaje” por el consumo de drogas), la difusión de informaciones sobre los medios de subsistencia (refugios de la calle, alojamientos, comedores, etc.), y el “counseling center” (centro de consejos abierto a todos, que desarrolla principalmente actividades de grupo). El personal encargado de dispensar estos servicios generalmente no posee una formación técnica muy profunda; estos servicios vulgarizan los conocimientos con el mínimo de tecnicismos: enseñan recetas mínimas, prácticas y fácilmente transmisibles para salirse de un situación delicada (intentos de suicidios, crisis con episodios violentos, “malos viajes”, etc.).

Si bien en un principio las “free clinics” representaban una utopía en vías de realización, muy pronto esta idea se desmorona, entre las causas de ello se encuentran, primero, el precario equilibrio en que se encontraban estas instituciones respecto de los demás poderes externos, médicos, policiales, legales y políticos. Segundo, las varias contradicciones al interior de estas instituciones, que terminaron por derrumbar el movimiento, algunas de las contradicciones que figuran en el libro son: a) *entre la ideología igualitaria y la jerarquía oculta* (la democracia general proclamada, en ocasiones no era respetada por líderes o grupos de líderes que ante la urgencia se hacían cargo de tomar decisiones claves de forma unilateral); b) *entre la política proclamada y la dinámica real de las organizaciones* (ciertos posicionamientos ideológicos como la liberación de las mujeres o los derechos de las minorías étnicas no pueden llevarse adelante en prácticas y termina por reproducirse a menudo la misma dinámica sexista y/o racista de la sociedad en general); c) *entre la permisividad*

y las constricciones externas (las normas demasiado frágiles establecidas al interior de las clínicas a menudo quedaban en la ilegalidad o al límite de esta, lo que en ciertos casos forzaba a que los poderes externos tengan que intervenir dentro de éstas, limitando esta idea de la “permisividad”); d) *entre una ideología anti profesional y la dependencia respecto a los profesionales* (si bien la ideología anti-profesionalista es característica de estas instituciones, los profesionales son recibidos con respeto y se les delegan roles para los que parecen irremplazables, por otra parte ante las presiones del establishment médico que impone leyes muy restrictivas respecto de las prácticas autorizadas por no profesionales gran parte del personal de las free clinics se ve pronto en la disyuntiva de abandonar la institución o profesionalizarse).

El movimiento de las *free clinics* termina por desmoronarse, pero deja detrás una serie de experiencias que son capitalizadas por el modelo médico norteamericano. Las prácticas realizadas en estas instituciones demostraron que la asistencia médica no debía ser necesariamente cara, lo cual capitalizaron, por ejemplo, obras sociales privadas que comenzaron a utilizar técnicas desarrolladas en las free clinics para abaratar costos en sus servicios. También, una cantidad considerable de voluntarios, estudiantes que habían abandonado la facultad y no-profesionales; ante las presiones del establishment médico, se inclinaron por profesionalizarse. De esta “reprofesionalización” se desprende un nuevo conjunto de profesionales que cargan con este tipo de experiencias “liberales”, que posteriormente comienzan a trabajar en el ámbito oficial, algunos de los mismos principios de las free clinics se han infiltran en la práctica psiquiátrica profesionalizada dándole una faceta más “humanitaria”.

“Este ejemplo es quizá característico del destino social de algunas experiencias alternativas: los principios que inspiraron la creación de las contrainstituciones ayudan, sin embargo, al mejor funcionamiento de establecimientos que defienden valores opuestos a aquellos que los contestatarios quisieron promover.” (CASTEL et. al, 1980, p. 221).

- *Las terapias feministas*: en la década del sesenta aparece también un movimiento impulsado, principalmente, por psicólogas que cuestionan principios machistas que sostienen la psicología y la psiquiatría. Según las contestatarias, algunas patologías o conductas consideradas “anormales” que eran exclusivamente diagnosticadas a las mujeres, son consecuencia de las relaciones de dominación entre sexos y de la

posición de la mujer en la sociedad. Si bien ya se habían iniciado críticas al freudismo por los años veinte y treinta, en este contexto las críticas toman nueva potencia; es el momento de la denominada “second wave” (segunda ola) del feminismo norteamericano. Las profesionales, afirman que el modelo terapéutico no debe tener más como objetivo ayudar a las mujeres a asumir su condición tradicional; sino: “liberarla de los obstáculos impuestos por los roles sexuales culturalmente definidos”¹⁸ y “ayudar a la paciente a encontrar su propio camino”¹⁹. Transforman algunos de los principios de la terapia y en este proceso comienzan a aparecer conceptos en la terapia como “cambio” (transition) y “desarrollo autónomo” (growth).

“Se podría decir, pues, que el fundamento de las terapias feministas es, simplemente, la apología de los valores del feminismo. Pero si en ello hay tautología, se ha mostrado fecunda. Ha producido efectos en un doble registro: crítica de las terapias clásicas, del profesionalismo y de los conceptos tradicionales de la salud psíquica por una parte, y florecimiento de realizaciones prácticas fundamentadas en la ayuda mutua (self-help) por otra.” (CASTEL et. al, 1980, p. 224).

Los aportes de la terapia feminista terminan planteando algunas paradojas al modelo de la salud mental; por ejemplo: una mujer adaptada a sus papales tradicionales en el hogar, ¿no daba con ello prueba de su “pobre salud mental”?; y he aquí la paradoja: “la relación terapéutica clásica es profundamente soslayada y, sin embargo, se hace necesaria cierta forma de terapia” (CASTEL et. al, 1980, p. 225). Esta nueva terapia, separada de las modalidades propuestas por el establishment médico o psicoanalítico, hay que inventarla. En esta inventiva, la línea de fuerza de las terapias feministas será la de intentar construir modelos de apoyo que sustituyan a la competencia especializada:

“ayuda mutua, toma de conciencia de una condición común. Los ejercicios de “autoconciencia” descubren que el malestar experimentado por cada mujer y vivido subjetivamente como invalidante, no es único. La terapia se convierte entonces en un proceso de toma de conciencia de tipo político, que intenta desembocar en acciones reales. Una mujer está en mejores condiciones de ayudar a otra de lo que está un

¹⁸ Se cita en el libro a: Anika V, Mander, Anne Kent Rush, “Feminism as Therapy”, Nueva York, 1974.

¹⁹ Cita del libro: Hogue Wyckoff, “Women's Scripts and the Stoke Economy”, en CI. Steiner y col., 'Readings in Radical Therapy, op. ctt., pág. 47.

terapeuta profesional que «al no haber experimentado en sí mismo lo que supone ser pobre negro o mujer, no conoce la realidad de la pobreza, del sexismo o del racismo» y ello precisamente porque el origen más frecuente de las dificultades de las mujeres es social" (CASTEL et. al, 1980, p. 226).

Además de grupos de “self-help”, las terapias feministas disponen una gama de servicios amplia y que asume, parcialmente, la actividad de las *free clinics* (recordemos que las luchas por los derechos cívicos de las mujeres y las minorías étnicas eran banderas de estas instituciones). Numerosos grupos de terapeutas feministas intentan adaptar distintos métodos de psicoterapia postanalítica a sus prácticas: terapia gestáltica, análisis transaccional, bioenergía, consejo sexual, e incluso formas “suaves” de modificación de la conducta.

Este movimiento deja dos series distintas de efectos principales: *“han politizado ciertos sectores «privados» de la existencia, han suscitado temas de conciencia, y han promovido acciones colectivas y realizaciones institucionales originales. Pero han abierto también un nuevo mercado de los bienes parapsíquicos y han extendido la jurisdicción de nuevas formas más sutiles de «asistencia».”* (CASTEL et. al, 1980, p. 229).

- *Las terapias homosexuales (gay-therapies):* el modelo de estas terapias en general se ha inspirado en la terapia feminista, pero las *gay-therapies* plantean su propia crítica a la psiquiatría y la psicoterapia tradicionales. Los modelos tradicionales de la medicina mental solían posicionar a la homosexualidad fuera de la norma, de esta manera la población gay era patologizable y sometibles a tratamiento, algunos de estos tratamientos consistían en métodos sumamente crueles como: sometimiento a la estimulación eléctrica para invertir la “repugnancia” a personas del otro sexo convirtiéndola en sensación placentera, o terapias de inyección de sustancias químicas; pero también en terapias mucho más sutiles que agravan todavía más la situación poniendo en juego la culpabilidad. Las *gay-therapies* atacan el concepto médico de que la homosexualidad es asimilable a una enfermedad y resignifican la palabra gay, desde una concepción positiva correspondiente a una elección consciente de la persona; de manera que la aceptación de la homosexualidad como “normal” debe pasar por una despatologización de las conductas homosexuales.

La asistencia psicológica en los “gay services center” se centra en ayudar a las personas a organizarse para el cambio y la liberación; la terapia homosexual quiere

alcanzar una dimensión política exaltando los caracteres que han sido objeto de opresión, de acá categorías como el “pride” (orgullo). Pero este tipo de terapias enfrenta el mismo tipo de contradicciones que las demás terapias alternativas: al tiempo que se avanza en prácticas que se alejan de la “norma”, la demanda de apoyo se hace más urgente. A menudo, es precisamente al terapeuta a quien se acude para remediar los efectos de la opresión padecida por años de patologización de ciertas conductas: *“Al igual que en el conjunto de estos movimientos alternativos se da también aquí -y a veces en el seno de una misma experiencia- una tensión entre una tendencia que rechaza la medicalización para lanzar una acción de tipo político y un reformismo que intenta modificar del aparato psiquiátrico tradicional adaptando las técnicas clásicas y que busca aliados entre los profesionales.”* (CASTEL et. al, 1980, p. 235).

- *Psiquiatrizados en lucha*: esta última corriente (descrita en el capítulo VII) se trata del agrupamiento de aquellos que piensan tener algo para decir de la opresión psiquiátrica por el hecho de haberla padecido, el movimiento se alimenta de la experiencia acumulada en el campo de las luchas legales y, se concentra más en denunciar el conjunto del sistema psiquiátrico tradicional, que en buscar alternativas prácticas a este. Ya en los capítulos anteriores se describe un movimiento de ex-psiquiatrizados al cual el establishment médico había podido contener; en ese entonces las disputan giraban en torno a la noción de asegurar las condiciones institucionales que garanticen el derecho al acceso a un tratamiento, pero en esta etapa las disputas van aún más lejos: buscan imponer la noción del derecho a *rechazar* un tratamiento. Situación que trastorna completamente las condiciones de las prácticas psiquiátricas: el “buen fundamento” de cada intervención médica debe ser justificado paso a paso para evitar abusos o fallas interpretativas, la amenaza constante que representa la posibilidad de recurrir a un recurso judicial provoca la subordinación del poder médico al poder judicial y la desposesión relativa de autonomía médica. En este momento se crean, por ejemplo, los primeros antecedentes del “órgano de revisión”, organismos de control y vigilancia de las prácticas psiquiátricas en el interior mismo de las instituciones.

Si bien las presiones provocadas por estos dispositivos “alternativos” generan considerables cambios en la forma de concebir la terapéutica tradicional, el resultado es la dialéctica ya varias veces repetida: las críticas externas del sistema psiquiátrico, incluso cuando se consideran radicales, pueden ser integradas para el mejor funcionamiento del

mismo. Un ala médica modernista reconoce: “aceptemos las críticas de los psiquiatrizados para ser mejores psiquiatras”; por otro lado, sin que deje de existir el ala ortodoxa.

“Semejante ambigüedad es, indudablemente, insuperable. Si la hemos subrayado aquí, no ha sido en absoluto con la intención de disminuir los méritos de aquéllos y de aquéllas que se han comprometido en tales empresas marginales; no ha sido tampoco para negar el carácter positivo que hayan podido tener sobre la condición de un gran número de pacientes que, sin ellas, habrían padecido una opresión más caracterizada. Hemos querido contribuir a una mejor dilucidación del proceso de expansión y de renovación de los esquemas psiquiátricos [...] Los núcleos de resistencia a la psiquiatrización son también zonas de transformación de las que surgen esquemas psiquiátricos renovados y aligerados.” (CASTEL et. al, 1980, p. 242).

El conjunto de la población que elige o cree elegir un tratamiento “terapéutico”:

En esta última línea de expansión de la psiquiatría, los autores trabajarán el conjunto de la población a la que denominan “nuevos consumidores de bienes *psi*”. Se refieren al régimen contractual de las relaciones de servicios ordinarias, aplicadas a las terapias y la salud mental. Un grupo poblacional considerable que siente la necesidad de solicitar ayuda médica por sus dificultades, y que queda por fuera del servicio hospitalario público por no representar “casos límites”, tiene a su disposición un conjunto de profesionales competentes del ámbito de la medicina privada a los que puede recurrir. El vínculo médico que el enfermo “elige”, es compatible con una existencia “normal” o cuasinormal: no es institucionalizado, no es completamente invalidado; es apto para sostener un cotidiano penetrado por la terapia y, recíprocamente, una terapia penetrada por su cotidiano. De esta manera la grieta que separa lo “normal” de lo “patológico” va siendo rellenada, al punto que la visión de la vida cotidiana puede ser completamente acribillada por esquemas médico-psicologizantes. Es el corrimiento hacia la normalidad como síntoma, y al desarrollo de un conjunto de técnicas terapéuticas para dicha normalidad sintomática.

Esto tampoco es un modelo médico completamente nuevo; la clínica psicoanalítica ya había establecido un precedente de este tipo de relación profesional-cliente, posicionando al psicoanálisis en un lugar de hegemonía dentro de la práctica médica privada. Pero en los años sesenta comienza una metamorfosis del modelo privado, proceso alimentado por las aspiraciones antiprofesionistas de la contracultura y por la importancia acordada a los modelos sociales. El psicoanálisis comienza a retroceder en su influencia pero sin que se

ponga en crisis su hegemonía, la psicoterapia de inspiración psicoanalítica sigue siendo elegida por numerosos psiquiatras jóvenes, además los movimientos críticos planteados a esta siguen expresando de algún modo una dependencia en relación al psicoanálisis.

Lo novedoso es la consideración de la terapia psicoanalítica como “superada”, en el sentido en que sus mecanismos interpretativos (y manipulativos) no pueden ser más “actualizados” al día. Además, sus efectos prácticos han demostrado ser limitados, aleatorios, costosos y aplicables a un conjunto muy restringido de personas cuidadosamente seleccionadas.

El psicoanálisis queda atrapado en un dilema planteado entre la, aún cuantiosa, demanda de sus servicios, y sus propias limitaciones. Las innovaciones del post-psicoanálisis intentarán solucionar los problemas de la técnica analítica recogiendo como población destinataria de sus intervenciones a aquellos que han quedado por fuera del grupo de “amigos del psicoanálisis”. Este grupo consiste en conjuntos de personas que pueden acceder a los costosos servicios de la clínica psicoanalítica, y que cargan consigo problemas sexuales, dificultades en sus relaciones interpersonales y/o están descontentos con sí mismos; sintomatología y (sobre todo) posición económica que no los califica de potenciales usuarios del sistema hospitalario psiquiátrico público. *“Las nuevas técnicas van a permitir que se realice ese deseo de ser ayudado en situaciones que no muestran patología alguna. Ellas «democratizan» el acceso a un tipo de relación paraterapéutica cuyo cuasi monopolio había estado en manos del psicoanálisis”* (CASTEL et. al, 1980, p. 250): el psicoanálisis ya confundía las fronteras entre lo “normal” y lo “patológico”, pero para una clientela estrictamente seleccionada; las nuevas técnicas de inspiración post-psicoanalítica ampliarán esta confusión. Y, como hemos estado viendo, en estas nebulosas la psiquiatría encuentra su medio de expansión predilecto.

Algunas de estas nuevas técnicas, desarrolladas en el libro son: la terapia conductual, las terapias familiares, las terapias sexuales, la bioenergía, la Gestalt Therapy, el grito primario y el análisis transaccional. En el libro se amplían cada una de ellas, pero me interesa resaltar algunos puntos en común: la mayoría de ellas han sido desarrolladas durante los años cincuenta pero han alcanzado su más amplia audiencia durante finales de los sesenta; todas comparten el carácter de “hijas bastardas del psicoanálisis” (en términos de los autores), es decir atacan distintos puntos de la terapia psicoanalítica, diferenciándose de esta y autoproclamándose las nuevas revoluciones de la salud mental. Sin embargo, ninguna representa necesariamente un estallido en la relación terapéutica individual sino que ponen el acento sobre una o varias dimensiones de la relación terapéutica que permiten su

reinterpretación en una práctica distinta de carácter más “democrático”. La mayoría de ellas, descubiertas por profesionales, no marcan una ruptura abierta con la competencia especializada de los técnicos de la salud mental, pero: “*simplificando los procedimientos de la perspectiva terapéutica, se presentan a una utilización más allá del marco estrictamente profesional.*” (CASTEL et. al, 1980, p. 251).

Para entender el modelo médico mental de norteamérica, sí vale detenerse en el “análisis transaccional”. Esta representa *la más popular y la más extendida de las nuevas terapias de la tendencia «humanista»* (CASTEL et. al, 1980, p. 259). Desarrollada por Eric Berne en los años cincuenta, consiste en un desmarcaje simplificado del psicoanálisis; un individuo es la síntesis de tres estados del yo: el padre, el adulto y el niño. En la vida social cada individuo entra en relación con los demás en combinaciones de estos tres estados (“transactions”); evidentemente se concibe que las mejores relaciones son las que se establecen de adulto a adulto, es la vía más segura para conseguir “estar OK”²⁰. El análisis transaccional es breve, la relación cliente-terapeuta es limitada en el tiempo y los objetivos de la terapia pueden ser revisados al cabo de algunas semanas. Según Thomas A. Harris (autor destacado de esta corriente) “cualquiera puede ser un analista transaccional”: el método puede establecerse en una relación dual pero generalmente se aplica en grupo, los términos clave son simples de manera que cualquiera puede utilizar el método incluso fuera de cualquier referencia patológica. Por su simplicidad, el análisis transaccional, llega a ser aplicado en cárceles, hospitales, escuelas, iglesias, empresas, negocios expandiéndose más allá de la relación terapéutica liberal.

En el desarrollo del conjunto de nuevas técnicas de inspiración psicológica, estas se han visto frenadas en la medida en que permanecían más o menos vinculadas a una relación y/o institución profesionalizada en donde se ejercía sobre ellas cierto paternalismo médico. Pero, en los años sesenta, surge un nuevo tipo de institución que les proveerá el medio para desarrollar todas sus virtualidades sobre la vida social ordinaria; esta consiste en un nuevo tipo de grupalidad: son los “grupos de encuentro” (*encounter group*).

En 1968, un artículo del “New York Times” califica a dicho año como “el año del grupo”. Un grupo de encuentro es la reunión de una docena de personas (aproximadamente) bajo la dirección de un líder, el objetivo es permitir la comunicación entre los miembros: que puedan expresar e intercambiar sus sentimientos auténticos, liberarse de las constricciones

²⁰ El término es extraído de un libro del autor Thomas A. Harris, que se volvió muy popular durante los años sesenta en Estados Unidos: “*I'm OK, you're OK*”, Nueva York, 1973. Este tuvo una secuela llamada “*Staying OK*”.

sociales, descubrirse a sí mismos en los demás, acceder a su auténtico ser. El acento se pone en los sentimientos (“feeling”) y la carga emocional en el “aquí y ahora” del encuentro. Este tipo de grupos se caracterizan por el idealismo y mesianismo que ostentan; alimentados de los movimientos de la contracultura y de cierta religiosidad norteamericana, atacan con desdén las estructuras sociales opresivas y forman un culto a las relaciones espontáneas.

En la aplicación de estas nuevas técnicas, a través de grupos de encuentro que ahora operan en la vida social ordinaria (más allá del marco institucional oficial), surge lo que los autores denominan la “terapia para normales”. Esto es: el *“intento, apoyado en una batería de técnicas espirituales y sobre todo corporales, de llevar al máximo el rendimiento humano de cada uno en lugar de intentar, como en las terapias clásicas, restaurar la salud. El objetivo a alcanzar es una plusvalía de salud (de goce, de sentimientos, de conciencia del cuerpo, etc.). El modelo del conocimiento psíquico sustituye al de la tutela médica: «Los grupos de encuentro están hechos para los que funcionan con normalidad pero quieren mejorar sus capacidades para vivir en el seno de su propio círculo relacional».*²¹” (CASTEL et. al, 1980, p. 267). La normalidad es la que se convierte en el síntoma a tratar: aquellos individuos a los que se consideraba “normales” están en crisis por la alienación, la soledad, la desesperación y la angustia que les generan las “opresiones del sistema” y la rutina monótona; y sus padecimientos son ignorados justamente por ser “normales”, tanto el sistema hospitalario público como las relaciones terapéuticas tradicionales como el psicoanálisis, no los incluye. Es la vida normal, la existencia social, la que está “enferma” y por estar en ese estado requiere de una terapia, una terapia de la normalidad que será provista por el conjunto de técnicas para desarrollar el potencial humano y conseguir alegría y goce en un mundo alienado y gris: *“A la normalidad adaptadora le sucede una normalidad normativa, que será el producto de un trabajo sobre sí mismo.”* (CASTEL et. al, 1980, p. 268). Obviamente (como es indicado en el libro) las particularidades del modelo social norteamericano han favorecido el despliegue tan masivo de este tipo de tecnologías, sobre todo por poseer una amplia capa social que cumple los requisitos precisos para el despliegue de las mismas: unas clases medias blancas pobladas de jóvenes empapados por la cultura universitaria y permeables a los valores “modernos”; de otro modo estas nuevas técnicas sujetas a determinado tipo de aspiraciones, no logran prosperar cuando las necesidades básicas no están satisfechas. Y, aún entre su público predilecto, los efectos benéficos a largo plazo de estas técnicas parecen casi nulos: *“La participación en las actividades de grupo procura, ciertamente, un sentimiento de liberación,*

²¹ Los autores incluyen una cita a: Karl Rogers, A. Planfor *“Self Directed Change in an Educational System”*, Educational Leadership, 24, 1967.

de alivio provisional, de calor compartido (de violencia y de agresividad también). Pero su efecto se viene pronto abajo y las recetas aprendidas parecen inútiles para afrontar las dificultades serias de la vida en sociedad." (CASTEL et. al, 1980, p. 270). Esto se debe a una reflexión simple pero frecuentemente ignorada: *"no basta con cambiar los propios deseos para cambiar el orden del mundo"* (CASTEL et. al, 1980, p. 270), cuando la persona se reinserta en el medio social "normal", luego de la experiencia grupal, hasta puede llegar a sentirse todavía más miserable que antes.

El efecto de estas tecnologías (al igual que en el psicoanálisis) no se reduce al número de sujetos que afecta directamente: reinyectadas en la vida social, refuerzan prácticas y ayudan a funcionar instituciones que aparentemente no parecieran ser compatibles con la filosofía que las sostienen; de esta manera en cárceles y psiquiátricos se aplican combinaciones de este tipo de terapias. Algunas instituciones de este calibre (lo menos parecidas a un lugar de "liberación" de las personas) aplican grupos de meditación, de autoayuda, de análisis transaccional, etc.; al mismo tiempo que encierro, medicalización, sujeción, etc.

El resultado de este proceso es lo que los autores denominan la actual "sociedad post-psicoanalítica" en la que tan pronto caduca una receta (como fue con el psicoanálisis) se sustituye por otra. Pareciera que la inventiva de los promotores norteamericanos en tecnologías de manipulación es inagotable. Sin embargo, la estrategia es siempre la misma, constituir un modelo de acción social que: *"desvitaliza los conflictos políticos y sociales, invalida las formas de acción colectiva para sustituirlas, en nombre del realismo y del positivismo científico, por series concentradas de intervenciones puntuales sobre los individuos y los grupos concretos que se considera representan los puntos de impacto exclusivos de una acción transformadora, con un cierto número de efectos sobre la sociedad norteamericana en conjunto."* (CASTEL et. al, 1980, p. 276). De igual manera los autores matizan un poco esta última idea, al resaltar que no intentan hacer responsables a las técnicas de manipulación médico-psicológicas de estas consecuencias; pero sí, de constatar que el énfasis histórico puesto sobre ellas ha marchado a la par con la de un mundo de gestión política de las relaciones sociales que ellas contribuyen a conservar y reproducir. De ahí el éxito de la ingeniería social norteamericana para sostener un tipo de modelo social, político y económico en el que el mérito es recompensado con éxito y el fracaso es responsabilidad de quien lo sufre, incluso el fracaso asociado a no lograr una existencia "feliz". Es mediante este mecanismo que la sociedad se autoconduce a los lugares que los grupos concentrados de poder eligen para su beneficio; y se relega la política asistencial a la gestión de las

deficiencias individuales sin afectar las estructuras que pueden amenazar a estos grupos concentrados.

A modo de conclusión del capítulo, dejo citado un fragmento notable en la lectura de la realidad que se realiza:

“Estas nuevas tecnologías representan sin embargo el único modelo autorizado de acción social considerado serio, es decir, científico y racional. Ellas inspiran las empresas de «cambio planificado», de «desarrollo comunitario», etc., que ocupan el lugar de los intentos de transformación globales, desacreditados tanto como utopías de la «vieja» política como por veleidades irresponsables del espontaneísmo. Actuar socialmente es manipular, aquí y ahora, un cierto número de variables técnicas en una dinámica relacional, reducir las tensiones mejorando la comunicación, racionalizar los procesos de toma de decisión, etc., y lo demás es metafísica, es decir, ideología o política. Enfoque progresista y liberador, se dirá, pues el cambio es su palabra maestra. Cambiar es vivir realmente, desarrollar todas las potencialidades individuales y sociales, superar las fijaciones y los bloqueos, liquidar los arcaísmos, superar las ilusiones, liberar de las alienaciones. Pero ¿cómo? Haciendo del grupo, o del entorno inmediato, el único espacio posible de intervención, porque es en ese terreno donde puede ser movilizad la batería de las tecnologías dispuestas por los especialistas competentes; haciendo del sujeto social un «agente de cambio» (change agent), es decir, convertirlo él mismo en una pieza de ese dispositivo planificado. [...] Curar está bien, prevenir es mejor, pero llevar al máximo el funcionamiento del hombre en el lugar que le es asignado e incluso hacerle cambiar según las normas requeridas por la dinámica que reproduce el orden social, es, sin duda alguna, la perfección de una política que economiza política.” (CASTEL et. al, 1980, p. 278).

