



Universidad Autónoma de Querétaro  
Facultad de Psicología  
Maestría en Psicología Clínica

Comparación entre el abordaje psiquiátrico y la mirada psicoanalítica  
respecto a la psicopatología

Tesis

Que comparte como parte de los requisitos para obtener el grado de

Maestra en Psicología Clínica

Mariana Pérez Laborde

Dirigido por:

María Cristina Ortega Martínez

María Cristina Ortega Martínez  
Presidenta

---

Pablo Pérez Castillo

Secretario

---

Jesús Arturo Herbert Mainero

Vocal

---

Isaí Soto García

Suplente

---

José Eduardo Olvera Rodríguez

Suplente

---

Centro Universitario, Querétaro, Qro.

Noviembre de 2023.

México.

**La presente obra está bajo la licencia:**  
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>



## CC BY-NC-ND 4.0 DEED

### Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional

#### **Usted es libre de:**

**Compartir** — copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato

La licenciatario no puede revocar estas libertades en tanto usted siga los términos de la licencia

#### **Bajo los siguientes términos:**

 **Atribución** — Usted debe dar [crédito de manera adecuada](#), brindar un enlace a la licencia, e [indicar si se han realizado cambios](#). Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o su uso tienen el apoyo de la licenciatario.

 **NoComercial** — Usted no puede hacer uso del material con [propósitos comerciales](#).

 **SinDerivadas** — Si [remezcla, transforma o crea a partir](#) del material, no podrá distribuir el material modificado.

**No hay restricciones adicionales** — No puede aplicar términos legales ni [medidas tecnológicas](#) que restrinjan legalmente a otras a hacer cualquier uso permitido por la licencia.

#### **Avisos:**

No tiene que cumplir con la licencia para elementos del material en el dominio público o cuando su uso esté permitido por una [excepción o limitación](#) aplicable.

No se dan garantías. La licencia podría no darle todos los permisos que necesita para el uso que tenga previsto. Por ejemplo, otros derechos como [publicidad, privacidad, o derechos morales](#) pueden limitar la forma en que utilice el material.

Para el lugar donde empieza y acaba toda mi locura, mi *pathos*, mi *logos*, mi a, mi A.

## **Agradecimientos**

A mi papá, Rafael Pérez Huacuja, que para que no fuera a crecer bajo su sombra, me regaló toda la luz de su brillante inteligencia y con ella me acompañó en cada etapa. A mi mamá Guen Kelsang Wangchog, la que apoya, celebra y cree en mí incondicionalmente y mucho más de lo que merezco. A Liora, Landa y Cristina, mis faros, mis sherpas, mis paradigmas de la práctica y la teoría, por su amoroso acompañamiento. A Juan y a Chu, los más fieles. A Santiago y Romina, mi alegría. A Yessir, mi mayor maestro, mi mentor, quien me enseñó todo sobre la justicia, la dignidad y la ética de la participación.

## **Índice**

Resumen.....	1
<i>Abstract</i> .....	2
Estructura de los temas.....	3
Introducción.....	4
Capítulo 1: Antecedentes históricos de la conformación de la psiquiatría.....	8
Capítulo 2: La conformación e historia de la psiquiatría en México.....	37
Capítulo 3: Propuesta freudiana sobre la paranoia.....	78
Capítulo 4: Discusión.....	97
Referencias.....	118

## **Resumen**

La psiquiatría llegó a México con el Porfiriato y su pugna por el progreso y la beneficencia. Actualmente, la atención que se brinda tanto en el ámbito público como en el privado a las personas diagnosticadas con algún trastorno psiquiátrico en este país, parece estar limitada a la supresión de los síntomas positivos. Por otra parte, Freud, al fundar el psicoanálisis inauguró una alternativa a la conceptualización de la salud mental y, por lo tanto, a la de la psicopatología. Esta disciplina no ha hecho un compromiso frontal y explícito con la cura de la psicosis ni con la adaptación de quien la padece, por lo menos desde la obra freudiana.

Este trabajo es una comparación entre las dos disciplinas que pretende ofrecer nuevas maneras de aproximarse al fenómeno de la psicopatología ya que es probable que la práctica psiquiátrica pueda enriquecerse y nutrirse de la noción psicoanalítica de salud que poco tiene que ver con la normalización y la normatividad de la subjetividad.

Palabras clave: ‘locura’, ‘enfermedad mental’, ‘psicopatología’, ‘clínica’, ‘diagnóstico’, ‘tratamiento’, ‘psiquiatría’, ‘psicoanálisis’.

## **Abstract**

*Psychiatry arrived in Mexico during Porfirio Diaz's office as a project that aimed to contribute with the country's progress through beneficence. Nowadays the attention for those diagnosed with a psychiatric disorder, both in the public and private sectors, seems to be limited to the suppression of positive symptoms. On the other hand, when Freud founded psychoanalysis, he inaugurated an alternative way of conceptualizing mental health and thus, psychopathology. This discipline has not made a frontal and explicit commitment to the cure of psychosis or to the adaptation of those who suffer from it, at least from a freudian perspective.*

*This work is a comparison between the two disciplines that aims to offer new approaches to the phenomenon of psychopathology since it is likely that psychiatric practice can be enriched and nourished by the psychoanalytic notion of health that has little to do with the normalization and normativity of subjectivity.*

*Key words:* ‘madness’, ‘mental illness’, ‘clinic’, ‘diagnosis’, ‘treatment’, ‘psychopathology’, ‘psychiatry’, ‘psychoanalysis’.

**Capítulo 1: Antecedentes históricos de la conformación de la psiquiatría.**

- 1.1** La época clásica y la fundación de los hospitales: confinamiento.
- 1.2** La nueva conceptualización de la locura en Europa: de la moral católica a la ética burguesa.
- 1.3** La categorización de la sinrazón.
- 1.4** La introducción de la figura del médico en el espacio asilar.
- 1.5** De la protopsiquiatría a Pinel: una disciplina.
- 1.6** Charcot y la introducción de la noción de trauma.

**Capítulo 2: La conformación e historia de la psiquiatría en México.**

- 2.1** La psiquiatría como herencia de la Ilustración.
- 2.2** La historiografía de la psiquiatría en México.
- 2.3** Época colonial.
- 2.4** La Castañeda: proyecto del Porfiriato.
- 2.5** Transformaciones en el diagnóstico y patologización de características sociodemográficas.
- 2.6** Caída de La Castañeda e instauración de las granjas.
- 2.7** La higiene mental: incursión de la psiquiatría en la vida cotidiana en pro de la prevención.
- 2.8** La OMS y la introducción del paradigma de salud mental.
- 2.9** Comentarios sobre la psiquiatría contemporánea mexicana.
- 2.10** Propuesta antipsiquiátrica de Szasz.
- 2.11** Denuncia sobre la categorización de Braunstein.

**Capítulo 3: Propuesta freudiana sobre la paranoia.**

- 3.1** Diferencias entre psiquiatría, psicoanálisis y psicoterapias según Freud, Allouch y Tappan.
- 3.2** Análisis del contenido del delirio: caso Schreber.
- 3.3** Mecanismos de conformación de la paranoia.
- 3.4** Mirada psicopatológica del psicoanálisis: la reivindicación del síntoma.
- 3.5** Foucault: sobre la enfermedad mental y la personalidad.
- 3.6** Esbozos de salud mental de acuerdo con Freud.

**Capítulo 4: Conclusiones.**

## **Introducción.**

Durante el último año de la Licenciatura en Psicología en la Universidad Iberoamericana de la Ciudad de México, hubo dos sucesos que causaron la sospecha de la autora con respecto la atención que se posaba sobre los pacientes psiquiátricos: el primero, las prácticas efectuadas en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez donde en 2016, las terapias electroconvulsivas y la medicación eran los únicos métodos aplicados con el aparente solo objetivo de acallar la alucinación y el delirio, fase ‘aguda’ del trastorno. Un gran número de pacientes pasaba horas sumido en estados catatónicos y era imposible establecer interacción alguna con ellos; los que estaban más alerta y accedían a la entrevista, se presentaban invariablemente con su nombre y su diagnóstico como si este fuera su apellido, “buen día, doctora, me llamo así y soy bipolar tipo uno”. La bata blanca de los estudiantes les ganaba tanto el título como la libertad de entrar y salir del hospital sin dificultad alguna, mientras los internos permanecían como máximo tres meses, la mayoría de ellos no por primera vez. Transcurrido este periodo regresaban a vivir con sus familias o en la calle.

El segundo acontecimiento fue la lectura del texto “Clasificar en psiquiatría” de Néstor Braunstein, donde como se verá más adelante, se denuncian los peligros y limitaciones del diagnóstico contemporáneo. El psiquiatra y psicoanalista argentino mencionaba que la American Psychiatric Association actuaba en cercanía con la Organización Mundial de la Salud, lo que llevó a la autora a buscar la definición de Salud Mental que este organismo ofrecía. Ya se había visto cuál era el estado real de la psiquiatría mexicana en el más emblemático y concurrido hospital del país, si la mirada internacional tenía un paradigma, había que enterarse del estado deseado:

“Un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (OMS, 2018).

El paradigma de la OMS, coloca la vara alta para considerarse sano mentalmente, no se puede hablar de parámetros porque tanto el bienestar,

como la conciencia sobre las propias capacidades, como las tensiones ‘normales’ de la vida son imposibles de medir; los criterios menos subjetivos, el trabajo fructífero y la contribución a la comunidad, podrían cuantificarse pero solo en signo de dólares.

Por otro lado, el manual diagnóstico estadístico ‘DSM-V’, tiene puertas mucho más anchas, ofreciendo 216 trastornos para recibir y nombrar a los que no están sanos, porque decir ‘enfermos’, ya se verá, es problemático.

En 2017, el ingreso a la Maestría en Psicología Clínica en la Universidad Autónoma de Querétaro, ofreció a través de sus materias teóricas, una propuesta que no se podría llamar ‘diametralmente opuesta’ porque no se coloca como otra cara de la moneda, como opuesto a esta mirada psiquiátrica; se conforma con elementos de otra índole por completo, otredad no binaria. La mirada psicoanalítica freudiana sobre la psicopatología, la no muy frecuentemente mencionada salud y la clínica.

El objetivo general de esta tesis es describir las diferencias entre la psiquiatría y el psicoanálisis freudiano en cuanto a la conceptualización y posible tratamiento, o falta de este, de la enfermedad mental para enriquecer este concepto y posiblemente rescatar algunos aspectos de la propuesta clínica psicoanalítica y su aproximación al discurso del sujeto diagnosticado con un trastorno mental.

Los objetivos específicos son:

- Hacer una revisión histórica de la conformación de la psiquiatría como disciplina y de su llegada y trayectoria en México.
- Hacer una revisión documental de la conceptualización de la psicosis en el psicoanálisis freudiano.
- Hacer una revisión documental de algunas categorías diagnósticas y propuestas clínicas del psicoanálisis.

Lo primero será rastrear los acontecimientos históricos que llevaron a la psiquiatría contemporánea a constituirse, tanto los que dieron forma después de varias mutaciones, a los conceptos de salud y enfermedad mental, como los antecesores del actual abordaje clínico psiquiátrico.

El problema profesional que compete a este estudio es el que se encuentra al establecer que la enfermedad mental como ha sido tratada desde que se conformó la psiquiatría, ha sido silenciada y sobre ella se han impuesto categorías sociológicas como la moralidad. Se pretende hacer una aportación al concepto de enfermedad mental desde el psicoanálisis. Para ello se rastreará ontológicamente a la categoría de ‘enfermedad mental’ que propone la psiquiatría y se le definirá ónticamente también, se le comparará con las aportaciones psicoanalíticas sobre la paranoia por ser esta categoría diagnóstica la más similar a la enfermedad mental planteada por la psiquiatría. Establecer el origen, límite y finalidad del concepto de ‘enfermedad mental’ desde la psiquiatría y desde el psicoanálisis, permitirá una conclusión comparativa que pretende aportar hacia este concepto. Las limitaciones del estudio son evidentes ya que es imposible rastrear el uso de este concepto en su totalidad, por ello lo que se plantea es una aportación a la discusión sobre este.

Se hará: una revisión histórica de la locura, a partir de la época clásica y hasta el siglo XIX; un recuento de la llegada y desarrollo de la psiquiatría a México, desde el porfiriato, hasta la contemporaneidad; un análisis de la mirada psicoanalítica sobre la psicopatología y finalmente, sobre la clínica.

Los conceptos más relevantes para este escrito, ‘locura’, ‘enfermedad mental’, ‘clínica’, ‘diagnóstico’, ‘tratamiento’, no se definirán de manera cabal, pues es objetivo de esta investigación rastrear los cambios que han sufrido de acuerdo con la época y a las circunstancias sociopolíticas, culturales y económicas que los han enmarcado.

Al ser esta tesis una que pretende describir las diferencias entre psiquiatría y psicoanálisis de manera cualitativa, no se planteará una hipótesis sino que el trabajo será guiado por la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son las diferencias fundamentales entre la conceptualización y el tratamiento de la enfermedad mental desde la psiquiatría y el psicoanálisis freudiano?

La metodología que se utilizará será cualitativa apoyada en una epistemología estructuralista-crítica. Atendiendo a su propósito será una

investigación básica, los medios para la obtención de datos serán documentales y atendiendo al nivel de conocimiento, se estará en el área de lo descriptivo.

## **Capítulo 1: Antecedentes históricos de la conformación de la psiquiatría.**

Para cumplir con el primer objetivo específico, se ha recurrido a Michel Foucault, por haber hecho la genealogía más extensa y detallada a la figura de la locura en la época clásica y a la conformación de la operación psiquiátrica desde el medievo hasta el siglo XX.

Para organizar la historia de la locura y de la psiquiatría, se propone seguir la línea del tiempo llamándola como el filósofo francés lo hizo. Se denominará ‘época clásica’ a la que comienza un siglo y medio después del fin del medievo, y comprende los siglos XVIII y XIX para dar pie a la modernidad en el siglo XIX.

“La locura, cuya voz el renacimiento ha liberado y cuya violencia domina, va a ser reducida al silencio por la época clásica, mediante un extraño golpe de fuerza” (Foucault, 2015, p.76). Los leprosarios en desuso por la desaparición de la enfermedad, fueron los primeros lugares de encierro para la locura en el siglo XVII. La cólera y la bondad divinas, ambivalentes figuras adjudicadas al leproso, permanecerán en el imaginario de la civilización para depositarse en la locura que también heredará la importancia en la sociedad como lugar de materialización de la exclusión (2015, p.76).

La época clásica tiene un fuerte vínculo con la razón, el pensamiento de Descartes y su influencia en la cultura, llevarán a la locura a ser conceptualizada de un modo completamente diferente, la inscribirá en una relación binaria con la razón. “El encaminamiento de la duda cartesiana parece testimoniar que en el siglo XVII el peligro se haya conjurado y que la locura está fuera del dominio de pertenencia en que el sujeto conserva sus derechos a la verdad: ese dominio que, para el pensamiento clásico, es la razón misma. En adelante, la locura está exiliada. Si el hombre puede siempre estar loco, el pensamiento, como ejercicio de la soberanía de un sujeto que se considera con el deber de percibir lo cierto, no puede ser insensato. Se ha trazado una línea divisoria, que pronto hará imposible la experiencia, tan familiar en el Renacimiento, de una Razón irrazonable, de una razonable Sinrazón” (Foucault, 2015, p. 79).

Los internados serán el lugar que se designe para depositar a la locura, en el siglo XVII el 1% de los habitantes de París había estado encerrado en

algún punto de su vida; de manera que el internamiento se convirtió en la estructura manifiesta de la concepción de la locura en la época clásica (Foucault, 2015, p. 80).

En 1656 se fundó el Hospital General de París y una misma administración estuvo encargada de la Salpêtrière, que era originalmente un arsenal, y de Bicêtre construida con la intención de que fungiera como casa de retiro para los inválidos del ejército. Se recibía en estos establecimientos a los que se presentaban por sí mismos al estar en condiciones de pobreza o a quienes judicialmente se enviaba, es importante anotar que nada tenían esos espacios que ver con la medicina, respondían a tribunales que aplicaban el orden monárquico burgués. Estos hospitales aparecieron en varias ciudades europeas, usando como sede a los antiguos leprosarios que primero fueron heredados por la iglesia y después pasaron a manos de la monarquía, que usaba los pagos de cuotas de ciudadanos para mantenerlos (2015, pp. 80-87). Esto provocó que se mezclara el privilegio asistencial de la iglesia con la pugna burguesa de poner orden, el deber de ayudar y la percibida necesidad de vigilar y castigar.

Surgieron también lugares de confinamiento en Inglaterra, Holanda, Alemania, Italia, España como intento por asistir a las poblaciones, labor antes ejercida por la iglesia. La cultura burguesa intentó suprimir la miseria porque el miserable era concebido como un obstáculo para el orden, esta es una de las primeras razones por las cuales los valores morales exigidos a la ciudadanía se entrelazaron con la locura y también es una de las primeras maneras de castigar a quienes no los cumplían (Foucault, 2015, p. 96).

Pronto esta moralidad dividió a los beneficiarios en dos grupos, el de los pobres buenos que necesitaban asistencia y el de los pobres malos que requerían represión. La idea del loco sagrado de la Edad Media estaba fundada en que este era beneficiario de la caridad. “Si la locura, en el siglo XVII, es como desacralizada, ello ocurre, en primer lugar, porque la miseria ha sufrido esta especie de decadencia que le hace aparecer ahora en el único horizonte de la moral. La locura ya no hallará hospitalidad sino entre las paredes del hospital, al lado de todos los pobres. Es allí donde la encontraremos aún a

fines del siglo XVIII. Para con ella ha nacido una sensibilidad nueva: ya no religiosa, sino social" (Foucault, 2015, p. 103).

El confinamiento fue sostenido por la ética del trabajo, la misión de instituciones como el Hospital General de París incluían impedir "la mendicidad y la ociosidad, como fuentes de todos los desórdenes". Aquel que no trabajaba sería alimentado por el Estado, pero debía a cambio renunciar a su libertad y someterse al control moral y físico del internamiento (Foucault, 2015, pp. 104-106).

Después de las crisis económicas del siglo XVII surgió una idea brillante para seguir beneficiando a la sociedad: se puso a los internados en casas de confinamiento a trabajar y así se obtuvo mano de obra barata y control de las revueltas, pues aquellos menos afortunados estaban confinados y no podían manifestarse.

De ahí que los prisioneros que decidían por sí mismos trabajar, eran liberados ya que se había triunfado en el proyecto de someterles de nuevo a la ética del trabajo. El confinamiento del siglo XVII tiene en la historia de la sinrazón una importancia trascendental, "el momento en que la locura es percibida en el horizonte social de la pobreza, de la incapacidad de trabajar, de la imposibilidad de integrarse al grupo; el momento en que comienza a asimilarse a los problemas de la ciudad" (Foucault, 2015, p. 126).

La figura de la Sinrazón, surgida en el siglo XVII a partir de otras ya identificadas desde el siglo XVI, en la época clásica se agrupó y prohibió junto con ellas, se les relacionará con la locura por estar dentro del dominio de la experiencia ética:

"Pueden resumirse esas experiencias diciendo que tocan, todas, sea a la sexualidad en sus relaciones con la organización de la familia burguesa, sea a la profanación en sus relaciones con la nueva concepción de lo sagrado y de los ritos religiosos, sea al "libertinaje", es decir, a las nuevas relaciones que están instaurándose entre el pensamiento libre y el sistema de las pasiones" (Foucault, 2015, p. 134).

Como tratamiento a la Sinrazón, en los internamientos se usaba para purificar a los enfermos: latigazos, meditaciones tradicionales y sacramentos de

penitencia, se busca un castigo individual, la terapéutica de la que es cómplice la medicina tiene un orden moral. Se verá la influencia de esto hasta los tiempos de Pinel en el siglo XIX (Foucault, 2015, pp. 139-141).

La centralización de la razón como virtud y como parte de la ética fue esencial en la época clásica, llevó también a una clasificación del amor, el amor de la razón se separó del amor de la sinrazón, que se materializa en: el amor homosexual, las prácticas de prostitución y el amor desenfrenado, todos ellos patologizados y relacionados con la locura (Foucault, 2015, p. 144).

La familia burguesa también fue protegida a través del internamiento por haber sido concebida como una de las figuras de la razón; si uno de sus miembros ponía en peligro el buen nombre o el patrimonio, se podía recurrir fácilmente a encerrarle. De hecho, entre las razones más frecuentemente argumentadas para internar a las personas, estaba la prodigalidad, los matrimonios incorrectos, el desenfreno (Foucault, 2015, pp. 145-147).

No fue hasta el siglo XIX que apareció el “problema psicológico” y el conflicto familiar pasó a ser de orden privado. En la época clásica, era asunto del Estado regular esas conductas.

Foucault denuncia que estas significaciones éticas, adheridas a la conducta sexual o familiar se legarán a la época contemporánea, y dotarán al conocimiento científico y médico de cierta moralidad (Foucault, 2015, p. 149).

Ante este desvío, el tratamiento era el encierro: “El internamiento desempeña la función de reforma moral para una adhesión más fiel a la verdad” (Foucault, 2015, p. 159). La expresión institucional de la lucha entre razón y sinrazón es el internamiento (p. 161).

La figura de la locura se entremezcló con las demás manifestaciones dignas de ser encerradas. Los primeros hospitales de insensatos fueron fundados en España a finales del siglo XV, pero en la época clásica se confinó a los locos “con los enfermos venéreos, los degenerados, los libertinos, los homosexuales, [la locura] ha perdido los indicios de su individualidad, se disipa en una aprehensión general de la sinrazón” (Foucault, 2015, p. 190). Así permaneció hasta la Revolución Francesa.

Lo que se ha producido entre el final del Renacimiento y el apogeo de la época clásica no es, por lo tanto, tan sólo una evolución de las instituciones; es una alteración de la conciencia de la locura; son los asilos de internado, las prisiones y las correccionales los que, en adelante, representaron esta conciencia.

Aún no se instaura la figura del médico como la única que puede dar cuenta de la locura, este poder en la época clásica pertenece a la esfera judicial, a la iglesia y hasta a la sociedad. En la época clásica la relación de la locura con ‘el mal’ cambió. En el medievo se intuía que la locura era causada por fuerzas malignas imaginarias, en el siglo XVII, fue la mala intención, la elección individual, la falla moral. Ambas figuras provienen de la iglesia y son además muestra de su transformación, las fuerzas imaginarias del medievo fueron sustituidas por el ‘libre albedrío’, reconocimiento de la voluntad del mal intrínseca al ser humano. La locura se enraizó en el mundo moral.

La conciencia científica o médica de la locura, aun cuando reconozca la imposibilidad de curar, siempre está virtualmente comprometida en un sistema de operaciones que debería permitir borrar los síntomas o dominar las causas; por otra parte, la conciencia práctica que separa, condena y hace desaparecer al loco está necesariamente mezclada con cierta concepción política, jurídica, económica del individuo en la sociedad (Foucault, 2015, p. 272).

En el principio del siglo XVIII, la locura no se mostraba en sí misma como locura sino como persona en el ‘loco’. A pesar de que la locura no estaba documentada, definida o delimitada, era fácil reconocer a quien estaba loco, su carácter era concreto, su condición, personificada en él, sí era evidente. Aunque nadie podía establecer con claridad qué era la locura, los no-locos sí podían reconocer al loco, porque ellos distinguían la razón y el ejercicio de ella.

Antaño, Paracelso había distinguido los *Lunatici*, cuya enfermedad debe su origen a la luna, y cuya conducta, en sus irregularidades aparentes, está secretamente ordenada según sus fases y sus movimientos; los *Insani*, que deben su mal a su herencia, a menos que se les haya contagiado, inmediatamente antes de nacer, en el seno de su madre; los *Vesani*, que han sido privados de sentido y de razón

por el abuso de las bebidas y el mal uso de los alimentos; los *Melancholici*, que se inclinan hacia la locura por un vicio de su naturaleza interna. Clasificación de innegable coherencia, donde el orden de las causas se articula lógicamente en su totalidad: primero el mundo exterior, después la herencia y el nacimiento, los defectos de la alimentación, y finalmente los trastornos internos (Foucault, 2015, p. 300).