Conclusiones

La lectura del modelo norteamericano responde a dos objetivos principales de los autores: desmitificar la desinstitucionalización de la salud mental como solución a los problemas del “mundo psi”, por un lado; y revisar críticamente la evolución de las prácticas tendientes a alimentar este proceso de desinstitucionalización, en relación a las estructuras de poder en una sociedad “liberal”, por otro. Las conclusiones son contundentes en la lucidez de su pesimismo, a quienes puedan tomar esto en sentido “negativo”, los autores argumentan que prefieren conocer un “mecanismo” que padecerlo en la ignorancia de sus efectos.

El mito de la desinstitucionalización: la hipótesis central a la que han intentado fundamentar en el transcurso de la obra es que lo que se llama demasiado globalmente: “desinstitucionalización”; recubre y disimula al menos tres series de procesos que han modificado profundamente las instituciones, las profesiones y las técnicas de la salud mental; pero sin haber destruido: “*ni el hecho de la institucionalización, ni el reconocimiento de la competencia profesional, ni la preponderancia de las técnicas*” (CASTEL et. al, 1980, p. 282).

El primer mecanismo consiste en la racionalización y el refuerzo de las modalidades más segregativas de asistencia de la institucionalización: lejos de ser una solución caduca, la institucionalización de los problemas mentales continúa determinando la gestión de la política asistencial pero, ahora, a través de una población más específica, han sido excluidos de este tipo de instituciones aquellos que no tenían nada que hacer en ellas. Y, por otro lado, sin que el encierro de por vida sea necesariamente en gigantescos establecimientos rodeados de “muros y fosos”, nuevas instituciones más dinámicas ocupan la escena: son de menor tamaño, pueden responder simultáneamente a demandas “sociales”, permiten una rotación ágil con otro tipo de instituciones, e incluyen una relación con el “exterior”.

El segundo proceso involucra al ejercicio de la profesión de psiquiatra y las constantes críticas que ha recibido durante los últimos años: esta situación ha provocado distintas reacciones, algunos grupos profesionales intentan hacer estallar su rol tradicional, virando hacia una actitud de “desprofesionalización” vinculada a la huida hacia delante en el activismo político. En un principio el establishment psiquiátrico se ve desorientado y un poco aliviado de poder despreocuparse de problemas que no podía asumir; aunque, una vez pasado el momento más crítico ha retomado la situación en sus manos. Incluso aquellos competidores al sistema psiquiátrico oficial han reingresado en sus filas en un movimiento al que los autores llaman “reprofesionalización”. Este no consiste en un retorno puro y simple a la situación anterior; en esta especie de dialéctica: al retornar al lugar de origen, se han llenado en su camino los vacíos entre la autoridad casi exclusivamente reconocida (psiquiatra) y las bajas tareas materiales abandonadas a ejecutantes sin autonomía alguna. Allí donde la psiquiatría no puede actuar, actúa el para-profesional, pero mientras no se demuestre lo contrario: “*esta pirámide de los empleos del sector psi sigue dominada por un profesionalismo a menudo rechazado con palabras pero envidiado por los prestigiosos y los poderes que continúa monopolizando y lo reproduce para cada cual en su lugar y en la medida de sus medios.*” (CASTEL et. al, 1980, p. 286).

En tercer lugar, sucede un proceso semejante al de las instituciones y los profesionales en el conjunto de técnicas que disponen, dado que estas representan su cara instrumental: ya durante el desarrollo de la psiquiatría comunitaria, la profesión había encontrado la forma de reformular sus técnicas de intervención para adaptarse a contextos insertos en el medio social mismo, es decir fuera de la institución. Pero con “la terapia para normales”: *“la totalidad de las dimensiones de la experiencia humana, independientemente de cualquier referencia a lo patológico, se convierte en objeto de manipulación tecnológica.”* (CASTEL et. al, 1980, p. 288).

De esta manera, la situación de los Estados Unidos, destacada por la velocidad de los “avances” en materia de salud mental que lanza, sirve para ilustrar las principales líneas de una transformación cuyos signos encontramos en todas las sociedades psiquiátricas en “vías de avance”, con referencia al modelo norteamericano de “sociedad psiquiátrica avanzada”. En este sentido los autores se preguntan: ¿progreso o regresión?; la respuesta es ninguna de las dos sino acentuación o retirada en distintas coyunturas sociales e históricas de ciertos elementos de un sistema simultáneamente funcionante.

Las liberalidades del liberalismo: en este segmento del libro se reflexiona acerca de qué es una “sociedad liberal”, y cuáles son los efectos sociales y políticos de asumir modelos “liberales”. Los autores definen una sociedad liberal como (entre otras cosas): *“una sociedad en la que las posibilidades de contestación del sistema están autorreguladas por el sistema mismo”* (CASTEL et. al, 1980, p. 292). Adentrémonos en esta idea; la salud mental norteamericana ha sufrido numerosos ataques (en algunos casos justamente por restringir libertades): luchas legales, revueltas de organizaciones de usuarios, intrusión en sus acciones de corrientes alternativas más dinámicas, trabajo militante, etc.; tales críticas no han hecho más que proporcionar la ocasión de que el sistema médico pruebe su agilidad de adaptar mejor su dispositivo a nuevas situaciones. Situación mínimamente sospechosa, todo parece orquestado para que las reacciones aparentemente contestatarias al sistema solamente lo renueven una y otra vez. ¿A qué se debe esta paradoja? Para resolver esta pregunta es necesario tener en cuenta la relación de la salud mental con las estructuras de poder en la sociedad norteamericana, al parecer en este tipo de organización los poderes del Estado no circulan en un espacio homogéneo: las instancias centralizadas de vigilancia e intervención en el orden de la sociedad civil (intervención que molesta particularmente a aquellos defensores del liberalismo) no llegan a cubrir completamente el tejido social. Existen zonas aparentemente liberadas para el juego entre distintos actores encargados de la gestión de los hombres para el mantenimiento del orden: poderes locales y poderes centrales, tanto se trate

de asistencia como de policía, de justicia o de simplemente de administración, es la supervivencia del sistema mismo la que depende de la existencia de estas regulaciones “desreguladas”; en estos intersticios nacen las distintas iniciativas públicas y privadas que sostienen el orden social. De esta manera las posibilidades de contestación al sistema están autorreguladas por el sistema mismo; desde el momento en que se inician, son creaciones del mismo.

Para el caso de la salud mental los autores dicen: “*sería necesario estar todavía más ciego para no ver. Ni Dorothy Dix, ni Clifford Beers, ni Adolphe Meyer, ni Freud por medio de sus discípulos norteamericanos, ni Kurt Lewin, ni J. B. Skinner, etc. eran o son representantes del aparato de Estado.*” (CASTEL et. al, 1980, p. 292). ¿Qué motiva a este tipo de agentes a movilizarse en la creación de innovaciones que sostienen el orden social?: la motivación financiera, por ejemplo, es ampliamente independiente de cualquier intención política de vigilancia y de normalización. Otra postura es la de filántropos y reformadores humanistas: “*sin duda aman el orden tanto como al prójimo, pero no entran en ninguna conjuración política*” (CASTEL et. al, 1980, p. 297); actúan por su propia cuenta y sólo rinden cuentas al tribunal de su propia conciencia. Existen también los sabios austeros y los profesionales imbuidos de la neutralidad de su técnica: “*una especie de utopía científica está en la base de las más osadas tentativas de normalizar las conductas*” ((CASTEL et. al, 1980, p. 298). En cuanto a los profesionales marginales y a ciertos contestatarios: tan pronto aparecen las potencialidades reformistas en el marco del sistema existente, borran todo el potencial subversivo que cargaban en un inicio.

Esta batería de agentes demuestra, por un lado, la inocencia de aquellas posiciones (en el ámbito médico en particular) que hacen del poder del Estado el objeto exclusivo de la voluntad de defender las libertades contra los totalitarismos, y por otro, la pretensión de aquellos que se otorgan el beneficio simbólico de situarse fuera de las reglas de un sistema cuya jurisdicción, sin embargo, contribuyen a extender.

R. Castel “*La gestion des Risques: de l'anti-psychiatrie à l'après-psychanalyse*”, Paris, ed. Minuit, 1981.

(“*La gestión de los riesgos de la antipsiquiatría al post-análisis*”, traducción publicada en 1984 por Ed. Anagrama).

Autor: Robert Castel.

Traducción: Nuria Pérez de Lara.

Páginas: 232.

Introducción al libro

En este tercer libro de Robert Castel, el autor se propone realizar una suerte de reconstrucción del presente de la salud mental, teniendo en cuenta que “el presente” del libro son los finales de la década del setenta-principios de la década del ochenta. La necesidad de realizar dicha reconstrucción no es casual; para el sociólogo, en la actualidad, se perfila una transformación de las estrategias de dominación para la cual es necesario imponer un nuevo tipo de subjetividad al individuo.

Para encarar dicha tarea, en primer lugar, el autor hará una reconstrucción de los movimientos de crítica a la salud mental y al psicoanálisis, que se han movilizad con mayor fuerza desde finales de la década del sesenta. Para él, este tipo de crítica *ridícula y esquemáticamente etiquetada de «antipsiquiatría»* (CASTEL, 1984, p. 7) ha irrumpido bruscamente en el campo intelectual pareciendo imponerse, para actualmente desplomarse; no sin haber dejado una serie de incidencias y repercusiones durante su desarrollo. Hecho este trabajo, procederá a seguir las líneas de recomposición de la salud mental contemporánea; que, siguiendo sus palabras, están conducidas en tres direcciones principales:

- 1) *un retorno reforzado del objetivismo médico que vuelve a situar a la psiquiatría en el seno de la medicina general* (CASTEL, 1984, p. 13);
- 2) *una mutación de las tecnologías preventivas que subordina la actividad curativa a una gestión administrativa de las poblaciones con nivel de riesgo* (CASTEL, 1984, p. 13); y
- 3) *la promoción de un trabajo psicológico sobre uno mismo, que hace de la movilización del sujeto la nueva panacea para afrontar los problemas de la vida en sociedad* (CASTEL, 1984, p. 13).

A principios de los sesenta comienza el desarrollo de una crítica de la salud mental, coincidentemente con el inicio de una progresiva reorganización de las prácticas médico-psicológicas. Donde las hegemonías psiquiátrica y psicoanalítica parecen, ya en la actualidad, descomponerse. Sus aportes se banalizan en el seno de una nueva configuración que han dejado de dominar. En esta mutación nos encontramos con una red diversificada (dentro de la cual se introduce el Trabajo Social) de actividades parciales, de evaluaciones, de asignaciones y de distribución de las poblaciones que representa una *nueva forma de gestión de lo social* (CASTEL, 1984, p. 13), la cual intentará describir el autor.

Con el fin de lograr dichos objetivos analítico-descriptivos, el libro parece estar esquematizado de la siguiente manera:

- 1) en el *capítulo I*, se hará una reconstrucción de la corriente contestataria a la psiquiatría y el psicoanálisis tradicionales, repasando desde su exaltación revolucionaria de principios de los setenta, al completo desencanto contemporáneo de dicha corriente;
- 2) en los *capítulos II, III y IV*; el autor desarrollará respectivamente las tres líneas de recomposición de la salud mental anteriormente mencionadas: a) el retorno al objetivismo médico, b) la gestión de los riesgos, y c) la nueva cultura psicológica;
- 3) finalmente, y a modo de conclusión, Castel describe el escenario contemporáneo de la salud mental del que aproxima una definición como orden “post-disciplinario”. En éste nuevo orden las intervenciones sobre el “mundo psi” ya no pueden pensarse dentro del mismo modelo establecido hace dos siglos (con la revolución francesa); se asiste a un “final de ciclo” en el cual la psiquiatría y el psicoanálisis habían dominado.

Capítulo I: Mitos y realidades de la modernización psiquiátrica

1. Grandezas y servidumbres contestatarias:

La fecha clave que ubica el autor para comenzar a reconstruir la corriente contestataria a la psiquiatría tradicional, es 1968. Fecha relacionada con los hechos ocurridos durante el “mayo francés”. Ahora, si bien durante el mayo francés se han realizado modificaciones en torno a las representaciones sociales en torno a la locura y la psiquiatría; para Castel, en cuanto a los hechos, la corriente quedó centrada en modernizar y racionalizar las condiciones de ejercicio de la psiquiatría; es decir, no en la superación y olvido de esta.

Si el movimiento de 1968 planteó una crisis de la psiquiatría, ésta procedió principalmente del exterior y no tuvo incidencia real sobre el terreno de la práctica. El cambio generado tras los eventos de 1968, tuvo lugar más bien en la percepción del estatus de la

psiquiatría, la cual fue centro de críticas dado que en ella se cristaliza una doble temática que, a su vez, tuvo lugar en un campo más general. Estas temáticas son: *el desplazamiento de ciertas luchas políticas, y la sobrevaloración de la problemática de la subjetividad* (CASTEL, 1984, p. 19).

Durante el final de la década del sesenta, fueron bruscamente replanteadas posiciones y jerarquías que se sostenían en la ostentación de un determinado conocimiento y de un mérito adquirido. Pero este análisis y contestación contra la concentración jerárquica de poder, se hizo en base a nuevas categorías resultantes de un tipo de análisis basado en la *investigación de la distribución de poderes internos en las instituciones y en la detección de las limitaciones objetivas previas al consenso superficial* (CASTEL, 1984, p. 19). Podemos ubicar en esta línea, el análisis institucional de René Lourau o los desarrollos teóricos de autores pertenecientes a la corriente denominada “posestructuralista” (Michael Foucault, principalmente para el caso francés).

En este tipo de análisis se piensa que cierto número de “apuestas esenciales”²² han descendido de la escena de la política concebida como un “mundo separado” del medio social para estructurar la experiencia inmediata vivida en éste. El individuo recorre y satura su experiencia, en base a una dinámica que desconoce o que le es presentada parcialmente, resulta entonces que se debe analizar y controlar dicho proceso. Las “instituciones totalitarias” cuyas principales figuras son, en nuestra época (dice el autor, pero tranquilamente se podría extender a nuestra propia actualidad) los hospitales psiquiátricos y las cárceles, *permiten analizar este conjunto acabado de interacciones completamente atravesado por evidentes juegos de poder* (CASTEL, 1984, p. 20).

A estos trabajos de crítica a la salud mental, de inspiración epistemológica o teórica, que se dirigen a atacar los mecanismos de reproducción del estatus y el poder jerárquico a través de la institución psiquiátrica, se le suma el éxito de la antipsiquiatría inglesa; que popularizó una nueva representación en torno a la locura. En esta última corriente comienza a desplazarse esa especie de “racismo anti-loco”, la locura pasa a ser la portadora de una especie de verdad misteriosa sobre la existencia, y es constantemente reprimida por la presión social que la degrada hasta convertirla en una enfermedad. Una especie de “romanticismo exaltado” (dice el sociólogo) que difiere de la corriente intelectual anteriormente mencionada, pero que constituye la otra cara de la misma moneda. Es común que aquellos interesados por

²² Este es un término tomado de Castel, entiendo el concepto de “apuestas” en sentido de la toma de decisiones que pueden acertar o no, y que se traducen en acciones políticas donde se movilizan recursos independientemente de cual sea el resultado final.

la temática de la salud mental intercambien a la vez las obras de Michael Foucault (representante de la corriente intelectual francesa) y de David Cooper (representante de la antipsiquiatría inglesa).

La crítica antipsiquiátrica, así representada, es el punto de fijación privilegiado de la época para cristalizar un imaginario político de la liberación, vivido bajo la forma de *una sensibilización exacerbada frente al fenómeno del encierro y de las potencialidades represivas que implica* (CASTEL, 1984, p. 20). Debido a que la psiquiatría pasa a ser una figura paradigmática del ejercicio del poder, dado que funciona en un desnivel absoluto entre una de las partes que actúa y otra padece; el primero impone sus criterios sobre el segundo. Y la locura, por el contrario, es la que pasa a ejemplificar la contestación al imperialismo brutal e impersonal de la razón dominante. La antipsiquiatría ganaba de este modo una audiencia inesperada.

Hasta acá por el lado de la psiquiatría. Pero, en la misma época, el psicoanálisis parece posicionarse como la respuesta a los dos componentes esenciales del movimiento del mayo francés: la sobredeterminación de lo político y la sobredeterminación de lo psicológico.

El éxito del psicoanálisis o del lacanismo, más precisamente, se debe a que permite solucionar el dilema presente al interior de la corriente contestataria. Hacia 1968, la intelectualidad “de izquierda” veía que el psicoanálisis y, sobre todo, su corriente norteamericana consistían, en definitiva, en un elemento más de la ideología dominante. El culto a la liberación individual y la realización personal habían desviado el rol central de la lucha de clases; es entre estos dos polos que se planteaba el dilema: revolución proletaria o revolución personal. El lacanismo permite la solución: la radicalidad es una e indivisible, tanto política como psicológica. De esta manera, el método psicoanalítico asume todos los rasgos positivos de la salud mental frente al chivo emisario ideal que comenzaba a ser la psiquiatría.

El psicoanálisis parecía imponerse en todas las dimensiones de la profesión: en el plano del saber, el carácter sofisticado y sutil de su discurso contrasta con el enfoque avinagrado de las nosografías psiquiátricas. En el plano institucional, se plantea una práctica nueva, libre de arcaísmos y despojada de la estructura asilar rígida. Y, sobre todo, Castel destaca el carácter privado de las formas más visibles de su ejercicio, que le aseguran un aspecto de cierta “neutralidad política” que incluso dispone del beneficio de, cuando se lo requiera, declararse subversivo, puesto que se desarrolla en un medio libre de restricciones administrativas, médicas, pedagógicas; y sólo parece orientarse en función de ayudar al sujeto a descubrir una verdad sobre sí mismo y sobre sus relaciones con los demás.

Se puede entender que en esta sobrepolitización, donde la palabra clave parece ser “liberación”, es necesaria una suerte de “revolución interior” en la que el individuo también pueda concientizarse sobre las represiones cotidianas que padece en su ignorancia. Lo que hay que considerar en lo sucesivo es cómo contrasta esta imagen de la crítica en la que el Estado aparece como esa especie de “Estado-Leviatán” (que incluye a la salud mental pública), con las modificaciones realmente hechas tras dicho proceso. A lo que se asiste es más a un proceso de modernización de la profesión psiquiátrica que a una modificación radical de ésta. En última instancia, dice Castel, con espíritu cínico se podría llegar a pensar *que una crítica que se decía radical contribuyó a imponer sobre la base de una acción militante, es decir bienintencionada, el mismo tipo de realizaciones que hubiera hecho prevalecer la tendencia reformista sobre la base de un trabajo oficialmente reconocido y regularmente remunerado* (CASTEL, 1984, p. 32).

2. La resistible ascensión del reformismo:

En este movimiento de época la psiquiatría encuentra su propio programa de transformación, que ya venía preparando desde hace por lo menos veinte años antes de los acontecimientos del mayo francés. El gran manifiesto del reformismo psiquiátrico, que es “*Le blanc de la psychiatrie française*”, marca la aparición de una serie de medidas que iban a garantizar el desarrollo de la especialidad médica sobre unas bases renovadas.

El 30 de diciembre de 1968 se crea el certificado de estudios especiales de psiquiatría. La psiquiatría nace por fin como gran especialidad médica, funda su campo teórico-práctico autónomo y con ello logra la separación de la neurología. Por otra parte, el 3 de enero de 1968, el Parlamento francés vota una nueva ley sobre “los grandes deficientes”, en reemplazo de la ley de 1838 del estatuto del alienado; esta última había sido desbordada por la aparición de nuevas prácticas que escapaban a sus alcances, por ejemplo la apertura de servicios libres en centros hospitalarios con admisiones más flexibles y tratamientos extrahospitalarios. Ahora, si bien la reforma legislativa de 1968 modifica el estatuto del derecho civil del enfermo (por ejemplo, ahora los enfermos pueden conservar la totalidad de sus derechos durante las internaciones) la ley de 1838 seguía vigente para los demás aspectos de su régimen. En tercer lugar, el 31 de julio de 1968 sale a luz una ley que contiene la reforma del estatuto de los médicos en hospitales psiquiátricos; se modifica el rol del médico dotado de las características de un funcionario, es decir: nombrados por el ministerio, retribuidos con fondos públicos, responsables ante la administración. Este poder administrativo había ido desbordado la función médica de los psiquiatras con el correr de los años, la profesión

comenzó a cargar un estigma que se contradecía cada vez más con el carácter esencialmente médico de su práctica; en los debates con otras especialidades médicas generalmente los psiquiatras son acusados de prolongar la tradición asistencialista de la filantropía en detrimento de la función puramente tratante, que, por otra parte, es sobre la que va a comenzar a apoyarse la psiquiatría moderna.

En medio de estos cambios, se intentará aplicar un nuevo dispositivo institucional que, como se dijo, ya venía siendo preparado por psiquiatras desde hacía dos décadas antes de 1968. Desde entonces, el *sector* se había convertido en el caballo de batalla de los psiquiatras reformadores y ya en 1960 se había oficializado mediante una circular²³ ministerial. La política se planteaba mediante *la división del país entero en unidades territoriales correspondientes a una población de unos setenta mil habitantes, y destinaba a cada una de estas zonas un equipo psiquiátrico plurivalente dotado de una amplia gama de instituciones diversas, desde el hospital psiquiátrico a las estructuras más móviles* (CASTEL, 1984, p. 39). A los ojos de sus promotores, el sector representaba la realización de la especificidad de la psiquiatría, la “puesta al día progresista de la psiquiatría” (dice Castel en el libro): estructuras horizontales integradas al tejido social, funcionamiento democrático hacia dentro de los equipos tratantes y hacia fuera con los usuarios, vaciamiento de estructuras verticales o piramidales, borrón de una jerarquía médica rígida y centralizada.

Si bien desde 1960 el despliegue de la política del sector fue lento y progresivo, a partir de 1972 aparecen las más importantes circulares que definen las condiciones de implantación de éste. La crisis de 1968, impulsó poco más el camino ya iniciado, y entre 1965 y 1970 el modelo de implantación de esta nueva psiquiatría comunitaria parece que logrará imponerse en la práctica:

“daba la impresión de que la medicina mental reconquistaba su autonomía a partir del reconocimiento de la especificidad de su objeto. Esta especificidad se había ganado por primera vez en torno a las condiciones de ejercicio de una práctica manicomial. Había permitido construir una síntesis completa que incluía una dimensión técnica, teórica, institucional, profesional y legislativa. La psiquiatría parece haber conseguido su moderna metamorfosis, o estar en vías de conseguirla, porque parece capaz de desplegar la misma sistematicidad en torno al dispositivo del sector. Se trata de un nuevo modelo público; está dotado de su propio cuerpo especializado de

²³ Las circulares son tipos de disposiciones menores dentro de la jerarquía normativa. Se encuentran por debajo de la Ley, el Decreto y la Orden ministerial. Regulan, generalmente, aspectos organizativos o internos de una materia.

profesionales, de sus instituciones específicas, y pretende promover un enfoque original de los trastornos mentales distinto de la tecnología médica clásica. Pero mientras que la rigidez de la síntesis anterior reducía la realización a los espacios cerrados regidos por una legislación especial, el ejercicio de la medicina mental se hace extensivo, en el límite, al conjunto social. Poner fin a la segregación es también abrir el camino a un intervencionismo generalizado.” (CASTEL, 1984, p. 43).

Pero hay que tener en cuenta que, con los años de experiencias en torno a la medicina mental asilar, en ese momento ya se conocían las funciones policiales que podía asumir la psiquiatría, las sospechas, a veces exageradas, sobre el expansionismo policial-psiquiátrico sobre el conjunto de la sociedad existían desde el comienzo del despliegue de la política de sector.

3. Un principio de no-elección:

Ahora, exaltante para unos, peligrosa para otros, volviendo sobre la génesis de la política de sector el autor hipotetiza que ésta más bien yuxtapone un conjunto de elementos heteroclitos y representa en su límite una manera hábil de unificar en un organigrama formal datos que en la práctica son inconciliables: “*¿Es el sector una síntesis original o un bricolage de datos disparatados? ¿Una opción audaz o una astucia sutil para eludir la elección de una verdadera alternativa política a la salud mental?*” (CASTEL, 1984, p. 47). Para dar respuesta a estas preguntas el autor vuelve sobre cinco contradicciones internas que minaban la fórmula sobre la que se planteaba la política de sector:

1. *Superar/reformar el manicomio:* el objetivo es a la vez la transformación de la organización intrahospitalaria psiquiátrica, y llevar la profesión al territorio extrahospitalario que necesite del conocimiento psicopatológico. Con la experiencia acumulada hacia dentro de los hospitales, rápidamente la primera tendencia se desarrolla a la vez que la segunda se estanca, se hace evidente un desequilibrio entre el desarrollo de las nuevas tecnologías hospitalarias frente a la casi inexistencia de prácticas externas. Disparidad que pesará en la elaboración futura de la psiquiatría de sector.
2. *Prevenir/reparar:* en consecuencia del punto anterior, la disparidad masiva en el nivel de las prácticas elaboradas en el seno del espacio hospitalario frente a las que intentan romper con la hegemonía del hospital, contrasta con la reiterada afirmación de la necesidad de desarrollar principalmente las prácticas extrahospitalarias. La estructura

hospitalaria queda enquistada en el nuevo dispositivo y, más aún, corre el riesgo de que se perpetúe su dominancia no sólo debido a sus estructuras más fuertes y rígidas, sino también a sus tecnologías. Dado que la mayor cantidad de prácticas, incluso las más innovadoras, habían comenzado en la institución, al salir de ésta existe el riesgo, y si no hubiera riesgo, el miedo, de quedar técnicamente desarmadas cuando hay que salir del hospital. En síntesis no existían tecnologías específicas para el trabajo de sector, sino más bien un rejunte de técnicas y recetas diversas, que habían realizado sus primeras experiencias en las instituciones.

3. *Servicio del usuario/control social*: de los principios de libre elección y de necesidad, existe una especie de división del trabajo en la psiquiatría entre un número de intervenciones surgidas de una demanda más o menos libre por parte de los beneficiarios, y unas tareas correspondientes a funciones sociales para las que se requiere obligatoriamente la intervención del psiquiatra. La política de sector se suele presentar bajo la representación, algo ingenua, del conjunto psiquiátrico como una oferta desinteresada de servicios a unos eventuales usuarios invitados a decidir, en base a sus necesidades, libremente respecto a la solicitud de sus servicios. Esta imagen se contradice con un número de tareas heredadas del alienismo que todavía contiene la psiquiatría, su estatuto comporta unas obligaciones a las que no puede escapar y que derivan del rol de centinelas del orden público, de inventario y de control de poblaciones marginales. La idea de un usuario indefinido es también algo ingenua, más allá de la diferenciación entre ciudadanos sanos y enfermos, existen objetivos específicos a los que se dirige preferentemente la intervención psiquiátrica; intervención que no se aleja demasiado de los fines del trabajo social por el hecho de centrarse frecuentemente hacia una categoría de población desfavorecida, marginales, desestabilizadas, que son peligrosas para el orden público. La libertad de elección pasa a ser un privilegio de ciertas clases sociales.
4. *La infancia como primera/última de las preocupaciones*: hasta la implantación de la política de sector (e incluso durante dicho proceso), los problemas de la infancia parecen haber sido tratados como consecuencia del dispositivo pensado para adultos. Un cierto número de niños eran internados en manicomios, ya sea por carencia de lazos familiares o porque los déficits que presentaban, superaban las posibilidades de ejercerse la tutela familiar, pese a que no eran considerados exclusivamente alienados ni juzgados bajo los mismos criterios que a estos, en dichas circunstancias se los internaba en manicomios. Algunos de estos hospitales para dar respuesta a dicha

situación atípica, han sido núcleos de innovaciones en cuanto al desarrollo de técnicas pedagógicas, es decir, no exclusivamente terapéuticas. Las deficiencias (distintas de la enfermedad mental) que presentaban los niños, requerían un proceso de aprendizaje, y no un tratamiento. Como ejemplo: a mitades del siglo XIX, en el famoso hospicio de Bicêtre, abre una “escuela especial”, para los entonces denominados “idiotas”, que consistía en una especie de laboratorio en el que se desarrollaron los primeros instrumentos de la llamada “psicopedagogía”. La psiquiatría de sector recogerá a duras penas tales cuestiones, incluidas para ellos en la totalidad de medidas de carácter general, es decir pensadas para adultos. Se debió desarrollar un sector de prácticas psiquiátricas dirigidas a la infancia que escapa en gran medida a los promotores de la psiquiatría pública, la infancia será foco de intervención de iniciativas de carácter privado en lo esencial.

5. *Unidad teórica/consenso táctico*: más que una teoría unitaria al conjunto de profesionales y operadores que llevan adelante la política de sector, se ha dado lugar a diferentes teorizaciones que funcionan juntas a un nivel táctico, manifestando acuerdos respecto a lo que la enfermedad mental *no es*: ni una enfermedad igual a las demás; ni reductible a un enfoque médico clásico. Pero bajo este acuerdo y la adhesión a un proyecto práctico, se ocultaba la profundidad de divergencias teóricas. Tácticamente la maniobra resultó eficaz puesto que reunía diferentes actores del mundo psi en un frente común contra la neuropsiquiatría (que adhería a un enfoque más organicista) pero *el eclecticismo tiene sus límites* (en palabras de Castel). El consenso puede sostenerse sólo en un encuentro coyuntural y la estabilidad original estaba destinada a romperse “a la primera de cambio”.

4. El desencanto:

Como se puede observar, la aplicación de la política de sector no resultó en los términos idílicos que se planteaba. Aún así la literatura profesional al respecto, afirma una y otra vez que se ha desvirtuado el sector, que se le ha traicionado previamente a su aplicación, eludiendo constantemente las pruebas de realidad que muestran sus propias imperfecciones.

Tanto la hegemonía institucional del hospital y la profesional del psiquiatra, parecen incluso reforzarse, en contraposición con la propuesta inicial del sector de horizontalizar dicha verticalidad. En realidad, todo sucede como si la administración hubiera visto en el sector una fórmula para gestionar tecnocráticamente y con el menor coste, el espinoso problema de la enfermedad mental. Pero esto no puede ser interpretado, según Castel, como una simple

traición a la propuesta inicial del sector, sucede de igual manera que con la ley de 1838. Apenas votadas, las leyes solucionan dilemas administrativos que ponen en riesgo la continuidad o el sostenimiento de un proyecto político, pero solucionados estos problemas y sancionadas las leyes, lo esencial se encuentra resuelto, la locura o las enfermedades dejan de plantear dilemas, presentan problemas que ya son posibles de administrar, las cuestiones técnicas deben esperar para llegar a su total aplicación, aún más cuando exigen grandes gastos. El fin mismo de las leyes no es la garantización de determinados servicios al conjunto de personas beneficiarias, si no la resolución de una tensión que actúa al interior de la coherencia de las administraciones y que si no se resuelve pone en peligro la estabilidad del orden.

El carácter innovador del sector y su coherencia interna han sido sobrevalorados, y cuando de una idealización se vuelve sobre la realidad, el dispositivo aparece frágil, más o menos eficaz, pero en cualquier caso no puede ya sostener la ilusión de ser el futuro de la psiquiatría: *“En el fondo, el verdadero principio de unificación que promueve el sector es de tipo administrativo: permite gestionar la heterogeneidad de un cierto número de prácticas y de instituciones que intentan tomar a su cargo los trastornos psíquicos en el momento en que surgen en la comunidad y le plantean problemas.”* (CASTEL, 1984, p. 71).

En lugar de proyectar la psiquiatría hacia un rico porvenir, por lo menos para el caso de Francia, lo que se puede observar tras el derrumbe de la utopía del sector es un retroceso en la posición privilegiada de la nueva psiquiatría pública, el autor analiza dicho retroceso en tres niveles:

1. En el plano de la organización administrativa. La psiquiatría pública ha planteado el primer modelo coherente de una estructura territorial, subdividida en múltiples sectores, como matriz unificada de todas las intervenciones que tengan como objetivo específico la enfermedad mental. Pero a partir del despliegue de tan complejo dispositivo, los difíciles problemas de coordinación de las distintas instancias no podrán resolverse más que homogeneizando el conjunto de estructuras implicadas y limando muy particularmente la originalidad del sector psiquiátrico. El dispositivo del sector se ha convertido en un organigrama administrativo, algo privilegiado dentro de la acción sanitaria y social en general, es decir más allá de la especificidad del tratamiento psiquiátrico.
2. En segundo lugar, se observa una interrelación, por no decir una integración (sugiere Castel) del servicio público en el seno de una constelación de instituciones privadas y para-públicas. La importancia que fue desarrollando lo privado en materia de salud

mental y, sobre todo, en relación a la infancia donde la psiquiatría pública poseía escasos avances, hace que no se pueda prescindir de la estructura privada. A partir del sector con frecuencia se comenzará a observar que un jefe de sector se vea impulsado a cooperar con instituciones y asociaciones diversas, varias de ellas por fuera del aparato público.

3. Por último, la hegemonía de la psiquiatría pública es menoscabada desde el interior mismo de la profesión. Las libertades que ofrece el ejercicio privado y las innovaciones que presenta en materia de terapéutica, hace que se empiece a ver con buenos ojos este tipo de desarrollo profesional. De este modo la progresión en el número de profesionales privados comienza a ser cada vez más considerable en relación al número de públicos.

Capítulo II: La medicalización de la salud mental

Hecha la desmentida del sector, se podría pensar si existe en la actualidad una alternativa que pueda reemplazar la organización del conjunto de la salud mental. A primera vista lo que prevalece, para Castel y en la actualidad en la que se publica el libro, es la dispersión; una serie de iniciativas en todas direcciones en donde las posiciones anteriormente sólidas se ven condenadas a permanecer a la defensiva. Es lo que el autor denomina la era de la postpsiquiatría y el postpsicoanálisis, que de ninguna manera se debe confundir con la superación de alguna de ambas profesiones, más bien se asiste a una descomposición y recomposición inédita de los roles previamente asumidos en un campo médico-psicológico que deja de estar dominado por la psiquiatría clásica y por el psicoanálisis. Una de las tres principales líneas de fuga que conducen a los nuevos horizontes visibles en la organización de la salud mental es: el desgaste en la especificidad psiquiátrica que conduce a un retorno con mayor fuerza del objetivismo y del positivismo en el seno de la medicina general. Tema que se profundizará en este segundo capítulo, mientras que las otras dos líneas de fuga serán desarrolladas en los capítulos III y IV.

1. La crisis de la medicina especial:

Desde su origen, la salud mental se sitúa en una especie de relación en falso frente a la medicina. A principios del siglo XIX, mientras la medicina “científica” a través de sus más exitosos descubrimientos se moderniza, el alienismo busca su originalidad en modelos médicos del siglo XVIII. Las nosografías, el asilo y el tratamiento moral, conforman *un*

conjunto coherente pero peligrosamente desfasado en relación a los criterios de científicidad que se imponen en la misma época en medicina (CASTEL, 1984, p. 79)..

La explicación de esta paradoja el autor la encuentra en cómo los alienistas representan la naturaleza misma del trastorno psíquico: no interesa si la alienación tiene raíces orgánicas o no, lo cierto es que se manifiesta bajo la forma de un desorden en la organización de la sociabilidad, y la psiquiatría poseerá el saber (poder) y la práctica capaces de combatir y anular estas anomalías. Desde un inicio la psiquiatría asume una posición más cercana a ser “medicina social” que “medicina orgánica”; el alienismo encabeza las prácticas de la higiene mental y la filantropía, que con una tradición todavía más antigua encuentran en esta nueva medicina social su fundamento “científico” para desplegar sus propias estrategias de influencia sobre la coyuntura.

A partir de 1860 esta posición empieza a verse afectada por los ataques del positivismo médico desde dos frentes: el manicomio asume una serie de funciones asistenciales y de tutelaje tradicionales que no representan la finalidad verdaderamente médica: la terapéutica y la dispensación de cuidados intensivos. Por otra parte, es necesario desarrollar un dispositivo extrahospitalario, dado que fuera de la institución se debe prevenir con la finalidad de evitar enfermedades infecciosas (por ejemplo, la tuberculosis). Es decir, si la alienación corresponde a un estatuto administrativo-legal, además de médico (por no decir, “por sobre” lo médico), un gran número de enfermedades mentales a las que les corresponden un tratamiento puramente médico quedan entremezcladas con aquellas categorías del trastorno mental que requieren de medidas de asistencia y/o contención. El rol terapéutico de los asilos queda corrompido.

En lo sucesivo se hace cada vez más necesario romper con esta asociación asistencia-medicina. Hacia inicios del siglo XX, la medicina mental empieza a reagruparse y desarrolla una serie de métodos de investigación y de técnicas de tratamiento intensivo que se aproximan más a la medicina ordinaria. Pero en esta reagrupación no existe un sólo modelo de modernización de la salud mental, sino dos. Por una parte, el modelo que propone esta especie de “mutantes de la tradición alienista” (les llama Castel), según palabras de Lucien Bonnafé, referente en el desarrollo e implementación de la psiquiatría de sector, se trata de: *renovar el dispositivo psiquiátrico conservando a la vez la especificidad de su enfoque en relación a la medicina y la voluntad de asunción total de la tradición asistencialista* (CASTEL, 1984, p. 83). Y, por otra parte, se encuentra el modelo del objetivismo médico que para su eficacia exige (cínicamente) el abandono del conjunto de la población denominada “crónica”, “incurable”, “irrecuperable”; que forma un sedimento dentro de la estructura

hospitalaria impidiendo su modernización. Asumiendo una postura “más humanista”, en principio, se impone el primer modelo, subestimando la fuerza del segundo, de ahí todo el despliegue ya descrito de la política de sector.

Ya se ha mencionado en el capítulo anterior cómo la creación de los primeros sectores se hace a partir de los hospitales psiquiátricos existentes, en un principio parece existir un refuerzo del hospital psiquiátrico en vez de su sustitución. Pero a medida que se avanza en el despliegue del sector, los nuevos servicios psiquiátricos empiezan a estar cada vez con mayor frecuencia vinculados a los hospitales generales. Esta “normalización” de las condiciones de ejercicio de la psiquiatría inicialmente parece ayudarla a salir de su “ghetto”, a atenuar los viejos estigmas que cargaba. Pero esta misma vía conlleva el riesgo de ver instituirse un doble circuito de tratamientos y un doble curso institucional, coexisten entonces un modelo médico general y uno psiquiátrico, donde el primero representa la buena fórmula que terminará imponiéndose sobre el segundo.

La mayoría de las nuevas estrategias de la salud mental apuntan principalmente al desarrollo de servicios integrados en la estructura hospitalaria general, de esta manera la especificidad del hospital psiquiátrico comienza a banalizarse, y recordemos que la psiquiatría se consolida a partir de estas instituciones por lo que a su vez peligra la propia especialidad de la profesión.

2. El malestar en la clínica:

Desde la irrupción del psicoanálisis en la escena de la salud mental, el medio psiquiátrico francés reaccionó siempre de forma hostil a este. Pero durante la década del sesenta, con la finalidad de fundamentar el reformismo psiquiátrico, la psiquiatría recurre a la estrategia de *anexionar tendencias diversas afirmando su carácter no contradictorio y buscando en este eclecticismo un efecto de refuerzo recíproco* (CASTEL, 1984, p. 97). En el seno de este complejo, el psicoanálisis procura un lugar privilegiado al realizar un aporte considerado esencial en tanto que cultiva el sentido de la relación y la implicación personal del terapeuta, elementos que han sido históricamente el sello de la práctica psiquiátrica, siempre tironeada entre un polo médico y uno social, busca su originalidad en este último.

Ya desde finales de los años cincuenta, el reformismo psiquiátrico se perfila en sentido de dos corrientes de incorporación del psicoanálisis a sus prácticas. Una primera, *apoyada por el prestigio del seminario de Lacan, atrae a un plantel de jóvenes psiquiatras comprometidos en una formación analítica, pero preocupados por conciliar las exigencias del purismo freudiano con las servidumbres al servicio público* (CASTEL, 1984, p. 99); es una tendencia

que se apoya sobre criterios de estricta ortodoxia analítica, pero que intenta trasladarlos al medio psiquiátrico, es decir la institución hospitalaria (“psicoterapia institucional”). Al mismo tiempo, otra tendencia animada por psicoanalistas pertenecientes a la Sociedad Psicoanalítica de París centra sus esfuerzos en demostrar la pertinencia del psicoanálisis para fecundar un trabajo psiquiátrico en la comunidad, es una tendencia que no requiere estrictamente del hospital psiquiátrico para su despliegue sobre el medio social. De esta manera dando respuestas prácticas tanto en la institución cerrada como en la comunidad, el psicoanálisis parece dar así pruebas de que su tecnología supera los antagonismos institucionales que se le presentan a la práctica psiquiátrica. Aparece como el “remedio milagroso” que asegurará la puesta al día psiquiátrica, pero con la aparente capacidad de asegurar su puesto de dirección, en lugar de mantenerse en el lugar de mera subordinación.

Del maridaje de ambas tendencias se explica el éxito, relativamente paradójico, de la “psiquiatría psicoanalítica” impulsada por ambas profesiones: *“La relación como materia prima de la intervención, la psicoterapia como técnica son consideradas por gran número de profesionales como las bases de su sustentación más segura para garantizar el hecho de que el punto de vista psiquiátrico no sea asimilado a una banal especificidad médica.”* (CASTEL; 1984).

De este acuerdo, el precio que pagará la psiquiatría por dicha conquista es enorme. Ahora la psiquiatría es un servicio verdaderamente impregnado de psicoanálisis, pero no es la terapia en sí misma, es más bien la administración de esta, con el complemento de la responsabilidad (y el poder) de asumir un cierto número de actos propiamente médicos y por ello desvalorizados por la ideología psicoanalítica, como por ejemplo la administración de medicamentos. *La psiquiatría psicoanalítica ha intentado un golpe ambicioso: codificar el conjunto de la práctica psiquiátrica en el marco de una rigurosa tecnología de las relaciones dirigidas por los principios del psicoanálisis* (CASTEL, 1984, p. 103). En esa época se puede creer que el psicoanálisis encontraba su propio lugar en el interior de la psiquiatría. Pero esta integración relativa no lo situó en el lugar anhelado porque lo que pretendía, era todo el lugar.

Como ha sido históricamente la psiquiatría se sitúa en la tensión generada entre su polo médico y su polo relacional-social; el frágil acuerdo con el psicoanálisis reposiciona la profesión en la tendencia hacia este segundo polo, pero cuando dicha síntesis estalle, a la psiquiatría no le quedará más remedio que retomar las posiciones médicas más “objetivas” que le otorga la medicina clásica para extraer de ella la legitimidad necesaria para no dejar de existir.

3. El retorno del objetivismo médico:

Existe una suerte de sistema de representaciones, casi de creencias (sugiere Castel), que conforman lo que se llama “imaginario profesional”. Desde la década del sesenta, ese imaginario se ha ido alimentando de dos recursos principales: por un lado, las preocupaciones sociales tendentes a convertir a la psiquiatría en un servicio público que deriva en la elaboración del sector. Por otra parte, la referencia psicoanalítica que hizo de lo esencial de la vocación terapéutica, una motivación personal cuya matriz era la relación terapéutica.

Pero en la actualidad este imaginario se ve fuertemente cuestionado: *“Existe sin duda un cansancio respecto de cierto confucionismo verbal que se había instalado en muchos servicios, repetitivas discusiones sobre lo que significaba curar e incluso sobre si había que curar o no, interminables reuniones de síntesis en las que se abordaban, más que los problemas de los enfermos, los del equipo o los de la institución”* (CASTEL, 1984, p. 108). Frente a este desencanto general: ¿qué es lo que está intentando sustituir este imaginario?

En primer lugar, el refuerzo o revalorización hacia ciertas prácticas que nunca fueron del todo abandonadas, pero que subsistían con cierto sometimiento por el discurso dominante. Un claro ejemplo es el de los medicamentos: en 1952 se descubren los neurolépticos o antipsicóticos, descubrimiento que conforma un importante acontecimiento en la historia de la psiquiatría, a partir de allí comienzan a ser utilizados pero bajo cierta ignorancia respecto de los mecanismos de su acción, lo que facilita una utilización puramente empírica. En todos los servicios psiquiátricos la carga medicamentosa es un denominador común, se considera un instrumento indispensable, pero su utilización no cuestiona, o advierte o sugiere, nada al sentido de la práctica psiquiátrica porque él mismo parece actuar a ciegas. Por este mismo motivo, empiezan a desarrollarse una serie de investigaciones, de tendencias bioquímicas y/o neurológicas, *para localizar los puntos de fijación y el modo de actuación de los medicamentos psicotropos* (CASTEL, 1984, p. 110). El progreso de la salud mental se asimila así al conocimiento de las condiciones científicamente instrumentales, pasan a un segundo plano los esfuerzos realizados para comprender al sujeto sufriente en sus interacciones con el sentido, el lenguaje, lo simbólico; en fin, cuestiones tildadas de “ideológicas” (de forma peyorativa) producto de la asociación con la psicología y/o la política, gracias al “progreso del pensamiento científico” se vuelve a “perder el tiempo perdido” en un retorno al objetivismo y al positivismo médico.

En segundo lugar, también los progresos del positivismo se manifiestan mediante la reciente implantación de terapias de conducta. No se trata de un retorno estricto a la tradición médica clásica, pero el conjunto de técnicas pertenecientes a esta rama de la psicología se

sitúan en la línea de la “psicología de laboratorio”, rama que se aleja de la formación analítica. La terapia conductista seduce por su simplicidad, eficacia y amplitud de sus aplicaciones; de esta manera se reducen costos, plazos, dificultades de aplicación e incertidumbre en los resultados. Las posibilidades de expansión, en este sentido, parecen infinitas; pero la primera vía seria de implantación se configura a partir de los “niños disminuidos”. A su vez, la terapia conductista promueve una real “despsiquiatrización” dado que no trabaja sobre lo que exige la psiquiatría, de hecho casi lo ignora, trata el síntoma (una conducta anormal, molesta, intolerable o intolerada, inaceptable o aceptada para el entorno o para el sujeto mismo) independientemente de las causas que lo provocan; se trata más de un técnica de rectificación de tipo pedagógica que de un tratamiento médico. Estamos en la esfera de lo que el autor denomina “terapia para normales”, pero en su versión más objetivista.

En este contexto no se debe entender el olvido de la psiquiatría y/o del psicoanálisis, más bien la experiencia muestra un “eclecticismo terapéutico”²⁴ que conduce a un tipo de trabajo en el que cualquier cosa vale y absolutamente todo, o la mayor cantidad de recursos posibles de considerar, deben ser incorporados al proceso terapéutico:

“En lugar de la búsqueda de una totalidad de sentido [...], se perfila una nueva totalidad que no sería más que la adición de tantos puntos de vista sobre el hombre como saberes positivos existen que la parcelan. La misma cuya fórmula algunos proponen ya afirmando «la necesidad de una investigación interdisciplinaria experimental para la cual pueden empezar a intercambiar informaciones, la química, la bioquímica, la fisiología celular, la neurofisiología, la farmacología, la etiología, la psicología y la sociología por no citar más que estas»²⁵.

¡«Por no citar más que estas»! Nos preguntamos en cuántos pedazos podrá descomponer el objetivismo científico a este sujeto al que se atribuía no hace tanto tiempo un inconsciente, una historia y un proyecto...” (CASTEL, 1984, p. 119).

Capítulo III: La gestión preventiva

El neopositivismo médico no representa más que una tendencia dentro de la “nueva constelación del positivismo”, que hoy día tiende a imponerse como vencedor. En el plano de la política de asistencia (donde se incluye la asistencia médica) el nuevo positivismo permite

²⁴ Término tomado de Jean Paul Falret, por Castel.

²⁵ Esta cita que incorpora el autor es a Henri Laborit, “*Vers une psychiatrie totale... L' homme et ses environnements: essai d'intégration bio-neuro-psycho-sociologique*”, 1977.

la disociación radical entre el diagnóstico y la asistencia, donde la práctica terapéutica decanta hacia un puro “peritaje” (concepto que el autor ha desarrollado en obras anteriores): “*El saber médico-psicológico se convierte, así, en instrumento de una política de gestión diferencial de las poblaciones más que de asistencia*” (CASTEL, 1984, p. 122).

1. De la asistencia a la gestión administrativa:

Hasta el momento la tradición psiquiátrica ha intentado brindar una asistencia tan total como sea posible sobre las poblaciones que toma como parte de su responsabilidad. En primera instancia lo intentó bajo la forma del encierro, imponiendo un estatuto de alienado al sujeto; en segunda instancia lo intentó bajo la fórmula del sector, junto a las nociones de prevención y post-tratamiento, quiso ampliar el carácter de completud de sus servicios al extenderse sobre el medio social de los sujetos. Según Castel, hoy en día, ese régimen continuo de asistencia está dejando de representar el modelo dominante de la práctica médico-psicológica. Un ejemplo de esta tendencia, que se va repetir en el transcurso del capítulo, es la ley votada por el Parlamento francés el 30 de junio de 1975 en favor de las “personas deficientes” (ni alienados, ni enfermos).

René Lenoir, quien fué “Secretario de Estado de Acción Social” en Francia desde 1974 a 1978, define al “deficiente” como aquella persona que, *en razón de su incapacidad física o mental, de su comportamiento psicológico o de su falta de formación, es incapaz de promover a sus propias necesidades o exige constantes cuidados o se encuentra marginada tanto por sus propios hechos como por los de la colectividad.*²⁶ François Bloch-Lainé, un “haut fonctionnaire” (alto funcionario) de la administración pública francesa, define como deficiente a *aquella persona que a consecuencia de su estado físico, mental o caracterial, o de su situación social, sufre trastornos que constituyen “déficits”, es decir, limitaciones, dependencias especiales en relación a la normal; definiendo a ésta como la media de capacidades y de oportunidades de la mayoría de los individuos que viven en la misma sociedad.* (CASTEL, 1984, p. 123)²⁷

Tales definiciones son de una generalidad considerable, poco rigurosas, no tienen ningún carácter operativo ni suponen ninguna medida especial. En una discusión del Senado, en 1975, la ministra de Sanidad de Francia Simone Veil declara que el gobierno considerará deficiente a toda persona reconocida como tal por las Comisiones departamentales previstas

²⁶ La cita la extrae Castel de: René Lenoir, “*Les exclus*”, Seuil, 1974.