La locura también ofrece una interesante posibilidad de autenticación del alma. Durante el siglo XVIII, Voltaire introdujo una discusión sobre el origen de la locura, se cuestionó si ésta afectaba al cuerpo o al alma. La influencia de Locke en los médicos de la época, les llevó a afirmar que los órganos del cerebro, su función de sensibilidad, específicamente son los que sufren la afección, pero el francés afirmó que la posibilidad de que sea el alma en sí la afectada, implicaría que la locura es la prueba de la materialización de ésta (Foucault, 2015, p. 329).

Los pensadores de la época clásica encontraron dentro de la confusión entre alma y cuerpo, un elemento esencial que aparece como movimiento en cualquiera de los escenarios. Ya sean el cerebro y el alma ligados en un dualismo platónico, ya sea el alma afectada por una causa orgánica, ya sea un problema en la sensibilidad, es la pasión la que se encontraba alterada. “Los moralistas de la época grecolatina habían justo que la locura fuera el castigo de la pasión” (Foucault, 2015, p. 354).

El internamiento clásico se explica a través de la conceptualización de la sinrazón: borró a la locura de la sociedad, no pidió a la medicina una técnica que la atendiera, entendió a la locura como un no-ser en el contexto de una sociedad que glorificaba a la razón, realizó su verdad de no existir, de no ser nada por ser sin-razón. Por ello eran los ‘hombres de buen sentido’ los que podían identificar al loco mejor que los médicos. El internamiento es la operación mediante la cual el clasicismo materializó la supresión de la sinrazón.

A pesar de que la locura haya sido una negatividad, se manifestó, se mostró como fenómeno, tomó forma en distintas figuras, se ofreció de manera

positiva su negatividad, primero en la demencia, más fuertemente en la melancolía y manía, finalmente en la histeria e hipocondria.

Con respecto a la clasificación de la sinrazón, Foucault (2015) encontró que en la locura clásica existían dos formas de delirio: la sintomática o manifiesta, propia de la melancolía, pero no necesariamente presente en el resto de las enfermedades del espíritu, y el delirio implícito que sí aparece en todas ellas. Este segundo tipo es subrepticio y a través de él se explican los síntomas negativos de la locura, tales como la ‘conducta extraña’. Más allá de si el cambio se daba en el cuerpo o en el espíritu, en el clasicismo se pugnó por poner al delirio en el centro de la locura: “delirio significa propiamente apartarse del surco, del recto camino de la razón” (p. 386).

La demencia era la manifestación más congruente con la negatividad de la locura, por ser en sí misma un desorden, una corrupción del pensamiento razonable. Entre las posibles causas había muchas sospechas, algunas eran atribuidas al uso de sustancias como el opio o el beleño (una planta herbácea conocida en la Edad Media como ‘la hierba de las brujas’ que puede producir estados alterados de conciencia) y otras a una afección de las fibras del cerebro. Lo que es interesante es que la mirada estaba puesta en la posibilidad de una etiología orgánica.

En el siglo XVI la melancolía, que a diferencia de la demencia, se concebía como una locura más compleja, implicaba como síntoma esencial “todas las ideas delirantes que un individuo puede formarse de sí mismo” (Foucault, 2015, p. 406), pero éste fue sustituido por “datos cualitativos como la tristeza, la amargura, el gusto de la soledad, la inmovilidad. A finales del siglo XVII, se clasificarán fácilmente como melancolías las locuras sin delirio, caracterizadas por la inercia, por la desesperación y por una especie de estupor sombrío” (Foucault, 2015, p. 415).

Los análisis de la manía siguieron un curso similar a los de la melancolía. La manía se constituyó como el opuesto estado a la melancolía y como un continuo de esta, ambas se habían conceptualizado en un principio como influjos de animalidad y en el siglo XVIII se les atañía a la tensión de las

fibras. Juntas se identificaban como una estructura perceptiva organizada, cumplían además con la condición de la locura de ser fácilmente reconocibles.

Para la época clásica fue muy difícil identificar las cualidades específicas de la histeria y la hipocondria. Hubo toda una trayectoria para que se consagraran como enfermedades mentales y manifestaciones de la locura, primero se les reconoció como enfermedades de los nervios. El cerebro en lugar de ser el órgano de origen en la histeria se entendió como distribuidor del mal proveniente del útero, un mal visceral.

En este sentido se podría decir que la visión organicista era más integral que la postura similar que se tiene ahora, en la que el cerebro es el órgano regente en cualquier afección psiquiátrica-nerviosa. Quizá sea que el origen de la histeria fuera un órgano distinto, la razón por la que esta siempre fue concebida como una enfermedad ligeramente distinta a las demás denominadas ‘del espíritu’, como se verá más adelante fue precisamente la histeria la que dio legitimidad a Charcot como médico y neurólogo por ofrecer la posibilidad de un diagnóstico diferencial. Ahora bien, el hecho de que su origen sea un órgano reproductivo y además femenino, le dotó de valores morales además de los orgánicos.

Charcot fue nombrado médico de los hospitales de París en 1856, en 1862 comenzó su práctica en La Sapêrière donde pronto instauró la cátedra de los martes, un teatro didáctico en el que las histéricas aparecían para que los estudiantes, enfermeros, médicos y otros personajes presenciaran su sintomatología. En 1882 fue él quien estuvo al frente del primer servicio de neurología del mundo, honor concedido al médico por la República francesa, coincidentemente en ese mismo año Hyppolyte Bernheim introdujo el término de ‘psicoterapia’ (Pérez-Rincón, 1998, p. 67).

Charcot hizo inmensas aportaciones al tratamiento y conceptualización de la histeria, por ejemplo, desmitificó que solo pudiera aquejar a las mujeres y rompió el vínculo que se hacía entre el útero y esta condición, llegó a afirmar que la histeria es una enfermedad absolutamente psíquica, esta concepción permitió el nacimiento del psicoanálisis (Pérez-Rincón, 1998, p. 70).

Es esta ‘moral de la sensibilidad’ la que arrebató a la histeria de los dominios de la medicina corporal y la entregó a los de la enfermedad mental antes de su retorno en manos de Charcot fue su entrada al mundo de la locura. Es precisamente interesante por esto que en el siglo XVIII se reconfigurara la inocencia y culpabilidad de los enfermos mentales. A través de la simpatía y de la vulnerabilidad que esta implica ante los influjos externos y orgánicos se explica la inocencia del enfermo quien es víctima de su sistema nervioso. La culpabilidad se le adjudica porque la irritación del sistema nervioso que le afectó será entendida en este momento histórico como consecuencia de su propia manera de interactuar con el mundo y así será la locura un castigo, el efecto psicológico de una falta moral.

Además del internamiento, en el siglo XVII aparecieron las sustancias como tratamiento. Se usó opio, por ser este un agente inhibitorio del sistema simpático que podía prevenir por ese efecto la propagación de los males de los nervios. Los medicamentos de origen natural fueron privilegiados por tener un efecto visible en la locura. También se experimentó con piedras preciosas, como la esmeralda, pues se creía que estaban cargadas de un poder divino. A la proximidad con estos minerales eran adjudicadas propiedades capaces de mejorar la memoria y hacer más virtuoso al portador. Incluso el mismo cuerpo fue usado como agente de curación, se usó el cabello humano y la orina, la leche materna por ser el alimento natural, la sangre en contra de las convulsiones. Recetas vegetales se usaron contra la ninfomanía (Foucault, 2015, p. 465). Además, el uso de Hachís como tratamiento para la alienación fue documentado por Moreau de Tours en el siglo XIX en diversos países árabes y asiáticos (Pérez-Rincón, 1998, p. 25).

Los sistemas de tratamiento estaban fuertemente cargados de simbolismo, de ahí que animales como la serpiente se usaran en contra de la locura, a esta se le adjudicaron propiedades curativas por ser considerada la causa bíblica de la tentación y de los errores que nacieran de ella y al mismo tiempo por ser símbolo de sabiduría en otras culturas, como la griega, en donde una serpiente se enreda en el báculo de Hipócrates y dos en el caduceo de Mercurio.

Alfred Binet desarrolló la primera escala para evaluar la inteligencia, con esto inició la psicometría, también se interesó por la teoría del magnetismo animal, sobre el cual publicó en conjunto con Charles Féré (Pérez-Rincón, 1998, p. 41). El verdadero pionero de la teoría del magnetismo fue Franz-Anton Mesmer, un teólogo y médico que durante el siglo XVIII usaba imanes para provocar alteraciones en sus pacientes, desarrolló la teoría del magnetismo animal después de ello y proponía que existía un “flujo sutil intermediario entre el hombre y el cosmos, cuya mala repartición sería responsable de la enfermedad. La terapia debía estar dirigida a canalizarlo adecuadamente para llegar a la curación” (Pérez-Rincón, 1998, p. 61). Esta propuesta fue el objeto de la primera comisión pública encargada de desmentir una idea médica, la pesquisa fue ordenada por el rey Luis XVI y terminó con esta teoría que sin embargo, influyó a Charcot y se considera precursora de la teoría psicodinámica, de la hipnosis y el psicoanálisis (p. 60).

Otro interesante antecedente de la psiquiatría es el del uso del teatro y danza en el tratamiento de la locura, esto puede ser rastreada a la narración de Esquirol que rescata Pérez-Rincón (1998, p. 18) en la que el psiquiatra francés comenta que en el siglo XVIII, el director de la casa de Charenton -hospital para los alienados- se alió con el Marqués de Sade para organizar representaciones teatrales en las que los personajes eran los mismos internos. Estas sesiones captaron la atención de diversos personajes de la sociedad de la época pero devinieron en un despliegue de faltas de respeto y burlas por lo que afortunadamente fueron prohibidas para siempre a inicios del siglo XIX.

La curación, fuera por la vía que fuera, estaba en manos de los empíricos, de los ciudadanos comunes, de quienes habían aprendido de la experiencia un oficio, no de los médicos, incluso más allá de la enfermedad mental, los partos por ejemplo eran asistidos por comadronas. La medicina se encargaba de teorizar, pero no de tratar. La medicalización de la cultura aun no se posaba sobre los partos pero ya empezaba a apoderarse del campo de la conducta. El internamiento se usaba como remedio a la locura prescindiendo por completo de la medicina, el loco en libertad era tratado por un empírico, en

las casas de internamiento, se hacían cargo de él los vigilantes. Hubo muchas curas, pero ninguna de orden médico.

Las ideas terapéuticas de la época clásica tienen las siguientes directrices: la consolidación, se creía que dar vigor y fuerza resolvería los efectos de las fibras móviles y de la debilidad de espíritu para ello se podía usar hierro, considerado excelente para dar vigor al cuerpo; la purificación: para contrarrestar la fermentación de los vapores, la agitación de ideas falsas, se recurrió a la transfusión sanguínea, por otra parte, a las sustancias amargas se les adjudicaban propiedades de corroer y quitar lo impuro, del café se creía que amargaba y purificaba, del jabón que calmaba los males de los nervios; la inmersión, ablución e impregnación a través del uso del agua llevó a toda una clínica de los baños; la regulación del movimiento: por ser la locura una agitación irregular de los espíritus, un estancamiento de los humores, una inmovilización de las fibras, había que hacer al enfermo moverse de manera regular y real para ello: la caminata y la carrera (Foucault, 2015, pp. 475-493).

Aún si los medios de curación eran empíricos, se sosténía el discurso fundamental de la locura en ellos, estaban permeados culturalmente por las ideas de error, falta, impureza. Por ello su tratamiento debía constar en la restitución de la pureza original, de hacer volver al individuo al mundo compartido de la verdad, de la desalienación.

Al pasar al siglo XVIII, el loco volvió del Gran Encierro a aparecer en la sociedad, esto generó miedo en la población. El mal de la locura hizo un retorno y recordó a las epidemias que acontecieron en la época. El médico ingresó a los hospitales a cuidar de los locos, pero no porque les administrara un tratamiento, sino porque estaba investido de autoridad por la sociedad que le pedía resguardo de la locura (Foucault, 2020, p. 32).

Los espacios asilares comenzaron a modificarse, se les usaba para contener a la sinrazón, pero también para que sirvieran como objeto pedagógico que demostrara a los demás los inconvenientes de la inmoralidad, así comenzó la unión entre moral y medicina. Se empezó a hablar de causas sociales de las enfermedades nerviosas, no ya de causas cósmicas como la influencia de la luna. El libertinaje fundado por la libertad del estado mercantil

era una de las mayores amenazas, este giro económico fue uno de los signos causales del fin de la Edad Media y la transición a la Edad Moderna; la religión también fue concebida como predisponente a la locura por su medio ilusorio que favorecía al delirio; la civilización fue otra amenaza potencial, el cerebro de los estudiosos ‘se endurece’ y los expone a la demencia, se creía.

En el siglo XVII se identificaba a la locura como la pérdida de la verdad, hacia el final del XVIII se encontraba el origen de esta en la naturaleza perdida, en lugar de ser cercana a la animalidad, era consecuencia de haber reprimido del hombre su original parecido con el animal, ya la locura no se creía que brotara del hombre, sino que le atacaba desde fuera, desde el medio (Foucault, 2020, p. 54).

El filósofo Inmanuel Kant (1724-1804), dentro de su propuesta racionalista, escribió un documento llamado *Ensayo sobre las enfermedades mentales de la cabeza*, publicado entre 1757 y 1777, que pertenece a su período precrítico de finales del siglo XVIII. Esta obra deviene en un esfuerzo del autor por equiparar la enfermedad mental a la somática; en ella hizo una categorización de *las lacras de la potencia cognoscitiva cuya manifestación se da en el psiquismo* (Kant, 2015, pp. 340-350) y alabó la labor de los médicos al denominar y diagnosticar los padecimientos. La semántica de la razón ponía a la enfermedad mental, durante la Ilustración, como figura de la *sinrazón*. Aunque el vínculo entre razón y salud mental es hoy menos sólido que en esos tiempos, la herencia de Kant a la psiquiatría actual es innegable, como se revisará más adelante, evidencia de esto es el hecho de que las categorías diagnósticas que él propone siguen siendo vigentes.

Kant apuntó como condición necesaria para el surgimiento de una ‘enfermedad de la cabeza’ el alejamiento del hombre de la naturaleza, para él la coacción artificial y la exuberancia del estado civil eran los “criaderos de guasones y embaucadores, de chiflados y estafadores” (Kant, 2015, p. 341).

Para categorizar estos padecimientos, Kant eligió el método de los médicos elogiando el modo en que, a través de nombrar los padecimientos, beneficiaban a quien los sufría. En este sentido produjo su catálogo, según el cual, las enfermedades de la cabeza se dividen en dos grandes grupos: las de

incapacidad o imbecilidad que implican falta de memoria, de razón o afección en la percepción sensorial y las de trastorno o perturbación mental que se manifiestan de tres modos: la demencia [1] que es un trastrueque de conceptos de la experiencia; el delirio [2] que es la inhabilidad de enjuiciar la experiencia misma, y la alienación [3], que es el trastorno de la razón en lo que se refiere a los juicios más universales.

Las perturbaciones mentales: demencia, delirio y alienación tienen grados diversos y en su forma pura o mezcladas entre sí fueron para Kant la totalidad de las enfermedades del cerebro.

El siglo XVIII fue escenario de un movimiento, la locura se deshizo de los otros rostros de la sinrazón para quedarse individualizada en su forma. Ya se dijo que el nuevo siglo trajo consigo un temor generalizado sobre el retorno de la locura, Foucault investigó si este temor era fundado, por operaciones que no se conocen, hubo en efecto un aumento significativo en el número de internos de la Salpêtrière, que duplicó las personas que albergaba entre 1690 y 1790, esta cifra decreció antes de la Revolución Francesa (2020, pp. 66, 67).

El internamiento no solo fluctuó en su incidencia, también se modificó su escenario, surgieron casas de internamiento como alternativa a los hospitales en toda Europa, principalmente en Alemania, Viena e Inglaterra. Estas pensiones privadas se distinguieron por favorecer las figuras jurídicas sobre las médicas, en París ni siquiera se permitía la presencia o vista del médico (Foucault, 2020, p.70).

La sinrazón también cambió, “Poco a poco los rostros singulares bajo los cuales se le internaba resultan más difíciles de discernir y se confunden en la aprehensión global de ‘libertinaje’” (Foucault, 2020, p. 75). Los registros de San Lázaro ilustran esto cuantitativamente, contaban con cuatro categorías en 1721, catorce en 1728 y dieciséis en 1733 (2020, p. 70). Esta diferenciación de la locura con respecto de las otras sinrazones sometidas al confinamiento se debe a las protestas de los internados, quienes se autodistinguían de los locos y se quejaban de estar encerrados con ellos. Ocurrió un cambio cultural, los poderes que controlaban a la población mediante el internamiento, hicieron del

loco el símbolo perfecto, por ser el que más oscura y evidentemente atentaba contra la iglesia y la familia.

Después del cambio en la población internada, solo la locura y el crimen quedaron como sujetos del confinamiento, en ese sentido, los fenómenos se vincularon íntimamente. El pobre ya no era encerrado, se le rehabilitaba socialmente y esto conllevaba un inmediato beneficio económico, al liberarlo del encierro asistencial, se le podía usar como mano de obra barata. La cultura se adecuaba y la figura de la pobreza ya no se alienaba, era más útil darle bienvenida en la sociedad porque producía para ella y porque se comprendió que las clases menos privilegiadas hacían posible la existencia de las más enriquecidas. Los pobres válidos debían, a partir de entonces, trabajar porque eran depositarios de esta nueva libertad.

Ante la soledad en la que quedó la locura en el curso del siglo XVIII, quedó para el legislador, el conflicto de dónde situarla, ¿pertenecía a la prisión, al hospital o a la familia? Quedó sola en el internamiento y de él exigió una transformación que sería la primera condición para que en este se insertara eventualmente la medicina.

Las medidas adoptadas de 1780 a 1793 sitúan el problema: la desaparición del internamiento deja a la locura sin punto de inserción precisa en el espacio social, y ante el peligro desencadenado, la sociedad reacciona, por un lado, con un conjunto de decisiones a largo plazo, conformes a un ideal que está naciendo —creación de casas reservadas a los insensatos—, por otro lado, con una serie de medidas inmediatas, que deben permitirle dominar a la locura mediante la fuerza: medidas regresivas si se quiere medir esta historia como un progreso (Foucault, 2020, p. 132).

Este movimiento le legó tres estructuras a la locura: se le adjudicaron cualidades médicas al espacio del internamiento, se introdujo objetividad a la mirada con la que se le juzgaba, se le moralizó por su cercanía al crimen. El pensamiento médico finalmente se acercó al internamiento. Los pobres válidos debían trabajar, las familias ocuparse de sus propios enfermos. La esfera pública de la burguesía asumió la responsabilidad sobre el loco para proteger a

los demás ciudadanos mientras dotó de un nuevo valor moral al trabajo y a la ganancia, estos eran los rostros de la virtud.

En 1785, Doublet y Colombier publicaron su *Instrucción impresa por orden y a expensas del gobierno, sobre la manera de gobernar y tratar a los insensatos*, donde se estableció que por ser los más débiles y desgraciados, los niños y los insensatos eran los más merecedores de la asistencia pública, aunque a la infancia se le tratará con compasión y a la locura con horror (Foucault, 2020, p. 141).

Uno de los momentos en los que comienza más claramente la incursión médica en el campo del internamiento, es cuando Tenon estableció que solo se podía dejar encerrados indefinidamente a los locos si habían fracasado ya las atenciones médicas a las que se les sometía. Para los médicos de la época, la imaginación era el lugar en el que se engendraba el error, la causante de las enfermedades del espíritu y se pensaba que era exaltada por la coacción, por ello fue necesario dejar al loco libre dentro de su internamiento. Esta libertad administrada dentro del espacio asilar, era el tratamiento para la locura, y el dispositivo que la contenía la tendría que llevar a suprimirse a sí misma.

El médico tomó su lugar protagónico gracias a la objetividad que se adjudicaba a su figura, se convirtió en el responsable de identificar al loco con su mirada ‘neutra’. Cabanis introdujo los ‘diarios de asilo’ y así inscribió a la locura en una temporalidad ‘de calendario’, la puso en la distancia para ser observada, la objetivizó (Foucault, 2020, p. 157).

Paralelamente se fue entrañando toda una esfera moral de la locura. Brissot (1754-1793), político francés, en su *Teoría de las leyes penales*, estableció las diferencias entre el pecado que debe ser castigado por Dios, el crimen cuya consecuencia es el suplicio y el vicio que debe ser sancionado por la vergüenza. El escándalo era eficaz porque castigaba y causaba miedo, así que también era estrategia de prevención. El administrador del escándalo era el público y esto implicó, según Foucault, un movimiento clave en la conformación de la psicología como se conoce hoy en día.

La psicología y el conocimiento de lo que hay de más interior en el hombre nacen justamente de que la conciencia pública haya sido

convocada como instancia universal, como forma inmediatamente válida de la razón y de la moral, para juzgar a los hombres. La interioridad psicológica ha sido constituida a partir de la exterioridad de la conciencia escandalizada. Todo lo que había hecho el contenido de la antigua sinrazón clásica va a poder ser retomado en las formas del conocimiento psicológico (Foucault, 2020, p.165).

Si la psicología se fundó en el seno del sentido común, entonces queda implícito que en ese campo disciplinar, la voz del pueblo es la voz de Dios, cosa que tendrá implicaciones contundentes al limitar la participación en la cultura de aquellos que la sociedad designe como insensatos, desviados o trastornados; la manifestación contemporánea de este fenómeno se tratará más adelante.

Por otra parte, la conciencia positivista de la enfermedad mental surgió de la posibilidad de la locura de conocerse a sí misma. Al reconocerse uno como no-loco, al lograr que el loco se reconozca como tal, se vuelve objeto a la locura. “El estatuto de objeto será impuesto, para empezar, a todo individuo reconocido alienado” (Foucault, 2020, p.185). De ahí que una fase fundamental en el tratamiento moral, sea en la que el loco se reconoce a sí mismo.

Hubo dos sucesos paradigmáticos en la medicalización de la locura y su concepción científica positivista. Uno de ellos en Inglaterra, con la fundación de El Retiro en manos de Tuke, un quáquero, en cuyo hospicio se buscaba que la verdad acabara con la locura regresando al hombre a un estado más natural. El otro fue el nombramiento de Pinel como encargado de Bicêtre el 25 de agosto de 1793, puesto al que llegó porque su conocimiento sobre las enfermedades del espíritu le autorizó a ‘desenmascarar la locura’, esto le aportó un enorme poder moral y su acción primera fue la de liberar a los alienados de sus cadenas. A raíz de esa libertad, algunos pacientes recobraron la razón, se les curó pues se les estabilizó “en un tipo social moralmente reconocido y aprobado (...) Pinel es el símbolo de la ‘buena libertad’, la que, liberando a los más insensatos y a los más violentos de los hombres, doma sus pasiones y los introduce en el mundo tranquilo de las virtudes tradicionales” (Foucault, 2020, pp. 205-211).

Tuke, por otra parte, decidió que el Retiro fuera una casa de campo, donde el tratamiento era el retorno a la vida sencilla, en el siglo XVIII la locura se adjudicaba a la sociedad, así que fuera de ella se podía rehabilitar a quien la sufría. En el Retiro también se evocaba la familia patriarcal, bajo la tutela de sus cuidadores, los locos eran hermanos entre ellos, hijos a cargo de sus tutores (Foucault, 2020, p. 203).

Triunfará la razón sobre la locura gracias a la objetividad con la que ahora se aproximará el saber a ese fenómeno. Este movimiento discursivo, llevará a moldear la idea que se tiene sobre los alienados y las estrategias para la supresión de esa alienación.

En la relación inhumana y animal que imponía el internamiento clásico, la locura no enunciaba su verdad moral; esta verdad desde que se deja libre de aparecer, se revela como una relación humana en toda su idealidad virtuosa: heroísmo, fidelidad, sacrificio, etcétera; ahora bien, la locura es vicio, violencia, maldad, como lo demuestra demasiado bien la rabia de los revolucionarios; la libertad del internamiento, en la medida en que es reedificación de una sociedad por el tema de la conformidad a los tipos, no puede dejar de curar (Foucault, 2020, p. 212).