²⁷ Cita extraída por Castel de: François Bloch-Lainé, “*Etude du problème général de l'inadaptation des personnes handicapées*”, La Documentation Française, 1969.

por una serie de artículos (art. 4 para menores; art. 11 para adultos). Es decir en tal sentencia, es deficiente el definido como tal, tras pasar por una “Comisión”. Existen dos comisiones departamentales, una para niños y otra para adultos, estas juzgan a partir de informes elaborados por otras comisiones (“Comisión de circunscripción preescolar y elemental”, “Comisión de circunscripción de segundo grado” y “Comisión técnica”) que se componen de un personal más especializado. Por ejemplo, la “comisión de circunscripción” está compuesta en general *por el médico escolar, un psicólogo escolar, una asistente social, dos miembros de la Educación Nacional, maestros y/o directores de centros, un representante de los padres de alumnos, un representante de la Seguridad Social y un miembro del intersector puero-juvenil psiquiátrico* (CASTEL, 1984, p. 125).

A través de los informes obligatorios (por ley) presentados por los directores de centro, un niño/a puede entrar en una lista en la que se señalan aquellos que presentan dificultades o retrasos escolares, sobre estos se constituye un dossier de informes interdisciplinarios, a partir de los cuales, el equipo educativo escolar emite un informe orientativo sobre el cual la Comisión de circunscripción tomará una primera decisión sobre el futuro del niño/a. Puede decidir orientar al niño/a en el circuito escolar (con clases de apoyo, por ejemplo), o considerarlo incapaz de seguir una escolaridad normal. En este segundo caso transmite el informe a la Comisión departamental que es la que tiene el poder de decidir respecto de un posible internamiento en establecimientos especializados y para la atribución de una subvención por fijación del grado de incapacidad. A todo esto se suma la inscripción en el fichero departamental de deficientes.

En el caso de los adultos, la comisión departamental es responsable de decidir la colocación del deficiente en función de su capacidad laboral, puede permanecer en los circuitos normales de producción o ser colocado en establecimientos especiales de ayuda al trabajo y “talleres protegidos” (empresas que con algunas adaptaciones admiten deficientes en los circuitos de producción).

Estos son algunos de los recorridos más comunes que sigue un deficiente. Ahora, ¿cuál es el espíritu de la ley de 1975, tras esta pesada máquina burocrático-administrativa, parcelada en Comisiones? Una de sus primeras características es la unificación bajo una misma etiqueta, de casos absolutamente heterogéneos que, a su vez, dependen de una misma instancia de decisión. Ante todo, con esta noción de deficiencia se ponen en primer plano las exigencias sociales; existe una suerte de inclusión de los sujetos pero al banalizar sus “déficits” bajo la forma de deficiencias compensables. Es decir, hay un desfase en la vida de esta personas, respecto a la normalidad, que debe ser nivelado. Contrariamente a lo que

representaba el loco que tanto positivamente (por su genialidad) como negativamente (por su peligrosidad), se lo excluía del circuito normal de la vida. La deficiencia se sitúa como lo estable, lo permanente, un estado definitivo en el que hay que “dejar espacio a las posibilidades evolutivas”.

“Lo que se oculta tras la deficiencia no es la aparición de lo patológico, sino el reino de la desigualdad. Desigualdad que remite a la deficiencia de una constitución, o desigualdad adquirida en la lucha por la vida concebida como carrera de obstáculos, pero en ambos casos medida de inferioridad. La deficiencia naturaliza a la vez la historia del sujeto, haciendo de su carencia un déficit, y la historia social, asimilando las adquisiciones requeridas en un momento histórico dado a una normalidad natural”
(CASTEL, 1984, p. 129).

Una de las consecuencias de esta caracterización en términos de deficiencia, es que se impide el tratamiento diferencial y la posibilidad de mantener un contrato terapéutico personalizado. La pesada máquina administrativa establecida por ley en 1975, provoca que el lugar de la profesión psiquiátrica quede anegada entre múltiples disciplinas. A pesar de que se podría leer esta nueva situación como una tendencia hacia cierta despsiquiatrización orientada por modos de asistencia no exclusivamente psiquiátricos; el rol del diagnóstico médico-psicológico sigue siendo determinante en el tipo de procedimientos y operaciones que exige la ley. El rol de especialistas que asumían los psiquiatras sufre una transformación, Castel les llama “expertos enmascarados”, si bien la jerarquía de la salud mental especializada se ha horizontalizado respecto a una cantidad de representantes de otras profesiones, funcionarios y representantes de instituciones diversas; la referencia a un saber especializado cumple una función legitimadora indispensable para la validez de los procesos, los juicios emitidos por psiquiatras confieren una garantía científica a un juicio normativo.

En este sentido, Castel identifica que el elemento nuevo en esta síntesis asistencial es que el diagnóstico está completamente dissociado de la asistencia. El nuevo experto, profesional de la Salud Mental, opera como especialista que dicta un juicio objetivo que es pieza esencial de un dossier, sobre el que se apoyarán otros funcionarios para emitir su propio juicio que desembocará en acciones prácticas. Es la elevación de la función de peritaje, en contraposición a aquella acción asistencial directa que se ejercía en la anterior salud mental en donde el elemento relacional con el enfermo era la pieza clave. Pero lo que se perita en el marco de la nueva ley no es del orden del delito sino de una distancia en relación a la norma,

se mide simplemente la relación de los sujetos con unos modelos sociales dominantes y, por añadidura, cambiantes.

Los profesionales se ven insertos en una mecánica que no pueden controlar, situados en una función que no es ni poco ni mucho la de experto, aportan la garantía pseudo-científica que justificara los buenos fundamentos de la ley. Queda consagrado un *deus ex machina* por ley, en donde el experto es al mismo tiempo su ejecutor más alienado. Las comisiones, instancias administrativas, son las que tienen poder de decisión sobre la constitución de los perfiles de deficiencias: *No resulta exagerado afirmar que definen la deficiencia y que en tal definición tiene poder constitutivo en la medida en que deduce, a priori y en una población todavía indiferenciada, un subconjunto para el que se crea un circuito especial* (CASTEL, 1984, p. 137). He ahí el *deus ex machina*, una ley-maquinaria-dios que crea perfiles humanos; y en función de estos, determinados circuitos institucionales.

¿Quién tiene el poder realmente, quién o quiénes hacen la ley realmente? En primer lugar: los funcionarios, bajo la autoridad directa de los funcionarios administrativos de altos cargos. Sin embargo el poder de estos no se sostiene sin la referencia al saber médico-psicológico; el especialista aunque aparezca subordinado por una trama de relaciones de fuerza, es indispensable para la reproducción de tales relaciones de fuerza en una relación de derecho: *“La función del saber psiquiátrico es la de servir de fundamento de legitimidad y de correa de transmisión en un funcionamiento institucional cuyo dominio le escapa absolutamente”* (CASTEL, 1984, p. 134).

2. La gestión preventiva de los perfiles humanos:

A partir del despliegue de la nueva política de Salud Mental con la ley de 1975, hay que comenzar a considerar la función social de la salud mental con mayor relevancia, independientemente de la máscara de tratamiento. La relación terapéutica propiamente dicha deja de ser el elemento determinante de la práctica. El psiquiatra aparece cada vez más como especialista que marca un destino sin modificar directamente una situación; en el límite, es auxiliar de un ordenador al que le proporciona datos que se distribuyen sobre circuitos administrativos independientes de cualquier objetivo terapéutico. Desde este punto de vista, la función de control social de la salud mental no tendría nada que ver con una práctica coercitiva directamente ejercida: sería un simple instrumento de gestión de las poblaciones que opera sin modificar por sí mismo a los sujetos afectados.

Las intervenciones médico-psicológicas serían ante todo un medio de calibrar diferencialmente categorías de individuos a los que se les asignan unas plazas concretas. El diagnóstico-peritaje representaría la etapa “científica” de un proceso de distribución de las poblaciones en circuitos especiales (educación especial o trabajo especial, por ejemplo); legitimado por un saber (o un pseudo saber) de decisiones que *arbitran entre unos valores esenciales y elevan el peritaje a la altura de una nueva magistratura de los tiempos modernos* (CASTEL, 1984, p. 135).

Emitiendo un diagnóstico de deficiencia, el técnico objetiva una serie de diferencias en relación a una combinatoria de condiciones requeridas a nivel de la escolaridad o del trabajo que son, según Castel, los dos principales sectores de referencia de las anomalías en la actualidad. A partir de esta discriminación, el individuo peritado empieza a transitar por un circuito especialmente diseñado: “*la cuerda de la deficiencia*” (la denomina el sociólogo en el libro). La etiqueta de deficientes sería una especie de diploma, pero en sentido opuesto al que comúnmente se le atribuye, que da sino derechos, al menos un estatuto, un lugar claro en la estructura social.

La nueva política de Salud Mental, así definida, es traccionada al reunir dos condiciones básicas: a) disponer de un sistema de codificación bastante riguroso para objetivar dichas diferencias; b) proveerse de los medios para inventariar sistemáticamente todos los sujetos que componen una población dada. El saber médico-psicológico proporciona un código científico con el que objetivar las diferencias, el cual se ve facilitado al sumar el elemento del vertiginoso desarrollo informático-tecnológico de la época (computacional, de tecnologías de gestión, registro, archivamiento digitales, etc.). En lo que se refiere al prurito de la exhaustividad, encuentra el medio de realizarse con el examen sistemático de las poblaciones (punto que también encuentra nuevas facilidades con el desarrollo tecnológico actual). Lo que resta del proceso, *es decir el hecho de asignar a tales individuos constituidos en flujos estadísticos un destino social homogéneo, es una cuestión de voluntad política* (CASTEL, 1984, p. 138).

3. La nueva política social:

Esta línea de transformación de la política de Salud Mental no abarca, evidentemente, el conjunto completo del campo de la terapéutica. En este momento compiten con ella enfoques artesanales y métodos “científicos”. Lo que implica para todos los casos, el nuevo modelo de gestión de los hombres (que es el que se está imponiendo en los últimos años según el autor), es el retroceso de una concepción pública de la asistencia (lo que se llamó

“Estado de Bienestar” o “Welfare State”) que convertía al Estado en el responsable directo de la red completa.

El terreno de la acción sanitaria y social de gestión de los riesgos, que acabamos de definir, se caracteriza evidentemente por el modo de gestión que querría promover cualquier “Estado neoliberal”. Para entender cómo ha empezado, en estos últimos años, la filosofía neoliberal a reestructurar el campo de la Acción sanitaria y social, y qué características ha tomado en su desarrollo; es necesario redefinir la función de los tres principales actores que ponen en ello su responsabilidad: el Estado, el sector privado y los profesionales.

1. El Estado: en contraposición a los roles asumidos durante el Estado de bienestar, el Estado neoliberal se corre de las funciones de creación, ejecución y financiamiento directo del conjunto de la política asistencial. Ahora actúa como ente centralizador y planificador de la recolección de datos, racionaliza la implantación de los servicios a los que fija una normas estrictas de funcionamiento y controla sus resultados, dejándoles, a partir de ahí, autogestionarse como una empresa.
2. El sector privado: tiende a una exaltación de los méritos del “asociacionismo” y de la “beneficencia”. Las iniciativas privadas, llamadas al espíritu de iniciativa, comienzan a movilizar redes de convivencia que les permiten cubrir todo el tejido social e integrarse en los intersticios donde los funcionarios públicos, representantes de un lejano poder, abstracto y a menudo considerado reservado a unos pocos, tienen dificultades para hacerse un lugar. De esta manera se va imponiendo un tipo de orden que parecerá menos pesado, más liberal en tanto el Estado lo garantiza sólo en última instancia. En esta misma lógica: *“el personal voluntario no sólo permite hacer economías sino que representa un medio de presión que contribuye a desarrollar un «buen espíritu» en el conjunto del personal.”* (CASTEL, 1984, p. 148).
3. Los profesionales: en la nueva política social tienden a intervenir, cada vez más, como especialistas dotados de un saber y de una competencia propia, que es puesta a disposición en un mercado de trabajo como cualquier otro, es decir en donde negocian las condiciones de empleo e incluso los acuerdos colectivos. Las profesiones de la salud han sido de las que más se han expandido en los últimos años, pero la competencia para encontrar un empleo en ellas es también de la más alta. En Francia, por ejemplo, ha aumentado la cantidad de estudiantes que se forman en la psicología clínica y las profesiones para-médicas (kinesiología, nutrición, fisioterapia, psicopedagogía, musicoterapia, e incluso podríamos incluir trabajo social), esto genera una cantidad de futuros profesionales que el mercado laboral no puede absorber

completamente; además, las vías con las que los estudiantes suelen encontrar salidas laborales son de lo más informales, dependen de las redes de relación, por no decir de la seducción individual. Por una parte, la presencia de esta masa personas calificadas sin empleo impulsa la creación de empleos para tales cualificaciones, y contribuye así al mismo tiempo al desarrollo del campo médico-psicológico y médico-social: “*Su situación se parece a la del personal de una empresa cualquiera en donde los protagonistas sociales negocian su estatuto y en cierta medida la política de la empresa bajo la tutela del Estado.*” (CASTEL, 1984, p. 149).

Desde el punto de vista de los beneficiarios de la ayuda, estos no representan nunca grupos concretos que puedan organizarse por sí mismos y reivindicar un derecho. Son más bien una serie *de casos sobre los que se vuelca una competencia exterior para verificar la existencia real de un déficit* (CASTEL, 1984, p. 150). La dialéctica de tres polos Estado-sector privado-profesionales genera una real división del trabajo que es completamente funcional. Lo que frecuentemente sucede es que desde la iniciativa privada se detecta concretamente una dificultad y, a continuación, se improvisa un primer dispositivo asistencial, que inicialmente descansa sobre la buena voluntad y los fondos privados, osea en un modo de organización muy artesanal. Tras el peritaje de un técnico competente, en un segundo momento de la evolución de la estructura, éste sanciona la precariedad del dispositivo intentando investirlo con su saber técnico pertinente. Estas expertas referencias emitidas por profesionales, contribuyen a hacer del dominio médico-psicológico y asistencial un universo desbordado por una muchedumbre de especialistas de diversificada competencia que se vuelcan sobre todos los problemas que requieren del marco de la especialidad, hasta el punto de que su dominio se les escapa. Podría pensarse cínicamente, sugiere Castel, que cada uno de los especialistas encuentra su propio interés porque habrá tantas más competencias que movilizar y empleos que crear cuantos más problemas haya que tratar. Pero, más profundamente, en la medida en que esas técnicas descansan en última instancia sobre la referencia a una competencia de tipo psicológica (cuya universalidad de sus saberes se adapta perfectamente a la diversidad de problemas existentes), *son de entrada cómplices de una concepción atomizante de los problemas de la asistencia y del tratamiento: la razón última de una disfunción cualquiera no puede residir más que en el individuo portador del síntoma y la comprensión de su economía personal plantea el único hilo conductor en el desbordado marco de la asistencia* (CASTEL, 1984, p. 151). A los poderes públicos les quedan entonces

dos funciones principales que asumir: a) coordinar el conjunto del dispositivo, frente la constelación de implantaciones previas, cuya distinción entre público y privado provee el principio de discriminación más que pertinente; eliminar progresivamente las redundancias y estimular la consecución de objetivos más o menos olvidados; b) las administraciones centrales persiguen un objetivo más ambicioso de detección sistemática de las anomalías y de planificación a largo plazo del conjunto de especialistas con la finalidad de realizar una gestión masiva de las poblaciones desviadas.

En función de esta ambición, las nuevas estrategias médicas-psicológicas y sociales pretenden ser, sobre todo, preventivas, y la moderna prevención pretende ser, ante todo, detectora de los riesgos. Un riesgo no es resultado de la presencia de un peligro concreto e inminente para una persona o para un grupo de individuos, sino que es más bien un cálculo generado a partir de la relación de datos generales impersonales o de factores de riesgo que hacen más o menos probable el acontecimiento de conductas indeseables. En este sentido, *prevenir es ante todo vigilar, es decir ponerse en posición de anticipar la emergencia de acontecimientos indeseables en el seno de poblaciones estadísticas detectadas como portadoras de riesgos* (CASTEL, 1984, p. 153). Pero el modelo de vigilancia no es ya el de tipo panóptico que propuso Michael Foucault, donde la vigilancia supone la co-presencia de los controladores y de los controlados en un espacio homogéneo barrido por la mirada (CASTEL, 1984, p. 154). Las nuevas políticas preventivas economizan esta relación de inmediatez porque tratan (al menos en un primer momento) con factores; es decir, no con individuos de carne y hueso, sino con correlaciones estadísticas. No se trata, entonces, tanto de afrontar una situación ya peligrosa como de desarrollar la capacidad de anticiparse a todas las figuras posibles de la irrupción del peligro. Detectar el peligro significa realizar un estudio sobre si las probabilidades son más o menos grandes de que exista una correlación entre tales síntomas actuales y tal acto futuro: *“En términos de lógica, el diagnóstico de la peligrosidad pliega la categoría de lo posible sobre la de lo real, so pretexto de que lo posible es más o menos probable.”* (CASTEL, 1984, p. 155).

El desarrollo de la informática está dotando a la administración de una tecnología autónoma en los sectores de la acción sanitaria y social, cuando anteriormente se veía reducida a reinterpretar y desviar las innovaciones previamente realizadas por los psiquiatras ¿Es tan grave dicho desplazamiento? la diferencia que sugiere Castel, es más bien una cuestión de escala, la organización de las antiguas prácticas médico-psicológicas quedaban en el orden del cara a cara, las posibilidades de ampliación eran posibles pero muy costosas y dificultosas. La informática permite ampliar el alcance de los sujetos intervenidos,

economizar los costos y aumentar la velocidad de los procesos al precio de disolver al sujeto para no retener de él más que datos abstractos interpretados como factores de una serie. Por ello, para el sociólogo, la posibilidad del despliegue de estas nuevas políticas preventivas es la desaparición de la noción misma de sujeto. El retorno del objetivismo médico reducía dicho sujeto a sus condiciones científicamente instrumentalizables, pero la instauración de un objetivismo tecnológico lo termina por disolver en una combinatoria abstracta de elementos intercambiables.

Capítulo IV: La nueva cultura psicológica

En este capítulo se desarrollará la última de las tres líneas de transformación de los dispositivos médicos psicológicos contemporáneos, que propone Castel. Se trata de un fenómeno que va más allá de la separación de lo normal y lo patológico, y de la problemática de la asistencia; es el recubrimiento de la cultura social por una cultura psicológica que se desarrolla por sí misma. Con el avance de este proceso nos encontramos actualmente en lo que el autor denomina “post-psicoanálisis”, que no debe entenderse como el fin del psicoanálisis sino como *el fin del control que el psicoanálisis ejerce sobre el proceso de difusión de la cultura psicológica en la sociedad* (CASTEL, 1984, p. 163).

1. La desestabilización del psicoanálisis:

Como habíamos visto anteriormente, el psicoanálisis se había integrado de forma privilegiada a las prácticas psiquiátricas e incluso al conjunto de las “profesiones de la Salud Mental”. Había dotado de una garantía teórica y de un conocimiento técnico a un conjunto de cuadros medios de las profesiones de la salud, es decir aquellos que trabajan activamente en el campo pero sin la legitimidad suficiente para ocupar lugares de poder. En una primera lectura se podría entender este proceso como una valoración al conocimiento y la práctica psicoanalítica que le otorgaría aún más legitimidad. Pero esta integración del psicoanálisis a la formación de numerosas profesiones de la relación, por el contrario, impone una cierta banalización de su contenido.

La difusión del psicoanálisis más allá del diván, genera que el “argot”²⁸ psicoanalítico se convierta en el principal lenguaje de base para la codificación psicológica de la existencia,

²⁸ Castel utiliza este término en referencia a un lenguaje o modalidad lingüística común a un grupo específico de personas, así ciertas profesiones o grupos sociales comparten un argot. Quizás un sinónimo sería “jerga” pero no me queda en claro si uno u otro término hacen referencia a una posición más marginal de dicha modalidad lingüística, por ejemplo profesionales comparten un argot y reclusos en un penitenciario, una jerga. Como el interés de este trabajo no es el estudio de la semiótica no voy a profundizar más, pero parece pertinente la aclaración.

y precisamente al ser accesible a todos, incluso más allá del conjunto de profesiones de la salud mental, pierde su especificidad. Si bien es cierto que Lacan y el lacanismo fueron locomotoras para la profesión (como vimos durante el Capítulo I), la audiencia intelectual que alcanzó el psicoanálisis, en general, en seguida fue mucho más amplia; a partir de Lacan se comienza a leer en gran cantidad su producción intelectual, pero lo que realmente comienza a ser masivamente consumido es, por ejemplo, la “introducción al psicoanálisis” de Freud. A su vez, los acontecimientos de 1968 en Francia le aportaron un nuevo público al psicoanálisis, gracias a sus aspiraciones ideológicas-políticas; extrañas a la pertinencia clínica o el rigor teórico, por otra parte.

Entonces, si se fue perdiendo su especificidad a la vez que se hacía más masivo: ¿qué es actualmente el psicoanálisis en Francia? claramente continúa siendo *un número relativamente limitado de prácticas terapéuticas o para-terapéuticas en el marco estricto de la relación dual* (CASTEL, 1984, p. 169); pero es también la referencia privilegiada de la mayor parte de las orientaciones psicoterapéuticas que a pesar de ello comienzan a tomarse grandes libertades respecto a la tecnología freudiana o lacaniana. A su vez es, también, un producto cultural que se consume, una moda que se comparte, el hábito de una élite intelectualmente cultivada a la que se sueña pertenecer: “*a veces es la ciencia de los expertos, otras el idioma de casi todo el mundo para expresar las dificultades de relación, los fracasos escolares o los conflictos conyugales ...*” (CASTEL, 1984, p. 169).

La crisis del psicoanálisis se debe justamente a esta brecha que se forma entre un conjunto de prácticas que se aferran a la ortodoxia para sostener su legitimidad, y unas producciones generadas a partir de sus mismas bases pero que le son cada vez más ajenas. La masificación de la cultura psicológica escapa a las instancias de legitimación del medio psicoanalítico que ya no puede controlar el conjunto de este proceso de difusión.

Quedan conformados dos “círculos (más adelante Castel se corrige cambiando este término por series de ondas sucesivas) de difusión psicoanalítica”. El primero tiene su epicentro en la tradicional práctica del diván que continúa apoyándose sobre la relación dual y en la aplicación de la teoría freudiana pero sobre “formas cada vez más lejanas y atenuadas” (en palabras del autor). Pero se está conformando un segundo epicentro en torno a nuevas técnicas psicológicas que derivan del psicoanálisis y a su vez se proclaman completamente autónomas de él. “Herederos y bastardos” les llama el autor, respectivamente, jugando con un rol paternal del psicoanálisis respecto a estas dos tendencias.

2. Trabajar el capital humano:

Lo central es que estos nuevos enfoques retoman, exportan e instrumentalizan prosaicamente un aspecto fundamental del descubrimiento freudiano: la posibilidad de trabajar el concepto mismo de la normalidad. Y es que Freud fue un innovador en este sentido, por el hecho de que nunca concibió enteramente la intervención del profesional sobre la problemática psíquica en el marco exclusivo del intento de curación. Más bien los análisis de este tipo conducen a su interminable reproducción, el trabajo de descubrimiento y transformación sobre uno mismo nunca termina. Este enfoque así planteado ya invita a una relativización sobre lo normal y lo patológico; así como a pensar que la normalidad es algo distinto a un estado definitivo, más bien podría ser una situación sobre la que siempre se podrá intervenir. Entonces, el recurso a una tecnología psicológica no tiene como único objetivo curar o prevenir, es decir reparar el daño ya hecho o evitar la enfermedad y mantener la salud, sino que también puede servir con fines exploratorios, mediante el cual se logra un bagaje que no necesariamente se contenta con colmar una disfunción.

Ahora, hasta el momento el psicoanálisis es virtualmente universal, es decir puede estar en boca de todos pero en su versión más dura, el trabajo sobre uno mismo queda restringido a grupos muy limitados, no sólo debido a razones económicas sino por los recursos culturales, de tiempo, de libertad de espíritu que obliga a movilizar: *“El enfoque psicoanalítico, aunque universalista en su intención, es elitista en sus condiciones de aplicación.”* (CASTEL, 1984, p. 178). Entonces, el psicoanálisis no puede responder a la demanda social que se le plantea, en consecuencia se encuentra siempre amenazado de desequilibrio entre las responsabilidades que realmente puede asumir y aquellas para las que puede resultar tan sólo una cobertura ideológica. Esta posición frágil es una de las causas por las que la psiquiatría de base psicoanalítica y otras profesiones de la Salud Mental, de similares referencias, se encuentran en crisis.

Las “nuevas terapias” vienen a postularse como la solución o al menos el atenuante de dicho desequilibrio, a su vez son la nueva vía para la ampliación, la “democratización”, de las aplicaciones de tecnologías psicológicas. En primer lugar, tales enfoques, son mucho menos costosos en sus aplicaciones, algunas de estas terapias incluso requieren de la participación del paciente sólo por algunas semanas; como suelen aplicarse en grupos, un sólo profesional puede incluir a varios pacientes en una sólo sesión; además rompen con la monotonía del diván, permiten establecer relaciones entre los participantes, tener aventuras y amigos o hasta conseguir trabajo siendo uno mismo animador de estos grupos, dado que no requieren de una formación demasiado especializada.

Pero más allá de esto, lo esencial es garantizar la “generalización de la terapia para normales”²⁹. En este tipo de intervenciones psicológicas, la normalidad es la patología, ¿cómo proponen dar respuestas a esta patología? a partir de la suposición de que la subjetividad y la intersubjetividad pueden ser instrumentalizadas mediante intervenciones externas: *“Promueven una visión del hombre por la que se concibe a sí mismo como poseedor de una especie de capital (su «potencial»), que gestiona para obtener de él una plusvalía de placer y de capacidades relacionales. En suma, hay individuos subdesarrollados y en vías de desarrollo, como dicen los tecnócratas al hablar de los países del Tercer Mundo.”* (CASTEL, 1984, p. 180).