El miedo también fue un principio de tratamiento, se administraba a través de un discurso, las manifestaciones de locura eran castigadas y se exaltaba así la responsabilidad, aun si el loco no era entendido como responsable de su enfermedad, sí era sujeto a responder por lo que esta causaba, la perturbación de la moral y de la sociedad; se buscaba que se hicieran conscientes de su locura. Al llevar a la locura a un espacio físico delimitado, el terror que ésta fundaba en libertad, se sustituyó por la angustia de la responsabilidad, de algún modo se le civilizó.

Como parte de ese sistema de responsabilidades, se introdujo el trabajo, figura fundamental en el tratamiento moral, se unió a 'la necesidad de estima' que consistía en mirar al loco como un extraño y permitirle que se comportara como si no estuviera enfermo, se revalorizó, se le hizo digno de la responsabilidad sobre la parte visible de su enfermedad y lo demás se redujo al silencio.

A finales del siglo XVIII se introdujo también la figura de autoridad, la vigilante, la que enjuicia; esta fue fundamental para la psiquiatría del siglo XIX. La autoridad ejecutaba una operación de castración, su poder provenía simplemente del hecho de que quien lo ejercía no estaba loco. Si el no-loco se constituyó como autoridad, era porque él sí estaba subyugado a la figura burguesa y patriarcal de la familia.

Pinel rechazó las imágenes religiosas por su capacidad de inspirar el delirio, pero mantuvo la moral de la religión como parte de su propuesta de tratamiento. “El asilo debe formar parte ahora de la gran continuidad de la moral social. Los valores de la familia y del trabajo, así como todas las virtudes aceptadas, reinarán en el asilo (...) Con un solo movimiento, el asilo, entre las manos de Pinel, llega a ser un instrumento de uniformidad moral y de denuncia social” (Foucault, 2020, pp. 231-233).

Pinel logró que operara la moralidad en sus asilos a través de tres medios: el primero era el silencio, en el cual se dejaba al enfermo aunque se le hubiera desencadenado físicamente, en ese vacío se observaba a sí mismo y sentía vergüenza, se le despojó del castigo físico que antes lo llenaba de gloria, se le dejó en la humillación; el segundo fue el reconocimiento en el espejo, se le mostró al loco la locura de los otros y se le expuso así la suya propia para que la suprimiera, se le enseñó que en su desprecio hacia otro loco, se despreciaba primero a sí mismo; el tercero era el juicio perpetuo, tanto de la locura para consigo, como del exterior hacia ella, se invitó a la justicia, propiamente a la instancia judicial, se le hizo saber al loco que era vigilado, juzgado y condenado, se le condujo a interiorizar estas operaciones y se le inoculó el remordimiento. Se introyectaron las cadenas.

El asilo de la época positivista, de cuya fundación corresponde a Pinel la gloria, no es un libre dominio de la observación, del diagnóstico y de la terapéutica: es un espacio judicial, donde se acusa, juzga y condena, y donde no se libera sino por medio de la versión de ese proceso en la profundidad psicológica, es decir, por el arrepentimiento. La locura será castigada en el asilo, aunque sea inocente en el exterior. Será por largo

tiempo, e incluso hasta en nuestros días, prisionera de un mundo moral (Foucault, 2020, p. 245).

También fue de suma importancia en esta época, la aparición del personaje del médico. Este fue central en el asilo por su autoridad más que por su ciencia. Esa autoridad le fue adjudicada, como se estableció con anterioridad, porque se creía de él que tenía una mirada objetiva. La objetividad fue fundamental en la época por ser condición de la ciencia positiva de Comte que a través del orden social y de la generación de conocimiento basado en lo evidente, prometía el progreso y la felicidad.

Es paradójicamente curioso el ver la práctica médica entrar en ese dominio tan incierto, quasi milagroso, en el momento en que la enfermedad mental trata de adquirir un carácter de positividad. Por un lado, la locura se coloca a distancia, en un campo objetivo, donde desaparecen las amenazas de la sinrazón; pero, en ese mismo instante, el loco tiende a formar con el médico, y en una unidad indivisible, una especie de pareja, donde la complicidad se une por medio de viejas dependencias. La vida del asilo, tal como lo han constituido Tuke y Pinel, ha permitido el nacimiento de esta firme estructura que va a ser la célula esencial de la locura, una estructura que forma como un microcosmos donde están simbolizadas las grandes estructuras de la sociedad burguesa y de sus valores: relaciones Familia-Hijos, alrededor de la doctrina de la autoridad paternal; relaciones Falta-Castigo, alrededor de la doctrina de la justicia inmediata; relaciones Locura-Desorden, alrededor de la doctrina del orden social y moral. Es de allí de donde extrae el médico su poder de curación y es en la medida en que, por tantos viejos nexos, el enfermo se encuentre ya alienado en el médico, en el interior de la pareja médico-enfermo, como el médico tendrá el poder casi milagroso de curarlo (Foucault, 2020, p. 251).

La locura hacia el final de la época clásica se entendió en un marco de determinismo del cuerpo. “En ella triunfa lo orgánico, la única verdad del hombre que puede ser objetivada y percibida científicamente. La locura es el trastorno de las funciones cerebrales... Las partes cerebrales son el asiento de la locura, como los pulmones son el asiento de la disnea y el estómago, el asiento de la dispepsia. Pero la locura se distingue de las enfermedades del

cuerpo en que manifiesta una verdad que no aparece en éstas: hace surgir un mundo interior de malos instintos, de perversión, de sufrimientos y de violencia que hasta entonces había dormido. Hace aparecer una profundidad que da todo su sentido a la libertad del hombre; esta profundidad sacada a la luz por la locura es la maldad en estado salvaje" (Foucault, 2020, p. 268).

Esta concepción de la locura como la revelación del verdadero carácter maligno natural al hombre, dista de la postura de Rousseau (1923/1755) y de su tesis del buen salvaje, en su *Discurso sobre el origen de la desigualdad entre los hombres*, afirma que

algunos se han precipitado a sacar la conclusión de que el hombre es naturalmente cruel y que es necesaria la autoridad para dulcificarlo, siendo así que nada hay tan dulce como él en su estado primitivo, cuando, colocado por la naturaleza a igual distancia de la estupidez de las bestias que de las nefastas luces del hombre civil, y limitado igualmente por el instinto y por la razón a defenderse del mal que le amenaza, la piedad natural le impide, sin ser impelido a ello por nada, hacer daño a nadie (Foucault, pp. 36, 37).

De este modo se puede observar una trayectoria, lo que en el siglo XVII se encontraba como esfuerzo por comprobar la afección fisiológica, ligando absolutamente el cerebro a la locura y entendiendo su afección como causa de esta, ya sea por sus fibras alteradas, por los estados de excitación y colapso, por la identificación de anomalías en las autopsias de los locos, se asistió a la irrupción de las teorías que fundamentaron el materialismo y el organicismo. Las causas próximas, aquellas que establecen que el cerebro está implicado en el proceso por ser el órgano más cercano al alma, desaparecieron en esa época.

Más adelante en el siglo XIX aparecieron dos teorías fundamentales sobre el origen de la locura: la psiquiatría materialista que afirmaba ese mismo origen orgánico, y la psiquiatría espiritualista que abogaba por que el trastorno es inmaterial (Foucault, 2015, p. 331).

En los doce años que transcurrieron entre la publicación de *Historia de la locura en la época clásica* y la primera clase de *El poder psiquiátrico*,

Foucault afinó su lectura sobre algunos aspectos importantes del abordaje de la locura, primero renovó su teoría afirmando que lo importante en las instituciones no es su regularidad y reglamentación sino las disposiciones de poder que en ellas habitan; en lugar de hablar de violencia, se debe hablar de ‘microfísica del poder’ y que en vez de retomar a la familia como ‘aparato del Estado’, hay que referirse a las tácticas de este. Con esa mirada se analiza lo ocurrido en el siglo XIX.

En el nuevo siglo XIX, se consolidó la influencia de Pinel, y se fundó a la psiquiatría como especialidad médica. Fodéré describe el asilo ideal en 1817 con las siguientes palabras: “impera ante todo y simplemente un orden, en el sencillo sentido de una regulación perpetua y permanente de los tiempos, las actividades, los gestos, un orden que rodea los cuerpos, los penetra, los trabaja, que se aplica a su superficie, pero también se imprime hasta en los nervios y en lo que otro llamaba ‘fibras blandas del cerebro’” (Foucault, 2005, p. 16).

Al igual que para Pinel, la calma y el orden en los hospicios eran concebidos como las fases fundamentales del tratamiento y eran indispensables para una curación permanente. La constitución del saber médico, la posibilidad de una mirada que accede al objeto con neutralidad, se logran a través de este espacio disciplinario que es condición para la curación.

Es porque la medicina se ejerció como poder en los espacios asilares, que aseguró su lugar y que se establecieron las condiciones para que desde ella se pudiera generar saber. En 1818 con la publicación del *Traité du délire* el poder en el campo asilar se estableció en la disimetría que se materializaba en el cuerpo mismo del médico y de sus ayudantes, los vigilantes y hasta los sirvientes, todos ellos sujetos de un paradigma de apariencia física que fungía como primer signo evidente de la diferencia entre el cuerpo de poder asilar y el cuerpo del loco. El cuerpo de poder funciona gracias a un sistema de jerarquías que permite la disposición táctica del ejercicio del poder.

Antes del siglo XIX se hablaba de un ‘error’ de pensamiento como condición de la locura. Después, se ubicó como condición y característica fundamental a la fuerza ominosa y desatada de la locura. El asilo fue el

escenario de la batalla que había que librarse entre el poder psiquiátrico y dicha fuerza, se habló de curación en términos del sometimiento de ella.

Hubo dos tipos de intervenciones en el siglo XIX: la práctica médica y el tratamiento moral. El segundo tuvo mucho más auge, se caracterizó por su falta de interés en las causas de la enfermedad, no realizaba ningún diagnóstico, no aplicaba una receta médica sino que enfrentaba la voluntad del médico contra la del enfermo. La curación es “la victoria de una idea sobre otra, que debe ser al mismo tiempo la victoria de la voluntad del médico sobre la del enfermo” (Foucault, 2005, p. 27).

Se buscó que la verdad saliera a la luz a través de la confesión del loco sobre su locura, esto no era en lo absoluto un logro del saber médico sino un ejercicio de este poder.

La diferencia entre el poder soberano y el poder disciplinario se puso de manifiesto en el ejemplo de la curación de Jorge III narrado por Willis y retomado por Foucault. La ‘liberación’ de los locos furiosos efectuada por Pinel, inauguró la psiquiatría, cuyas etapas son las siguientes: la protopsiquiatría (1800-1830) dio pie al tratamiento moral (1840-1870) que después verá el nacimiento de la hipnosis y el psicoanálisis y de la antipsiquiatría.

Las diferencias entre el poder disciplinario y el poder soberano se materializaron y evidenciaron en la curación de Jorge III, “el poder disciplinario es un poder discreto, repartido; es un poder que funciona en red y cuya visibilidad solo radica en la docilidad y la sumisión de aquellos sobre quienes se ejerce en silencio” (Foucault, 2005, p. 39). Quien atentaba contra la soberanía era ejecutado, quien atentaba contra el poder disciplinario era rehabilitado. Las relaciones de poder son previas a la institución. La práctica psiquiátrica desde su origen está investida de este poder político que sustituye al soberano.

Al Pinel liberar al loco furioso de sus cadenas, le inauguró una deuda de obediencia, debía retribuir su generoso don de la libertad con un sometimiento constante de su voluntad, el someterse a esa disciplina constituyó su curación como operación de ortopedia mental. Así se puso de manifiesto la microfísica del poder que es anterior a la instauración de la institución.

La protopsiquiatría rompió con la familia, en 1838 se estableció una ley que quitó a esta los derechos sobre los locos. Antes de ello, la interdicción era la figura fundamental de designación del loco y el primer paso para su internamiento, era una medida de orden que pertenecía al derecho familiar, aunque requiriera la convalidación del poder judicial. A partir de la nueva legislación, la reclusión sustituyó a la interdicción como pieza de captura, en ella no necesariamente se tenía que contar con la participación de la familia, la autoridad civil podía ser la única fuerza que designara y aprehendiera al loco.

Esta destitución de la familia como agente fundamental en el diagnóstico y encierro del loco, coincide con una serie de configuraciones que permitieron a la disciplina psiquiátrica consolidarse. Se estableció en el siglo XIX el principio que continuará vigente hasta el XX de que la locura no se puede curar dentro de la familia, el contacto con la familia es de hecho, detrimental para la curación, es perturbador y peligroso (Foucault, 2005, p. 118).

El poder disciplinario del asilo debía ser ajeno por completo para el loco, primero, porque no era bueno que este pensara en su locura; segundo, porque las condiciones que permitieron la aparición de su mal, están ubicadas en la familia y lo familiar; tercero, porque al concluir que el origen de su perturbación era externo, era lógico que se sintiera perseguido por aquellos personajes que le acompañaban en las etapas de gestación de su locura; cuarto, el poder médico presentaba una configuración distinta del poder familiar y debía permitírselo operar independientemente.

En este primer periodo de la psiquiatría, el hospital tenía la facultad de curar por sí mismo, esto gracias a que se configuró, según Foucault, como máquina panóptica. La evidencia de la influencia del panóptico en el espacio hospitalario se puede apreciar en su organización arquitectónica: el pabellón que favorece la mirada constante, la vigilancia central que en el hospital se localiza en la figura del director, el principio de aislamiento que se evidencia en la modalidad de ‘celda’ que tienen los cuartos; que además promueve la disociación del loco del resto del grupo, la cual es favorable para el tratamiento pues permite que el loco se sienta externo al colectivo de los demás internos y así vea a la locura fuera de sí; por último, en la virtud de juego del castigo

incesante, que se materializa en los instrumentos como la camisa de fuerza, las esposas, los manguitos, los aparatos ortopédicos que pueden proveer el mismo efecto de coacción que la visibilidad absoluta del panóptico (Foucault, 2005, pp. 124-131).

Otra figura de gran interés en la época fue el lucro con las anomalías. Los sistemas disciplinarios tienen una función masiva, fungen en el Estado como normalizadores de la población que podrá, ya rehabilitada, producir. Sin embargo, estos sistemas excluyen ciertas anomalías con las cuales el sistema económico y político de la burguesía del siglo XIX comenzó a lucrar. Lugar de ese lucro, serán por excelencia las casas de salud, que sacaban ganancias de la marginación en que consistía la disciplina psiquiátrica, se excluye a los inútiles por no ser productivos y además se lucra con ellos.

Los individuos de clases acomodadas que eran marginados, podían acceder a estas casas de salud si sus familias pagaban por ello. A cambio de esa cuota, las casas devolverían a las familias a “una persona que estará efectivamente conforme, adaptada, ajustada a un sistema de poder (...) de ahí la necesidad de establecer casas de salud que estén directamente ajustadas al modelo familiar” (Foucault, 2005, p. 140).

La familia también colaboró con el proyecto disciplinario de la psiquiatría mediante la vigilancia de sus miembros, la detección de la locura, la instauración de medidas disciplinarias en su interior.

La noción de ‘dirección’ en el poder psiquiátrico es fundamental y caerá en manos del psiquiatra, él dirige el funcionamiento del hospital y de los individuos. Los asilos diferían de otras instituciones de poder disciplinario como las escuelas, las prisiones, los orfelinatos, porque eran un espacio médicalemente marcado. Es a partir del siglo XIX que se da esta importancia a que el lugar en donde se deposita a los locos sea un espacio medicalizado, antes de esto, los médicos que acompañaban a la locura lo hacían en calidad de cuidadores y en ellos no recaía la responsabilidad de curar.

En el siglo XIX tenemos, por un lado, todo un desarrollo de las nosografías, de las etiologías de las enfermedades mentales, las investigaciones anatomo-patológicas sobre las posibles correlaciones

orgánicas de la enfermedad mental, y por otro, el conjunto de los fenómenos tácticos de la dirección (Foucault, 2005, p. 208).

Las razones de la investidura del médico con tal importancia, no son evidentes y pueden causar sorpresa al tomar en cuenta que la teoría psiquiátrica no era la que inspiraba las vías de tratamiento administradas en los hospitales. Los tratamientos apuntaban más bien al castigo, tendencia vigente en la psiquiatría actual en la figura del electroshock; y a la inducción farmacológica de la calma.

Se necesitó que el psiquiatra ofreciera su cuerpo como la primera realidad con la que se topaba el enfermo y además fuera el filtro de todas las otras realidades que penetraban en el asilo, por ello, como se mencionó con anterioridad, no debía tener defectos. Además, el cuerpo del médico debía ser omnipresente, debía poder verlo y controlarlo todo, debía estar siempre informado sobre lo que acontecía, debía convertirse en el asilo mismo (Foucault, 2005, pp. 212, 213).

El hecho de que sea precisamente un médico quien asuma estas funciones, tiene que ver con el marcate de su saber. “El poder médico va a funcionar dentro del asilo (...) por las marcas que designan en él la existencia de un saber” (Foucault, 2005, p. 216). Marcas que se evidencian de distintas maneras: el psiquiatra investigaba sobre el paciente antes de hacer su interrogatorio con él, así demostraba que sabía más de este que el propio enfermo, o por lo menos más de lo que este imaginaba; durante el interrogatorio, el médico interrumpía con una serie de preguntas que se formulaban y configuraban como asidero de su saber más que como cuestionamientos legítimos; la vigilancia que ejercía sobre el enfermo le permitía darse cuenta de que siempre sabía lo que había hecho, además era poseedor de la verdad sobre la naturaleza de los castigos y los remedios contra la locura.

Uno de los elementos más importantes a través de los cuales se dio legitimidad al saber del médico, eran las presentaciones de enfermos. En ellas el psiquiatra hacía el doble papel de examinador del enfermo y de profesor de

los estudiantes en formación, esta práctica comenzó en 1830 y se mantiene hasta la época actual.

Las marcas de poder adjudicadas a la figura del médico y no el contenido de su ciencia son las que le llevan a dirigir los espacios asilares. El asilo, el espacio disciplinar que se distingue de todo otro, por estar médicaamente marcado.

La década de 1880 trajo un cambio esencial en la historia de la medicina, surgió la neurología, se separaron de la locura todos los trastornos cuya etiología era determinada como orgánica, esto trajo un cuestionamiento sobre la legitimidad de la enfermedad mental, ya que esta no tenía un plano físico desde el cual se originara (Foucault, 2005, p. 227).

Una de las diferencias más notables entre la psiquiatría y el resto de los abordajes médicos está en la manera de diagnosticar, mientras que las enfermedades del cuerpo se debían distinguir entre sí mediante el diagnóstico diferencial, la locura se diagnosticaba en un ámbito binario absoluto: el paciente estaba loco o no. Además, la psiquiatría es una especialidad en la que el cuerpo está ausente. Es por estas dos razones que el problema de la psiquiatría será el de la construcción de las pruebas de la realidad de la locura. Se debe hacer existir la enfermedad para poder intervenirla y así hacer al poder disciplinario, un poder médico.

En la medicina orgánica, el médico formula oscuramente esa demanda: muéstrame tus síntomas y te diré qué enfermo eres; en la prueba psiquiátrica, la demanda del psiquiatra es mucho más gravosa, está mucho más sobrecargada y es esta: con lo que eres, con tu vida, con aquello que motiva quejas a tu respecto, con lo que haces y dices, proporcioname síntomas, no para que yo sepa qué enfermo eres, sino para que pueda ser un médico frente a ti (Foucault, 2005, p. 308).

La enfermedad mental no puede salir del asilo porque nunca deja de entrar a él, cada vez que se encuentra con el médico, se evidencia para mostrarse como realidad. Quizá sea por ello que, hasta la época actual, los internados en un hospital psiquiátrico ofrecen antes que su historia, su diagnóstico.

Se fundaron en la psiquiatría del siglo XIX, tres formas para conseguir la prueba de la enfermedad en la psiquiatría: el interrogatorio, la droga y la hipnosis.

El interrogatorio expone a la locura por cuatro vías: la búsqueda de antecedentes que suplirá al cuerpo en su ausencia con la identificación de acontecimientos patológicos en la historia familiar y así dará soporte material a la locura; la búsqueda de antecedentes individuales, para comprobar que la locura siempre se precede a sí misma en la forma de la anomalía; la remoción de la culpa a través de la confesión del síntoma, se quita la responsabilidad legal de los actos del loco a cambio de que este narre las manifestaciones de su enfermedad (figura de inimputable); por último, el ordenamiento de una confesión central, ya sea que el loco confiese sus delirios o alucinaciones o que el médico logre generarle en pleno interrogatorio una crisis, se le obligará a confesar o representar su enfermedad (Foucault, 2005, pp. 311-315).

Las actividades del psiquiatra y las vías por las cuales el campo disciplinario funciona son la visita y el interrogatorio, a través de estas se presenta como médico.

Entre 1800 y 1880, se puede constatar un uso generalizado de la droga en los hospitales psiquiátricos, ya se habló de los fármacos como tranquilizantes, se usarán, sobre todo: el opio, el nitrito de amilo, el cloroformo y el éter. Moreau de Tours experimentó con el hachís e inauguró una nueva manera de afirmar la autoridad del psiquiatra sobre la locura: la experimentó él mismo bajo los efectos de esa sustancia, la comprendió. Después de ello estableció una terapia de hachís, primero administrando equívocamente a los melancólicos, pues creía que el estado de manía que suscitaba podía sacarlos de su tristeza e inmovilidad; después, administrándolo a los maníacos con el fin de acrecentar su crisis y llevarla a extinguirse (Foucault, 2005, p. 328).

Por último, están el magnetismo y la hipnosis como sistema de pruebas de la práctica psiquiátrica. El magnetismo servía para inducir estados de lucidez en los enfermos que les permitieran reconocer su estado. La hipnosis dotaba de toda la voluntad del enfermo a la del médico, su uso se permitió en Francia después de que Broca operó a una enferma bajo su influjo. Además

proveyó de un momento de completo dominio médico sobre el enfermo. Se podía usar como ortopedia del comportamiento por ponerlo completamente en manos del psiquiatra y abría un espacio en el cual los síntomas podían desaparecer por completo.

Estos tres elementos, asumieron entre 1860 y 1880 una importancia extrema, en el momento en el que surgió una nueva realidad del cuerpo: el cuerpo neurológico. “Luego de la desaparición de la gran esperanza neurológica, solo contaremos con los tres elementos: el interrogatorio -el lenguaje- la hipnosis y la droga, con los cuales sea en los espacios asilares o en los espacios extraasilares, el poder psiquiátrico funciona aún en nuestros días” (Foucault, 2005, p. 337).

En los dos primeros tercios del siglo XIX, “En la medicina, hasta la existencia de la neurología y del dispositivo clínico característico de esta, había dos dominios de enfermedad: las enfermedades mentales y las otras, las verdaderas enfermedades” (Foucault, 2005, p. 350). Las enfermedades reales eran atendidas por médicos serios y podían someterse al diagnóstico diferencial, las mentales solo a la prueba de realidad, al diagnóstico binario: a saber, si el enfermo estaba o no loco. El neurólogo era un médico real, el psiquiatra no.

Condición para que una enfermedad fuera catalogada como real, era que hubiese constancia en sus síntomas, por esta simple característica, la histeria se legitimó como una de ellas. Cada vez que el médico le pedía a la histérica que manifestara su enfermedad, ella era capaz de hacerlo, así salió del asilo y de su condición de loca, para consagrarse como enferma, pero, además, así convirtió a su médico en neurólogo

En 1872, Charcot toma el servicio de la histeria y la epilepsia, y en 1878 comienza a trabajar con la hipnosis. Después de las maniobras antes descritas, Charcot se vio en el embrollo de demostrar la etiología de la histeria para así afianzarla como enfermedad legítima y no fingida. Para ello elaboró la noción de ‘trauma’ y lo definió como “un acontecimiento violento, (...) que provocará una suerte de estado de hipnotismo discreto, (...) de modo que, a raíz de ese trauma, en la cabeza del individuo entrará una idea determinada, para

inscribirse en la corteza y actuar como si se tratara de una conminación permanente" (Foucault, 2005, p. 371).

El trauma causa un síntoma igual al que se manifiesta durante la hipnosis. Puede ser por ello, que las histéricas se sintieran llamadas a narrar sus historias de vida, los sucesos traumáticos que invariablemente en la cultura de la época, devenían sucesos sexuales.