Pero unas modalidades de intervención que operan en sentido de una manipulación y/o control sobre las subjetividad no es ninguna novedad, entonces ¿qué es lo novedoso que aportan estas técnicas (además de ser una nueva vía para la difusión de lo psicológico en la sociedad)? La novedad es doble: por una parte, tal programa, dispone de una nueva panoplia de técnicas que son capaces de superar las “piadosas declaraciones de intención” (tomado en términos del autor) para instrumentalizarse a gran escala. Por otra parte, y sobre todo, bajo estos métodos los sujetos se transforman a sí mismos en objeto y fin de una experimentación psicológica, lo que descubre una cualidad inesperada del trabajo psicológico, la de ser capaz de crear una nueva forma de sociabilidad. Es un proceso en el cual el antiguo proyecto de la “cultura de las relaciones” de la psicología, se está convirtiendo en lo que Castel denomina una “cultura relacional”, en la cual la movilización psicológica se plantea como fin en sí misma, capaz de saturar todos los valores de la existencia: *“Estas nuevas técnicas alimentan un ethos por el que el desarrollo del propio potencial psicológico y la intensificación de las relaciones con los demás pueden convertirse en el alfa y el omega de la existencia.”*(CASTEL, 1984, p. 190).

Pero al preguntarnos sobre cuál sería el real impacto de tales técnicas, tenemos que reflexionar sobre la cantidad y el tipo de clientela que demanda estos servicios. La clientela de estos métodos se reclutó a partir de redes sociales que poco tienen que ver con la terapia, es un público en ruptura más o menos abierta con las instituciones tradicionales que sirven (o servían) de soporte de la sociabilidad normal y que, por ende, intentan elaborar una nueva economía relacional propia fundamentada en aspectos relacionados a sus afinidades culturales y electivas, libres de obligaciones sociales codificadas y diferencias de estatus. En especial,

²⁹ Prefiero no detenerme demasiado en la explicación del contenido de estas nuevas terapias, dado que son ampliamente desarrolladas en la ficha del libro anterior: F. Castel, R. Castel, A. Lovell, *“La Société psychiatrique avancée: le modèle américain”*, Paris, ed. Grasset, 1979.

manifiestan una distancia, querida o no, respecto de dos instituciones centrales de integración social, que son: la familia y el trabajo. Más que una estricta pertenencia de clase lo que caracteriza a esta población son los distintos factores de no-integración y/o de mayor desentendimiento de lo social: desempleados/as, divorciados/as, personas en crisis de creencias políticas, por ejemplos. También, la disminución de los costos en el acceso a dichas terapias aumenta el número de clientes que asisten a ellas, en este sentido se postulan como enfoques “más democráticos”.

No quiere decir que todos los marginales pasen a ser clientes de las nuevas terapias; pero sí puede significar que la cultura psicológica se presenta como alternativa a una situación en la que los estímulos de los valores sociales se tambalean, están constantemente amenazados y no otorgan la seguridad existencial que las personas solicitan; tanto más cuanto que las alternativas políticas actuales son confusas.

3. Una a-social-sociabilidad:

La psicología históricamente se ha ido desarrollando a la sombra de instituciones cuyas disfunciones debía paliar, por ejemplo: la psicopedagogía surge como intento de responder a problemas que se plantean frente a las exigencias del sistema escolar; la psicología del trabajo aparece como manera de tener en cuenta el factor humano en la cadena de producción cuando tal factor plantea dificultades frente a las exigencias de rendimiento.

A partir del descubrimiento de este mecanismo del desarrollo de tecnología psicológicas se ha desarrollado una crítica de la psicología como máscara que evita poner en tela de juicio los sistemas establecidos; se entiende que es menos costoso, por ejemplo, tratar a los niños con problemas, rechazados por la organización escolar, que cambiar la estructura que origina tales problemas. La denuncia que plantean tales críticas, para Castel, corren el peligro de olvidar un elemento nuevo de la coyuntura contemporánea: el establecimiento de sectores de prácticas en donde la psicología se erige como sustituta de lo social.

En la nueva coyuntura, lo psicológico invade y satura nuevos espacios liberados por el reflujo social, opera en la función que ocupaba lo social haciendo la pantomima del estatus de una sociabilidad completa cuando los factores propiamente sociales no están al alcance de los actores. Pero en realidad tras este engaño, la dinámica misma que origina esta inflación de lo psicológico no es de naturaleza psicológica, más bien alude a una transformación de las estructuras sociales preexistentes. Con el objetivo de desentrañar la novedad de este proceso, existe una primera tendencia surgida en Estados Unidos que busca sus causas en un cambio en la sensibilidad social, sus ideólogos la han bautizado como “la cultura del narcisismo”.

Según esta teoría, la personalidad narcisista de nuestro tiempo está en el origen de una recomposición fundamental de las relaciones que el individuo mantiene con su propio cuerpo, con los demás y con la sociedad; es un cambio hacia un *yo* dominante, que es a la vez pletórico e insatisfecho, veleidoso y exigente. Es una inmersión en la subjetividad casi tiránica, en sentido a una “guerra de todos contra todos” que hace del nuevo estado de sociedad el equivalente del estado natural que formula Hobbes en la célebre obra “*Leviatán*” de 1651.

Sin embargo, Castel plantea ciertas reservas frente a tales enfoques planteando que: pararse sobre la conceptualización de este fenómeno siguiendo la propuesta de los autores norteamericanos puede conducir en cierta medida, a la distorsión de la significación social del proceso. De hecho va aún más lejos al considerar que al hablar de la constitución de una “personalidad narcisista” queda ilustrada la tentativa típicamente americana de buscar en el individuo un principio de totalización que permita una lectura sintética de lo social y que autorice una mirada panorámica y altanera sobre la historia. Cuando se pone el acento sobre el narcisismo, se permite reducir la cultura psicológica a la cultura de la interioridad. Si existe cultura psicológica, evidentemente ésta se caracterizará por una cierta sobredeterminación de la subjetividad y de la intimidad. Pero lo que sucede en el fenómeno social actual, es que esta actitud de repliegue constituye una reacción.

Amplíemos esta reacción a partir de la siguiente pregunta: ¿cómo puede el aislamiento individual convertirse en fenómeno masivo? aunque desde el vamos un proceso en masa, en el que se tiende a la individuación suena ambiguo. Para el autor existen dos posibilidades:

- La, ya mencionada, hipótesis del narcisismo; hipótesis psicológica o psicopatológica donde la inflación de los esquemas psicológicos en lo social *es el resultado de la proliferación cancerígena de un cierto tipo de estructura de la personalidad cuyo análisis corresponde a los saberes psicológicos y cuya génesis debería ser, en pura lógica, igualmente psicológica* (CASTEL, 1984, p. 205).
- La hipótesis de tipo sociológica, relacionada con el “suicidio egoísta”, tipo de suicidio que resulta de una desmesurada individuación (de hecho consiste en el mismo suicidio de Narciso). Tiene que ver con lo que Durkheim ya había desarrollado en 1897, en su obra: “*El suicidio*”. Básicamente, cuanto más débiles (en capacidad de integración e identificación) son los grupos a los que pertenece un individuo, menos depende de ellos, y en consecuencia acabará por no depender más que de sí mismo para no reconocer otras reglas de conducta que las fundamentadas en sus intereses privados. En este sentido el egoísmo resultante de la cerrazón sobre la propia subjetividad, no es

tanto una estructura de la personalidad como una posición de refugio determinada de la transformación de ciertas estructuras sociales.

A partir de ambas lecturas, Castel concluye esquemáticamente que el desarrollo de una cultura psicológica de masas se sitúa, en última instancia, en la confluencia de varias fuentes, y nombra tres de ellas:

1. La amplia difusión de esquemas de interpretación y de técnicas de intervención que tienen con frecuencia su origen en la tradición psicoclínica pero que han desbordado las fronteras de lo patológico.
2. La recuperación de estas técnicas psicológicas para las experiencias de trabajo sobre la sociabilidad o de trabajo sobre la normalidad.
3. Un contexto social, político, cultural general; que introduce a la sobrevaloración de las prácticas relacionales en la medida en que un cierto número de compromisos que tradicionalmente permitía otra estructuración de las relaciones entre orden público y vida privada escapan al dominio de los actores históricamente encargados de regularlas.

¿Hacia un orden post-disciplinario?

Para el autor, nos encontramos indudablemente ante el final de un ciclo. Un modelo de intervención sobre los trastornos de la psiquis establecido aproximadamente a inicios del siglo XIX y que se había mantenido y enriquecido a través de sucesivas renovaciones, está perdiendo preeminencia. Lo que no significa que dispositivos como el del sector psiquiátrico o el del psicoanálisis caduquen o estén definitivamente superados, sino que las innovaciones más significativas, las que comprometen el porvenir, no pueden ya pensarse exclusivamente dentro de tal finalización.

Recapitulemos en torno a las principales direcciones en que se han distribuido últimamente las cartas y que, siguiendo a Castel, marcan el futuro de las intervenciones sobre el “mundo psi”:

Por una parte, *se constata un decantamiento general de todos los dispositivos médico-psicológicos, que tiende a imponer un modelo del hombre y de la acción sobre el hombre, y que coloca en un callejón sin salida la dimensión del inconsciente, la consistencia de lo social y el peso de la historia* (CASTEL, 1984, p. 211). Se dibuja una línea reactiva que

tiende a retomar antiguas orientaciones objetivistas pero investidas de nuevas esperanzas, Castel pone los ejemplos de la referencia a un modelo clínico estrictamente médico, la fascinación por las explicaciones biológicas o bioquímicas, la búsqueda de un determinismo orgánico o fisiológico (es decir, un código genético en el origen de los trastornos psíquicos), la programación de protocolos de refuerzo de las conductas positivas y la eliminación de prácticas negativas por la terapia de la conducta; todos ellos son algunos de los tantos adelantos cuyo éxito conspira para la devaluación de la atención a las totalidades concretas, personales, sociales e históricas, por ser subjetivistas, pre-científicas e ideológicas.

Pero la misma desestructuración del sentido opera, quizá de una manera más radical aún, mediante la aplicación de tecnologías informáticas a la Acción sanitaria y social. En estas, el sujeto desaparece en tanto interlocutor de la intervención, las personas concretas se descomponen según tal o cual objetivo definido en el marco de una programación administrativa y se recomponen en flujos abstractos de poblaciones. El paradigma de la nueva práctica pasa a ser siempre un objetivismo que se justifica en nombre de la eficacia: *disponer de un conjunto movilizable de informaciones fiables con el fin de modificar una situación definida a partir de elementos que se pueden instrumentalizar* (CASTEL, 1984, p. 212).

En tercer lugar, la línea de transformación seguida a partir de la posteridad del psicoanálisis, y que se extiende por la nueva cultura psicológica, escapa a estos intentos reduccionistas. Pero la cuestión reside en que dicho objetivo se realiza reduciendo la trayectoria del sujeto al “aquí y ahora” de la experiencia inmediata e identificando la relación con el otro con una capacidad técnica de comunicación. *El “potencial humano” (a la vez potencial y relacional) es efectivamente un capital objetivable que se cultiva con el fin de hacerlo más efectivo en la sociabilidad, el trabajo o el ocio. Luchar contra las alienaciones se convierte, así, en una tarea programable cuyas etapas pueden valorarse a lo largo de esta especie de recorrido del combatiente que es la empresa de liberación personal* (CASTEL, 1984, p. 213). En un sentido distinto a los defensores del objetivismo, los representantes de esta corriente no ponen al sujeto en un callejón sin salida, sino que lo reinterpretan en el marco de un pragmatismo total.

Esquemáticamente podemos decir que existe un polo más institucionalizado, que lleva a la gestión de las disfunciones y los riesgos más objetivos, señalados por una autoridad exterior en función de las perturbaciones con las que los afectados amenazan ser portadores de tales riesgos; mientras que otro polo más difuso se hace cargo, sobre todo, de las fragilidades más subjetivas, las que se experimentan en forma de malestares e insatisfacciones e incitan al sujeto mismo a llevar el caso a un especialista competente.

La crítica de las intervenciones médico-psicológicas se ha centrado, en los últimos años, en la denuncia de su carácter directamente coercitivo; pensemos, por ejemplo, en los argumentos anti-psiquiátricos basados principalmente en la violencia ejercida directamente sobre el cuerpo de aquellos pacientes del manicomio. Esta toma de partido se debió al hecho de que las prácticas tomadas como objetivo de crítica, pertenecían principalmente a los dos grandes dispositivos que históricamente se habían constituido para paliar las disfunciones del consenso social: el modelo segregativo y el modelo asistencial. Pero: la situación actual se ha modificado profundamente con la reciente emergencia de una tercera estrategia cuya vocación podría ser igualmente global:

“no se trata solamente, aún cuando se trate de ello, de mantener el orden psicológico o social corrigiendo sus desviaciones, sino de construir un mundo psicológico o social ordenado trabajando el material humano; no solo reparar o prever las deficiencias sino programar la eficiencia. Este sería el orden post-disciplinario, que ya no pasaría por la imposición de coerciones sino por la organización y el control del factor humano en función de las nuevas figuras que adopta la necesidad social.” (CASTEL, 1984, p. 221).

La amenaza de lo que podría ser denunciado como una especie de imperialismo psiquiátrico o psicoanalítico queda disuelta, o desplazada a formas más sutiles que conforman una nueva totalidad del dispositivo médico-psicológico donde lo que se perfila no es la empresa de un único dispositivo capaz de ocupar la totalidad de intervenciones dirigidas por el deseo de responsabilizarse de las turbulencias psicológicas o sociales:

“Sería más bien el resultado de una articulación demasiado bien engrasada de un conjunto de respuestas técnicas a problemas heterogéneos cuyo común denominador es precisamente ser pensados como necesitados de soluciones técnicas. Si algún autoritarismo hay en esta vía, será por así decirlo un totalitarismo liberal, que pone en competencia diversas orientaciones para imponer una misma concepción del orden.” (CASTEL, 1984, p. 216).

LECTURA CRÍTICA DE LA LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL

(Ley N° 26.657)

En el siguiente apartado se hará una lectura de la Ley N° 26.657 (Ley Nacional de Salud Mental) utilizando la “caja de herramientas de la primera etapa de la obra de Robert Castel”. Intentaremos posicionarnos desde la perspectiva crítica que sostiene el autor, haciendo uso de sus conceptos y reflexiones para sacar las propias conclusiones respecto a la ley.

La Ley N° 26.657 en contexto socio-histórico

El 25 de noviembre de 2010 es sancionada la ley 26.657, actualmente vigente para el territorio nacional argentino. Previo a su sanción, el proyecto de ley comienza a desarrollarse en el 2006, siendo fuertemente impulsado por el entonces diputado nacional del “Frente para la Victoria”, Leonardo Gorbacz, fueguino, Licenciado en Psicología recibido en la UBA, coautor de las leyes n° 26.657 (Ley Nacional de Salud Mental), 26.689 (Ley de Enfermedades Poco Frecuentes), y 26.682 (marco regulatorio de Medicina Prepaga). El contexto político nacional en que inicia la creación del proyecto de ley, y continúa su camino hasta lograr la sanción, se caracteriza por la conducción política de un modelo que desde su llegada al gobierno toma como una de sus banderas a los Derechos Humanos.

Tras el último proceso dictatorial argentino, finalizado en 1983, el país había iniciado un período de reconstrucción de la democracia nacional. Proceso que sufrió fuertes convulsiones hasta lograr asentarse. La oleada neoliberal de los años 90-2000 dejaron, entre tantas consecuencias, una institucionalidad demasiado frágil y una desconfianza generalizada respecto del sector político. La gestión nacional que inicia el 25 de mayo de 2003 con Nestor Kirchner y Cristina Elisabet Fernández de Kirchner a la cabeza, viene a dar respuesta a la crisis política del momento.

Para llevar adelante dicho objetivo, una de las estrategias principales que asumen es la incorporación de la perspectiva de Derechos Humanos en la política de Estado; y, en ese sentido, incluyen la participación de organizaciones de Derechos Humanos en el diseño e implementación de políticas públicas. De este modo, amplios sectores pertenecientes a organizaciones de la sociedad civil logran establecer procesos de fuerte identificación política con la figura presidencial, restituyendo al Estado la legitimidad perdida en los últimos años, como también generándose una resignificación positiva del valor de las prácticas de

resistencia desarrolladas durante las dos primeras décadas de experiencia democrática, dando paso a muestras manifiestas de aceptación y apoyo hacia las acciones desplegadas por el gobierno. Queda consolidado un nuevo pacto social entre organizaciones de la sociedad civil y Estado; de este pacto, y de que se respeten sus nuevos acuerdos, pasa a depender la nueva institucionalidad pública.

En este clima, la estructura pública contenía a los hospitales psiquiátricos monovalentes. Esta figura institucional, desde hacía prácticamente un siglo venía resistiendo (y aún hoy de alguna manera resiste) las acusaciones de sostener prácticas que atentan contra la integridad y dignidad humana. Si bien siguiendo la lectura de los libros de Castel nos damos cuenta que, en realidad, el asilo de alienados es atacado por algunos sectores ya desde el momento mismo de su creación (a finales del siglo XVIII); recién a principios del siglo XX aparece alguien como Clifford Beers, alguien que, siendo un ex-psiquiatrizado, inicia un verdadero “activismo” por los derechos de aquellas personas internadas en instituciones psiquiátricas. Las denuncias históricas que caen sobre estos hospitales, y que se extienden al día de hoy, van desde pésimas condiciones edilicias y habitacionales, al suministro forzoso de medicamentos, sujeciones, violaciones contra la integridad sexual, prácticas de electroshock, suicidios internos, humillaciones, prohibiciones al contacto familiar, todo tipo de manipulaciones; entre otras situaciones que, incluso, los organismos de Derechos Humanos argentinos asociaban a aquellas prácticas realizadas en los centros clandestinos de detención durante la dictadura cívico-militar de 1976-1983. Esa fuente de crímenes contra la dignidad humana que representan los hospitales psiquiátricos, atenta contra la integridad del pacto realizado entre sociedad y Estado. Una nueva ley, y una nueva política de Salud Mental son necesarias para el sostenimiento de la legitimidad institucional, del pacto social y de un tipo de orden, que en este período depende del respeto por los Derechos Humanos.

Cuando leemos a Castel observamos que siempre detrás de la sanción de una ley de Salud Mental, lo que se pone en juego es el sostenimiento de un cierto tipo de orden social. Más allá de cómo se lleven a la práctica las leyes, el fin en el que éstas parecen realizarse se encuentra en resolver formalmente las contradicciones jurídico-administrativas que las suscitaron y en proveer un organigrama coherente para gestionar tecnocráticamente un problema particularmente espinoso como es la salud mental. La población que ha ido moldeando este tipo de servicios, originalmente, se constituye mediante la figura del loco que, dada la irresponsabilidad de sus propios actos, no puede ser objeto de sanción; pero, foco de desorden, debe ser administrado, controlado y neutralizado, con el objeto de garantizar el sostenimiento del orden público. Es decir que, desde su origen, la gestión de la Salud Mental

es determinada por lograr el equilibrio correcto, en cada contexto, entre un polo policial-represivo y un polo asistencial-sanitario.

Pero locura, sociedad y Estado han mutado varias veces en los dos siglos de historia de la salud mental. Primero, la función coercitiva que puede asumir el Estado tanto para neutralizar la locura como para neutralizar otros focos de desorden social, ha caído bajo las sospechas de llegar a ser fuente de los más graves crímenes contra la vida y la dignidad humana; y las sociedades democráticas contemporáneas bajo la perspectiva de los Derechos Humanos le han puesto un límite a la autoridad del Estado. Aún así, es deber del Estado el mantenimiento de un cierto orden bajo el cual la sociedad pueda proyectar los propios planes a futuro, tanto individuales como colectivos. Es decir, se ha hecho necesario crear y sostener un nuevo consenso social en el que se mantenga el polo policial, pero mediante mecanismos más sutiles que eviten caer en la violencia directa. Y segundo, los Derechos Humanos también establecen un conjunto de elementos que deben ser contemplados, garantizados y proveídos por las políticas de Estado para el sostenimiento de cierta calidad de vida de las sociedades; en el caso de la salud y la salud mental, se le demanda al Estado que garantice el “Derecho a la Salud”, como en el acceso a distintos servicios sanitarios.

Más allá de las particularidades de los tiempos actuales, al igual que con la primera ley de alienados (en 1838), luego de la sanción de la ley n° 26.657 sigue habiendo problemas respecto de la locura (o ahora, salud mental) pero lo que desaparece es la evidencia de contradicciones abiertas, de aporías. La locura continúa planteando dificultades, pero deja de ser un desafío para el orden social establecido.

Entonces, no es de extrañarse que a doce años de la promulgación de la ley n° 26.657, el 2 de diciembre del 2010 por la entonces presidenta de la Nación; la ley reciba el embiste de una gran cantidad de críticas. Primero porque, como se dijo, las leyes son creadas para conciliar formalmente una serie de contradicciones planteadas a los distintos poderes que deben sostener un determinado orden social, no son la solución directa a los problemas propios de la salud mental; y segundo, porque dichas críticas no tienen como objetivo real a la ley en sí, sino a la forma en que se distribuía el poder en el momento en que fue concebida, y del cual es síntesis dicha ley. Por ejemplo, repasemos uno de los episodios detonantes de la oleada de críticas actuales dirigidas hacia la Ley Nacional de Salud Mental: se desata un episodio calificado como *brote psicótico* del cual es protagonista una personalidad reconocida de la escena mediática argentina, en dicha situación la policía no sabe cómo contener la crisis, concibe a la persona como peligrosa cuando ésta amenaza y arremete contra un policía tomando un cuchillo de cocina, y termina por recibir un disparo a corta distancia. En lo

sucesivo algunos diarios titulan: “*tragedias que pueden ser evitadas con una ley diferente*” (LA NACIÓN, 2021), “*Con esta ley de Salud Mental los pacientes reciben balas en vez de tratamientos*” (INFOBAE, 2021), “*Ley de salud mental: profesionales de la salud cuestionan cómo intervino el Estado*” (LA IZQUIERDA DIARIO, 2021), “*¿qué sabemos de la ley de Salud Mental?*” (PÁGINA 12, 2021), “*... las fisuras de la ley de Salud Mental: por qué no se logra evitar estos dramas*” (CLARÍN, 2021). Posiciones más o menos radicalizadas, más o menos severas, lo que se pone en el centro de la cuestión en todos los casos es la Ley Nacional de Salud Mental y no, por ejemplo, la necesidad de profesionalizar parte del personal policial con el objeto de que cuenten con los recursos suficiente para contener una crisis subjetiva. Es decir, lo que se está queriendo poner en discusión sutilmente es el consenso social del cual es garante la ley, y no los problemas propios de la salud mental actual. A su vez, también, se puede reafirmar que aún hoy la función policial que pueden asumir las intervenciones desde la salud mental, siguen siendo demandadas y necesarias para el sostenimiento de un determinado orden social (privado y público) que es potencialmente perturbable por determinadas poblaciones; los servicios de salud mental deben asegurar dicho estado del orden, y ser capaces de contener sus perturbaciones.

Entonces, al hacer la lectura de la ley 26.657 más que detenerse en un cambio de paradigma respecto a las prácticas de internación, a lo que debemos prestar atención es a cómo se ha modificado su principio de legitimación: no se trata de suprimir por completo el conjunto de prácticas represivas que los poderes anteriores cubrían con su propia legitimidad, sino de esquivar el calificativo de autoritarismo y evitar transgredir los límites éticos que marcan los Derechos Humanos, del que pueden ser sospechosas las formas planteadas. Las prácticas represivas que aseguran el orden público y moral pueden ser mínimas, pero no pueden ser suprimidas completamente, porque sus potenciales transgresores continúan planteando un dilema; más bien hay que dotar dichas prácticas de un carácter acorde a la racionalidad técnica que detentan los administradores de las nuevas formas de gobierno más democráticas y humanitarias.

Al día de hoy la manera de plantear el problema de la salud mental ha mutado notablemente, porque el mismo poder ha cambiado, unas modalidades de control más generalizadas y más sutiles se han difundido a través del conjunto social, permitiendo, casi siempre, economizar el recurso a la sanción legal; nuevas técnicas de sujeción pueden hacer inútil el ejercicio de una represión inscrita en los códigos. En términos de Gilles Deleuze, porque las viejas “*sociedades disciplinarias*” han mutado en “*sociedades de control*”, y tanto las liberaciones como las sumisiones han sufrido transformaciones. En éste nuevo orden, las

intervenciones sobre el “mundo psi” ya no pueden pensarse dentro del mismo modelo establecido hace más de dos siglos; siguiendo los conceptos de Castel estamos ubicados en una sociedad post-disciplinaria, donde ni la psiquiatría, ni el psicoanálisis dominan el campo de la Salud Mental.

El contenido de la ley

En la lectura de los libros de Castel, el autor nos advierte que tras la caída de los antiguos regímenes monárquicos, el destino de las políticas de salud mental fue siempre determinado por tensiones entre el poder médico, el poder administrativo y el poder judicial. La resolución (siempre parcial) de los conflictos entre estos actores, sintetiza un consenso táctico que es el determinante de dicha política para un contexto histórico específico. De la lectura de la ley vigente en el territorio nacional argentino, en primera instancia, se puede detectar un claro ataque de parte los poderes judicial y administrativo, contra lo que ha quedado de aquellos elementos que dotaron a la psiquiatría en sus inicios, de una supuesta racionalidad técnico-científica suficiente como para hacerse responsable, de manera casi absoluta, de la gestión de la locura. Estos elementos son: un dispositivo institucional, un código teórico, un cuerpo de profesionales, una tecnología de intervención, y un estatuto del usuario.

Pero, dentro de la terna de poderes antes mencionada, existe una novedad en la actualidad: una rama del poder jurídico ha adquirido carácter internacional (donde encontramos a los derechos humanos) y ha comenzado a operar en un rol particular, dentro y sobre la política nacional; siendo la punta de lanza para arremeter, una vez más, contra el poder médico, a la vez que ejerce un nuevo paternalismo sobre las administraciones nacionales.

Veamos cómo la ley define los principales elementos constituyentes de la política de salud mental actual.

1. Dispositivo institucional:

“ARTICULO 27. — Queda prohibida por la presente ley la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, públicos o privados. En el caso de los ya existentes se deben adaptar a los objetivos y principios expuestos, hasta su sustitución definitiva por los dispositivos alternativos. Esta

adaptación y sustitución en ningún caso puede significar reducción de personal ni merma en los derechos adquiridos de los mismos.” (LEY N° 26.657, 2010).

Después de dos siglos de historia manicomial, se sentencia su finalización en territorio argentino. Si bien la ley enuncia una adecuación y sustitución por dispositivos comunitarios, lo que se quiere decir en definitiva es que ya no se admitirá en adelante la modalidad del dispositivo asilar dentro del sistema asistencial nacional. Hemos visto en la lectura del joven Castel que la deslegitimación del hospital psiquiátrico y los intentos de cerrar este tipo de instituciones, no son para nada temas exclusivamente de la actualidad. Por el contrario, la estructura asilar ha tenido que realizar *aggiornamenti* (exitosos) a los distintos contextos históricos desde su misma creación, a finales del siglo XVIII/principios del siglo XIX hasta la actualidad. En este proceso, para sobrevivir, la institución psiquiátrica ha tenido que recurrir a distintas estrategias que la han llevado a modificar radicalmente su estructura original: ha incorporado tecnologías “más blandas” dentro de la misma institución (como distintos tipos de psicoterapias), se ha desecho de prácticas “más duras” (como la lobotomía), se han relajado los regímenes de aislamiento respecto del medio social, se han incorporado nuevas profesiones (incluso en cargos directivos), etc. Dicho así un hospital psiquiátrico, hoy día, se dirige a paradigmas internos no muy distintos a los de cualquier hospital público, la única diferencia (no menor) sería que dispensa servicios exclusivamente psiquiátricos dentro de un medio aislado, es decir su carácter de monovalente. Entonces, ¿por qué la necesidad de disolver la estructura manicomial e incluir la salud mental dentro de las estructuras generales, centros de día, centros de salud, hospitales generales, dispositivos ambulatorios, etc.? La razón principal está en que el manicomio más que realizarse exclusivamente en el proceso terapéutico o asistencial, ha operado como una especie de foco de identificación negativa; si alguna cosa podía disuadir a las poblaciones de ceder ante la locura era la visión de vida que al loco se le daba en esos asilos donde, sin embargo, se le dispensan todos los auxilios de la ciencia y todos los recursos de la filantropía. El sistema ganaba en toda ocasión, hasta incluso algún paciente se habrá de “curar” en esas instituciones. Lo importante es que detrás de los propios fracasos existía una significación pedagógica más sutil: dicen lo que hay que pagar por transgredir las normas. Los asilos dominan un paisaje moral, incluso en su arquitectura, los asilos son cerrados pero visibles, imponentes pero situados en segundo plano, de formas vulgares pero austeramente majestuosas, asumen esa función de ocultar/exhibir lo inconfesable, y para ello no tienen la necesidad principal de curar, ni siquiera de encerrar

siempre. Basta con que haya unos cuantos locos encerrados para mostrar a todos “cuán prudente y bueno es ser normal” (en palabras Castel).

Lo que sucede en la actualidad es que, por un lado el manicomio se ha vuelto inviable, representa una estructura sumamente costosa y poco eficiente; los recursos que absorbe pueden ser destinados a otros servicios “más dinámicos”, a la puesta a prueba de experiencias innovadoras o, si así lo requiriese la administración (sobre todo la de aquellos modelos que buscan reducir el Estado), simplemente abaratar costos. Pero, principalmente, los monovalentes han devenido anacrónicos, ya no son compatibles con los tipos de sociedades contemporáneas porque representan lo que estamos dejando de ser. Sucede que los manicomios eran los encargados de montar custodia sobre las fronteras entre lo normal y lo patológico, y en las nuevas sociedades post-disciplinarias ya no son necesarias esas fronteras, porque se han desplegado un conjunto de técnicas mucho más sutiles y sofisticadas de manipulación y control social, a través de la salud mental. El disciplinamiento, el adoctrinamiento y la imposición de una moral unilateral, han dejado de ser los mecanismos predilectos para el sostenimiento del orden de las sociedades (por lo menos en occidente). En este marco, el enfoque de derechos humanos aporta la forma jurídica perfecta para dar fin al dispositivo institucional de la salud mental tradicional. Si el manicomio montaba una estructura dominante sobre un paisaje moral, los derechos humanos imponen los límites éticos de dicho paisaje, dejando al manicomio por fuera de este. Los manicomios antes contenían y, a la vez, exhibían lo amoral dentro de un cascarón traslúcido (ni del todo opaco ni completamente transparente); ahora, ellos mismos son lo amoral y no pueden contener lo que son.

Entonces, vemos como se arremete contra este pilar del poder médico tradicional (el hospital psiquiátrico), pero ¿qué sucede con el poder administrativo? Para responder, hay que detenerse en la reglamentación del artículo 27, ahí vemos la adhesión a pactos internacionales en materia de salud mental como el “consenso de Panamá”, pero además la ley dicta: “*La Autoridad de Aplicación en conjunto con los responsables de las jurisdicciones, en particular de aquellas que tengan en su territorio dispositivos monovalentes, deberán desarrollar para cada uno de ellos proyectos de adecuación y sustitución por dispositivos comunitarios con plazos y metas establecidas [...] La presentación de tales proyectos y el cumplimiento efectivo de las metas en los plazos establecidos, será requisito indispensable para acceder a la asistencia técnica y financiera que la Autoridad de Aplicación nacional disponga.*” (LEY N° 26.657, 2010). El mecanismo que tracciona las transformaciones buscadas por la ley es de tipo presupuestario, las administraciones locales quedan atrapadas entre cumplir con las

formalidades jurídicas de llevar adelante tales transformaciones y el acceso a la asistencia y financiamiento de tales cambios. La “autoridad de aplicación” (Ministerio de Salud, representante del poder ejecutivo) dispensa los recursos y supervisa las acciones de las administraciones de menor jerarquía, al mismo tiempo que es también responsabilizada de llevar adelante la sustitución y adaptación de los monovalentes. ¿Quién establece las reglas del juego entonces?, es decir ¿quién escribe la ley?. Principalmente el poder judicial, pero en una nueva modalidad que se ha desarrollado con mayor fortaleza en los últimos años bajo la rama del derecho supranacional o internacional, que es a su vez autolimitante del poder jurídico nacional. Los derechos humanos operan como mirada crítica, intrusiva, eventual y exterior que amenaza con poner duda la legalidad de las prácticas sostenidas, por lo que éstas deben adaptarse a los nuevos márgenes de acción, el temor a ser sorprendido en falta por una mirada crítica no es ajeno a la evolución del sistema socio asistencial médico-mental.

2. Código teórico:

“ARTICULO 5° — La existencia de diagnóstico en el campo de la salud mental no autoriza en ningún caso a presumir riesgo de daño o incapacidad, lo que sólo puede deducirse a partir de una evaluación interdisciplinaria de cada situación particular en un momento determinado.” (LEY N° 26.657, 2010).

La psiquiatría obtiene su fuerza de hacer una lectura “racional”, de la locura; presume de un saber (y un lenguaje pertinente) técnico con el cual dice comprender la locura en términos de enfermedad. Para ello, realiza el ordenamiento de determinados comportamientos calificados de síntomas, y los cataloga para la posterior diagnosticación. De dicho proceso, en los inicios de la psiquiatría, surgen las clasificaciones nosográficas; más adelante los diagnósticos comienzan a incluir otras perspectivas médicas, por ejemplo, de aquellas que ponen el foco en la etiología (búsqueda de causas de la enfermedad) postergando el estudio semiótico (comprensión de síntomas). Pero, bajo cualquiera de las distintas perspectivas, el diagnóstico termina siendo la institución posibilitante al despliegue de una intervención directa sobre la persona, intervención asistencial y/o represiva.

En el artículo 5 de la ley 26.657; el diagnóstico no es suprimido pero queda dislocado de su relación directa con la asistencia. Por ley, ahora el diagnóstico médico no basta para

desatar un proceso de intervención (y manipulación) sobre el sujeto, deben intervenir varias profesiones en una “evaluación interdisciplinaria” que es la resultante del acuerdo entre distintos criterios profesionales. La psiquiatría pierde otra de sus fuentes de autoridad, es ubicada dentro de un grupo de profesionales que tienen la misma jerarquía para hacer una evaluación de la situación del sujeto a asistir; donde cada profesión se repliega sobre sus especificidades e incumbencias. Previo a la sanción de la ley, en la reunión plenaria de las comisiones de la legislación general, de justicia y asuntos penales, de salud y deporte, y de presupuesto y hacienda; el vicedecano de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Buenos Aires, Marcelo Torino, dice (según la versión taquigráfica de la sesión):

“Debemos dejar expresamente en claro aquí nuestro desacuerdo con esta opción que puede permitir la decisión de internación o externación sin la decisión médica. La internación es un acto fundamentalmente médico. En ella se plantea siempre, en grados variables, pero siempre, el diagnóstico médico diferencial entre enfermedades orgánicas (cerebrales o generales, tales como intoxicaciones, traumatismos craneanos, hemorragias intracraneales, neoplasias, trastornos endocrinológicos, cardiovasculares, etcétera) con repercusión en la conducta y enfermedades mentales denominadas “funcionales”, siendo solamente el médico psiquiatra el profesional capacitado para realizar ese diagnóstico. Como ejemplos palmarios tómanse las consultas por las extremadamente frecuentes crisis de pánico y su diagnóstico diferencial con el infarto agudo de miocardio, o la alta prevalencia de cuadros tóxicos por adicciones y alcoholismo. Como cabe la posibilidad de que la decisión que se tome implique riesgo de vida o daño para la persona que consulta, la participación sistemática y obligatoria en ella de médicos psiquiatras para indicar la internación o la externación de un paciente brinda mayores garantías de certeza y pertinencia de la medida que se adopte en beneficio del paciente y sus derechos humanos, siendo el principal de ellos su derecho a la vida.”. (REUNIÓN PLENARIA DE COMISIONES, 2010, p. 7).

Evidentemente la ley deja a la medicina posicionada en un lugar que incomoda a estos profesionales, el lobby médico tiende a defender su posición dominante en la emisión de diagnósticos por lo que se repliega sobre el sector más objetivista de sus prácticas: el estudio orgánico y biológico. Al mismo tiempo sugieren que la interdisciplina sin la jerarquía interna del médico puede caer en negligencias o mala praxis argumentando que lo que se pone en riesgo es el derecho a la vida del usuario. Lo cual es cierto, la falta de una evaluación médica o un medicamento mal indicado puede llevar a situaciones críticas al usuario, de la misma

manera que una palabra puede llevar a episodios de crisis severa, o como también un informe socio-ambiental puede perjudicar severamente las condiciones de vida del usuario de salud mental.

En este sentido, nuevamente, los derechos humanos son un imperativo ético perfecto para garantizar el desplazamiento de la autoridad médica, porque diagnosticar en su sentido tradicional es discriminar, es atribuir una cualidad diferente y desfavorable a una persona, y la no discriminación es un principio transversal a la perspectiva de derechos humanos. Al introducirse esta lógica, que no deja de ser jurídica por ser más humanitaria, al interior de las evaluaciones del equipo interdisciplinario, las autoridades administrativas y judiciales estarán atentas al funcionamiento de los equipos en clave del respeto a los derechos humanos; y, a su vez, éstas mismas autoridades serán observadas por organismos de carácter jurídico supranacional. Deja de estar presente la catalogación, la imposición de marcas que identifican (aunque sea negativamente) al sujeto, porque en las nuevas sociedades post-disciplinarias este proceso no es necesario, más que catalogar al sujeto hay que traducirlo, descomponerlo en distintas unidades para transformarlo en algo descifrable y susceptible de ser leído impersonalmente. Mediante datos recolectados por los equipos se descompone al usuario en distintas dimensiones (según la visión de cada profesión), lo que permite la intervención impersonal de las distintas autoridades. Éstas, sin involucrarse en ningún momento con las poblaciones censadas, pueden tomar las decisiones planeadas estratégicamente en base a la estadística obtenida y sancionar las acciones de las instituciones y equipos cuando sus índices superan ciertos números indeseados (por ejemplo, si el número de internaciones involuntarias fuese demasiado elevado).

3. Cuerpo de profesionales:

En relación al ítem anterior, quedan en un lugar indefinido las jerarquías internas al interior de los “equipos interdisciplinarios”. Al bajar del trono a la psiquiatría, la ley aparentemente deja a cada profesional, justamente representante de una determinada profesión, en igualdad de condiciones para liderar la toma de decisiones respecto a la gestión de las poblaciones usuarias de los servicios de salud mental (aunque se mantienen algunos roles específicos, como la prescripción de medicamentos, no sin también ser puestos en duda). Si no hay roles y responsabilidades predefinidas sobre la intervención, el consenso táctico, más o menos democrático, de cada equipo interdisciplinario queda sujeto a criterio de cada profesional. Aunque el peso de la historia ejerce su fuerza sobre el presente y no todos las

posiciones médico-terapéuticas son tan fácilmente modificables o discutibles, legalmente quedan abiertos los márgenes de acción anteriormente fijados a roles más sólidos.

De esta manera observamos un proceso de transferencia de responsabilidades, tanto de parte del poder jurídico como de las autoridades administrativas hacia los equipos de profesionales, pero esta transferencia no se tramita únicamente en medios institucionalizados sino que además son individualizadas las responsabilidades.

Los antiguos “cuadros medios” profesionales del sector sanitario, tienen puerta abierta a disputar la dirección y coordinación de los equipos, y para ganar la legitimidad que los posicionaría como “líderes” recurren a estrategias tendientes a reforzar el tecnicismo que, nos advierte Castel, es una característica notable de la evolución del campo de la salud mental. Los miembros de las profesiones de la salud mental se ven cada día más como técnicos que tienen que promover una política profesional autónoma, defienden e ilustran la legitimidad y competencia de su técnica al mismo tiempo que representan el fundamento de una competencia aparentemente neutra y democrática, garantizada por su propia eficacia que es, al mismo tiempo, garantía de la objetividad de un estatuto en las instituciones, donde los principales interlocutores son realmente los representantes de las administradores y mandatarios privados dado que si bien las profesiones anteriormente llamadas “paramédicas” (psicólogos, educadores, ortofonistas, kinesiterapeutas, trabajadores sociales, distintos tipos de terapeutas, etc.) contribuyen potentemente a la extensión de nuevas prácticas y puestos de empleo, no controlan su organización. La situación es comparable a la de una empresa y su personal, en donde los protagonistas sociales negocian su estatuto. De esta manera, queda disociada la función de técnico y la de administrador, cuando anteriormente la función médica pretendía ser función de gobierno; los “líderes” de los equipos interdisciplinarios son llevados a ser a la vez el animador del equipo terapéutico, el responsable de la gestión del servicio, el garante de que el trabajo realizado adquiera carácter de interés público y los principales responsables legales de las acciones de intervención decididas.

Esta competencia interna es reforzada por las severas condiciones actuales para encontrar un empleo dentro del campo, todos los años se forma una masa de profesionales “paramédicos” de los que el mercado laboral disponible se encuentra imposibilitado de absorber. *“Los cauces para encontrar salidas son de lo más informal, dependen de las redes de relación, por no decir de la seducción individual”*, dice Castel, y nos recuerda a las discusiones cotidianas entre colegas respecto a empleos conseguidos elegidos “a dedo”, a acusaciones respecto de la competencia técnica de ciertos profesionales en comparación con el tamaño de su agenda de contactos, la moralización de la militancia ubicada en un lugar de

mero instrumento mediante el cual acceder a contactos con recorrido y poder acumulados, etc. Contrastando con la estructura de empleo de la psiquiatría clásica, por ejemplo, que se fundamenta en el maridaje aún fuertemente jerarquizado medicina-enfermería, estos “cuadros medios” representan la presencia de una masa de cualificaciones sin empleo que impulsa la creación de sus propios puestos para tales cualificaciones, lo que contribuye a la búsqueda de salidas mediante el sector privado.

4. Tecnología de intervención:

“ARTICULO 12. — La prescripción de medicación sólo debe responder a las necesidades fundamentales de la persona con padecimiento mental y se administrará exclusivamente con fines terapéuticos y nunca como castigo, por conveniencia de terceros, o para suplir la necesidad de acompañamiento terapéutico o cuidados especiales. La indicación y renovación de prescripción de medicamentos sólo puede realizarse a partir de las evaluaciones profesionales pertinentes y nunca de forma automática. Debe promoverse que los tratamientos psicofarmacológicos se realicen en el marco de abordajes interdisciplinarios.” (LEY N° 26.657, 2010).

El proceso con el cual la salud mental había intentado curar la locura, en sus inicios, consta de una acción de tipo pedagógica mediante la cual se intenta dotar de razón al paciente que ha perdido la percepción de ella, es lo que se conoce como “tratamiento moral”. Para llevar adelante este tipo de práctica pedagógico-disciplinante, se requería de un medio institucional ordenado opuesto al caos del medio social del que provenía el enfermo; y, además, se requería de un conjunto de técnicas con las que someter la voluntad del enfermo para adaptarla (sino forzarla) a los criterios del médico. Durante el avance de la historia de la salud mental, algunas de estas técnicas de sometimiento (como el extremo que significó la lobotomía) han sido casi completamente abandonadas, sobre todo debido al avance de las luchas legales emprendidas por ex-psiquiatrizados. Este tipo de acciones, dirigidas contra el abanico de técnicas de la salud mental, lejos de llevarse consigo a la psiquiatría, han provocado que la profesión logre aggiornarse a cada contexto con una cara más humanitaria que asegure su supervivencia, sin que, por otro lado, se dejen de lado completamente posiciones más conservadoras no tan extremas.

En el siglo XX, desde finales de los años cincuenta, el reformismo psiquiátrico se perfila en sentido de incorporación del psicoanálisis a sus prácticas, la psiquiatría de orientación psicoanalítica aparece como el “remedio milagroso” que asegurará la puesta al día psiquiátrica. Pero pronto sobreviene un desencantamiento generalizado sobre esta orientación dada la poca precisión del enfoque: cansancio respecto de cierto confucionismo verbal; repetidas discusiones sobre el significado de “curar” e incluso sobre si había que curar o no, o si se podía curar o no; montones de reuniones de retrabajo grupal donde, más que los problemas de los enfermos, se discutían los problemas del equipo o los de la institución; etc.. En lo sucesivo, la psiquiatría advierte los peligros de esta situación y se repliega sobre las dimensiones más objetivas de su práctica calificando la psiquiatría psicoanalítica de sobre ideologizada, sobre politizada y sobre subjetivista. Las investigaciones de tipo biológicas, neurológicas, bioquímicas y conductistas pasarán a predominar sobre el ejercicio psiquiátrico. Principalmente el suministro de medicamentos, desde el descubrimiento de los antipsicóticos en 1952, pasará a ser indispensable en cualquier servicio de salud mental, y una de las principales prácticas de incumbencia exclusivamente psiquiátrica.

Ahora, en los últimos años la medicación (sin dejar de considerarse indispensable) ha adquirido una contracara negativa, observada, por una parte, en la denuncia a prácticas de sobremedicación, medicación forzosa y mala praxis en la prescripción de las mismas; segundo, junto a una parte de la crítica “de izquierda” dirigida a los grandes laboratorios y empresas farmacéuticas, en donde se asocia la producción y distribución de medicamentos a fines de grandes negocios internacionales más que un interés real por la medicina, la terapéutica y la salud; y, tercero, junto a la aparición de problemáticas de consumo por abuso en la ingesta de psicofármacos, por ejemplo, en la actualidad se ha divulgado, en un fenómeno casi cultural³⁰, el consumo combinado entre bebidas alcohólicas y antidepresivos (“vino con rivotril”). La prescripción de psicofármacos ha caído bajo las sospechas de llegar a ser fuente de graves abusos de autoridad, de no perseguir fines puramente médicos y de, incluso, ser una posible fuente de insalubridad mental. Cuestiones que no pueden convivir bajo el enfoque de derechos humanos.

³⁰ Por ejemplo, nuevos artistas han tomado el consumo de psicofármacos para incorporarlo en sus canciones: “...Esa cheta 'tá enamorada de mí (de mí). Toma vino, mezclado con Rivotril (pills). No le contesta al novio porque es un gil (loro)...” (DT.Bilardo, Frijó y L-Gante:”Turrosmánticos”); “...Lo' wacho' del barrio no consumen molly. Acá hay vino, Pritty y Rivotril. Si Gucci es tu santo, está' equivocado Acá le rezamo' al Gauchito Gil...” (Neo Pistea:”Tumbando el club”); “...Si no toma merca ella sopla la bolsa. Rescatate gil. Después lo baja con un poco de vodka y pastillas de rivotril...” (Damas Gratis ft. Los locos más locos:”Tu novia la wacha”).

La ley, entonces, arremete nuevamente contra otra de las fuentes de autoridad de la psiquiatría, incluso en su versión instrumentalizada y objetiva. Bajo artículo 12, se limita la prescripción de medicamentos a un marco interdisciplinario, si bien la indicación queda casi exclusivamente a criterio del médico psiquiatra; prescribir, decidir la obligatoriedad de la ingesta, queda a evaluación del equipo. Y esta intromisión incomoda al lobby médico; por ejemplo, en la sesión plenaria (antes citada) de las comisiones de la legislación general, de justicia y asuntos penales, de salud y deporte, y de presupuesto y hacienda, del 23 de noviembre de 2010 (2 días antes de la sanción de la ley), Jorge Alberto Iampichino, presidente de la Federación Médica de la Capital Federal, tesorero de la obra social “Osmedica” desde el 2009 a la actualidad; declara:

“Les quiero recordar que la profesión de médico y la sociedad le han dado a los médicos la posibilidad de recetar y una serie de cosas después de doce años de formación en las especialidades. Es decir, para llegar a ser médico hacen falta seis o siete años de facultad y cinco años de especialización. Con lo cual, los mejores años de la vida de un ser humano se consumen estudiando porque la sociedad considera que hace falta un sacrificio importante para poder tener la responsabilidad de recetar e internar. Considero que esto de la interdisciplina puede acortar el camino de otras profesiones y con muchos menos años y formación una persona podrá internar pacientes e, inclusive, prescribir medicamentos. Esta es otra de las preocupaciones de los médicos, tanto en lo que tiene que ver con el hospital como con las incumbencias.

Respecto de esta sanción de la Cámara de Diputados, realmente estamos en absoluto desacuerdo y, en nombre de los médicos de la Ciudad de Buenos Aires, les pedimos por favor que no la voten.”. (REUNIÓN PLENARIA DE COMISIONES, 2010, p. 31)

Posición que parece exagerada, pero que no es inocente. Nótese que primero recurre a un supuesto contrato tácitamente asumido entre sociedad y medicina; luego, apelando a cierto recurso romántico eleva la medicina a una especie de saber verdadero que se obtendría proporcionalmente a la cantidad de años dedicados al estudio; después, cuando habla de otras profesiones, nombra a quienes pertenecen a estas, como personas, no como profesionales, simples civiles que podrían tener en sus manos una responsabilidad enorme, la cual no son probos de asumir; y por último, sentencia con su repudio a la ley, cuando ésta, por otro lado, no deja a libre criterio ni la internación ni la receta de medicamentos, sino que da ciertos marcos en los que la psiquiatría sigue siendo especialmente requerida.

Pero si la psiquiatría ha buscado en el último tiempo despegarse de su orientación psicoanalítica replegándose sobre sus dimensiones más objetivistas (y aún en ese intento sigue viéndose amenazada); el psicoanálisis se ha replegado sobre su vertientes más progresistas haciendo uso de las nuevas vías legales impregnadas del humanismo internacional y de sus respectivas agencias (CELS, OPS, OEA, etc.). La desjerarquización de la psiquiatría es parte de la estrategia, de esta manera hay vía libre para que el psicoanálisis posicione cuadros en funciones directivas y de gobierno. Por ejemplo, como dijimos al principio de este capítulo, el mismo principal impulsor del proyecto de ley 26657 es psicólogo y a la vez diputado nacional. Esto tiene que ver con que en Argentina la tendencia psicoanalítica francesa-lacanianiana es la que ha ocupado protagónicamente los posicionamientos intelectuales dentro del lobby psicoanalítico argentino hasta el día de hoy. Posición que ya desde sus inicios permite el maridaje entre política y psicoanálisis.

Durante la década de los cincuenta la difusión del psicoanálisis sobre el medio norteamericano genera una fuerte desconfianza a los ojos de los partidos de izquierda, las ideas de Freud podrían ser sólo un elemento más de la ideología dominante norteamericana. A la par, estos partidos, comienzan a oponerse tajantemente a un izquierdismo acusado de ser una desviación pequeñoburguesa cuya finalidad había caído en la ilusión de exaltar la liberación individual y el culto a la realización personal en detrimento de la lucha de clases. El éxito de la crítica de Jacques Lacan sobre el psicoanálisis norteamericano (denunciando una posible desviación teórica de la obra freudiana en el sentido de una interpretación errónea de la psicología del yo) radica, sobre todo, en que permite la solución del dilema, la radicalidad es una e indivisible, es simultáneamente política y psicológica. De esta forma la acción política no paga ya el precio de la amputación de las cargas subjetivas, el método psicoanalítico le proporciona un punto de vista y unos criterios capaces de juzgar (y descalificar) cualquier situación, no sólo de orden psicológico sino más en general de orden social y político, que no esté a la altura de sus pretensiones.