A pesar de que esta proximidad con la sexualidad puso en riesgo la legitimidad de la histeria al punto de que Charcot decidió no mencionar en sus escritos jamás la existencia de narraciones sexuales de las histéricas, fue la que "puso la sexualidad bajo la férula de la medicina" (p. 381). Foucault tiene como hipótesis que este surgimiento de la sexualidad como tema fue una respuesta y afirmación de poder de las histéricas hacia el poder del médico.

Así concluye este recorrido que comenzó en el medievo con la concepción divina de la figura del loco, pasando por el siglo XVII en el que el internamiento adquirió una nueva cara que permitiría a la locura desmarcarse de los otros tipos de sinrazón en el siglo XVIII, en que la medicina se infiltró en el espacio asilar por su ejercicio objetivo que permitió que se engendrara ahí la idea de una ciencia positiva. El médico por una autoridad no basada en el conocimiento se erigió como figura fundamental del manejo de la locura, después efectuó a partir de la aparición de la neurología una pugna por legitimar a la enfermedad mental y convertirla en sujeto del diagnóstico diferencial.

En el próximo capítulo se verá cómo este poder psiquiátrico se caracterizó en México desde el Porfiriato hasta la época actual.

Como más adelante se exemplificará, esta idea racionalista ilustrada conformó a la primera psiquiatría mexicana, fuertemente influida por la práctica médica europea. Como se revisó anteriormente, Phillippe Pinel, (1800) y la protopsiquiatría, inauguran la mirada médica objetiva sobre el sujeto, un orden disciplinar impuesto al cuerpo que se constituyó como saber. A partir de ese orden disciplinario se incluyó a la operación terapéutica.

## **Capítulo 2: La conformación e historia de la psiquiatría en México.**

La llegada de la psiquiatría a México a finales del siglo XIX es herencia de la ilustración y de la sistematización del concepto de la ‘sin razón’ que ésta misma fundó. Además de ser precedida por este movimiento, la psiquiatría llegó como proyecto político de beneficencia durante el porfiriato cuando se pretendía usar como herramienta de imposición del orden, pero trascendió a este periodo manteniendo un estrecho vínculo con el Estado.

El orden inmanente que pesa sobre el espacio del asilo y sobre la figura del médico, ya se ha visto, está dotado de un poder ilimitado que se ejerce sin simetría ni resistencia, es la instancia médica que funciona como poder antes que funcionar como saber. En el siglo XIX fue pues, cuando eliminado el ‘error’ del loco e identificada la causa de la locura como fuerza desatada, la llamada táctica asilar consistió en el sometimiento de la fuerza mediante el ejercicio del poder, para lo cual era necesario caracterizarla, localizarla y determinar sus factores desencadenantes, así como su ámbito de aplicación.

Esta disciplina psiquiátrica asilar, será la primera que se constituya formalmente en México, aunque es cierto que el país latinoamericano tiene en esta materia un retraso de aproximadamente medio siglo con respecto a Europa y Estados Unidos, el tránsito y formación de sus más influyentes figuras en dichas latitudes, importaron las ideas centrales que se han intentado aplicar desde que la iglesia fundó el Hospital San Hipólito en el siglo XVI, hasta la época actual.

La psiquiatría en México ha sido documentada por distintas corrientes, Cristina Sacristán en su texto, *Historiografía de la locura y de la psiquiatría en México*, establece que hay tres enfoques principales desde los cuales se puede categorizar la historia de la salud mental cuyo inicio data del último tercio del siglo XIX (2005, p. 10).

El primer enfoque es denominado por Sacristán *La historia de bronce*, esta es “Engendrada exclusivamente desde la clínica por médicos y psiquiatras” (Sacristán, 2005, p. 11). Los agentes productores de los textos que pertenecen a esta categoría son mayoritariamente médicos quienes hacían un registro histórico mientras ocupaban cargos altos en instituciones de asistencia

a los enfermos mentales o en dependencias de administración de servicios de salud mental, eran historiadores aficionados y narraban hechos político-institucionales centrados en acontecimientos de apertura o clausura de instituciones psiquiátricas.

Los autores de la historia de bronce la escribieron con “la conciencia de saberse miembros de una élite científica, ligada a la administración pública y a la profesionalización de la psiquiatría” (Sacristán, 2005, p. 11). Su visión pragmática, positivista, de vocación pedagógica y presidida por el concepto de progreso, devalúa los esfuerzos previos de los agentes de la salud mental e intenta pintar un futuro esperanzador mientras busca los siguientes objetivos.

La mayor proliferación de textos de la historia de bronce fue en las décadas de los 60 y 70 del siglo pasado y coincide con la apertura de una red de hospitales ‘medicalizados bajo terapias farmacológicas’ para enfermos agudos y ‘granjas hospitalares basadas en la terapéutica por medio del trabajo’ para enfermos crónicos (Sacristán, 2005, p. 13).

La historiografía de bronce también habla sobre el papel de la inquisición en las persecuciones a los enfermos mentales pugnando por elogiar a la psiquiatría ya que se presume que un adecuado diagnóstico hubiese salvado a los sentenciados de la hoguera “como ocurriría en el siglo XIX en el terreno de lo criminal cuando los peritos atraigan al campo de la medicina a sujetos que de otro modo serían sentenciados, liberándolos de una condena, pero sujetándolos a otra: la de ser loco” (Sacristán, 2005, p. 15).

El tercer tema que aborda la historia de bronce es el de la profesionalización de la psiquiatría, “formación de sociedades, enseñanza de la psiquiatría, avance del conocimiento psiquiátrico sobre tratamientos (terapéuticas de choque, terapia ocupacional y farmacológica)” (Sacristán, 2005, p. 16).

Como segunda categoría, Sacristán presentó a *La historia profesional objetiva*, esta se esfuerza por documentar fielmente los hechos, en un “ejercicio revisionista sumamente empírico”, su máxima es la objetividad, no toma a la historia como fuente de sabiduría para el presente ni juzga las acciones de los hombres (2005, p. 18). Las fuentes que usa son sobre todo documentos

extraídos de las instituciones sobre las cuales habla, textos médicos, artículos científicos, tesis elaboradas por historiadores. No reflexiona, sino que documenta y su similitud con la historia de bronce es que se concentra en los hospitales.

La historia profesional objetiva echa mano de estadísticas sobre los diagnósticos más frecuentes, identifica las propuestas terapéuticas, pero habla poco sobre la etiología de la locura (Sacristán, 2005, p. 20).

Por último, la historiadora presenta a *La historia social y cultural*, como la más reciente, su inicio data de 1990 y a través de ella se reconoce que el sujeto que observa el acontecer histórico tiene una posición que influye en esta observación del objeto estudiado, por ende, se relativiza la verdad descrita por los historiadores. Las fuentes no se documentan solamente, sino que se descifran a partir de la cultura que las produjo, el trabajo es interdisciplinario y lo integran historiadores, antropólogos, sociólogos, psicólogos, psicoanalistas (Sacristán, 2005, p. 24).

De los 90 hasta ahora también se ha hecho un esfuerzo por evidenciar que la psiquiatría “interviene sobre su objeto” y por “rescatar la voz del enfermo mental”, hay un “condicionamiento social y cultural del psiquiatra en la definición y abordaje de la enfermedad mental” (Sacristán, 2005, p. 28).

Esta manera de hacer historia es heredera también de la época en la que se clausuró el célebre hospital de La Castañeda, cuya trayectoria será abordada con detalle. Gracias a la influencia de Foucault, Ricoeur y Derrida, se ha hecho un análisis discursivo, sobre todo del discurso judicial, con el fin de encontrar “las relaciones de poder subyacentes en las voces que hablan de los otros. Los locos, no pueden ser recuperados más que bajo la palabra que los excluye” (Sacristán, 2005, p. 32).

Los primeros acercamientos institucionales a la locura en México datan de la Colonia. La historia profesional objetiva descrita por Sacristán también ha tratado con profundidad el problema de la delimitación entre la locura como enfermedad, la posesión demoníaca y la mística, fue hasta el siglo XIX en que la iglesia aceptó a la epilepsia como padecimiento “natural” (Sacristán, 2005, p. 22).

En la época colonial los hospitales eran centros de asistencia a cualquier persona desvalida, recibían pobres y peregrinos además de enfermos y trataban la locura mediante prácticas religiosas ya que en su calidad de enfermedad podía ser causada por falta de fe (Sacristán, 2005, p. 21).

Como se revisará más adelante, las personas que acudían a los hospitales fundados entre particulares y organizaciones católicas eran incluso similares a los internos de La Castañeda, ya que muchos eran extremadamente pobres, estaban en estado de desnutrición o eran ancianos (Sacristán, 2005, p. 21). Incluso en la Colonia, ya se buscaba que las instituciones impusieran cierto orden social, además de que los fondos para remodelarlas o mantenerlas provenían de organismos políticos, “un manicomio público de grandes dimensiones en manos de la psiquiatría suponía la existencia de un control del Estado sobre los comportamientos desviados” (Sacristán, 2005, p. 22).

Como primera institución moderna de atención a enfermos mentales, el Manicomio General de México, denominado La Castañeda, fue un proyecto porfiriano que tardó veinticuatro años en ser concretado, a continuación se expondrán cuestiones que, en torno a este espacio, permiten vislumbrar importantes aspectos sobre de la concepción de la salud mental y su variación reflejada en los diagnósticos y formas de ingreso de los internos a lo largo de los primeros treinta años del siglo XX, además de un importante periodo en el cual la psiquiatría, como proyecto del Estado, se fue configurando en la sociedad mexicana como profesión, se ahondará en la manera en la que se tejieron fuertes lazos entre estas dos instancias: Estado y salud mental.

Al igual que la modernización, las ideas fundantes de La Castañeda fueron extranacionales, manuales estadounidenses que promovían la reclusión de los enfermos mentales e ideas francesas sobre la locura constituyeron la inspiración para esta institución que acabó por transformarse en una inevitable adaptación impuesta por las particularidades mexicanas.

Su localización geográfica, alejada de las áreas más pobladas de la ciudad, contribuía a establecer una división entre los ciudadanos sanos y los

enfermos, se creía que el aislamiento de los segundos evitaría el contagio ‘biológico y moral’.

Localizado en los bordes de la creciente Ciudad de México y con un imponente diseño arquitectónico de influencia francesa, el manicomio representaba, casi a la perfección un propósito modernizador que daba énfasis a la producción de conocimiento científico y a la reproducción de las jerarquías sociales existentes (Rivera, 2010, p. 25).

Para el resto de la ciudad, La Castañeda confinaría a la locura y la separaría de la razón; puertas adentro también había divisiones ya que el proyecto era parcialmente financiado por el gobierno a manera de Institución de Asistencia Pública, parcialmente pagado por los internos que tuviesen los medios para hacerlo (Rivera, 2010, p. 42).

El hospital cubría un enorme terreno en el sur de la ciudad y contaba con espacio para oficinas y habitaciones de un director general, un jefe de departamento de mujeres, uno de hombres y un administrador cuyas casas eran espaciosas y estaban diseñadas para representar un beneficio laboral que hiciera atractivos a dichos puestos (Rivera, 2010, p. 45). También contaba con 33,000 metros cuadrados de jardines con flores y establos; su edificio más emblemático era el de ‘Servicios Generales’ su fachada de estilo francés con un gran reloj y ventanas simétricas hacia de él una imponente edificación de la cual se desprendían dos alas simétricas.

Fue el ingeniero Porfirio Díaz Ortega, hijo del presidente, quien concluyó la construcción en 1910. La arquitectura respondía a tres necesidades: eliminar el desorden social, mejorar la salud mental y demostrar el carácter benefactor del Estado moderno (Rivera, 2010, p. 62). Los internos que pagarían por los servicios del hospital tenían vistas a los jardines, los indigentes que llegaban eran colocados en la parte posterior del hospital. Por lo general los pabellones para hombres eran más espaciosos que los construidos para mujeres (Sacristán, 2005, p. 59).

La distribución de los pabellones estaba en función de asegurar su orden interno y reafirmar el orden en la sociedad, el pabellón de observación, que era donde se recibía y revisaba a los enfermos para diagnosticarlos y

clasificarlos, estaba cercado por altos muros y se dividía en ocho para evitar un posible contagio. También se contaba con un pabellón para degenerados, uno para internos pacíficos, otro para internos ancianos, internos semiagitados, internos agitados, internos idiotas, internos epilépticos, internos furiosos, un pabellón para los criminales y uno para los internos enfermos además de un área para internos distinguidos que financiarían parcialmente al hospital. Esta distribución permaneció así planteada hasta 1929 (Rivera, 2010, p. 44).

El pabellón de los degenerados también estaba aislado para evitar contagios. Los internos furiosos eran puestos en aislamiento a pesar de los informes internacionales que prevenían acerca de los efectos perjudiciales de la reclusión (Rivera, 2010, p. 46), en general se pugnaba por mantener un orden jerárquico donde hombres, mujeres, ricos y pobres ocupaban lugares físicos diferentes.

“Las tomas del hospital psiquiátrico como un lugar monumental y pacífico donde los internos disfrutaban los beneficios terapéuticos de la labor reflejaban las evocaciones capitalistas de la sociedad como una ordenada cadena perpetua de producción” (Rivera, 2010, pp. 188, 189). Los internos trabajaban, esto representaba un triple beneficio: tratamiento de la demencia, utilidades para el hospital y satisfacción de los ideales capitalistas de la época.

Pero solo unos meses después de que el flamante proyecto estuviese concluido, estalló la Revolución, el descuido derivado de los años que duró esta guerra, la sobre población y la falta de personal debidamente capacitado causaron un deterioro general. En lugar de lo que prometía, La Castañeda acabó por devenir en cárcel improvisada para borrachos y vagabundos, centro de beneficencia y establecimiento de salud donde los médicos solo prestaban atención a los casos más ‘prometedores’ (Rivera, 2010, p. 26).

En un principio y como proyecto de modernización, la intención era crear un lugar donde la salud mental reflejara las ideas mismas del orden social. Por lo tanto, los proyectos del manicomio creados a lo largo de 24 años de gobierno porfiriano constituyeron interpretaciones políticas de una ciudad que, para quienes ostentaban poder, estaba en riesgo permanente, siempre amenazada por el desorden y la enfermedad. Más

que una filosofía abstracta, estas ideas lograron integrarse en el diseño arquitectónico de la institución y en el conjunto de reglas creado para gobernarla (Rivera, 2010, p. 56).

El estado se constituía como agente de la modernidad en varias maneras y la respectiva a la salud mental era una de ellas.

Pero ¿por qué convendría al Estado apropiarse del control sobre la salud mental? Los porfirianos luchaban por preservar y cultivar un orden social que llevaría al progreso, promovían la jerarquía étnica, el patriarcado y la familia nuclear (2010, p. 51). “De las palabras loco, irracional o raro dependía la definición de las conductas racionales y productivas que, a decir de algunos, sacarían adelante al país gracias al proceso de modernización” (Rivera, 2010, p. 51).

Los analistas porfirianos decretaron como mayor amenaza para la sociedad a los criminales, prostitutas, alcohólicos y enfermos mentales. Fue así que en el inicio de la psiquiatría moderna en México a finales del XIX los psiquiatras veían a los enfermos mentales como amenazas para el progreso (Rivera, 2010, p. 90). La creación de instituciones estaba pensada con la intención de proteger a la sociedad de hombres y mujeres perversos, la idea de la beneficencia porfiriana confiaba en los beneficios de la reclusión y en sus posibilidades de rehabilitación (2010, p. 40).

Sin embargo, el México donde se gestaban estas “desviaciones”, no era uno en el que reinara el orden.

[Los internos] organizaron sus historias de vida de acuerdo con recursos que con frecuencia contradecían las ideas de los médicos respecto a lo que es una vida y cómo dicha vida debe ser contada. En lugar de replicar una lógica de logro que pudiera replicar la aparente inevitabilidad del progreso, los internos enfatizaban, de forma muy elocuente, ejemplos de sufrimiento físico y espiritual en libretos fragmentados, dominados por el deterioro (...) situaban el sufrimiento al inicio de sus vidas: un hogar roto, la pobreza rampante, el alcoholismo, la violencia doméstica y, en especial las mujeres, el abuso sexual (Rivera, 2010, p. 19).

Los diagnósticos se construían entonces, tal como ahora, en una actividad minuciosamente semiótica que implicaba el análisis de una serie de símbolos y su traducción a otro, en esa traducción ocurrió la fluctuación, se emitieron ochenta distintos diagnósticos en las primeras tres décadas del siglo XX, cuestión que evidencia la falta de sistematización en las clasificaciones psiquiátricas en México (Rivera, 2010, p. 22), sobre todo tomando en cuenta que para los profesionales de la salud mental estaba claro que “la demencia carecía de una marca característica” (p. 42).

Pero además de pugnar por establecer las ideas de la modernidad y protegerse de los individuos indeseables, así haya fracasado o no, el hospital tuvo un efecto sobre la concepción de la enfermedad mental, el personal médico, administrativo y los internos “construyeron la realidad de la demencia y sus curas” (Rivera, 2010, p. 72) durante un periodo de la historia mexicana.

Los médicos porfirianos adscribían a los comportamientos inmorales una fuerte relación con la locura, el alcoholismo y la sífilis eran claros ejemplos (Rivera, 2010, p. 101). Además, el 86 por ciento de las mujeres y el 68 por ciento de los hombres en La Castañeda había sido internado como resultado de una orden emitida por el gobierno; la familia y la policía también tenían derecho de solicitar la admisión. La mayoría de los internos era pobre. Ser migrante aumentaba las posibilidades de ser confinado, 66 por ciento de las mujeres y 78 por ciento de los hombres eran solteros o viudos, 64 por ciento provenía de la provincia mexicana (p. 81).

Las causas de la enfermedad mental fueron ávidamente rastreadas, propuestas y supuestamente halladas por los psiquiatras de finales del siglo XIX y principios del XX como sigue sucediendo en esta época, bajo los lineamientos de la neurología y la farmacología, dichos supuestos se revisarán más adelante.

El análisis histórico de las teorías sobre la etiología de la locura permite entrever los ideales de cada periodo. A mediados del siglo XIX, el doctor Miguel Alvarado se ocupaba de hacer autopsias de los enfermos para poder establecer indicadores fisiológicos y de este modo señalar una causa orgánica de la locura (Rivera, 2010, p. 96). Su discípulo Mariano Rivadeneyra [1865,

1923], a finales del XIX se vio influenciado por las ideas de Pinel sobre el tratamiento moral y estableció un cambio en la mirada que se dirigía a los enfermos mentales, a partir de él se les concibió como ‘niños adultos’ con posibilidad de tratamiento y no como amenazas para la sociedad (p. 94).

Rivadeneyra indicaba que la sociedad es la que enloquece a la persona, presentó teorías que afirmaban que una suerte de ‘trauma social’ afligía al intelecto y a la ‘sensibilidad moral’ de los individuos pertenecientes a sociedades modernizadas ya que estas les suponían un exceso de estimulación, aunque había según él, antecedentes en la infancia que predisponían a los enfermos y llevaban a la razón a sucumbir ante la presión social. Afirmaba que otros factores de susceptibilidad eran los hereditarios y los concernientes a la posición social (Rivera, 2010, p. 94).

La concepción de la enfermedad mental como una inmadurez que pone al paciente en la posición inocente de un ‘niño adulto’, víctima de la modernidad, es similar a las ideas kantianas sobre la posibilidad de que la locura fuera causada por las características del Estado civil. Además, es importante reflexionar sobre la relación entre la idea de madurez como signo de salud mental y los fundamentos de la ilustración.

Kant mismo habla en un artículo periodístico publicado en 1784 sobre la emancipación del hombre como proceso fundamental de la ilustración:

La ilustración es la liberación del hombre de su culpable incapacidad. La incapacidad significa la imposibilidad de servirse de su intelecto sin la guía de otro (...) es culpable porque su causa no reside en la falta de inteligencia sino de decisión y valor para servirse por sí mismo de ella sin la tutela de otro (Kant, 2020, p. 25).

Este artículo establece que la pereza, la cobardía o en este caso, la locura son causas de que el hombre permanezca en estado de pupilo, en un estado de necesidad del otro. Los tutores, bien intencionados pero perjudiciales suelen presentar a los hombres la emancipación del pensamiento como algo sumamente peligroso, de tal modo estos acaban de asumir la incapacidad como una segunda naturaleza, “nunca se les permitió intentar la aventura” (Kant, 2020, p. 26), estarán condenados a usar principios y fórmulas de manera

mecánica y sin razonar, son pocos los que logran abandonar este estado de dependencia. Pero en la época de Kant se avanzaba, según él, hacia tiempos en los que sería más fácil que el pueblo se ilustrara por sí mismo. “Para la ilustración no se requiere más que una cosa: libertad” (Kant, 2020, p. 28).

Pero no cualquier libertad ya que una completa libertad podría resultar peligrosa, Kant advierte que el uso público de la razón es el que debería estar completamente permitido y además es la única condición que puede traer la ilustración a los hombres, por otro lado, el uso privado de la libertad puede ser limitado sin que esto retrase la ilustración (2020, p. 28). Un oficial no puede argumentar contra una orden recibida, solo debe ejecutarla; un ciudadano no puede negarse a pagar impuestos, debe contribuir como le corresponde; el clérigo no puede hablar con su congregación en contra de los principios que profesa, pero cualquiera de estos individuos puede, en calidad de experto, escribir dirigiéndose al público y denunciar las fallas que encuentra en su medio de manera en que beneficie a la sociedad y la haga progresar (p. 30).

Qué pasará con los locos que son incapaces, que se mantienen niños, que no pueden asumir su deber de ilustrarse y de usar la razón, sobre esto Kant establece que:

puede un hombre por lo que le incumbe a su propia persona, pero solo por un cierto tiempo, eludir la ilustración en aquellas materias a cuyo conocimiento está obligado; pero la simple y pura renuncia, aunque sea por su propia persona, y no digamos por la posteridad, significa tanto como violar y pisotear los sagrados derechos del hombre (2020, p. 33).

Kant reitera al final de su artículo que el punto principal de la ilustración es la emancipación de los hombres, aunque el Estado libre tendrá que exigirles a sus ciudadanos que aun en esta emancipación, obedezcan.

La teoría de Rivadeneyra no fue la hegemónica durante el porfiriato, reinaron sobre ella ideas que también conciben a los afectados como gente “sin razón”, pero que en lugar de mirarlos como desvalidos o dignos de compasión, les creían inconvenientes, molestos y amenazantes. La psiquiatría comenzó a relacionarse con la criminología. Las clases bajas, que tendían a la pobreza, al

consumo de alcohol y a la supuesta búsqueda de placeres vanos, encarnaban la locura arquetípica de la época (Rivera, 2010, p. 104).

Pronto nació la llamada ‘medicina legal’ que presentaba teorías de una predisposición innata al crimen que podía ser correlacionada al tamaño del cráneo (Rivera, 2010, p. 105). El abogado Julio Guerrero publicó en 1901 *La génesis del crimen en México* con el subtítulo ‘Ensayo de psiquiatría social’, donde hizo uso de la terminología del darwinismo social para establecer que los criminales eran los que habían fracasado en la lucha por la vida.

Esta apuesta de psiquiatría social era heredera del modelo epistémico del positivismo lógico<sup>1</sup> y mencionaba características del ambiente físico, pero también apostaba por una teoría evolutiva de la demencia en la que acabó por describir una “cultura atávica de violencia entre la clase inferior mestiza” los individuos que conformaban este grupo eran a su parecer “retrocesos evolutivos” y “animales inferiores” que debían permanecer confinados para asegurar el buen futuro de México. Comulgaba con la teoría de la degeneración cuyos postores “veían evidencias de involución genética y moral en los rostros y las manos de las imágenes cautivas” de los internos (Rivera, 2010, p. 198).

Sobre esto, Sacristán también advierte que, durante el porfiriato, la concepción de la enfermedad mental se basaba en principios positivistas, liberalistas, con influencia del darwinismo social y con valores de una ética burguesa (2005, p. 30).