Esta receta incluida en los orígenes del lacanismo es nuevamente potenciada por los imperativos ético-políticos de los derechos humanos, conjuntamente dan una nueva respuesta a los problemas de la salud mental. La nueva política asume, en un mismo movimiento, las luchas concretas (violaciones sistemáticas a los derechos humanos de los usuarios de salud mental) y el sujeto concreto de las luchas (psiquiatrizados y usuarios de los servicios de salud mental), las administraciones no pagan ya el precio de la amputación de los derechos humanos. En el otro extremo la psiquiatría es el chivo ideal emisario al cual culpar de sostener las posiciones más conservadores en cuanto a la reforma de la política de salud mental; es

nuevamente alimentada (al igual que en los sesentas) la dicotomía absoluta que opone la mala psiquiatría (por represiva) al buen psicoanálisis (por humanista). En general, el movimiento de crítica de la salud mental parece continuar imponiéndose sobre la base de este doble consenso (la psiquiatría es una forma de represión ligada al aparato de Estado y el psicoanálisis es cuando menos neutral y con frecuencia está revestido de todo el prestigio de la radicalidad contestataria, y, por otra parte, basado en una inscripción más mundana que permite el intercambio con el periodismo, la literatura, el cine, la filosofía, etc.; más que quedar únicamente restringido al medio profesional.

Ahora, el sistema de salud argentino, se encuentra dividido en tres sectores: el público-estatal, el de la seguridad social y el de la medicina privada. Los dos primeros sectores se diferencian en sus principios rectores respecto del tercero: mientras que el sector estatal como el de la seguridad social se rigen por la solidaridad para garantizar el ejercicio del derecho a la salud, el privado se basa en la búsqueda del lucro por parte de las empresas y la búsqueda de un mejor servicio por parte de los/as usuarios. Clásicamente el sector de la seguridad social y las prepagas asisten a la población con cobertura social y registrada mediante convenios con clínicas y sanatorios privados, que se concentran en los grandes centros urbanos. Mientras que el sector público-estatal es principalmente ocupado por aquellas personas más desprotegidas, marginales que por su condición socioeconómica no pueden acceder a los servicios que ofrecen los otros dos sectores. El modelo de trabajo “más tradicional” (típico del aparato público estatal) de psicoterapia (casi exclusivamente de orientación psicoanalítica, más algunos grupos de actividades lúdicas y/o recreativas) y atención farmacológica parece siempre insuficiente frente a las poblaciones con mayor grado de sufrimiento psíquico, que necesitan de acompañamiento terapéutico, casas asistidas, soportes socio-económicos, enfoques de cuidado y mediaciones familiares y comunitarias para la convivencia cotidiana, etc.

Los focos de innovación en materia de salud mental se ubican entonces, principalmente dentro de la salud privada, que puede dispensar de las intervenciones farmacológicas, ubicadas como la representación del ala “conservadora” de la tecnología moderna de intervención en salud mental, junto con un abanico de intervenciones psicosociales con un rostro más “progresista”; ambas alas expanden conjuntamente sus alcances de aplicación más allá de la población tipificada como usuaria de los servicios de salud mental, ahora la población en general es posible usuaria de los servicios de salud mental.

Dentro de las tecnologías “más humanistas”, se juega el papel de las nuevas terapias, en general importadas de los Estados Unidos, que en Europa se han reagrupado a veces bajo el nombre de “movimiento del potencial humano” a veces bajo el de “psicología humanista”, y que comenzamos a ver hace algunos años cómo se han desplegado sobre medio social argentino. Comprenden la bioenergía, la terapia de la Gestalt, el consejo, la sexología (a veces una derivación de la consejería pero con énfasis en los vínculos sexuales), el análisis transaccional, el grito primario, el coaching, distintas combinaciones con “terapias tradicionales” de distintas orientaciones religiosas, etc.. Numerosas variantes de las que cada nueva denominación se justifica por una innovación a veces mínima en su técnica, y de precario fundamento teórico. Los servicios de salud mental quedan atrapados en esta dicotomía, modelo tradicional, confiable, formalizado, pero insuficiente e ineficaz - “terapias alternativas”, poco confiables, informales o precarias, pero única fuente de innovaciones y alternativas.

Cuestiones que la ley 26657 no resuelve, y que, por el contrario, desresponsabiliza de brindar respuestas a los poderes judicial y administrativo. Solamente adhiere a normativas y planes internacionales que, a su vez, se limitan a generalidades de orientación universalizante, obviamente debido al carácter de los alcances internacionales que pretenden este tipo de agencias. Según el plan de acción sobre salud mental (2014-2020) de la Organización Panamericana de Salud (OPS)³¹, los servicios de salud mental son aquellos que *deben basar su enfoque en la recuperación, con énfasis en el apoyo que las personas con trastornos mentales necesitan para alcanzar sus propias aspiraciones y metas* (COMITÉ REGIONAL DE LA OMS PARA LAS AMÉRICAS, 2014, p. 10); en el plan mundial de salud mental, la OMS define el concepto de recuperación como: *“la aparición o reaparición de la esperanza, la aceptación de las capacidades y discapacidades propias, el despliegue de una vida activa, la autonomía personal, la identidad social, la asignación de un significado y una finalidad a la vida, y un sentido positivo de sí mismo.”* (COMITÉ REGIONAL DE LA OMS PARA LAS AMÉRICAS, 2014, p. 9); “recuperación” no es sinónimo de “curación”, aclara posteriormente. Llaman la atención conceptos como “aparición de la esperanza”, “aceptación”, “vida activa”, “autonomía personal”, “búsqueda de un sentido positivo de la

³¹ Teniendo en cuenta que el artículo 2º de la ley 26657 enuncia: *“Se consideran parte integrante de la presente ley los Principios de Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de Salud Mental, adoptado por la Asamblea General en su resolución 46/119 del 17 de diciembre de 1991. Asimismo, la Declaración de Caracas de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud, para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica dentro de los Sistemas Locales de Salud, del 14 de noviembre de 1990, y los Principios de Brasilia Rectores; para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas, del 9 de noviembre de 1990, se consideran instrumentos de orientación para la planificación de políticas públicas.”* (LEY N° 26.657, 2010).

vida”. Así la política internacional de salud mental se acerca más a una especie de neo-evangelismo donde la variedad de profesionales (profetas) vendrían a cumplir el rol de “mensajeros” del “buen mensaje” (derechos humanos) que dios (los organismos internacionales) manda a su pueblo, que a un plan estratégico formulado mediante la planificación sistemática, estudio de la problemática y búsqueda de soluciones a la misma.

Tienen un capítulo aparte dentro de las nuevas tecnologías de abordaje en salud mental, en el escenario argentino, los acompañamientos terapéuticos. Estos quizás contengan un potencial aporte más significativo a los servicios de salud mental, de hecho son servicios muy exigidos y al mismo tiempo sumamente escasos. Lo que sucede es que estos acompañamientos implican una modalidad de abordaje asistencial individualizada, tendencia que facilita la difusión de puestos de trabajo sostenidos por la informalidad, incluso, mediante pactos con los sectores de la seguridad social local (entidades administrativas provinciales y municipales). Al establecerse una modalidad de trabajo que queda en el registro del “uno a uno” directo entre acompañante y acompañado, sin grandes estructuras públicas mediando, se economiza el recurso al mismo tiempo que se banaliza su ejercicio, la asociación y el establecimiento de redes de solidaridad entre pares es más dificultosa, las posibilidades de crecimiento profesional se acotan y los puestos disponibles terminan siendo poco atractivos para profesionales con recorrido. La salida más fácil, rápida y económica para las administraciones públicas y privadas es mantener un mínimo de formalidad.

5. Estatuto del usuario:

En el capítulo IV (Derechos de las personas con padecimiento mental) de la vigente ley nacional de salud mental argentina, quedan establecidas como sujeto-objeto amparado por la legislatura, aquellas “personas con padecimiento mental”. Esta definición es la síntesis de las tensiones entre: un principio básico de los derechos humanos de no discriminar y la necesidad de objetivar un sujeto al cual brindar un conjunto de ayudas y cuidados, pertinentes y necesarios, por transitar una situación que lo distingue, aunque sea de forma momentánea, de la población media. Distinto de una enfermedad, pasar por un padecer es una situación susceptible de ser percibida, en cualquier momento, por cualquier persona o por su entorno social, es algo posible de soportar o tolerar, implica una situación más o menos irregular a la que se tiene que atender con más o menos urgencia y que en ningún momento resulta imposibilitante sobre la continuidad de un funcionamiento social normal. En este sentido, figura en dicha síntesis el desdibujamiento de las fronteras entre lo normal y la locura

mencionado por el joven Castel: las identificaciones previas han sido borradas, ahora el estatuto que se le otorga al sujeto destinatario de las políticas de salud mental no es más que el de aquel que hace uso de los servicios disponibles en una situación de padecimiento; cuando, por el contrario, en las distintas etapas históricas anteriores, además de esta cualidad de hacer uso (aunque sea de forma involuntaria), el sujeto obtenía una etiqueta que lo investía de una identidad propia y específica (tanto negativa, locura y peligrosidad; como positiva, locura y genialidad). De esta manera, la persona con padecimientos mentales, queda desdibujada de la codificación exclusivamente médica, pero, al mismo tiempo, sigue siendo necesario objetivar un destinatario de la política de salud mental, alguien tiene que dotar de cierto estatuto al usuario de los servicios de salud mental. Y, en corrimiento del poder médico, nuevamente el neo-juridicismo pasa a cubrir a estos usuarios, debido a que esta persona padeciente es una persona embestida por todas las garantías del derecho internacional. El derecho ejerce su paternalismo sobre:

- El Estado, artículo 7, inciso a: *El Estado reconoce a las personas con padecimiento mental los siguientes derechos: a) Derecho a recibir atención sanitaria y social integral y humanizada, a partir del acceso gratuito, igualitario y equitativo a las prestaciones e insumos necesarios, con el objeto de asegurar la recuperación y preservación de su salud (LEY N° 26.657, 2010).*
- La medicina y el conjunto general de profesionales de la salud mental, artículo 7 incisos c, d, h, i, k, m, n: *c) Derecho a recibir una atención basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos; d) Derecho a recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria; h) Derecho a que en el caso de internación involuntaria o voluntaria prolongada, las condiciones de la misma sean supervisadas periódicamente por el órgano de revisión; i) Derecho a no ser identificado ni discriminado por un padecimiento mental actual o pasado; k) Derecho a poder tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento dentro de sus posibilidades; m) Derecho a no ser objeto de investigaciones clínicas ni tratamientos experimentales sin un consentimiento fehaciente; n) Derecho a que el padecimiento mental no sea considerado un estado inmodificable (LEY N° 26.657, 2010).*
- La familia, artículo 7 incisos e y g: *e) Derecho a ser acompañado antes, durante y luego del tratamiento por sus familiares, otros afectos o a quien la persona con padecimiento mental designe; g) Derecho del asistido, su abogado, un familiar, o*

allegado que éste designe, a acceder a sus antecedentes familiares, fichas e historias clínicas (LEY N° 26.657, 2010).

De este modo las formas de tutelaje históricamente ejercidas por el Estado y la familia, quedan desplazadas. Lo que se intenta hacer es autoresponsabilizar al sujeto, lo máximo posible, sobre de su propia situación, los demás actores deben operar como una suerte de soportes que intervienen sólo ante la necesidad y/o urgencia. Pero aún bajo este nuevo estatuto del usuario, el problema sigue siendo el mismo: hay determinados momentos en que la voluntad de la persona en cuestión se puede encontrar viciada. De hecho la forma en cómo se resuelve la paradoja: derechos del sujeto - vicio de la voluntad; es lo que ha determinado el estatuto del usuario en cada ley.

Por ejemplo, durante la etapa alienista la figura del loco se equipara a la de la niñez, de esta manera la aporía queda resuelta: el niño, al igual que el loco, se presume incapacitado de tomar ciertas decisiones sobre la propiedad privada y el patrimonio familiar, la solución pasa por el ejercicio de redes de tutelaje estatales y familiares. De la misma manera la locura fue asociada a la animalidad, los animales no poseen uso de lógica o razón, y en libertad son potencialmente peligrosos, por lo que (de forma similar al loco) hay que encerrarlos y domesticarlos, las redes de tutelaje pasaron por la medicina pedagógica y la familia. Otra situación similar aparece con la asociación locura-delincuencia (agravada por el estudio de las “monomanías”), la tutela se reparte con el poder jurídico.

Entonces ¿cuál es la asociación presente en esta ley? El sujeto, persona con padecimiento mental, es ahora un sujeto pleno de derecho. La asociación, en realidad, se encuentra fuera de cualquier intento de establecimiento de redes de tutelaje, como se dijo, a lo que se tiende es a que el individuo se haga cargo lo máximo posible de sí mismo, los demás agentes deben actuar como soportes, todos, al mismo tiempo, bajo los márgenes éticos del derecho internacional y los derechos humanos. La asociación es un esfuerzo de emparejar locura y normalidad, si no hay enfermedad, no hay vicio de la voluntad presumido y no hay redes de tutelaje posibles en primera instancia, más que ejercicios de autoridad lo que suceden son negociaciones entre padecientes y los distintos medios sociales que este transita, para que, de este consenso, se retome una convivencia nueva. El padecimiento se comparte y no es verticalizado sobre el sujeto padeciente, sino que se dispersa horizontalmente sobre la comunidad (principalmente: servicios de salud mental y medio familiar del sujeto). Es de esperarse que esta “negociación” no se de en términos únicamente pacíficos y que se intenten estrategias de manipulación de ambos lados, por lo que la ley establece un marco muy claro respecto a cuáles son los límites éticos que se deben respetar respecto al paciente, haciendo

uso del paternalismo del derecho internacional. Cobra sentido, entonces, la difusión actual de tecnologías de mediación, así como el pedido desde los servicios de salud mental por más instancias de este tipo. Porque la problemática se ha corrido a un escenario más de tipo jurídico que estrictamente médico.

Aún así, el derecho no puede cubrir todas las paradojas que plantea la salud mental, en ciertas instancias continúa necesitando de cierta mirada e intervención especializada frente a determinadas situaciones. Por ejemplo, en los criterios de internación y de externación, en el diagnóstico, en el tratamiento y en los fundamentos sociosanitarios que legitiman la toma de decisiones. Es decir, el derecho aún no puede actuar exclusivamente “de oficio” respecto a la salud mental, necesita de la racionalidad técnica que detentan ciertas disciplinas médico terapéuticas y socio asistenciales.

Una lectura política de la ley

Entonces, ¿quién tiene el poder realmente, quién o quiénes hacen la ley realmente? Como se dijo la disputa siempre giró en torno a los poderes médico-administrativo-judicial-familiar. Como hemos demostrado la acumulación de poder de los sectores médicos ha sido notoriamente menoscabada. Del mismo modo se ha comenzado a ver desde hace años el derrumbe de la familia (junto con otras instituciones similares) como foco de identificación y socialización, con lo que su poder de integración se encuentra actualmente bastante deteriorado. En principio, se puede pensar que la ley tiene un fuerte carácter juricista, de hecho los Derechos Humanos son una categoría jurídica, y surgen como rama del derecho tras los fallos judiciales a crímenes de lesa humanidad en el período de post guerras. Segundo, podríamos aventurarnos en que quienes más salen ganando de todo esto son los/as funcionarios/as de la administración central, dado que la ley designa tanto como “autoridad de aplicación” como de encargados de llevar adelante un Plan Nacional de Salud Mental, al ministerio de Salud junto con otros organismos representantes del poder ejecutivo nacional.

Pero, para rastrear la nueva modalidad que asume el poder, sintetizada en esta nueva ley, es pertinente detenerse en el capítulo diez de la misma, donde se describe al “órgano de revisión”, nuevo dispositivo integrante de la política de salud mental. Este organismo presenta ciertas particularidades:

- Por un lado, se compone por *representantes del Ministerio de Salud de la Nación, de la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación, del Ministerio Público de la Defensa, de asociaciones de usuarios y familiares del sistema de salud, de los profesionales y otros trabajadores de la salud y de organizaciones no gubernamentales abocadas a la defensa de los derechos humanos* (LEY N° 26.657, 2010). Es decir, incluye algunos actores que hasta el momento no habían sido incluidos en puestos oficiales de la política de Salud Mental, como usuarios, familiares de usuarios y organismos no gubernamentales.
- Por otro lado, se lo ubica en el ámbito del Ministerio Público de la Defensa, cuando este ministerio presenta otra particularidad especial: constitucionalmente el Ministerio Público de la Defensa se instituye como un órgano independiente del resto de los poderes del Estado, con autonomía funcional y autarquía financiera.

El órgano de revisión funciona mediante una categoría institucional nueva, es una especie de organismo de poder supraestatal donde se asegura una supuesta autonomía e independencia respecto a casi todo poder convencional. Aparece un poder que asume una

función fantasmal, que está por fuera del plano de los demás poderes convencionales pero a la vez en su interior; que puede aparecer cuando se lo invoque, o cuando el mismo lo requiera, pero nadie tiene autoridad absoluta sobre él. El órgano de revisión puede ser solicitado por la autoridad judicial pero puede apelar sus decisiones, y hasta incluso, puede hacer presentaciones para sancionar sus irregularidades (si las hubiera); actúa en el interior de las instituciones pero supervisa constantemente, de oficio o por denuncia de particulares, las condiciones de internación en las mismas; informa a la Autoridad de Aplicación (ministerio de Salud y subáreas) pero está por fuera de la misma.

No intentamos decir que el órgano de revisión es la nueva “cabeza del león” en la política de salud mental, más bien sintetizamos en él un mecanismo nuevo de ejercicio del poder, cada vez más abstracto, más etéreo y sutil. En donde el aparato estatal, a partir del resquicio de soberanía que aún le resta, sigue siendo la primera instancia en el establecimiento y efectividad de los derechos humanos, lo cual no obsta para que se produzcan cada vez injerencias externas, en general provenientes de movimientos económicos internacionales, que provocan y ponen en evidencia el panorama de violación de los derechos humanos visibles en las condiciones de vida, cada vez más marginales, a las que son empujadas las poblaciones internas de las naciones perisféricas o “del tercer mundo”. Esto de forma paralela al surgimiento en la comunidad internacional de una sensibilidad y una conciencia proclive a denunciar y reprobado las violaciones; donde, los organismos internacionales, como la ONU y las instituciones vinculadas (UNESCO, OMS, OPS, FAO, etc.), a pesar de sus claras disfunciones, tienen un papel de primer orden en el establecimiento de estos imperativos éticos.

Si bien la ley prevé, sobre todo en su reglamentación, la disposición de recursos para destinar a la política pública, estos se hacen en base a iniciativas ya desmentidas (como el sector) o a un conjunto demasiado heterogéneo de iniciativas dispersas: consultas ambulatorias; servicios de inclusión social y laboral para personas después del alta institucional; atención domiciliaria supervisada con apoyos a las personas y grupos familiares y comunitarios; servicios para la promoción y prevención en salud mental, así como otras prestaciones tales como casas de convivencia, hospitales de día, cooperativas de trabajo, centros de capacitación socio-laboral, emprendimientos sociales, hogares y familias sustitutas. En este contexto suena desproporcionada la creación de dispositivos de prevención y defensa jurídica a la población con la más alta tecnología, equipamientos, recursos profesionales e, incluso, instalaciones estéticamente refinadas; cuando, por otro lado, la política pública de estructura se construye mediante un reciclaje y bricolaje de iniciativas e instituciones,

conformada por instituciones periféricas, sostenidas en muchos casos por la buena voluntad de los profesionales o por iniciativas privadas que ya han dado muestras de su incapacidad para dar respuestas al conjunto de problemáticas de la salud mental, en particular, y de la cuestión social, en general.

Hay que tener en cuenta que, más allá de todas las denuncias hechas contra los hospitales psiquiátricos, estos supieron conformar una política pública de estructura con incidencia en el poder central. Y su decadencia fue generada, en gran parte, producto de gobiernos liberales-neoliberales que vieron en ella un costo enorme del Estado que debía ser reducido. En este sentido la *desmanicomialización* no es sólo de interés para el progresismo, sino que “la derecha” coincide en desinstitucionalizar. Como señala Castel, el mismo Ronald Reagan, notable exponente del conservadurismo liberal, fue elegido gobernador del Estado tras una campaña electoral centrada en la promesa de una disminución drástica de los impuestos, y para abaratar costos que repercuten en el volumen de la recaudación impositiva, Reagan firma el “Lanterman–Petris–Short Act” cuyo progresismo (contiene incluso el decreto de nuevos derechos de los pacientes) exige un examen psiquiátrico previo a cualquier hospitalización y hace más complicados los procedimientos que permiten la retención involuntaria de los pacientes más de 72 horas; de esta manera iban quedando cada vez más camas libres que serían finalmente serían retiradas de la estructura institucional pública.

CONCLUSIONES

En el transcurso del presente trabajo de tesina, hemos hecho una relectura de un momento de la obra del sociólogo francés Robert Castel. Hemos decidido retomar estas lecturas dado que se ha demostrado, mediante la construcción de una metodología de análisis y recolección de datos de tipo cuantitativa, que efectivamente las obras del “jóven Castel” son prácticamente ignoradas en los planes de estudio de las carreras de Trabajo Social en Argentina.

Mediante un proceso de lectura crítica y análisis sistemático de los tres libros incluídos este momento clásico de la obra de Robert Castel, se realizó un fichaje de cada uno de estos:

- “El orden psiquiátrico: la edad de oro del alienismo” es un libro que tiene fecha de primera publicación, en su idioma original, en 1977. El libro abarca un recorte temporal desde, aproximadamente, 1790 (abolición de las “lettres de cachet”) hacia la actualidad en que publica el autor, 1977. Se ubica principalmente en el desarrollo del esquema francés de creación de una política de salud mental, aunque menciona cómo en este proceso se fueron tomando influencias de otros modelos como el italiano, el norteamericano, el inglés, el belga, etc. Si bien no es el único objetivo del libro, la lectura nos aporta un panorama histórico-genealógico de construcción del campo de la salud mental, haciendo una descripción detallada de la constitución y funcionamiento de las primeras formas de “medicina mental” gestionada por un fuerte poder médico con influencia directa en el poder central. Ahora, hay una idea que sostiene el autor de descomposición del campo de la salud mental en una suerte de maquinaria articulada por distintos elementos que, al trabajar conjuntamente, aseguran el funcionamiento de la misma. Cuando alguno de los elementos entra en crisis, la maquinaria entera deja de ser funcional y los poderes que solicitan su funcionamiento deben “barajar y dar de nuevo” en negociaciones conflictivas de transferencia de poder y responsabilidades, para que la salud mental vuelva a ser garante del sostenimiento de un determinado orden social ubicado en las características de los contextos en que se desarrolla.
- Si el libro anterior se ubicaba en un recorte temporal bastante preciso, el siguiente que el autor publica se ubica más bien en un recorte geopolítico más preciso. “La sociedad psiquiátrica avanzada: el modelo norteamericano”, como su nombre indica, consta de un análisis del modelo de salud mental norteamericano. Es coautora de la obra una psiquiatra de origen norteamericano (Anne Lovell), la cual aporta una experiencia más

próxima al desarrollo de este modelo. La lectura del establecimiento del esquema de salud mental norteamericano nos aporta un rastreo de los orígenes de la difusión de una serie de tecnologías de intervención y manipulación sobre el “mundo psi” que rompen con la psiquiatría clásica, a la vez que la complementan y reactualizan bajo un rostro “más humanitario”. Incluso con la llegada de Freud a Estados Unidos, el psicoanálisis mismo encuentra el medio perfecto para su posterior expansión global, aunque las reinterpretaciones y ramificaciones del psicoanálisis en otros medios intenten despreciar con desdén intelectual los desarrollos norteamericanos. Más allá de este proceso de constitución de lo que sería un segundo pilar de las políticas de asistencia y salud en el mundo psi (las terapias de orientación psicoanalítica), con especial fuerza en la década del sesenta, estallan una serie de “nuevas terapias alternativas” que en mayor o menor medida comenzarán a estar presentes en otros esquemas de salud mental en el plano internacional. Siendo el único foco de innovación, estas psicoterapias tendrán serias repercusiones sobre la forma que adquirirá, y los medios de difusión que utilizará, la salud mental en adelante. Generándose como una de las consecuencias principales, el desdibujamiento de las fronteras entre lo normal y lo patológico, y el paso a sociedades “post-psiquiátricas” y del “post-análisis”

- “La gestión de los riesgos: de la antipsiquiatría al post-análisis”, este tercer libro ya pone el foco más sobre la actualidad, precisamente a principios de la década del ochenta, el libro original fue publicado en 1981. En esta obra, Castel, se centra en el análisis del presente de la salud mental, para desde allí reconstruir las principales líneas de desarrollo del campo a futuro. Estamos hablando de un libro ubicado en un contexto anterior a, por ejemplo, la caída del muro de Berlín; quiero decir que es como si el joven Castel se estuviera anticipando a los cambios drásticos que sufrirán posteriormente las sociedades durante la oleada neo-liberal de los noventa y la premisa mitificada de que “el capitalismo ha triunfado” como único sistema socioeconómico capaz de subsistir en el tiempo. De esta manera, a través de la explicación (que no prescinde del recurso historiográfico de los otros dos libros) de las tres principales tendencias en el desarrollo de la salud mental actual (el retorno al objetivismo médico, la gestión de los riesgos y la individualización del trabajo psicológico) el autor nos esboza un panorama del destino posible de las sociedades denominadas “post-disciplinarias”, que involucran la post-psiquiatría y el post-análisis. Escenarios donde las tecnologías “clásicas” que lideraron por décadas las estrategias en el campo

de la salud mental han perdido su hegemonía. Esta metamorfosis de la maquinaria con la que se sostenía un determinado orden sobre las poblaciones, es acompañada de una transformación de la política y de la subjetividad misma. La hipótesis implica que ya no son necesarios los dispositivos de disciplinamiento anteriores (entre los que se ubicaba el manicomio, por ejemplo) ahora el sujeto es llamado a reconvertirse, reciclarse a sí mismo constantemente para responder de forma automática a las exigencias de la planificación tecnológica contemporánea.

Hechas las fichas y sistematizados sus contenidos, se intentó realizar una lectura de la realidad actual de la salud mental argentina a partir de su respectiva legislación, haciendo uso de los conocimientos que hemos incorporado a nuestra “caja de herramientas del joven Castel”. En este proceso pudimos desarticular la maquinaria actual de la salud mental argentina en:

- a) Sus elementos constituyentes: un dispositivo institucional, un código teórico, un cuerpo de profesionales, una tecnología de intervención, y un estatuto del usuario.
- b) Los agentes históricamente encargados de asumir las responsabilidades involucradas en la gestión de una política de salud mental: poder judicial, poder administrativo, poderes profesionales (incluido el médico), poder familiar y comunitario.

Queda entonces realizar unas reflexiones finales acerca del resultado esperado (por reglamento) en una tesina de grado de la Licenciatura en Trabajo Social: el aporte de conocimientos al campo disciplinar.

Aportes al Trabajo Social:

Es cierto que no estamos leyendo al Castel que interpreta la cuestión social en general, aquella que incluso algunas/os colegas proponen como objeto de las acciones desde el trabajo social. Pero, el estudio sociológico que el autor realiza a partir del campo de la salud mental, durante esta etapa del “joven Castel”, se extiende a análisis acerca de cuestiones que nos involucran directamente, entre ellas:

- a. El rol de la filantropía (agente constitutivo en el origen y desarrollo del trabajo social como profesión) dentro de la distribución de responsabilidades político-asistenciales.
- b. Las bases teórico-metodológicas de varias de las técnicas que forman parte de la “caja de herramientas” actual del trabajo social.
- c. Las líneas de desarrollo actuales que pueden estar siguiendo los sistemas socio asistenciales influenciados por avances tecnológicos internacionales.

a) La intención acá no es seguir historizando en profundidad, es sabido por cualquier estudiante de trabajo social (además de haber sido mencionado en esta tesina) que los inicios de la profesión se encuentran en un intento de hacer “caridad científica”, de dotar las acciones caritativas de la burguesía de la legitimidad suficiente para profesionalizarlas. Del mismo modo, aún antes, la psiquiatría alienista conservaba garantía de respetabilidad científica como “medicina mental” al mismo tiempo que se involucra en asuntos de filántropos y reformadores en busca de nuevas técnicas asistenciales. En este carácter de medicina social, la psiquiatría original se acercaba más al trabajo social que a la medicina biológica.

Más allá de estas similitudes, en uno y otro caso lo que sucede es que la indexación científica sólo sirve a modo de fuente de credibilidad para un determinado proyecto político: el objetivo es asimilar el paradigma de la asistencia a la beneficencia pública, sustraer el derecho de los pobres a ser asistidos en situaciones estructuralmente injustas. Si la desigualdad es una “justa consecuencia del crecimiento de las sociedades”, hay que controlar sus efectos para que la masa marginal no se precipite hacia soluciones extremas. La base del sistema asistencial es esta: evitar el desorden/garantizar la paz mediante la atenuación de los conflictos socioeconómicos interiores a cualquier sociedad desigual.

Determinados proyectos políticos que han ocupado el gobierno argentino han puesto en evidencia esta estrategia de los poderes económicamente concentrados y desarrollaron políticas que reconocían un legítimo derecho a la asistencia, a la salud, a la educación, etc. El reconocimiento de estos derechos permitía la exigibilidad de los mismos, el Estado debía responder a dichas exigencias y ser garante del cumplimiento de tales derechos, esto implicaba un nuevo tipo de economía, que es la administración de recursos siempre escasos. Parte de las nuevas estrategias económicas involucraron un plan de crecimiento económico nacional acompañado de una redistribución de la riqueza más justa, lo cual reducía la ganancia y la riqueza de la oligarquía nacional. Entonces, ¿Por qué los poderes económicos concentrados siguen perpetuando la desigualdad sistemática y cada vez de forma más extrema?, ¿por qué los ricos son cada vez menos pero más ricos y poderosos, mientras que la pobreza crece en cantidad y en sus condiciones materiales? Principalmente porque han logrado desarticular los períodos de redistribución del crecimiento económico y justicia social mediante mecanismos violentos; pero, también, porque han logrado aggiornarse a los contextos desarrollando tecnologías de control y manipulación de las poblaciones más sutiles, así como técnicas de desestabilización de los gobiernos que no requieren de la violencia física.

Hasta hace algunas décadas las estrategias de desarticulación de los gobiernos democráticos, que perseguían estos sectores, involucraban la violencia física directa (secuestros, torturas, desapariciones, bombardeos, fusilamientos, etc.). La posguerra marca un punto crítico, en este sentido, en el plano internacional, de igual manera que los regímenes dictatoriales desplegados sobre latinoamérica (incluida la Argentina). El desastre de los años anteriores no se puede volver a repetir, el desarrollo de los derechos humanos y la implementación de un código ético universal buscan poner un punto final a este tipo de violencia. Sucede que: por un lado, este tipo de tratados no han logrado finalizar de forma absoluta a la violencia física, al día de hoy asistimos a tomas del poder armadas, bombardeos y enfrentamientos armados, sin que algunas de estas situaciones llame la atención de los organismos internacionales que parecen tener un tipo de mirada selectiva para la indignación ética. Por otro lado, estas agencias internacionales fuerzan al poder concentrado a encontrar vías distintas para perpetuar la desigualdad sistemática, dado que el uso de la violencia física ya no es políticamente viable, lo que se hace es aggiornarse a los contextos, de esta manera, la vía principal que han encontrado actualmente los poderes concentrados para desarticular a los grupos de poder que no facilitan el sostenimiento de un orden determinado, es la vía judicial: como se puede ver en la persecución judicial a políticos y líderes sindicales, en el armado de causas y en la manipulación de los sistemas procesales; todo junto a la complicidad tanto en la difusión como en el silencio de los medios masivos de comunicación.

Pero, mientras la economía se internacionaliza y se dan estas batallas en el plano judicial, continúa siendo necesario descomprimir los conflictos sociales que, inversamente a la economía, se localizan cada vez más. Para esto, necesariamente, el reconocimiento de ciertos derechos ha dejado de ser una molestia para el poder concentrado, sobre todo el reconocimiento de los derechos de las llamadas “minorías”, debido a que estas no quieren desestructurar un orden imperante sino todo lo contrario, lo que quieren es que se las reconozca de alguna manera dentro del mismo, acceder a la competencia generalizada. Por otra parte, la neofilantropía se ocupa de la resolución de conflictos sociales atomizados en los distintos territorios locales (barriales)

Los cambios económicos y sociales que iniciaron en los setentas y se acentuaron en los noventas, extendiéndose hacia la actualidad, modificaron el mundo popular urbano, la desestructura casi por completo del mundo obrero produjo una progresiva territorialización y fragmentación de los sectores populares. Como consecuencia de este proceso se abrieron nuevas formas de politicidad que se observan en la capacidad de organización (y de supervivencia, en algunos casos) de los sectores populares. En este proceso la neofilantropía

se localiza, dejando de interpelar al Estado dirige su demanda hacia la sociedad civil con la potenciación de las nuevas tecnologías de comunicación, más o menos accesibles al conjunto de la población (celulares, internet, redes sociales, etc.), los neofilántropos no quieren vincularse con el Estado, ni con la política, en algunos casos ni con la iglesia. Sólo se vinculan con la sociedad civil y el mundo empresarial que, desde la perspectiva de la responsabilidad social empresarial, colabora habitualmente con este tipo de iniciativas. Este tipo de acciones asistenciales y su financiación privada pasan, entonces, a ser el foco de innovaciones en materia de gestión de lo social.

Este proceso es acompañado, en otro nivel, por el humanitarismo internacional, que ejerce su paternalismo sobre los Estados, responsabilizándolos de garantizar una serie de derechos básicos. De esta manera las administraciones nacionales se ven forzados a apoyarse, por un lado, en las mencionadas innovaciones de la neofilantropía localizada y de la iniciativa privada; y, por otro, en las estructuras público-estatales tradicionales, de ahí se entiende la resistencia del manicomio a desaparecer completamente del sistema asistencial público. El Estado debe adaptarlo a las nuevas legislaciones y a las exigencias del derecho internacional pero, a la vez, necesita de ese recurso, incluso la readaptación del mismo requiere movilizar una serie otros recursos económicos y políticos que tienen sus consecuencias sobre los capitales, del mismo tipo, acumulados por las administraciones. Además la redistribución de los recursos que consumen los manicomios en las distintas unidades socio asistenciales comunitarias, implica un conocimiento hiperespecializado respecto a la situación epidemiológica tanto de la salud mental, en particular, como de las distintas problemáticas de la salud, en general. Por estas complicaciones, las reformas actuales del campo de la salud, se conforman con satisfacer un mínimo de exigencias y con movilización de recursos lenta y austera, siendo que otros temas de urgencia sociosanitarios ocupan la agenda política cotidiana (ni hablar de lo que se ha vivido los últimos dos años con la pandemia del virus covid-19).

b) En parte, el movilizante de esta tesis fue la curiosidad por investigar las bases teórico-metodológicas de varias de las técnicas de aplicación individual y grupal a las que recurrimos frecuentemente los/as trabajadores sociales. El estudio del joven Castel sobre el modelo norteamericano lleva al descubrimiento de varias de las bases de estas técnicas, siendo que el dinamismo del medio estadounidense ha facilitado el desarrollo de innovaciones en cuanto a tecnologías de manipulación sobre la salud mental, donde varias de estas fueron trasladadas a otros esquemas nacionales.

Por ejemplo, el mismo lenguaje psicoanalítico invade varias de las interpretaciones que se realizan al día de hoy desde el trabajo social, desconociéndose los efectos del psicoanálisis y de la higiene mental sobre la difusión del trabajo social como profesionalización de las antiguas prácticas de asistencia, o, mejor dicho, de su reinterpretación en un sentido exclusivamente psicologizante y/o médico. Por ejemplo, me atrevo a decir que la gran mayoría de estudiantes de trabajo social desconocemos durante el cursado y en medio de nuestras prácticas pre-profesionales, el proceso histórico de constitución y desarrollo del psicoanálisis (aunque esta afirmación implicaría un estudio más en profundidad). Las lecturas que hemos hecho en la presente tesis involucran una historización de distintas tecnologías de control y manipulación sobre el “mundo psi”, así por ejemplo, continuando con el psicoanálisis, este ha sufrido distintas transformaciones hasta ser incorporado como pilar de las políticas de salud mental en los distintos esquemas mundiales de gestión de lo social. Por otro parte, en la década de los sesenta estallaron, mediante la instrumentalización de los grupos como medio de aplicación, una serie de “nuevas terapias” que plantean una ruptura con las tecnologías tradicionales, acusandolas de elitistas y de sobre intelectualizadas. Varias de estas psicoterapias incluyen perspectivas que ya habían comenzado a desarrollarse en la década del treinta del siglo XX, la difusión de los “grupos de encuentro” hace la diferencia en términos de escala.

Suelen encontrarse distintas modalidades de intervención grupal en el abanico de técnicas de un/a trabajador/a social. Varias de ellas aprendidas de la psicología social pichoniana (con influencias de la pedagogía freiriana), lo que frecuentemente se ignora (o, por lo menos, no se profundiza desde la sociología crítica) es que estas técnicas tienen su fundamento en varias de estas “terapias alternativas” difundidas por el medio norteamericano. Las bases teóricas de la metodología pichoniana están (además de en la psiquiatría y el psicoanálisis) en la “gestalt therapy” y la escuela de psicología social lewiniana, por ejemplo. Quizás, desde las aplicaciones grupales que intentamos hacer, somos cómplices del proceso de difusión de determinados esquemas de interpretación y manipulación psicosociales a la población en general de los cuales desconocemos sus consecuencias sobre la subjetividad; más aún, quizás aportamos a esta tendencia al post-análisis, dado que como tomamos de las lecturas del joven Castel, las aplicaciones grupales en su intento de popularizar la terapia, de hacer que esté al servicio de la comunidad, lo que hacemos es disminuir los costos del proceso terapéutico, poner en práctica dispositivos más artesanales, con menos personal y menos capacitado, y que si bien se aplican como tecnologías relacionales, se enfocan en otros elementos de la relación terapéutica; en un grupo no es tan fácil de situar al individuo en su

subjetividad, el foco está en el “aquí y ahora”, en el acontecer grupal y en lo que sucede en los intercambios espontáneos al interior de estos; la historización en términos familiares, socioeconómicos, políticos, culturales, etc. del sujeto queda dispersa en el grupo.

c) En este punto me refiero al corrimiento que visualiza Castel hacia nuevas formas de gestión de lo social asociadas más que estrategias de disciplinamiento, a formas de “gestión de los riesgos”.

Según el autor asistimos a la aparición de estrategias inéditas de tratamiento de los problemas sociales a partir de la gestión de las particularidades del individuo. Dentro de este abanico de estrategias ubica en un extremo a las innovaciones de carácter casi lúdico, aquellas “terapias alternativas” que tienen alcance sobre poblaciones que antes pertenecían al sector mayoritario de la sociedad, el sector “normal”. Estas “terapias para normales” constan de ejercicios de intensificación del “potencial humano” y de técnicas de desarrollo del capital relacional, en síntesis es la producción de una cultura psicológica de masas donde el individuo trabaja sobre su propia personalidad buscando obtener un “plus” de goce o de eficiencia, en contraposición intelectual con las viejas estrategias del psicoanálisis que más se preocupaban por la búsqueda de conocimientos de las propias profundidades de la subjetividad.

En el otro polo de este abanico se encontraría la administración autoritaria (aún dirigida por el Estado) de poblaciones con un determinado índice o nivel de riesgo, calculado a partir de la creación, almacenamiento y administración de datos, mediante los cuales se establece un perfil virtual del sujeto que ordena, para estas poblaciones, los trámites sociales que se verán obligados a realizar. Este es el proceso de corrimiento hacia una perspectiva de “gestión de los riesgos” en los modelos socio asistenciales. Es curiosa esta definición que toma el autor cuando ni siquiera se habían inventado ni el “dataísmo”, ni se habían masificado las redes de comunicación internacionales, ni había estallado el boom informático de finales de los noventa-principios de los 2000. Quizá por eso leído desde la actualidad y confrontado con el modelo asistencial actual argentino puedan sonar teorías algo cercanas a la ficción, aunque desconocemos el futuro real de estos sistemas. Aún así, sin subestimar estos aportes, profundicemos en qué consta una política de reducción de riesgos (según Castel) y confrontemos con la actualidad.

Primero, al hablar de “riesgos” no estamos hablando de problemas concretos, estamos hablando de la presencia potencial de los mismos. El riesgo implica un proceso de anticipación que puede ser utilizado para prevenir la aparición concreta de daños y estar frente a una problemática real. Ahora, ¿cómo se detecta un riesgo? Pues bien señala Castel,

mediante el establecimiento de redes de relación entre datos generales impersonales o factores (de riesgo) que hacen más o menos probable el acontecimiento de conductas indeseables en una sociedad y para un determinado orden social. Por eso la prevención requiere de una vigilancia permanente; prevenir es, ante todo, vigilar. La diferencia con las políticas que se reprodujeron en las viejas “sociedades disciplinarias”, es que ahora no se trata de “vigilar y castigar”, principalmente porque el disciplinamiento implica una copresencia de los controladores y los controlados en un espacio homogéneo barrido por la mirada, las alteraciones detectadas son sancionadas (correctiva o terapéuticamente) directamente por la intervención de un agente que actuará para enderezar, corregir o curar al sujeto, o a los sujetos, que alteraron el orden presupuesto. Las nuevas políticas preventivas economizan esta relación de inmediatez física entre sujetos, al menos en un primer momento, mediante factores, no individuos sino correlaciones estadísticas. De esta manera la subjetividad queda descompuesta en una serie de elementos heterogéneos con los que se construye una combinación sistemática de todos los agrupamientos posibles susceptibles de producir riesgo. No se trata tanto de afrontar una situación en el momento en que se ha vuelto peligrosa como de anticipar todas las figuras posibles de la irrupción del peligro.

En este sentido, hablar de “gestión de los riesgos” en sociedades “post-disciplinarias” no parece algo lejano a la realidad actual. La difusión de modelos preventivos y epidemiológicos es una constante en los planteos actuales de los sistemas de salud, asistencia y penales, quizá con todavía aún más relevancia en la situación pandémica actual, cuando la estadística y el censo de casos de infección por Covid-19 marcó cotidianamente la agenda sanitaria y política del país (y del mundo), la correlación político-sanitaria fue: cantidad de casos-medidas desde los gobiernos, combinado con una campaña de difusión de medidas individuales de prevención de las infecciones. Es decir, censo-acción política-prevención.

Entonces, más allá de cualquier juicio de valor, la diferencia que se ve respecto de los viejos modelos disciplinarios es más bien una cuestión de escala. Sea lo que sea que se pueda pensar del valor positivo o negativo de las intervenciones inspiradas por la filantropía psiquiátrica o por la filantropía en general, todas ellas se ejercían en el registro limitado del cara a cara. Todas las grandes tecnologías disciplinarias clásicas (aún las más masificadas) empleadas en escuelas, hospitales, cárceles, cuarteles, fábricas, etc. suponían la copresencia física de las partes controladoras y controladas; este registro operaba en todo caso como limitante espacial al despliegue de toda la tecnología de control y manipulación de lo social. Una política de gestión de riesgos ya supone la vigilancia del total de la población censada en un territorio, donde las autoridades pueden tomar decisiones respecto a los sistemas de gestión

de lo social de forma indirecta, mediante el manejo de índices estadísticos resultante de censos y del peritaje ejercido por especialistas (las profesiones) cuando así se lo requiera.

Es una mutación cuyas consecuencias aún a 41 años de la publicación del último libro del joven Castel, estamos lejos todavía de poder calibrar. Por lo menos, al detenernos en el esquema argentino, podemos pensar que esta condición de posibilidad de despliegue de las nuevas políticas preventivas que supone la desaparición de la noción misma de sujeto, no es una realidad muy cercana. Quizá porque la escasez de recursos limita el verdadero potencial detrás del despliegue de una política de prevención y reducción de riesgos. Sobre todo porque toda esta ingeniería informática y programática, aún economizando el recurso del “cara a cara” y las viejas instituciones de disciplinamiento, requieren de una transformación y redistribución de los mismos recursos que actualmente no se ha llevado a cabo tanto sea por obstáculos burocráticos como por falta de voluntad política. A su vez, como se dijo, la diferencia es una cuestión de escala, no valorativa, no hablamos de viejas políticas buenas, nuevos modelos preventivos malos; lo que más bien se puede observar en el caso argentino es una combinación de ambos modelos, sin que, al menos por el momento, una tendencia se logre imponer completamente sobre la otra. Lo que interesa en el presente trabajo de tesis es llamar la atención sobre qué líneas de acción futura pueden tomar los sistemas de gestión de lo social (en los que nos insertamos profesionalmente los/as trabajadores sociales), y cómo se distribuyen los recursos siempre escasos en ese sentido, siendo que observamos (mediante la lectura de la ley 26657) cómo la re-judicialización del campo de la salud mental (que es un sector particular del campo de la salud y de un esquema nacional de la asistencia) gira en torno a, justamente, la prevención de violaciones de derechos de los sujetos usuarios, lo que implica la creación y dotación de recursos a dispositivos y tecnologías nuevas (como ejemplo, el órgano de revisión), en contraposición del despliegue de la política pública de estructura.

BIBLIOGRAFÍA

Cámara de Senadores de la Nación. Versión Taquigráfica de la Reunión Plenaria de las comisiones de Legislación General, de Justicia y Asuntos Penales, de Salud y Deporte y de Presupuesto y Hacienda. 23 de noviembre de 2010.

Cámara de Senadores de la Nación. Versión Taquigráfica de la 23° Reunión - 17° Sesión ordinaria. 24 y 25 Noviembre 2010.

CASTEL, F., CASTEL, R., LOVELL, A. “La Sociedad Psiquiátrica Avanzada”. Ed. Anagrama S.A., Barcelona, 1980.

CASTEL, ROBERT. “La gestión de los riesgos (De la anti-psiquiatría al post-análisis).” Ed. Anagrama S.A., Barcelona, 1984.

CASTEL, ROBERT. “Presente y genealogía del presente. Una aproximación no evolucionista al cambio social.” Revista Archipiélago: Cuadernos de crítica de la cultura, N.º 47, 2001.

CASTEL, ROBERT. “El orden psiquiátrico: la edad de oro del alienismo.” Ed. Nueva Visión, Buenos Aires, 2009.

DECRETO 603/2013 de 2013 [con fuerza de ley]. Por medio del cual se aprueba la reglamentación de la Ley Nro. 26.657. 28 de Mayo de 2013. B.O. N.º 32.649.

DELEUZE, GILLES. “Post-scriptum sobre las sociedades de control.” 4 ed., Pre-Textos, Valencia, 1999.

CANONICO, PENÉLOPE. El “caso Chano” y las fisuras de la ley de Salud Mental: por qué no se logra evitar estos dramas. *Clarín*. 2021

FRIEDMANN, DANIEL. “Homo psicológicus. Entrevista a Robert Castel.” Revista Asociación española de Neuropsiquiatría. Volúmen VI, N.º 8, 1986.

Función Lenguaje, “Robert Castel: Sociología del trabajo.”
<https://funcionlenguaje.com/index.php/en/sala-de-lectura/noticias/717-robert-castel-sociologia-del-trabajo.html>.

GARCÍA, RAÚL. “Entrevista al francés Robert Castel. Aún hoy, el trabajo nos hace personas felices.” Página 12, 1999,
<https://www.pagina12.com.ar/1999/99-08/99-08-27/pag26.htm>.

LEY N.º 26.657 de 2010. Ley Nacional de Salud Mental. 2 de Diciembre de 2010. B.O. N.º 32.041.

LÓPEZ, ISIDRO. “Las Metamorfosis de la sociología crítica. Entrevista con Robert Castel.”
 Revista Minerva, Nro. 14, <https://cbamadrid.es/revistaminerva/articulo.php?id=410>.

MEGA, ANDRÉS. El drama de Chano: tragedias que pueden ser evitadas con una ley diferente. *La Nación*. 2021.

MIRANDA ARANDA, MIGUEL. "Pragmatismo, Interaccionismo simbólico y Trabajo Social. De cómo la caridad y la filantropía se hicieron científicas." Tesis presentada por Miguel Miranda Aranda para optar al título de Doctor en Antropología Social y Cultural, Tarragona, 2003.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). “Plan de Acción sobre Salud Mental 2015-2020.” 2014,
<https://www.paho.org/es/documentos/plan-accion-sobre-salud-mental-2015-2020>.

PEIRÓ, CLAUDIA. Caso Chano Charpentier: “Con esta ley de Salud Mental los pacientes reciben balas en vez de tratamientos”. *Infobae*. 2021.

PIERUZZINI, R., PETRUCCI, A. y SERRANO, W. “Derechos y neofilantropía: nuevas/viejas lógicas en disputa en las prácticas de las organizaciones territoriales.”
 Revista Debate Público, Reflexión de Trabajo Social, N.º 17, Buenos Aires, 2019.

Redacción, La Izquierda Diario. Ley de salud mental. Caso Chano: profesionales de la salud cuestionan cómo intervino el Estado. *La Izquierda Diario*. 2021.

SMUD, MARTÍN. Caso Chano: ¿qué sabemos de la ley de Salud Mental?. *Página 12*. 2021

TRAVI, B., IBÁÑEZ V. y GUILINO, F. J. “Trabajo Social con Grupos y el abordaje de Problemáticas Sociales Complejas: fundamentos teórico - metodológicos, formación e intervención profesional.” *Revista Ts. Territorios*, Año I, Nro. 1, José C. Paz, Agosto de 2017.

UBIETO, JOSÉ RAMÓN. “La Metamorfosis de la Cuestión Social: Entrevista a Robert Castel.” *Revista Rambla* 12, 2012, <https://trabajosocialuno.files.wordpress.com/2012/05/entrevista-a-castel.pdf>.

VARELA, J. Y ÁLVAREZ-URÍA, F. “Conversación con Robert Castel sobre Pierre Bourdieu y la sociología crítica.” *Viento Sur*, 17 Julio 2005, <https://vientosur.info/conversacion-con-robert-castel-sobre-pierre-bourdieu-y-la-sociologia-critica/>.

VARELA, J. Y ÁLVAREZ-URÍA, F. “In-Memoriam: Robert Castel, el sociólogo que diagnosticó el presente.” *Viento Sur*, 17 Marzo 2013, <https://vientosur.info/robert-castel-el-sociologo-que-diagnostico-el-presente/>.

YOUNG, JOCK. “La Sociedad "Excluyente": Exclusión Social, Delito y Diferencia en la Modernidad Tardía.” Ed. Jurídicas y Sociales S.A., Madrid, 2003.