Las clases altas con rasgos europeos eran la contraparte de la clase atávica y Guerrero difería con Rivadeneyra en cuanto a que creía que la industrialización era aliciente de la locura en lugar de causa de esta (Rivera, 2010, p. 107).

La psiquiatría, una espada de doble filo, dio una base ‘científica’ a las interpretaciones porfirianas de la inequidad social y de la superioridad de la élite (...) el niño grande se había convertido ya en el feroz criminal. El doliente que, tiempo atrás, había enloquecido como víctima de un

---

<sup>1</sup> A partir del positivismo lógico, surge la idea del Estado como una entidad calculable. Cabe revisar el trabajo de Leopoldo Zea *El positivismo lógico y la circunstancia mexicana*. La figura de un Estado que sea calculable.

ambiente hostil era ya un criminal consuetudinario. La psiquiatría buscaba así desempeñar una función social (Rivera, 2010, pp. 111-113).

Dentro del Manicomio General, los diagnósticos más comunes entre 1900 y 1910 eran, en primer lugar, la epilepsia y en segundo, la debilidad mental tanto para hombres como para mujeres, esta primacía se perdió disminuyendo la proporción de los diagnosticados en ambos rubros durante las siguientes dos décadas (Rivera, 2010, p. 119), en inversa proporción creció durante los años 20 y 30 el número de admitidos por alcoholismo y uso de drogas. Así se establece que los diagnósticos de padecimientos crónicos se enrarecieron mientras que los padecimientos “tratables” se convirtieron en los más comunes (p. 121).

Otro lugar de contraste entre los padecimientos comunes en los primeros diez años del siglo y los que primaron en la segunda y tercera décadas, es que en los primeros era imposible adscribirle la responsabilidad de padecer al interno, mientras que el uso de drogas y alcohol sí son consecuencias de la voluntad. “La tendencia de los médicos del manicomio a diagnosticar a los internos pobres como alcohólicos tuvo lugar en un contexto de gran carga política dentro de la cual la salud física y mental de los ciudadanos llegó a constituir un bien nacional” (Rivera, 2010, p. 122). En 1910 el 15 por ciento de los internos era considerado alcohólico, en 1930 la cifra subió a 41 por ciento.

Las prácticas sexuales ‘contrarias a la salud’ también eran diagnosticadas, sobre todo por parálisis progresiva asociada a un cuadro sifilítico. Las prostitutas eran consideradas portadoras y propagadoras de la enfermedad mientras que los hombres eran considerados sus víctimas (Rivera, 2010, 123).

El que probablemente fue el diagnóstico con mayor carga de género durante los años del hospital es el de ‘locura moral’, al médico inglés James Prichard se le debe su autoría y la descripción era la siguiente: “una paciente que cedía ante sus impulsos malignos con mayor frecuencia que ante sus impulsos bondadosos” (Rivera, 2010, p. 124). Este padecimiento fue reinterpretado por los psiquiatras mexicanos y con él denominaron a las

mujeres cuyas conductas “violaban las reglas implícitas de la decencia y domesticidad” (p. 124).

Los movimientos feministas de principios de siglo consiguieron que este diagnóstico estuviera eliminado para 1930 aunque la población femenina de La Castañeda aumentó hasta conformar el 63 por ciento, un gran número de ellas no tenía ningún diagnóstico.

La locura moral no solo es particular por haber sido exclusivamente adjudicada a la población femenina, también lo es por su invitación a las descripciones no médicas que giran en torno al bien y al mal en las notas de los psiquiatras,

la discusión acerca del lugar apropiado para las mujeres pobres en la sociedad desempeñó un papel fundamental en la definición más amplia de las conductas normales y anormales en la sociedad en su conjunto (...) se detectaban signos de enfermedad en casos donde la conducta humana se desviaba de los modelos socialmente aceptados de la domesticidad femenina en un escenario modernizador (Rivera, 2010, p. 133).

Las doctrinas médicas porfirianas quedaron periclitadas, los médicos revolucionarios abandonaron estos diagnósticos de perversión femenina que anteriormente también se asociaban a mujeres con prácticas intelectuales, la revolución resultó en este caso hasta cierto punto liberadora de las mujeres y las proveyó de oportunidades de participación social (Rivera, 2010, p. 138).

Al introducir un discurso en el cual aparecían como hijas y esposas, trabajadoras y vecinas, madres y ciudadanas, las internas obligaron a los médicos del hospital psiquiátrico de la era revolucionaria a reconsiderar y, con el tiempo, a descartar, las doctrinas médicas porfirianas (Rivera, 2010, p. 148).

Pero ¿cómo es que aumentaba el número de internas femeninas aun cuando se erradicó de las historias clínicas la locura moral? Los médicos revolucionarios dejaron de concebir a las mujeres como desviadas y en lugar de ello las describieron como enfermas, la parálisis por sífilis se volvió la enfermedad más común entre las internas, sin olvidar que muchas de ellas no

tenían asignado un diagnóstico y eran admitidas simplemente por petición de la familia.

Mientras las interpretaciones psiquiátricas de la enfermedad mental se sometían a cambios dramáticos entre 1910 y 1930, las narrativas que las mujeres elaboraban alrededor de y con su padecimiento permanecieron notablemente inmutables, motivados por las modernas tecnologías médicas así como por un discurso de beneficencia que enfatizaba las responsabilidades del Estado sobre la salud de la comunidad, las narraciones de los médicos del manicomio hacían claro eco de los cambiantes modos sociales. Sus interpretaciones de la enfermedad mental como una aflicción física que trastornaba los procesos mentales y que, si era detectada de forma apropiada y en los primeros grados, podía ser curada, reproducía casi a la perfección una concepción de una sociedad que avanzaba, o creía que avanzaba, a niveles cada vez mayores de perfección. Las mujeres, por el contrario, perseveraron en su intento por contar historias de sus vidas con la enfermedad basadas en una lógica que enfatizaba el sufrimiento y el deterioro (Rivera, 2010, pp. 163, 164).

Así es como lo materializan los numerosos casos de mujeres recogidos por Rivera Garza que, a pesar de su relevancia y del interés que despiertan, no serán tratados a profundidad para fines de este trabajo. Las perspectivas que el trabajo de la historiadora mexicana ofrece son muy variadas, quizás uno de los puntos más valiosos de la historia que ella recoge es el del lazo que se formó durante el porfiriato entre la psiquiatría y el Estado mexicano, la psiquiatría llegó a México como proyecto durante la modernidad, pero su vínculo con la política sobrevivió al periodo histórico.

El análisis de las técnicas de confinamiento y la función de los hospitales psiquiátricos con fondos estatales comenzaron en 1883 en México, siete años antes de que se impartieran clases de psiquiatría en la Escuela de Medicina en la ciudad de México y solo seis años después de que Porfirio Díaz tomara el poder (Rivera, 2010, p. 37).

El informe presentado en 1884 titulado “El manicomio” incluía traducciones al español de las reglas para hospitales psiquiátricos de la Asociación de Superintendentes Médicos de Institutos Estadounidenses para Enfermos Mentales.

Para 1887 ya se impartía la primera clase de psiquiatría en la Escuela de Medicina donde era ofrecida a los estudiantes como materia electiva. Paralelamente, el comité de construcción de La Castañeda se conformaba por: abogados, ingenieros, agentes de beneficencia y dos médicos. Estos agentes hacían recomendaciones a las autoridades para preservar valores fundamentales del régimen porfiriano tales como el tratamiento de la demencia, estrategias especiales para evitar el contagio y políticas sociales para preservar el orden y el progreso de la sociedad en general (Rivera, 2010, p. 42).

En 1905, el ingeniero De La Barra presentó un ‘informe final’ para comenzar a construir el hospital que estaba fuertemente influido por instituciones francesas (Rivera, 2010, p. 63). En 1908 inició la construcción, que creía en la modernidad como cura de la locura, las naciones modernas eran medidas por el alcance de sus obras públicas.

En 1910 se planeaba que con la apertura del hospital se cimentaran sus vínculos con la Escuela de Medicina para así formar psiquiatras en México. Pero la Revolución pronto devolvió a la institución sus fines de custodia, fuerzas zapatistas tomaron La Castañeda en 1915. La institución comenzó a degenerar, la sobre población era evidente, había desabasto de ropa, comida, electricidad y medicamentos (Rivera, 2010, p. 92).

A pesar de las dificultades, la relación entre el Estado y la administración de la salud mental se fortaleció bajo la condición de que esta iniciativa era de beneficio a la población, la elección de los médicos directivos destacados y la función del hospital como único escenario de formación promovieron esta relación. El estado se convirtió en el guardián de la salud mental, el poder de los psiquiatras estaba elevado al ámbito jurídico (Rivera, 2010, p. 76).

Las definiciones de clase social y género tejidas por la modernidad dieron pie a una tipología de la enfermedad mental y de la desviación en el México porfiriano que pugnaba por la clasificación y la sistematización (Rivera,

2010, p. 188). Durante el porfiriato se polarizaron las clases, la alta rica, educada y civil; la baja ignorante, enferma, degenerada, alcohólica y criminal (p. 194).

“Al Estado centralizador, tanto en su versión porfiriana como revolucionaria, le interesó resaltar la diferencia para enfatizar la norma (...) Es la falta de diferencia concreta -entre el loco y el cuerdo- lo que obliga a resaltar (...) la singularidad esencial del interno” (Rivera, 2010, p. 220). Los pacientes portaban el color de la piel, la vestimenta de las clases campesinas o populares. Había un gran contraste con los psiquiatras. Esta discordancia entre el aspecto físico de los pacientes y el de los médicos, recuerda a la narrada por Foucault, que retoma a Foderé quien describía los atributos físicos de los tratantes como elemento que sostenía el éxito del tratamiento. Ante la confusión entre lo que implica en sí la enfermedad mental y la incursión de fenómenos ajenos completamente a la medicina orgánica, se patologizaron aspectos demográficos y la población de internos exhibió a La Castañeda como un espacio asilar para los pobres, más que un hospital de cualquier índole.

En el fracasado final de La Castañeda, se encierra una derrota aún mayor, el maltrato a los internos llegó a resultar en sentencias penitenciarias para algunos trabajadores del hospital, siempre y cuando las quejas de los internos no fueran anotadas como parte de sus síntomas delirantes. Un interno fue asesinado supuestamente por dos médicos. Para finales de la década de los 20, era claro que el proyecto modernizador había fracasado. En 1940 la población del hospital era de 3,139 internos cuando su capacidad era solo de 1,500 (Rivera, 2010, p. 67). A pesar del diseño y de la proyección política de la institución psiquiátrica, dicho hospital solo fue un contenedor social, un centro de confinamiento para personajes raros, desadaptados y que no tenían una utilidad en términos de producción laboral para la sociedad.

Los investigadores de la psiquiatría en México identifican tres momentos de suma importancia histórica alrededor de La Castañeda: en 1910 la apertura de esta institución en la que se pugnó por que el confinamiento impusiera el orden social; en 1945 la fundación de Granjas de recuperación para enfermos mentales pacíficos, en las que la terapia de trabajo fue el principal tratamiento y

que se dice que es el principio del fin para La Castañeda ya que empezaron por albergar a sus enfermos crónicos; y en 1968 la clausura del Manicomio General de México que dio pie a la psiquiatría ‘de hospital’ como contrapunto de la psiquiatría que confiaba en el confinamiento (Sacristán, 2005, 17).

La historiadora y experta en psiquiatría en México, Cristina Sacristán hace la siguiente pregunta en su historiografía: “¿por qué la psiquiatría mexicana ha mirado tanto hacia el Estado y tan poco hacia la sociedad, pese a que los programas de salud mental han recibido menos recursos públicos pues se privilegian otros problemas de salud pública?” (Sacristán, 2005, p. 17).

La relación entre política y salud mental es estrecha y fundamentada en el vínculo que existe entre locura y Estado.

La locura que aun conviniendo en que pueda tener una causa orgánica, también es producto de una construcción social, de ahí que adopte formas distintas en cada cultura (...) no puede ser comprendida fuera del orden social y cultural que la nombra. En tanto expresa valores y conductas rechazados por la sociedad, el acercamiento a la locura como desorden biológico resulta insuficiente (...) la medicina y posteriormente la psiquiatría, como generadora de un conocimiento, se encuentra sujeta a la propia dinámica interna de la ciencia pero también a los condicionamientos económicos, políticos, religiosos o jurídicos en los que se ve inmersa (Sacristán, 2005, pp. 16-24).

Las instituciones de asistencia son ‘herramientas de una estrategia de profilaxis social’ y la pugna del Estado mexicano es ejecutar “políticas de ingeniería social destinadas a moralizar, disciplinar y hacer útiles a los locos” (Sacristán, 2005, p. 25). Durante el porfiriato se fundaban instituciones diseñadas y promovidas por la élite económica y política; después de la revolución es que se intentaba garantizar el derecho a la salud.

Las granjas agrícolas también fueron impulsadas por el estado mexicano, la primera de ellas recibía a los enfermos crónicos e incurables de La Castañeda que contribuían a la sobre población del manicomio pero que también eran aptos para trabajar (Sacristán, 2005, p. 27). Este movimiento

recuerda a la época clásica en la que los pobres se clasificaron en ‘válidos’ e ‘inválidos’ y por ello se les permitió salir del confinamiento.

Además de las instituciones y las granjas, existen en México los servicios de psiquiatría en hospitales generales, tales como el Hospital Español que cuenta con un anexo para pacientes psiquiátricos. La intención detrás de la apertura de este tipo de centros es ‘acercar a la psiquiatría a la medicina general’ y evitar la ‘estigmatización de la locura y el rechazo de las familias a internar’ en asilos (Sacristán, 2005, p. 28).

Las granjas son especialmente interesantes para el aspecto económico del concepto de salud mental, tras la clausura de La Castañeda, se hizo a través de las elllas un intento por “contrarrestar la imagen pública de la psiquiatría mediante la difusión en la prensa de un tratamiento que no solo podía curar a los enfermos, sino hacerlos útiles a la nación: la terapéutica por medio del trabajo”, así se podría “demostrar que los enfermos mentales podían dejar de ser una carga para las familias o para el Estado” (Sacristán, 2005, p. 29).

“La definición de locura a partir de la productividad y de la peligrosidad del loco apunta a razones con más raíces sociales que médicas” (Sacristán, 2005, p. 29). Esto puede ofrecer una base histórica que arroje luz sobre el nuevo paradigma de salud mental y su baja relación con la dimensión biológica u orgánica.

En el México posrevolucionario, surgió una nueva forma de abordaje psiquiátrico inspirada en la medicina preventiva: la higiene mental. Las décadas de 1930 y 1940 vieron a esta disciplina salir del encierro institucional para incursionar en escenarios a donde antes no había llegado, a manos de los mismos médicos de La Castañeda, la primera generación de psiquiatras mexicanos. Andrés Ríos Molina, historiador del Instituto Mora, hace una profunda revisión de lo que este periodo significó en la conceptualización y en el abordaje de la aproximación a la enfermedad mental.

El higienismo en el terreno psiquiátrico significó tomar medidas para ‘prevenir’ las enfermedades mentales, lo cual implicaba por una parte, detectar factores sociales y culturales que pudiesen convertirse en

amenazas para la salud mental y, por otra, crear instituciones para detectar a los sujetos que, pese a no tener enfermedad mental alguna, poseían cierta ‘anormalidad’ que debía ser detectada y tratada (Ríos, 2016, p. 12).

Esta corriente trajo una serie de transformaciones importantes para la figura del psiquiatra, siendo una de los más fundamentales, el cambio de sujeto de la psiquiatría, ya no se debía tratar solo al enfermo mental, el ‘cuerdo’ pasó a ser objeto de estudio también, tanto como receptor de los esfuerzos de prevención contra la locura, como en su papel de agente de la sociedad en la que se podían gestar los males que la causaran.

Es importante apuntar que la consolidación de la psiquiatría como especialidad médica en México se dio de manera simultánea a la incursión de la higiene mental en países extranjeros, por ello se puede explicar la importancia y fuerza que tomó en las ideas de la década de 1920 y posteriores. Originalmente, el movimiento se atribuye a Clifford Beers (1876-1943), estadounidense autor de *Una mente que se encuentra a sí misma* (1907), donde narra su propia recuperación, habiendo sido un enfermo mental con varios intentos de suicidio, ‘corrigió el camino’ gracias a la higiene mental.

Sobre Beers, Ríos Molina comenta: “la acción de Beers se equipara a la del predicador que pasó de pecador a santo después de una revelación divina; la verdad revelada fue la que le permitió a una mente encontrarse a sí misma” (2016, p. 45).

Los principales impulsores de la psiquiatría higienista fueron: Alfonso Millán, Manuel Guevara Oropeza, Mathilde Rodríguez Cabo, Raúl González Enríquez, Leopoldo Salazar Viniegra, Edmundo Buentello y Samuel Ramírez Moreno, a quien se le atribuye el inicio oficial de este movimiento, pues en 1934 comenzó una serie de conferencias en el Palacio de Bellas Artes. En 1938 apareció la Liga Mexicana de Higiene Mental y en 1940 la Revista Mexicana de Higiene Mental. Lo que estos médicos tienen en común fue haber laborado en La Castañeda y haber hecho una carrera también en instituciones públicas adyacentes a la psiquiatría en donde inocularon sus ideas y las

llevaron a trascender del ámbito hospitalario a otros sectores de la sociedad (Ríos, 2016, pp. 11, 12).

Durante sus carreras atendieron y diagnosticaron parálisis general progresiva secundaria a sífilis, esquizofrenia, neurastenia (Ríos, 2016 pp. 28, 29), consolidaron la *Revista Mexicana de Psiquiatría, Neurología y Medicina Legal* (1934-1951), trabajaron a la par con la American Psychiatric Association y abrieron las puertas al psicoanálisis en México (p. 32) adaptando las ideas de Jung, Adler, Janet y Freud a la higiene mental.

Otro de los legados institucionales de ese movimiento fue el Instituto Nacional de Psicopedagogía de la Secretaría de Educación Pública, nacido en 1936 con el fin de ayudar a corregir a los ‘niños problema’, término acuñado en la época, con el cual se denominaba a los jóvenes e infantes ‘incapaces para armonizar con el entorno familiar y colectivo’. Nótese que esta es la primera aparición de la psiquiatría en el terreno institucional educativo (Ríos, 2016, p. 13).

Así la psiquiatría fue ganando terrenos que le eran antes ajenos, en pos de la prevención, fue a buscar las posibles causas de la locura en las calles, los barrios pobres y peligrosos, las cárceles, las industrias (Ríos, 2016, p. 39). Además de esto y para permear de manera más eficiente la vida del mexicano, la psiquiatría cimentó su vínculo con y al servicio al Estado a través del trabajo de los psiquiatras en instituciones públicas. México fue el primer país latinoamericano en contar con una legislación para la delincuencia infantil; en 1926 se creó el Departamento de Prevención Social, dependiente de la Secretaría de Gobernación (pp. 49, 50). En 1938 apareció la Oficina de Higiene Industrial que pertenecía al Departamento de Salubridad Pública, precursor del IMSS (p. 81).

¿Quiénes le preocupaban a los psiquiatras de las décadas de los 30 y 40? Ríos Molina cita a Millán

Los que sufren de psiquismo, los atormentados, deprimidos, neurasténicos, desajustados emocionales o sexuales, (...) sujetos con síntomas que atormentan, preocupan, quitan el sueño, con trastornos de las funciones genitales, impotentes o fríidas, (...) con irregularidades de

carácter, adolescentes o niños problema, indisciplinados, que no trabajan, se fogan, son groseros o desatentos" (1949 como se citó en Ríos, 2016 p. 43).

La clase obrera se convirtió en la más scrutinizada por la mirada higienista por estar "llena de vicios, sin principios morales, sumida en la insalubridad, propensa a la violencia [como] consecuencia de una raza degenerada", esto ilustra la idea de la élite intelectual de la época.

Notable dentro de esta clase, la figura del 'pelado' a quien Samuel Ramos sentencia con "pertenece a una fauna social de categoría ínfima y representa al desecho humano de la gran ciudad" (1949 como se citó en Ríos, 2016 p. 43).

Los higienistas estaban abocados a detectar a los candidatos a convertirse en enfermos mentales y construir mejores ciudadanos, más respetables, productivos y respetuosos de la ley (Ríos, 2016, p. 44). La higiene mental "dicta la normatividad que debe regir una forma de vida adecuada, impide el crecimiento de la criminalidad y prepara a la sociedad para enfrentar la influencia patógena de la religión" (p. 51). Los médicos posrevolucionarios tenían una idea antirreligiosa influida por La Cristiada y una inclinación por el socialismo que les llevaba a la búsqueda de desposeer a la mente del mexicano de las ideas católicas y fanáticas, esto da una nota irónica al movimiento al recordar que su fundador estadounidense proponía una conceptualización de la cura y salvación francamente paralela a la cristiana idea de virtud. Además, los higienistas recomendaban la dieta balanceada y la conservación de las familias tradicionales como elementos preventivos de la locura. Puede ser que se autodenominaran ateos, pero la preservación de la moral católica impregnaba su discurso.

Estando las familias mexicanas en proceso de degeneración, el Estado estaba más que justificado para involucrarse en el control de la población y dictar el 'modo apropiado de vivir'.

La convergencia entre la higiene mental y la ideología de los gobiernos posrevolucionarios, radicó en el interés por la construcción de un sujeto física y mentalmente sano, trabajador, instruido, respetuoso de la ley y

del régimen (...) la salud se convirtió en una de las piedras angulares de estos gobiernos (Ríos, 2016, p. 56).

Por ello se construyeron hospitales, se formó a especialistas y la Escuela de Salubridad se fundó en 1922. Como génesis de las enfermedades mentales, también se consideró a la herencia y a las condiciones socioeconómicas.

Con la participación de México en la Segunda Guerra Mundial, la higiene mental también se puso al servicio del ejército en la selección de militares y detección de personas inapropiadas para servir por su condición de anormalidad,

Eliminar a los anormales, a los psicópatas, a los alcohólicos y toxicómanos, a los débiles mentales, a los enfermos psíquicos (...) controlar la salud mental de los militares, los estados anímicos de la población, reducir los factores de neurosis colectiva y detectar a los anormales (sic) y fanáticos que repartieran propaganda antipatriótica. Así la disidencia era convertida en una patología social que debía ser detectada y extraída (Ríos, 2016, pp. 63-65).

Como tratamiento, los médicos higienistas recurrieron a la paludización para tratar la parálisis general progresiva de la sífilis y también a la esquizofrenia, promovieron el electroshock, la electropirexia para los pacientes que podían pagarlas (Ríos, 2016, p. 78).

La medicina preventiva en su derivación psiquiátrica asumió una postura distinta a la del resto de sus ramas, abandonó el modelo positivista (Ríos, 2016, p. 133). Mientras que la eugenesia adscribía a la enfermedad mental orígenes completamente orgánicos, el higienismo coincidía con las ideas kantianas y acusaba a la esfera social ya la vida urbana como causa de la decadencia moral y, por ende, de la locura, tomando distancia también de las teorías hereditarias (p. 138). Al voltear la mirada lejos de las causas fisiológicas, los psiquiatras se vieron en la necesidad de unir fuerzas con otras disciplinas tales como la antropología y el psicoanálisis, planteando una suerte de ‘medicina psicosocial’ (p. 142). De este acercamiento al psicoanálisis se heredó la despatologización de la neurosis, manteniendo a las otras formas de

enfermedad mental, sin embargo, “las presiones propias de la vida moderna estaban en la etiología de las psicopatías” (p. 150).

La higiene mental se debilitó a partir de la mitad del siglo XX con la aparición del concepto de salud mental. “En México la Liga Mexicana de Higiene Mental desapareció en 1950 y semanas después renació como Liga Mexicana de Salud Mental” (Ríos, 2016, p. 192). Este fue un cambio internacional, pues los dos primeros congresos de higiene mental celebrados en 1930 y 1937 en Washington y París respectivamente, fueron separados del tercero que reapareció después de La Segunda Guerra Mundial con el nombre de ‘International Congress on Mental Health’, la cuarta edición tuvo a la Ciudad de México como sede en 1951 a cargo de la Liga Mexicana de Salud Mental. No se ofreció ninguna explicación para la sustitución de los términos, Fromm presentó un trabajo sobre la felicidad de los mexicanos (p. 193).

El cambio de concepto implicó también un nuevo modelo y dejó atrás el interés por la prevención para adoptar como metas la atención al enfermo y la investigación en neurociencias. Ríos Molina identifica en esta misma época un hecho revolucionario en el mundo de la psiquiatría: el descubrimiento de los psicofármacos. Por primera vez las enfermedades mentales se pueden atender con medicamentos y ya no es el encierro el único tratamiento (2016, pp. 193, 194).

Otro suceso de suma importancia y coincidente con los antes mencionados, fue el compromiso de la Liga de salud mental para el trabajo en conjunto con la Organización Mundial de la Salud (OMS) internacionalmente y con la Secretaría de Salubridad y Asistencia en el ámbito nacional, en donde la eficiencia ‘se medía cuantificando curaciones’, no prevención.

El espíritu centralizador de la OMS se pone de manifiesto en la aparición del Manual de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción que se dio a conocer en el Congreso Internacional de Psiquiatría de 1950 (Ríos, 2016, p. 199).

En manos de Manuel Velasco Suárez surgió la Dirección General de Neurología, Psiquiatría y Salud Mental de la Secretaría de Salubridad y Asistencia en 1959, con una propuesta asistencial, la creación de las granjas

campestres y eventualmente, la clausura de La Castañeda (Ríos, 2016, p. 195).

La década de 1960 trajo a México una influencia internacional sobre la necesidad de dejar atrás el modelo asilar y dar prioridad a la atención comunitaria. Ya no se creía que el confinamiento fuera lo mejor para el paciente psiquiátrico, se ponía énfasis en la prevención, rehabilitación y reintegración a la sociedad (Sacristán y Ordorika, 2017, p. 113).

Nada materializó más tajantemente esta fase como el cierre de La Castañeda en 1968. Antes de su clausura, se había abierto la consulta externa en un esfuerzo de transformación, las altas de los pacientes podían ser solicitadas por sus familias y se empezaron a dar estancias menos largas, también comenzaron a administrar fármacos. A pesar de todo esto, el hospital acabó con más de dos mil pacientes y las condiciones en las que estos se encontraban para el año final, eran deplorables. La condena social hacia la institución era tangible (Sacristán y Ordorika, 2017, p. 115).

Se asistió también a una explosión de la psicofarmacología, aparecieron los antipsicóticos, antimaniacos y antidepresivos. La psiquiatría se fortaleció como especialidad, se fundó en 1966 la Asociación Psiquiátrica Mexicana en una ceremonia celebrada en La Castañeda; la Ciudad de México fue sede del Congreso Mundial de Psiquiatría en 1971; el año siguiente se creó el Consejo Mexicano de Psiquiatría, a cargo de la certificación de los especialistas; bajo la dirección de Salud Mental de Ramón de la Fuente, se instauró en 1979 el Instituto Mexicano de Psiquiatría (Sacristán y Ordorika, 2017, p. 114).

Entre 1960 y 1967, se conformaron dos modelos de hospitalización psiquiátrica en el país, uno era el de hospitales especializados como el Fray Bernardino Álvarez y el Juan N. Navarro que era pediátrico. Díaz Ordaz acudió a la inauguración del primero que contaba con un laboratorio de investigación sobre el cerebro y la neurofisiología y que ofrecía consulta externa, terapia laboral, orientación vocacional y una serie de condiciones de hospitalidad que pretendían elevar y humanizar el trato que se daba a los pacientes agudos (Sacristán y Ordorika, 2017, p. 130).

El segundo modelo era el de los hospitales-granja, destinados a los pacientes crónicos, ubicados en varios estados de la república y en donde se favorecía la terapia ocupacional, la psicoterapia individual y el tratamiento médico. A pesar de estos intentos por superar la época de La Castañeda, a principios de los ochenta, ya las granjas habían replicado el fracaso del manicomio central. La mala administración, los poquísimos recursos económicos, la falta de personal, el fracaso del modelo terapéutico, llevaron a un descuido generalizado de los pacientes (Sacristán y Ordorika, 2017, p. 118).

Una de las legislaciones que mayor cambio de rumbo han dado a la atención de la salud mental en México, fue la Declaración de Caracas, aparecida el 14 de noviembre de 1990. En ella, los países de Latinoamérica se comprometieron a reestructurar sus servicios. Los objetivos principales fueron: desmantelar los hospitales psiquiátricos debido a su propiedad cronificante; la promoción de atención comunitaria; la defensa de los derechos humanos y el reconocimiento de que las personas con diagnósticos psiquiátricos son un grupo vulnerable; el incremento del presupuesto destinado a la salud mental; la instauración de lineamientos legales que reglamenten los servicios y la creación de programas nacionales y políticas públicas (Sacristán y Ordorika, 2017, pp. 154, 155).

En 1994, inspirada por la Declaración de Caracas, se promulgó la Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994, revisada posteriormente en 2004 y cuyo propósito es salvaguardar los derechos humanos de la población diagnosticada con algún problema psiquiátrico, asegurar la calidad de la atención y facilitar la reinserción a la sociedad a través de iniciativas comunitarias. La reedición de la norma estuvo a cargo de instituciones educativas, organismos de salud, asociaciones profesionales y de la sociedad civil. Es interesante que en ella se sustituyó el término de ‘paciente’ por ‘persona usuaria’ y el de ‘curación’ por ‘tratamiento’. Sacristán y Ordorika afirman que aun si a partir de 1990 ha habido mejoras en el trato a los pacientes psiquiátricos, todavía existen violaciones a los códigos estatales que los regulan, en México no existe una ley general (Sacristán y Ordorika, 2017, p. 156).

En el nuevo milenio, ha habido tres programas gubernamentales en salud mental. El primero fue el *Programa de Acción en Salud Mental 2001-2006*, donde se hizo un profundo diagnóstico de los problemas que se enfrentaban y se detectó entre ellos el bajo presupuesto con el que se contaba, la subvaloración de la prevalencia de los trastornos, el bajo acceso a tratamiento, los conflictos y falta de infraestructura, la centralización geográfica de los servicios, la negligencia en áreas rurales y sobre todo la preservación del modelo de internamiento hospitalario. Hay que decir que sí existen testimonios de que estos programas han colaborado con cierta dignificación del paciente psiquiátrico al hacer un fuerte énfasis sobre los derechos humanos (Sacristán y Ordorika, 2017, p. 178).

Aun cuando en 2007, se presentó un nuevo programa que aumentó el porcentaje de presupuesto destinado a la salud mental al 2% de los fondos dirigidos a la salud en general, esto no sirvió para hacer grandes avances y se mantuvo al hospital psiquiátrico como eje de la atención gubernamental sobre las intervenciones comunitarias. Es importante anotar también que esa pugna por la desinstitucionalización tiene y seguirá teniendo efectos en las familias de los diagnosticados, que han quedado en muchos casos completamente a cargo de sus cuidados y manutención (Sacristán y Ordorika, 2017. p. 158).

Ha habido en este nuevo siglo una pugna evidente por abatir el internamiento, esta ha tenido el efecto de regresar a la enfermedad mental a la esfera privada y familiar. El Modelo Hidalgo de Atención en Salud Mental 2013-2018, se inspiró en las reformas psiquiátricas de Italia, España y México, y sus objetivos principales son: promover la salud mental reduciendo al máximo la hospitalización, llevar las estancias hospitalarias a la duración más breve posible e intentar que se den en hospitales generales-no psiquiátricos y la rehabilitación psicosocial para la reinserción. A estas metas se intenta llegar mediante los Centros Integrales de Salud Mental (CISAMEs), en donde equipos integrados por psicólogos clínicos con orientación psicoterapéutica, psiquiatras, enfermeras, trabajadores sociales y administrativos dan atención ambulatoria. También hay villas de transición, talleres instrumentales para que los enfermos

puedan trabajar, paseos terapéuticos y capacitación para familiares (Sacristán y Ordorika, 2017, pp. 181-187).

En un estudio realizado en México por Rascón et al (2003 como se citó en Sacristán y Ordorika, 2017, p. 205), se encontró que entre el 60 y el 85 por ciento de los pacientes psicóticos vive con su familia. El mismo doctor César Bañuelos Arzac, director del Hospital Psiquiátrico ‘Sr. Samuel Rodríguez Moreno’, tuvo que dedicarse entre los años 1997 y 2000 a rastrear a las familias de los internados para externarlos.

Pudimos regresar a sesenta personas con sus respectivas familias, ninguno fue bienvenido, pero finalmente los aceptaron. aproximadamente doscientos cincuenta más se quedaron en la institución porque no encontramos a sus familias (...) la institucionalización no ayuda, aunque el regreso a la familia tampoco garantiza siempre el éxito terapéutico que consistiría en la remisión de los síntomas y la reintegración a la comunidad (Bañuelos, 2017, pp. 177, 178).

El doctor Bañuelos también arroja luz, después de su trayectoria de más de treinta años en los hospitales psiquiátricos más emblemáticos de la capital mexicana, sobre el ‘lado B’ de las nuevas reformas psiquiátricas, dice que todas ellas están orientadas a abatir el internamiento y que esto probablemente no sea viable porque los centros comunitarios nunca han podido cubrir la demanda de tratamiento.

En la actualidad existe una tendencia terapéutica basada en preocupaciones económicas, en donde se trata de abaratizar la atención y gastar lo menos posible, de ahí la urgencia de egresar a las personas entre los treinta y cincuenta días (...) algunos pacientes no van a responder nunca al medicamento ni a otro tipo de esfuerzo terapéutico (Bañuelos, 2017, p. 179).

Tal parece que la hospitalización contribuye a la cronificación de varios casos, pero no en todos ellos el egreso tiene eficacia o posibilidad terapéutica.

¿Qué consecuencias tiene esto en las familias? A pesar de los esfuerzos de asociaciones civiles como ‘Voz Pro Salud Mental’ que se dedica a

capacitar a los parientes que se encargan de los cuidados de los pacientes psiquiátricos, más del 50 por ciento de los familiares que son proveedores primarios de cuidados, presenta un trastorno psiquiátrico que en el caso de las mujeres -quienes más frecuentemente se encuentran en este grupo- es en la mayoría depresión y en los hombres -que son los menos- es más comúnmente el abuso de alcohol (Bañuelos, 2017, p. 206).

La OMS publicó el *Informe sobre salud en el mundo 2001 Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*, donde se afirma que “450 millones de personas padecían problemas mentales, neurológicos o psicosociales pero pocos recibían tratamiento porque los servicios eran deficientes y las brechas de atención muy serias” (Sacristán y Ordorika, 2017, p. 159). Una de las vías para corregir esto, según la organización, es la investigación en epidemiología psiquiátrica para identificar patrones de distribución de los trastornos, poblaciones vulnerables, riesgos y servicios. Esfuerzos por generar este conocimiento fueron la *Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica* (2001-2002) y la *Encuesta Mexicana de Salud Mental Adolescentes* (2005), estas generaron críticas sobre la validez de los manuales diagnósticos como el DSM y el CIE por su incapacidad por establecer con claridad los límites entre los trastornos. El NIMH (Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos) incluso retiró por completo su apoyo al DSM y decidió dirigir sus fondos exclusivamente a las investigaciones que contemplen una etiología orgánica para así por lo menos poder ofrecer clasificaciones objetivas que permitan un consenso (2017, p. 161).

Producto de las encuestas antes citadas, son también las siguientes estadísticas: el 25 por ciento de los adultos mexicanos ha experimentado en algún punto de su vida sintomatología que permite un diagnóstico psiquiátrico, paradójicamente en la adolescencia, este porcentaje aumenta al 50 por ciento, después de los 65 años es del 33 por ciento. Entre 2001 y 2013, aumentaron las tasas de ideación, intento y muerte por suicidio; estrés postraumático y abuso de sustancias en la población joven. De los adolescentes que cumplen con características para diagnósticos, sólo el 14 por ciento accedió a

tratamiento y el padecimiento con mayor prevalencia en el país, es el de la fobia específica (Sacristán y Ordorika, 2017, p. 221).

La psiquiatría de este siglo tiene una cercanía nueva con la neurología, si bien es cierto que muchas enfermedades que se consideraban psiquiátricas se vuelven pertenecientes al campo de la neurología cuando se les descubre un origen fisiológico, como son los casos de la demencia y la epilepsia, las nuevas tecnologías de imagenología, han propiciado un enfoque interdisciplinario. Hay quienes dicen que esta proximidad ha llevado a algunos médicos a reafirmar más las diferencias y a defender con mayor énfasis el campo de intervención de su especialidad; pero, ahora se oye de cada vez más neuropsiquiatras, incluso dos de los institutos mexicanos más renombrados integran las dos prácticas: el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía tiene psiquiatras y el Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz cuenta con neurólogos y habiendo sido fundado en 1978 bajo el nombre 'Centro Mexicano de Salud Mental', se dedica a la psiquiatría clínica, la investigación en neurociencias y en factores psicosociales, la docencia y la difusión de conocimiento (Sacristán y Ordorika, 2017, pp. 161, 162).

En todo caso, la neuropsicología es una quimera, la neurología de la conducta si se le ve desde este ángulo, se encarga de las manifestaciones subjetivas secundarias a una lesión cerebral; mientras que la psiquiatría biológica, como otra cara de la moneda, se enfoca en la investigación que desea comprobar que hay una etiología orgánica a las desviaciones de la conducta (Sacristán y Ordorika, 2017, p. 232).

Ya se transitó por las varias etapas de la psiquiatría en México, desde su llegada como proyecto de modernización, pasando por las esperanzas puestas en La Castañeda, el declive de esta, la higiene mental, los hospitales psiquiátricos, los hospitales-granja y la era de las neurociencias. Ahora se retomarán algunas voces críticas del quehacer psiquiátrico.

Ronald David Laing fue un médico escocés que denunció que aún en el siglo XX no se había llegado a un acuerdo general para diagnosticar la esquizofrenia ni alguna característica constante en la personalidad prepsicótica, las formas de tratamiento más eficaces tenían que ver con las

relaciones interpersonales y si acaso, algún fármaco tranquilizante. Propuso una nueva manera de conceptualizar lo que le ocurre a un enfermo diagnosticado, afirmó que es probable que la patologización de su condición obedeciera a parámetros sociales y que esa ‘anormalidad’ estadística no es necesariamente un proceso patológico, incluso sugirió que es el concepto de enfermedad que tiene el psiquiatra el que prejuicia su escucha y le lleva a relacionarse con un enfermo en lugar de con un sujeto. “Designamos como ‘esquizofrénica’ a una persona que ha sido tratada como tal” (Laing y Esterson, 1967, p. 12).

Franco Basaglia dedicó su vida a la destrucción de los manicomios que para él eran la materialización misma de la contradicción del principio de libertad, denunció acérrimamente el poder absoluto de los psiquiatras sobre los internos, y buscó establecer la empatía con el enfermo quien “ha perdido individualidad y libertad primero con la enfermedad y luego con la pérdida definitiva de sí mismo en el manicomio” (2008, p. 11). No es que abogaría por que se dejara de intervenir por completo con la locura, decía que ello podía devenir en la violencia del abandono, lo que quería era que se repensara por completo el rol del médico y su responsabilidad.

Uno de sus mayores logros fue la aprobación de la Ley 180 en Italia en 1978 que cuyo propósito era desmantelar los hospitales psiquiátricos y ejecutar una serie de reformas cuya finalidad era asegurar los derechos de los diagnosticados. Para este propulsor de la antipsiquiatría era fundamental reconocer que esa disciplina siempre será opresiva ya que es un medio de control social, desde Pinel, la historia de la especialidad ha sido la historia de los psiquiatras, los enfermos siempre han sido reducidos a sus etiquetas diagnósticas.

La psiquiatría nunca fue otra cosa que una mala copia de la medicina, una copia en la cual el enfermo aparece siempre totalmente dependiente del médico que lo atiende: lo importante es que el enfermo no se coloque nunca en una posición crítica en relación con el médico (Basaglia, 2008, p. 26).

En toda lucha social hay una voluntad de la clase oprimida por ser reconocida en su subjetividad, cuando el médico acepta los reclamos del enfermo se convierte en uno de los polos de una dialéctica y solo así puede haber liberación.

Un individuo enfermo tiene como primera necesidad, no solo la cura de la enfermedad, sino muchas otras cosas: necesita una relación humana con quien lo atiende, necesita respuestas reales para su ser, necesita dinero, una familia y todo aquello que también nosotros, los médicos que lo atendemos, necesitamos. Ese fue nuestro descubrimiento. El enfermo no es solamente un enfermo, sino un hombre con todas sus necesidades (Basaglia, 2008, pp. 29, 30).

Basaglia proponía abolir el término de enfermedad y cambiarlo por 'crisis', el diagnóstico es un objeto, la crisis una subjetividad. Al aceptar la subjetividad del enfermo se puede entablar una dialéctica y la propuesta terapéutica es esa, que se establezca una situación que tienda a lo terapéutico, ¿por qué que tienda a ello? Porque incluso el médico no puede tener certeza de si existió una cura o no en un tratamiento (2008, p. 32). Esto es radicalmente distinto a lo que propone la psiquiatría contemporánea, mobiliza el diálogo, subjetiviza la vivencia del enfermo, desea la producción discursiva de su vivencia incluso si eso da cuenta de que en ella hay locura.

Por otra parte Thomas Szasz, húngaro emigrado a Estados Unidos que ejerció la especialidad y afirmaba que la antipsiquiatría solo podía enriquecer al abordaje de la enfermedad mental, pues no es un esfuerzo por destruir a este campo, sino una postura que denuncia lo que hay de malo en él; otra, la de Néstor Braunstein (1941-2022), psiquiatra y psicoanalista argentino que hace apenas diez años hizo un agudo juicio sobre la clasificación.

Thomas Szasz publicó en 1961 *El mito de la enfermedad mental*, donde denuncia que el concepto de enfermedad mental carece de sentido racional. En el siglo XIX pudo haber tenido cierta utilidad, pero en el XX "está desprovisto de valor científico y es, desde una perspectiva social, nocivo" (1994, p. 9).

Szasz hace una aguda crítica a la epistemología psiquiátrica, para ello divide las ciencias en dos grupos: aquellas que se definen por el objeto de su

estudio y aquellas que se distinguen por su método. La psiquiatría se parece más a la astrología o a la alquimia porque estas se conforman en torno al tema que estudian y poco se sabe sobre su metodología. No solo la psiquiatría dista de la química o la astronomía por esto, sino que además, los sustantivos en los cuales basa su acción, tales como ‘enfermedad mental’ pueden ser sustantivos falsos (1994, pp. 15, 16).

Al no haber un método establecido es fácil que los conceptos psicosociales, se basen en las intenciones del propio investigador. Si se quiere explicar qué hacen los psiquiatras, la respuesta dependerá por completo de con qué psiquiatra se está hablando. Pero en general, pueden hacer examinaciones físicas, terapias electroconvulsivas, tratamientos farmacológicos, dictaminar internaciones y dar opiniones periciales en casos judiciales (Szasz, 1994, p. 17).

El médico húngaro también hace una interesante analogía, compara a las enfermedades mentales con los lenguajes y establece que hay mayor similitud entre esas dos categorías que entre las enfermedades mentales y las físicas, por ello, la medicina tradicional no es un modelo aplicable al padecimiento mental. “Esto es exactamente lo que Freud hizo con los sueños. consideró que el sueño era un lenguaje y procedió a dilucidar su estructura y sus significados” (Szasz, 1994, p. 25).

Si la psiquiatría estudia a la conducta humana, y lo hace como si esta se diera a manera de un lenguaje, sería su uso social en el cual se basa esa disciplina; cuando el ser humano trasciende de su simple meta de supervivencia, se inscribe en el campo de la ética. Es por eso por lo que la ética y la psiquiatría están íntimamente relacionadas.

Puesto que las teorías psiquiátricas intentan explicar la conducta humana, y los sistemas psicoterapéuticos tratan de modificarla, las proposiciones referentes a los valores y metas (<<ética>>) se considerarán parte indispensable de las teorías que estudian: la conducta personal y la psicoterapia (...) si bien en la conducta existen determinadas invariantes biológicas, la pauta específica de los actos

humanos está determinada, en gran medida, por roles y reglas (Szasz, 1994, pp. 22, 26).

Pensar en las enfermedades mentales como si estas fueran un dialecto es muy útil para entender las limitaciones de la psiquiatría, Szasz apunta que en ningún caso sería razonable buscar la etiología de hablar un idioma, porque este se aprende. En estos términos, las condiciones de ‘aprendizaje’ para una enfermedad mental son, al igual que en la adquisición de un lenguaje, rastreables al contexto social. “Cuando se considera que el trasfondo social de los fenómenos de conducta es una variable, podemos ver que los fenómenos de la enfermedad mental aparecen, se intensifican, disminuyen o desaparecen” (Szasz, 1994, p. 23).

Bajo este análisis, tampoco es posible pensar en un tratamiento o una cura. La formación sintomática para Szasz se parece a la del psicoanálisis, hablar un idioma tiene una razón de ser para el hablante, si se despatologiza se verá que esa manera de interactuar con el mundo y con el otro, es “tan válida como las otras” (1994 p. 25).

Las enfermedades físicas amenazan a la supervivencia, que Szasz llama el juego objetal (no confundirse con la acepción psicoanalítica de ‘objetal’ referente a la relación con alguna figura de alteridad, se presume que Szasz se refiere al objetivo de supervivencia biológica fundamental); las llamadas enfermedades mentales, se forman en el marco de cómo debe vivir el hombre, es el metajuego (1994, p. 28).

La labor de Charcot como neurólogo en el siglo XIX no era dar tratamiento, sino entender de mejor manera a las enfermedades mentales, con él se fundó la modernidad en el estudio de estas, pero también se inauguró el error que marcará a la psiquiatría hasta la época actual. Al médico francés se le atribuye una revolución similar a la de Pinel, si este liberó a los locos e introdujo un tratamiento más humanizado para ellos, Charcot legitimó a la histeria como enfermedad y le dio a las histéricas su estatuto de pacientes. Nótese que ambas reformas son sociales, no médicas (Szasz, 1994 p. 38).

La sociedad del siglo XIX estaba dispuesta a considerar a las incapacidades como enfermedades. Este podría ser un primer paso para

entender la medicalización a la que acontecemos en la contemporaneidad. Llamar a los sujetos incapacitados ‘enfermos mentales’, es un obstáculo para comprender lo que les pasa, y aunque a primera vista parezca que les dota de dignidad, en realidad se les ratifica su incapacidad. Si hubo progresos en su situación, “se lograron a pesar del marco médico teórico dentro del cual se moldeó nuestra disciplina [la psiquiátrica] y no debido a este” (Szasz, 1994, p. 41).

En la categorización de las enfermedades y su división en corporales y mentales, Szasz hace la siguiente aseveración: “[las corporales] al impedir el funcionamiento perfecto del cuerpo humano considerado máquina, dificultan la integración social. [la categoría de las mentales] se caracteriza por dificultades en la adaptación social, no atribuibles a la disfunción de la máquina, sino <<causadas>>, más bien, por quienes la construyeron -los padres, la sociedad-” (1994, p. 52).

Szazs admite que es indudable que la gente queda incapacitada, pero los nombres y los valores que se les confieren a esas incapacidades “dependen de las reglas del sistema taxonómico que utilizamos” (1994, p. 53). Si no se sabe quién estableció las reglas, se puede caer en el grave error de pensar que estas son naturales y no creadas. Esto es para él lo que sucedió en la primera mitad del siglo XX, las fobias, la homosexualidad, los actos delictivos, el divorcio, la adicción, se tomaron por enfermedades naturales. Hay que destituir la dicotomía que equipara al comportamiento no ‘regular’ con el pecado o la enfermedad (1994, p. 54).

Los médicos ampliaron los criterios para conceptualizar la enfermedad, ya no será esta un trastorno orgánico, será cualquier fenómeno que implique incapacidad o sufrimiento.

La agorafobia es una enfermedad porque el individuo no debe temer los espacios abiertos. La homosexualidad es una enfermedad porque la sociedad impone la heterosexualidad como norma. el divorcio también lo es pues indica el fracaso del matrimonio. Se dice que el delito, el arte, el liderazgo político indeseado, la participación en los asuntos sociales o la

falta de dicha participación son signos de enfermedad mental (Szasz, 1994, p. 55).

El análisis sobre las condiciones históricas y sociopolíticas sirve para detectar las modificaciones en la relación médico-paciente. Las sociedades capitalistas difieren de las socialistas en la manera en la que tratan a sus enfermos. Cuando una persona cuenta con los medios suficientes para contratar atención médica privada, ya sea en salud general o mental, el tratante es un agente suyo y la relación que establece con él es bipersonal; cuando el paciente accede a través de un seguro, el médico es un agente que responde a intereses difíciles de rastrear; cuando el enfermo es beneficiario de un programa público, el médico es un agente del Estado. En los dos últimos casos, la relación es multipersonal. Todo esto tiene implicaciones también en la confidencialidad que media la relación (Szasz, 1994, pp. 61-68).

A estas diferencias, cabe añadir el eje que separa a las enfermedades orgánicas de las mentales, que dará una multiplicidad de manifestaciones o conformaciones de la relación médico-paciente. Principalmente porque en las enfermedades fisiológicas se entiende que estas han ocurrido a quien las padece, mientras que las mentales, se atribuyen a algo que la persona hizo (Szasz, 1994, p. 68).

Esta diferencia se enuncia también en el tratamiento, un estudio de 1968 reflejó que a los pacientes estadounidenses que acudían por tratamiento para una enfermedad mental y tenían los medios para pagar asistencia privada, se les solía tratar con psicoterapia, mientras que a quienes accedían a asistencia pública se les recetaba fisioterapia (Szasz, 1994, p. 71).

El gobierno socialista soviético ofrece un interesante punto de contraste con el capitalismo norteamericano. Los médicos rusos son agentes sociales, no agentes de los enfermos, incluso se abolió en la URSS el juramento hipocrático, la asistencia se volvió un medio de control social (Szasz, 1994, p.76). “La medicina soviética y la asistencia social norteamericana se adaptan en forma admirable al propósito de mantener <>a raya<> a los miembros (o los grupos) potencialmente descontentos de la sociedad” (p. 77). ¿Será que, en la época actual, para esto se usa el discurso de la salud mental?

Szasz ofrece una analogía interesante entre la familia autocrático-patriarcal y el ejercicio de la medicina en las sociedades del siglo XX. En una familia de tales características, el poder es ejercido autoritariamente por un padre tiránico y punitivo; la madre se muestra benévola y protectora a pesar de ser un agente del Estado; el hijo o ciudadano se encuentra en un estado precario pero medianamente equilibrado por ambas fuerzas de los progenitores (1994, p. 77). ¿Cómo se puede entender esta configuración de las fuerzas que sujetan a las personas en la actualidad?

Hacia el final de los 1970, Néstor Braunstein ocupó y fue destituido del cargo de ‘Director del Servicio de Psicoterapia’ en la Secretaría de Salud de México y expulsado de la Sociedad Mexicana de Psiquiatría, por haber hecho una ponencia que se denominó ‘antipsiquiátrica y antimexicana’, en la que denunció por primera vez, el afán clasificador de la psiquiatría. Al respecto afirma que su postura sí fue antipsiquiátrica “si por psiquiatría se entiende, no a una rama de la medicina dedicada al tratamiento de personas que sufren en la vida y pierden la posibilidad de aprender, de trabajar, de experimentar placer, de desarrollar sus posibilidades, sino a la especialidad burocrática que asigna a la medicina el monopolio para tratar unas ‘enfermedades mentales’” (2013, p. 13).

Braunstein critica al afán clasificador de la psiquiatría contemporánea, que llega hasta a incluir lo ‘no incluido en ciertas clasificaciones’, los desajustes en el matrimonio, trabajo, sociedad y ‘otros’ (2013, p. 15).

Se hará un recorrido por la clasificación de las enfermedades que comenzó con Linneo en 1763 y que Pinel llevó al campo de ‘lo mental’ aportando su propuesta de nomenclatura en la que estaban la melancolía, la manía con delirio, la manía sin delirio, la demencia y el idiotismo. El alienista también enumeró sus causas: físicas, cerebrales, hereditarias o morales. A esto Braunstein añade que en estos días las causas se han modificado poco: organogénesis neurológica, tara genética, trastornos psicogenéticos (Braunstein, 2013, pp. 19-21).

En el siglo XX Kraepelin aumentó nueve categorías a las propuestas por Pinel e introdujo el término de ‘psicosis’. Toda esta herencia viene del campo

de la botánica, y por ello, tendrá limitantes. La clasificación en psiquiatría a diferencia de en las ciencias naturales, crea los objetos a los que se aplica y va a producir también un discurso que usará como agentes a los psiquiatras. Además, en la psiquiatría no se ha logrado determinar con claridad la etiología de las enfermedades, por ello no ha alcanzado legitimidad como especialidad médica, apenas hay una esperanza de encontrar en el cerebro el origen preciso de la enfermedad mental (Braunstein, 2013, pp. 21-26).

El cerebro está involucrado (...) pero él no es el productor sino el asiento de procesos que permiten y regulan la relación entre el organismo y el medio ambiente que le rodea, (...) Es en la relación del sujeto (del sujeto del inconsciente) con el Otro donde se encuentran las causas de su acuerdo o desviación respecto de la norma que no está en el cerebro sino en la estructura social, económica, antropológica, lingüística, política (...) El cerebro no es la causa de la subjetividad sino su sustrato" (Braunstein, 2013, pp. 27, 28).

Así se genera lo que Braunstein llama un 'newspeak', remitiendo a Orwell, dice que no es que no existan las enfermedades mentales, sino que no lo hacían antes de que se conceptualizaran, la psicopatología de la psiquiatría es performativa en cuanto funda, además sirve a los intereses del Estado en su complicidad con la industria farmacéutica. Prueba de esto es que cada vez que se ha encontrado una etiología propiamente orgánica a una de las enfermedades tratadas por la psiquiatría, esta migra al campo de la neurología (2013, pp. 30, 31).

La operación abarcadora de la conducta 'normal' y 'anormal' de la psiquiatría no sería posible si no se diera en el marco de la medicalización de la vida y la cultura. En 1942 se nacionalizó la medicina en Inglaterra y a partir de entonces, se ha asistido a este proceso mediante el cual "diferentes (...) aspectos de la vida humana son vistos y tratados en términos del 'saber médico', supuestamente científico, avalado por cifras y estadísticas que muestran a las claras dónde está el bien (la 'salud' equiparada a la normalidad) y dónde está el mal, la 'enfermedad'" (Braunstein, 2013, p. 32) y que permite la intrusión de este saber en las esferas pública y privada.

Así habrá una ley médica que promulgará lo que es normal o anormal y hará del médico una autoridad política. Los más ínfimos detalles de la vida se pueden tildar de sanos o enfermos en términos de la normalidad y además todo está al alcance del juicio médico. “La salud mental consiste en vivir adaptándose a la convención cultural (...) La medicalización es un arma poderosa que funciona al servicio de un discurso, el de los mercados, y ordena la sumisión en nombre de valores sacrosantos: la salud, la larga vida y la ciencia” (Braunstein, 2013, pp. 35, 36).

Iván Illich en su texto de 1975 ‘The Medicalization of Life’ advierte, “La medicina es una empresa moral y por lo tanto inevitablemente da un contenido al bien y al mal (...) La moralidad está tan implícita en la enfermedad como lo está en el crimen o en el pecado” (como se citó en Braunstein, p. 38).

Esto también lo advierte un año después Foucault, “Cada vez más la medicina se impone al individuo, enfermo o no, como un acto de autoridad” (1976 como se citó en Braunstein, p. 40).

“En nombre de una cierta ganancia en cuanto a la duración de la vida y la prevención o control de las enfermedades, someter esa vida a los mandamientos de una empresa planetaria de regulación de todos los comportamientos” (Braunstein, 2013, p. 41).

El problema en la psiquiatría y lo que la hace ideal para la categorización de los individuos en lugar de las enfermedades, es que las categorías psicopatológicas no son propiamente enfermedades -objetos de conocimiento- porque no tienen una etiología conocida que se pueda investigar de manera objetiva, no hay una modificación anatómica o histológica, no hay parámetros clínicos de imagenología o análisis, no es posible, como Foucault ya lo decía, hacer un diagnóstico diferencial. Las enfermedades ‘de los nervios’ nunca se han podido ubicar dentro del sistema nervioso (Braunstein, 2013, p. 43).

Las nociones de normalidad biológica se tornan peligrosas cuando se aplican indiferiadamente al campo de la conducta, terreno fértil para que el poder establecido ejerza su regulación de los sujetos. La medicina opera en términos fisiológicos y la psiquiatría en rangos sociológicos, culturales y políticos.

En el Reino Unido las admisiones compulsivas en instituciones de salud mental entre 1984 y 1996 representaron el 63% del total de las internaciones (...) constantemente se reduce el número de camas para pacientes voluntarios y aumenta en una proporción aun mayor el porcentaje reservado para los confinados (Braunstein, 2013, p. 51).

En sociedades como la estadounidense, que ha visto un incremento en los crímenes violentos dirigidos a las masas o a la población en general, no se hace una mirada crítica hacia la glorificación de la guerra o violencia, sino que se enjuicia de manera retroactiva al psiquiatra que no encerró a tiempo a su paciente. “El manual de diagnósticos psiquiátricos revela aquí su función de reglamento de comportamientos y personalidades” (Braunstein, 2013, p. 61).

Hace cerca de cien años se empezó a hablar sobre la ‘ciencia del cerebro’ a pesar de que:

50% de los resultados informados sobre la investigación imagenológica son falsos positivos y que las publicaciones ‘científicas’ sufren todas de una proclividad a publicar los resultados positivos ignorando los resultados negativos (...) las compañías farmacéuticas jamás patrocinarían el informe de los efectos negativos, de los efectos secundarios indeseables (Braunstein, 2013, p. 63).

¿Por qué es tan atractivo recurrir al medicamento?

La ‘terapia’ lo sabemos, exige una inversión de tiempo y un riesgo de ansiedad que el médico no siempre puede y quiere otorgar. El psicofármaco en cambio, al ser recetado, permite al paciente irse con la convicción de haber recibido algo y al médico la convicción de haber hecho, ‘dado’, algo (Braunstein, 2013, p. 63).

La depresión es uno de los padecimientos que mayor auge ha tenido, en 2008, globalmente se compraron 20 mil millones de dólares en antidepresivos, aun cuando no se ha demostrado que su efecto sea significativamente más eficiente que el placebo (Braunstein, 2013, pp. 66, 67). Al dar un fármaco se trata a una depresión de manera exactamente igual que a otra, esto es para Braunstein, “la exclusión del sujeto y de la dimensión transubjetiva de la experiencia humana” (pp. 68, 69).

No solo ha habido un cambio en el abordaje, también lo ha habido en el lenguaje: el término ‘trastorno’ en el mundo hispanohablante, sustituyó a las palabras como ‘enfermedad’ o ‘padecimiento’, lo cual remite a ‘tornar’ salir del lugar de donde se partió. En inglés se usa ‘disorder’, cosa interesante si se piensa en la noción de ‘orden’ en dos sentidos: el de instrucción y el de la manera en la que deben acontecer las cosas. En francés están los ‘troubles de la personnalité’ siendo que ‘turba’ refiere a la alteración de la paz (Braunstein, 2013, pp. 71-73). ¿Por qué será que entre más médico <>medicado<> se vuelve el trastorno, menos se quiere hablar de enfermedad?

Equiparando las operaciones de clasificación de la psiquiatría a los cuatro discursos de Lacan, Braunstein dice que el amo serán la OMS y la APA, impondrán la ley de sus manuales y actuarán como la universidad, quienes los apliquen serán los sujetos del discurso de la histeria y los casos serán el objeto “clasificado y reducido al silencio” (2013, p. 83).

Lo clasificado para Braunstein, no son enfermedades ni trastornos, sino las demandas que se dirigen al dispositivo psi y que captan todas las dificultades de la vida de los sujetos.

La cuestión que se ignora cuando se envía a alguien a ser ‘tratado’ y sale con su paquete de ‘medicinas’ es la del sujeto sufriente (y gozante) por su condición de marginal con relación a las normas de la cultura (...) el ‘furor sanandi’ es un síntoma, el del médico inserto en un dispositivo que lo lleva a desconocer el objetivo de las acciones que se le ordena cumplir, fundamentalmente, la normalización de la subjetividad (...)

La psiquiatría incorpora toda la masa de las conductas anormales (...) apoderándose de lo que pertenecía al discurso moral, jurídico o policial. La psiquiatría es la bisagra que reúne a la medicina (como ciencia del cuerpo) con la política y el aparato judicial (...) regulan la vida de los habitantes del mundo entero. La conformidad con ‘lo esperado’ según las normas de la cultura, será sinónimo de ‘salud’” (2013, pp. 86, 87, 91).

Propiamente en los manuales, puede verse que el diagnóstico multiaxial del DSM surgió en 1980 con el DSM-III y mantuvo sus ejes en el DSM-IV de

1994. En la CIE-9 aparecen muchísimo menos entidades clínicas que en la CIE-10, además de que se deja de hablar de ‘trastornos mentales’, para comenzar a nombrarlos ‘trastornos mentales y del comportamiento’ haciendo de la conducta parte del territorio dominado por la psiquiatría (Braunstein, 2013, pp. 94, 95).

En la última edición del DSM hay más de cuatrocientos treinta trastornos. La psiquiatría tiene identificados tres objetivos de sus manuales clasificadores: la comunicación entre psiquiatras, el control de los casos para el tratamiento y la prevención y la comprensión sobre los trastornos.

Finalmente, esta estadística de casos se usa para destinar el dinero de los impuestos a la atención de los padecimientos que con mayor incidencia se diagnostican, para juzgar como ‘competente mental’ a un criminal o declararlo inimputable, y para distribuir beneficios de incapacidad.

Braunstein retoma a Voltaire que en 1764 (como se citó en 2013, p. 124) escribió en su texto ‘Folie’:

Llamamos locura a esta enfermedad de los órganos del cerebro que impide que un hombre piense y actúe como los demás. Por no poder administrar sus bienes, se lo inhabilita, por no poder tener ideas convenientes para la sociedad, se lo excluye; si es peligroso, se lo encierra; si es furioso, se lo amarra.

Braunstein apunta, “Sólo cabría agregar, hoy, que en todos esos casos, además, se lo medica” (2013, p. 124).

La locura clásica de la que hablaba Foucault dividía a la población en locos y no locos, la clasificación de estos días abarca un sinnúmero de conductas.

### **Capítulo 3: Propuesta freudiana sobre la paranoia.**

La psicología, la psiquiatría y el psicoanálisis son los tres campos teóricos desde los cuales se suele plantear un abordaje clínico de la enfermedad mental, y a pesar de que su objeto puede ser similar, distan significativamente en los principios que guían su praxis.

Para elaborar en sus diferencias, Tappan retoma a Escandón Carrillo, quien enumera tres objetivos principales de las psicoterapias: ayudar a corregir síntomas causados por problemas emocionales y mentales; mejorar las relaciones con los demás y resolver conflictos internos (como se citó en Tappan, 2021, p. 164). La psicología es una disciplina compleja de entender cuando se quiere ubicar su objeto de estudio, este comprende la conducta, pero además trata a la salud mental, podría decirse que se encarga de la subjetividad. Lo hace a través de una epistemología positiva, pues pugna por cuantificar mediante experimentos y pruebas y así alcanzar el estatus de ciencia.

La psiquiatría por su parte está enfocada en la curación de los pacientes y en la promoción de la salud mental. Equipara los trastornos mentales a las enfermedades de las que se ocupan otras especialidades médicas y por ello busca encontrar su etiología en el terreno fisiológico. Al organizar sus posibles diagnósticos a partir de la estadística funda un proyecto de normalidad a la luz del cual, las conductas pueden ser calificadas como desviaciones. Lo saludable se convierte también en lo correcto y dista de lo insensato o imprudente, conformando así un binomio salud-enfermedad peligroso cuando deviene en estereotipos morales. De modo que los ‘diferentes’ se convierten en ‘enfermos’ (Tappan, 2021, pp. 167-169).

Freud fundó la teoría y la práctica del psicoanálisis, la dimensión clínica de este le convierte en algo mucho más complejo que una técnica para la curación o una explicación sobre las psicopatologías. Los criterios para diagnosticar en psicoanálisis son por completo diferentes. Desde este campo se interpreta cada acto o conducta de acuerdo con su contexto, para ello es esencial que el sujeto hable, que dé su perspectiva, nunca antes de ello se le impone una clasificación.

El sujeto en su decir y en sus actos, subsume una posición en el lenguaje (...) hay tres grandes modos de habitar el lenguaje que generan tres estructuras clínicas: la psicosis, la neurosis y la perversión; de todas maneras, los criterios para el trabajo en análisis se realizarán caso por caso, cada persona es una huella singular (Tappan, 2021, p. 170).

Los estudios de caso serán privilegiados sobre las estadísticas, los paradigmas clínicos serán las entidades constantes.

Ante las más de mil técnicas psicoterapéuticas que se registraron en el año 2000, la propuesta de Freud se mantiene singular al apostar por la existencia del inconsciente, formulación teórica que le valió el título de ‘filósofo de la sospecha’ por haber desmitificado que el hombre sea un ‘animal racional’ tal como lo estableció Descartes. “Freud abrió una nueva dimensión para el conocimiento del hombre, alejado de las idealizaciones religiosas y filosóficas que entorpecían antes que favorecer la comprensión de lo humano” (Tappan, 2021, p. 171).

Freud mismo dedicó su decimosexta conferencia de introducción al psicoanálisis al establecimiento de algunas diferencias importantes con respecto de la psiquiatría, en ella explica que para que un análisis se lleve a cabo, no es necesario que el paciente esté convencido de que esto sucederá. La teoría freudiana surge de la experiencia clínica de su fundador, de su cuidadosa observación. Acerca de la psiquiatría, él advierte que hay poco compromiso con el enfermo mental.

Para ilustrar las diferencias entre psicoanálisis y psiquiatría, Freud echa mano de dos ejemplos. Uno de ellos es denominado ‘acto sintomático’, el clínico notó que un gran número de pacientes dejaba abiertas las puertas que separaban a su consultorio de la sala de espera, siempre que esta estaba vacía, conducta no efectuada cuando la sala de espera albergaba otros analizantes. Freud ataña este fenómeno a un menospicio inconsciente por parte de quienes llegaban y se encontraban con que nadie más esperaba su turno para entrar. Afirma que con esto querían decirle “¡Ah”, Aquí no hay nadie, y probablemente durante todo el tiempo que yo esté no vendrá nadie tampoco” (Freud, 1916/1991, p. 227). Este acto es inconsciente porque ninguno de sus

ejecutores lo explicaría a través de esa hipótesis, sin embargo, desde el psicoanálisis, no es un acto casual y encierra un propósito.

Como segundo ejemplo, Freud habla sobre el caso de una mujer a quien su yerno insta a acudir al análisis por presentar continuos episodios de celos que le causaban un profundo malestar. Ya un psiquiatra la había atendido y había concluido que la aparición de su idea delirante se podía explicar por el hecho de que existían antecedentes psicopatológicos en su familia. Después de un par de sesiones, el analista se dio cuenta de que los episodios eran el resultado de un delirio de celos formado después de que la paciente había recibido una carta anónima en la que se le informaba que su marido le había sido infiel, a pesar de que se había desmentido el amorío. El delirio cumplía una función, ya que la señora en realidad estaba enamorada del joven esposo de su hija y había -a través del mecanismo de desplazamiento- reflejado en su cónyuge el peso de la infidelidad, “su propio amor no le había devenido consciente, pero el reflejo de él, que le aportaba esa ventaja, ahora se le hizo consciente de manera obsesiva, delirante” (Freud, 1916/1991, p. 231).

Así Freud establece que el síntoma, la idea delirante en este caso, surgió por un motivo rastreable a la vida inconsciente de la paciente; no solo era justificado, sino que era necesario y además traía consuelo. Sobre las diferencias entre el psicoanálisis y la psiquiatría afirmará que no hay contradicción entre ambos:

La psiquiatría no aplica los métodos técnicos del psicoanálisis, omite todo otro anudamiento con el contenido de la idea delirante y, al remitirnos a la herencia, nos proporciona una etiología muy general y remota, en vez de poner de manifiesto primero la causación más particular y próxima (...) en la naturaleza del trabajo psiquiátrico no hay nada que pudiera rebelarse contra la investigación psicoanalítica. Son entonces los psiquiatras los que se resisten al psicoanálisis, no la psiquiatría. El psicoanálisis es a la psiquiatría lo que la histología a la anatomía (Freud, 1916/1991, p. 233).

La conferencia finaliza con una contundente lección sobre los objetivos del psicoanálisis, su fundador afirma que la psiquiatría no ha sido capaz de

resolver las ideas delirantes, pero tampoco tiene porqué lograrlo el psicoanálisis. Aun si el clínico entiende lo que le ha ocurrido al enfermo, no puede lograr que el enfermo lo asuma. Más que un efecto inmediatamente terapéutico, el psicoanálisis servirá como herramienta de investigación. Además de la expuesta en este caso, hay otras manifestaciones nerviosas que sí se han servido del conocimiento profundo sobre los procesos anímicos inconscientes.

Para ahondar en las diferencias entre la psiquiatría y el psicoanálisis, ahora se revisará el texto *Perturbación en Pernepsi* de Jean Allouch, quien parte del hecho de que es frecuente que en los denominados 'locos' aparezca el miedo a 'volverse loco' como piedra angular para cuestionar lo que se toma por locura. Si un paranoico teme intensamente 'volverse loco' y el saber psiquiátrico toma esto para establecer que ya lo está, debe haber otro tipo de locura (1988, p. 13). Esto sirve para contrastar el abordaje psiquiátrico, que Allouch advierte, es muy similar al estoico, con el psicoanalítico, que es distinto.

En el abordaje psiquiátrico -estoico- la noción de 'proceso' es fundamental, en los estoicos se encuentra que lo que desencadena la locura, es un proceso que parte de una desviación moral causada por la pasión [*pathos*], en la psiquiatría contemporánea, se esconde este sentido moral y se habla de procesos orgánicos lo cual implica que ya no se conciba como culpables a los afectados por ella. Allouch advierte que, en ocasiones, la doctrina psicoanalítica puede hallarse contaminada por la estoica, por ejemplo, cuando se habla de que el yo es el que debe 'domar a las pulsiones', de manera que las psicoterapias del yo tendrán mayor similitud con la psiquiatría que con el psicoanálisis.

En términos más puros, se puede hacer un claro contraste entre ambas posiciones, para Allouch es innegable que la doctrina de Freud es herencia de la posición que Erasmo describe en su *Elogio de la locura*, donde establece una especie de asociación libre como regla fundamental: "decir de repente cuanto se me viniera a la boca (...) lanza inmediatamente por escrito todo lo que se le viene a la mente, todo lo que afluye a su pluma [y] (...) todo cuanto sueña" (como se citó en Allouch, 1988, p. 19). Mientras que los escritores

estóicos hacían extenuantes revisiones a sus escritos. Esta especie de asociación libre devuelve la seriedad a lo frívolo, que no se tomará como tal, así como en la técnica psicoanalítica se va a buscar en lo superfluo, en lo aparentemente casual, una entrada hacia una mayor profundidad.

La psiquiatría ve en el pathos lo patológico y devalúa la palabra del loco, la descalifica, la despoja de toda consecuencia que pueda tener como acto, mientras que el psicoanálisis se presentará como “otro modo de acoger la palabra del sujeto” (Allouch, 1988, p. 15).

Sobre esto habló un poco Foucault:

La ciencia de las enfermedades mentales, tal como puede desarrollarse en los asilos, no será nunca más que ciencia de la observación y de la clasificación. Ello no será un diálogo. Y no podrá serlo verdaderamente sino hasta el día en que el psicoanálisis haya exorcizado el fenómeno de la mirada, esencial en el asilo del siglo XIX, y que haya sustituido su magia silenciosa por los poderes del lenguaje (2020, p. 223).

¿Cómo es esta otra relación con la locura? Allouch encuentra en Erasmo, en Freud y en Lacan una oposición a los estóicos y a los psiquiatras que puede enunciarse en tres aspectos: el primero es la exclusión de la figura del morosofo (escritor estóico), o de cualquier término que funja para referirse al no-loco, ya sea razonable, sabio, normal, sensato: porque no hay no-loco para Erasmo; el segundo, es que ‘es honorable estar atado a la locura’, en psicoanálisis se rompe con la inmoralidad como condición para la locura, se desafía esta idea al establecer que en ocasiones los actos de mayor locura son sumamente morales; tercero, no hay quien sepa más de sí misma que la locura, se vale dar escucha al loco, se le reconoce como ser hablante, se valora y da lugar a su discurso.

Allouch extrae de esas nuevas condiciones que puede haber transferencia en la psicosis, que hay una *follie à deux* cuando un ‘no no-loco’ presta su escucha a un ‘loco’ (1988, p. 22). Esto también fundará la posibilidad de que haya más de un tipo de locura, cuando para los estóicos y para los psiquiatras parece que toda ausencia de razón es básicamente igual.

Quizá uno de los puntos de diferencia más radical entre la posición del psicoanálisis y la de la psiquiatría, es la categoría que fundó y de muchos modos define a la primera disciplina: el inconsciente freudiano. Al revisar la cuestión de la formación de los analistas, Lacan sugirió al estatuto de la transferencia como el central en la relación epistemológica que se establece al acceder al abordaje del inconsciente.

Foucault también habló de la transferencia como un punto de inauguración de las diferencias más fundamentales entre el psicoanálisis y la psiquiatría:

Y es por esto por lo que toda psiquiatría del siglo XIX converge realmente en Freud, el primero que haya aceptado en serio la realidad de la pareja médico-enfermo, y que haya consentido en no apartar de allí ni sus miradas ni sus investigaciones, que no haya intentado ocultarla en una teoría psiquiátrica que tanto bien o mal armonizaba con el resto de la ciencia médica; el primero en haber sacado rigurosamente las consecuencias de esa realidad. Freud ha puesto en claro todas las otras estructuras del asilo: ha hecho desaparecer el silencio y la consideración, ha acabado con el reconocimiento de la locura por ella misma en el espejo de su propio espectáculo y ha hecho que se callen las instancias de condenación. Pero ha explotado, en cambio, la estructura que envuelve al personaje del médico (2020, p. 255).

Freud estableció como condición necesaria pero no suficiente para ser psicoanalista, creer en el inconsciente, Lacan le llamó al inconsciente ‘esa cosa absolutamente loca que se llama el inconsciente’.

Freud fue mordido por el *unbewusst* [inconsciente], cada uno de los demás psicoanalistas resulta mordido por Freud y como consecuencia se vuelve creyente en el inconsciente freudiano. Habrá que decir si nos resulta aceptable la idea de que pueda haber dos diferentes esencias del psicoanalista (Allouch, 1988, p. 29).

El analizante cree en el psicoanalista (está en transferencia) que, a su vez, cree en el inconsciente; que es, según Lacan, ‘una cosa loca’. Si el analizante se convierte en analista por una operación efectuada por el analista

didacta, esa operación consiste en transformar al analizante en un creyente del inconsciente, como lo es él mismo.

Otra de las exigencias de Freud para la clínica psicoanalítica, es que se aborde cada caso en su singularidad:

Freud formula una de sus exigencias de principio, y que por otra parte es impensable en psiquiatría: abordar cada caso como si nada hubiera sido depositado, en cuanto saber, después del análisis de los casos anteriores. (...) Las dos cosas llamadas por Lacan ‘absolutamente locas’, es decir, la entrada en el análisis y el pasaje de psicoanalizante a psicoanalista, podrían ser identificadas como una sola y misma locura, como un avatar de esa única locura (Allouch, 1988, p. 31).

¿Qué hay de esa primera ‘cosa loca’ mencionada? La transferencia en la psicosis a la que aludía Allouch, mencionada hace unos párrafos, no es la única psicosis de la que se va a tratar. Lacan afirmó que “a quien da el paso de ir a demandar un análisis a un psicoanalista” es un psicótico, un sujeto con síntomas neuróticos que le empujan a buscar a un analista y que por ello está “absolutamente loco” (como se citó en Allouch, 1988, p. 32), un psicótico con síntomas neuróticos (1988, p. 32).

El psicoanálisis para Lacan es “un delirio del que se espera que esté cargado de una ciencia” (como se citó en Allouch, 1993, p. 33). Lo que diferencia a quien delira con que su demanda será cumplida por un analista y quien delira con algo que le lleva a ser diagnosticado propiamente como psicótico, no es otra cosa que el pacto social. Un delirio compartido por muchos sujetos no se considera psicótico, aunque sea delirio y sea psicótico, por ejemplo, el doctor Luis Tamayo (2018, p. 34) habla de la ‘locura ecocida’, en la actualidad el modo de vida es desajustado de la realidad por completo y sin embargo, al ser compartido por masas enormes de población no es sujeto del diagnóstico psiquiátrico. La transferencia para Lacan es “aquellos a partir de los cuales (...) un sujeto psicótico de síntoma neurótico -a veces- psicótico se dirige a un psicoanalista para librarse de él” (como se citó en Allouch, 1988, p. 34).

[Freud y Lacan] “Acabaron por entender y manifestar que hay sufrimiento en una cantidad infinita de personas (sujetos) y que cada

uno sufre a su manera singular y única por lo que cada ‘caso’ debía estudiarse en su particularidad, olvidando el saber general sobre situaciones clínicas parecidas y los diagnósticos, así como toda referencia a ‘normas’. Su clínica no es de síntomas y síndromes, sino de lo que sucede en el encuentro dialógico y dialéctico con el ‘analizante’, el que lleva activamente y no pasivamente (paciente) el análisis, una ‘clínica bajo transferencia’. En esas maneras de sufrir-gozar pueden reconocerse ciertas maneras de vivir la relación con el Otro, maneras diferenciadas que llamamos ‘estructuras clínicas’, o mejor, ‘posiciones subjetivas’ (con relación al Otro y a la Ley) que presentan rostros cambiantes, tal como se evidencia en la situación analítica. La clínica del sujeto, la única que importa, es la de sus relaciones con el Otro; el único mandamiento para el psicoanalista es el de respetar esa posición subjetiva que es manifestación de su ‘verdad’ singular (Braunstein, 2013, p. 84).

Uno de los puntos de diferencia fundamentales entre el psicoanálisis y la psiquiatría es probado precisamente por el interés de Freud en el análisis del contenido del delirio narrado por Schreber en sus memorias. Mientras que la psiquiatría busca la cura, el restablecimiento, la readaptación de sus sujetos, el fundador del psicoanálisis tiene como caso más célebre de análisis de la paranoia, no a un paciente de carne y hueso sino a sus memorias. El psicoanálisis no parece buscar en este caso la cura, sino la verdad.

La primera enfermedad de Schreber, le sobrevino a los 42 años, en 1884, cuando era director del tribunal regional de Chemnitz pasó seis meses internado bajo la tutela de Flechsig que describió el episodio como una hipocondria grave. La segunda enfermedad se presentó a sus 51 años cuando fungía como presidente del Superior Tribunal de Dresde en 1893, unos meses más tarde fue trasladado a Sonnenstein donde lo trató el doctor Weber. En 1900 buscó el alta a pesar de que su médico tratante no estaba de acuerdo, en 1902 se le concedió y publicó sus memorias un año más tarde.

Freud identifica como hechos anamnésicamente importantes la pérdida del padre y del hermano mayor, el no haber podido concebir hijos con su

esposa y la transferencia que se estableció entre él y su primer médico tratante, Flechsig. Los síntomas positivos que presentó fueron cambiando en el desarrollo de la segunda enfermedad que fue antecedida por una etapa de insomnio durante la cual, en algún momento entre la vigilia y el sueño, Schreber tuvo una experiencia de 'lo hermoso que debía ser una mujer sometida al acoplamiento' (1903 como se citó en Freud, 1911/1991 p. 14). Después de esto regresaron las ideas hipocondriacas y comenzaron ilusiones sensoriales e intentos de suicidio; pronto sus pensamientos tomaron un matiz místico y Schreber dijo estar convencido de que tenía una relación directa con Dios. Antes de ser trasladado a la clínica de Weber en Sonnenstein, Schreber debutó con un delirio de persecución cuyo protagonista era su primer médico, Flechsig, quien según el enfermo estaba abocado a la misión de matar a su alma, cometer un 'almicidio'.

Después del traslado se consolidaron los síntomas en un cuadro paranoico, sorprende que paralelamente se restablecieron otros aspectos de su personalidad y se recobró bastante funcionalidad, manteniendo síntomas motores, pero exhibiendo inteligencia, buena memoria y contacto con todos sus conocimientos, tanto así que logró unos años después su alta médica. Se sabe que después de haber salido de la clínica pudo sostener una vida social libre de escándalos y mostrarse amable y decente para con los demás, nunca negó su delirio e insistió en la divulgación de sus memorias que, aunque censuradas, fueron publicadas.

El delirio principal comenzó siendo puramente paranoico, pero después se complejizó y cobró tintes mesiánicos, Schreber acabó convencido de que se le había llamado como redentor, que Dios le había elegido para convertirlo en mujer y después fecundarlo para dar inicio a una nueva raza de hombres 'schreberianos' que repoblarían la tierra. Acompañaron a este delirio una serie de experiencias sensoriales alucinatorias tanto placenteras y descritas como del orden de la 'voluptuosidad', como displacenteras pero necesarias para su transformación y por ende toleradas. Había alucinaciones auditivas que le venían del sol, de los rayos, de los árboles y de los pájaros y que le hablaban para traer noticias de los milagros que acontecían en él.

Para Freud es importante destacar que al Schreber lúcido le parecía inverosímil el disfrute de cualquiera de estos ‘acontecimientos’, jamás mostró de manera consciente el deseo de experimentarse como femenino o de someterse a un acto sexual con otro hombre, y aunque es común que en los delirios exista un componente religioso y el enfermo se viva a sí mismo como elegido o redentor, es muy particular de este caso el factor de la mudanza en mujer. El psicoanalista llegará a concluir que fue este elemento, el de la emasculación, el principal en el delirio y que el componente redentor no lo engendró sino que lo complementó secundariamente.

La fantasía que dio pie a la *explicación* redentora era primeramente de índole sexual. “Nosotros, los psicoanalistas, profesamos hasta ahora la opinión de que las raíces de toda enfermedad nerviosa y psíquica se encuentran de preferencia en la vida sexual” (Freud, 1911/1991, p. 29). Una mente sofisticada y potente como la que Schreber exhibía tener tanto en sus períodos de ‘salud’ como en los de ‘enfermedad’ había logrado a través de la obediencia al orden del universo (porque para el ateo Schreber Dios era un personaje más en el delirio y no la máxima autoridad), justificar el cultivo de la voluptuosidad femenina como deber que le había sido conferido y del cual no podía escapar. “No era ya una libertad sexual masculina, sino un sentimiento sexual femenino; adoptaba una actitud femenina frente a Dios, se sentía mujer de Dios” (p. 30).

Freud describe en el caso Schreber que, en los delirios persecutorios, el perseguidor es por lo general una persona por la cual el delirante solía tener sentimientos intensos o es al menos el sustituto de esa persona. Lo que sucede es que, gracias al mecanismo de proyección, el sentimiento es trasladado al exterior y mudado en lo contrario. De ahí que para Freud haya sido un avance de la libido homosexual, cuyo objeto primeramente fue Flechsig, el que provocó que se engendrara la enfermedad.

En el caso de la paranoia, sus formas principales pueden explicarse como contradicciones a la frase ‘yo [varón] lo amo [a un varón]’. El delirio de persecución ofrece la contradicción ‘yo no lo amo, pues yo lo odio’, por mecanismo de la proyección el sentimiento interno se coloca fuera y se percibe

como ‘él me odia’, la persecución es la manifestación de ese odio. El persecutor es el objeto amado.

En la erotomanía se tiene una segunda variedad de la contradicción partiendo de la misma base: ‘yo [varón] lo amo [a un varón]’ en este caso se contradice el género del objeto amado, ‘yo no *lo* amo, pues yo *la* amo’, por obra de la proyección nuevamente se pone fuera el sentimiento y se obtiene ‘ella me ama’.

Freud habla también de la tercera contradicción, que engendra al delirio celotípico: ‘no yo amo al varón, es *ella* quien lo ama’.

Si el delirio de persecución contradice que se ame y afirma que se odia, el de erotomanía que se sea odiado por que se sea amado y el de celos al sujeto amante, Freud aun trae una cuarta posibilidad, que se contradiga la afirmación entera y se afirme ‘yo no amo en absoluto y no amo a nadie’ con toda la libido siendo narcisista y nada de ella de objeto, surge el delirio de grandeza (1911/1991, p. 60).

El término de ‘proyección’ fue usado por primera vez en la teoría psicoanalítica en 1896, en ‘Nuevas puntualizaciones sobre la neuropsicosis de defensa’ en donde Freud amplía su teoría de que la paranoia era, al igual que la histeria y la obsesión, una neuropsicosis de defensa en el sentido de que “nacían mediante el mecanismo psíquico de la defensa, (...) el intento de reprimir una representación inconciliable que había entrado en penosa oposición con el yo del enfermo” (1896/1991, p. 163). Siendo la paranoia una psicosis de defensa, sus síntomas serían entonces determinados por el contenido reprimido, en aquella época Freud pensaba que los síntomas podían ser resueltos al llevarlos a la conciencia venciendo la resistencia, el caso tratado en dicho artículo demostró que no. Sin embargo, sirvió a Freud para establecer la proyección y algunos otros mecanismos como parte de su teoría sobre la paranoia. Entre sus conclusiones está que las falsas interpretaciones de la paranoia están basadas en un contenido reprimido, que las alucinaciones son fragmentos de este contenido que retornan, que muchas veces las voces que se oyen son pensamientos del propio enfermo que atienden a reproches con ocasión de una vivencia sexual infantil (ya sea anecdótica o acontecida en

la fantasía), y al mismo tiempo consecuencias del compromiso entre la resistencia del yo y el poder de lo que retorna.

Para que opere la represión hacen falta tres fases: la fijación, la represión propiamente dicha y el retorno de lo reprimido. La fijación consiste en que una pulsión no alcance en su desarrollo normal y permanezca en un estado más infantil por haber sido desviada de su curso, se queda como parte de lo inconsciente. La represión se da cuando las funciones del yo, que son conscientes, dan caza a esa pulsión con repulsión por ella, por ser ella conflictiva; paralelamente, esta es aún más atraída por las otras pulsiones inconscientes. La tercera fase y la que da pie al síntoma es el fracaso de la represión y el retorno de lo reprimido desde el lugar de la fijación (Freud, 1911/1991, p. 63).

En general, en la paranoia se puede encontrar una operación mediante la cual la libido es sustraída de los objetos y volcada de regreso en el yo, aplicada a la magnificación del yo provocando un retroceso hacia el narcisismo. Para Freud esto es lo que la caracteriza y lo que hace posible su diferenciación con respecto a otras patologías. Criticó que Kraepelin la denominara *dementia praecox* aunque no le importaba mucho la manera en la que se denominaban los cuadros clínicos, se enfocaba en que se diferenciaran los mecanismos intrapsíquicos que llevaban a las distintas manifestaciones, siempre siendo la fijación el predisponente principal para la paranoia, demencia precoz, esquizofrenia o cualquier combinación de estas.

El interés del psiquiatra por tales formaciones delirantes suele agotarse, en general, tras establecer él la operación del delirio y apreciar su influjo sobre la dirección que el paciente imprime a su vida; el asombro del psiquiatra no es el comienzo de su entendimiento. El psicoanalista trae, de la noticia que tiene sobre la psiconeurosis, la conjectura de que aun formaciones de pensamiento tan extravagantes, tan apartadas del pensar ordinario de los hombres, se han originado en las mociones más universales y comprensibles de la vida anímica; le gustaría por eso, conocer los motivos y los caminos de esa transformación. Con ese propósito ahondará de buena gana en la

historia de desarrollo, así como en los detalles del delirio (...) [Nosotros] No le reprochamos nada, ni que tuviera mociones homosexuales ni que se afanara en reprimirlas. Los psiquiatras deberían terminar por aprender de este enfermo, que dentro de todo su delirio se empeña por no confundir el mundo de lo inconsciente con el mundo de la realidad (Freud, 1911/1991, p. 18, 41).

Para Freud, Schreber enfermó a raíz de un retorno de libido homosexual previamente reprimida, pero esto jamás fue motivo de reclamación ni de juicio, además, en psicoanálisis el clínico tiene que aprender del enfermo.

A pesar de que la época condenara cualquier manifestación homosexual, Freud afirmó que las personas transitan por estados heterosexuales y homosexuales a lo largo de su vida y a veces un cambio de posición es simplemente causado por una frustración.

Además, Freud hizo un gran esfuerzo por encontrar en el discurso de Schreber el influjo social, esto se puede apreciar fácilmente en el apéndice del caso, donde se rastrean los mitos que elegantemente se entreven e interpretan en la conformación de su delirio. La jerarquía de dioses que remite a Arimán o a Ormuz, ilustra la relación del enfermo con el sol como figura paterna.

El psicoanalista afirma que la enfermedad se contrajo a raíz de un deseo homosexual de Schreber dirigido hacia Flehsig, al cual se contrapuso una intensa resistencia, una lucha defensiva que, por razones no sabidas tomó la forma de un delirio persecutorio. Para Freud el síntoma puede ser tomado como mecanismo de adaptación y la razón por la cual un deseo puede devenir patología se encuentra en las prohibiciones sociales y no en el enfermo. La introducción del carácter redentor fue una manera de resarcir al yo y de aceptar la fantasía homosexual, el síntoma viene a salvar de aquello que no se puede aceptar en uno mismo porque el entorno social no lo permite.

En el desenlace del delirio de Schreber, la fantasía sexual infantil celebra un triunfo grandioso; la volubiosidad misma es dictada por el temor de Dios, y Dios mismo (el padre) no deja de exigirle al enfermo. La más temida amenaza del padre, la castración, ha prestado su material a

la fantasía de deseo de la mudanza en mujer, combatida primero y aceptada después (Freud, 1911/1991, p. 52).

Si en esta época ya hay varios sectores sociales que se han deshecho de la fuerte sanción hacia las manifestaciones y deseos homosexuales, ¿será posible que otras prohibiciones operen para causar represiones de una fuerza tan grande que tengan como desenlace un delirio?

Freud ni siquiera afirma que Schreber era en realidad homosexual, Freud remite a la infancia a un amor sexual pero no sexualizado, “la raíz de aquella fantasía femenina que desató tanta resistencia en el enfermo habría sido, entonces, la añoranza por padre y hermano, que alcanzó un refuerzo erótico” (1911/1991, p. 47).

Al hablar del padre de Schreber, Freud busca antecedentes familiares para explicar la transfiguración de esa figura en Dios. La historia familiar se usa para comprender el delirio como discurso en el psicoanálisis, para dar cuenta de la significación que ocurre en la psique del enfermo, no como único asidero de una posible etiología a falta de claridad sobre la razón de la enfermedad, como en la psiquiatría.

Además de comparar la aproximación psicoanalítica a la paranoia, se ofrece como punto de contraste entre esta disciplina y la medicina psiquiátrica, la conceptualización y entendimiento del síntoma. Este tema es abordado por Freud en algunas de sus conferencias sobre psicoanálisis, publicadas en 1917, particularmente en la decimoséptima y vigesimotercera. Ahí establece:

La psiquiatría clínica hace muy poco caso de la forma de manifestación y del contenido del síntoma individual, pero el psicoanálisis arranca justamente de ahí y ha sido el primero en comprobar que el síntoma es rico en sentido y se entrama con el vivenciar del enfermo (...) La psiquiatría da nombres a las diversas obsesiones y fuera de eso no dice otra cosa. En cambio, insiste en que los portadores de tales síntomas son <<degenerados>>. Esto es poco satisfactorio, en verdad un juicio de valor, una condena en vez de una explicación (1917/1991, p. 235).

Más adelante explica que la neurosis obsesiva, acerca de la cual trata esta conferencia, y la histeria son las condiciones sobre las cuales se constituyó el estudio psicoanalítico, y además, las que pueden ser tratadas con mayor triunfo. Afirma que los síntomas neuróticos tienen un significado y un sentido sobre la vivencia del paciente, a lo que se dedica el psicoanalista es a descubrir el suceso pasado que da sentido a la acción o idea del obsesivo para justificarla y encontrar la verdadera meta de su conducta. Es verdad que las manifestaciones patológicas a veces no se antojan por completo singulares, hay cuadros clínicos integrados por síntomas típicos que permiten vislumbrar un diagnóstico sobre otro, diferenciar una neurosis obsesiva de una histérica, por ejemplo; pero su origen es diverso. Freud ofreció ante esto algunas posibles explicaciones: una de ellas es que existen vivencias típicas en la experiencia humana que sirven de cimiento para los síntomas.

Otra de las diferencias más radicales entre psicoanálisis y psiquiatría está en que el psicoanálisis extiende la posibilidad de enfermar a todos los seres humanos. Para esta disciplina, la enfermedad no es una desviación extraña sino una experiencia común, porque los síntomas se forman sobre configuraciones existentes en toda persona.

En 1954 Michel Foucault presentó su tesis bajo el título ‘Enfermedad mental y personalidad’, plantea en ella que ya es difícil definir la enfermedad y la salud en psicología, no tiene caso además aplicar los conceptos propios de la medicina somática. Propone que sea una reflexión sobre el hombre la que funja como base para hablar sobre patología mental, no hay una metapatología. La enfermedad es una alteración intrínseca de la personalidad, una desorganización interna de sus estructuras, el problema es que la personalidad es el elemento en el que se desarrolla la enfermedad y al mismo tiempo el criterio con el que se le juzga, es la realidad y la medida de la enfermedad (1984, pp. 11-18).

La enfermedad mental no es como la somática, una unidad que produce síntomas, es más bien un modo de reacción patológica del individuo. “La psicología no ha podido ofrecer jamás a la psiquiatría lo que la fisiología brinda a la medicina: el instrumento de análisis que al delimitar la perturbación permite

encarar la relación funcional entre la enfermedad y el conjunto de la personalidad" (Foucault, 1984, p. 21). La noción de personalidad dificulta la diferencia entre lo que se considera normal y lo que se toma como enfermo.

El psicoanálisis plantea que cada tipo de neurosis responde a una regresión hacia un estadio previo en la evolución libidinal, por lo tanto, cada uno de estos estados es una estructura patológica potencial, las condiciones para la génesis de la enfermedad son las mismas condiciones para la estructuración del aparato psíquico: no hay no-loco. La regresión es solo uno de los aspectos de la enfermedad porque la enfermedad no solo desestructura sino que también libera otras estructuras, es un intento de adaptación. Incluso la misma regresión puede entenderse como un recurso para huir de una contradicción que acontece al enfermo en el presente, la enfermedad lleva a una producción del pasado en el presente (Foucault, 1984, p. 50).

La psiquiatría no sólo es un abordaje para la alienación, sino probablemente un productor de esta: "El 'otro' deja de ser para el enfermo el compañero de un diálogo y el cooperador de una tarea; ya no se presenta sobre el fondo de las implicaciones sociales, pierde su realidad de 'socius' y se convierte en ese universo despoblado, en el Extraño" (Foucault, 1984, p. 74).

Para Foucault la enfermedad es producto de la contradicción en la experiencia social, porque esta aliena, y las condiciones de la personalidad que producen un conflicto de la reacción ante estas (Foucault, 1984, p. 104).

Freud aborda a la personalidad de un modo similar, como intrínsecamente gestora de síntomas, define a los síntomas como: "actos perjudiciales o al menos inútiles para la vida en su conjunto (...) que conllevan disiplacer o sufrimiento para [la persona]. Su principal perjuicio consiste en el gasto anímico" (1917/1991, p. 326). ¿Por qué se originan? "son el resultado de un conflicto que se libra en torno de una nueva modalidad de la satisfacción pulsional" (p. 326).

En el caso de la neurosis, la libido insatisfecha rechazada por la realidad busca un camino alterno, a través de la regresión, es capturada en un lugar donde previamente había ocurrido una fijación. La libido desviada se fija sobre

representaciones inconscientes, y por ende, operan sobre ella procesos propios de este sistema como la condensación y el desplazamiento.

Las fijaciones siempre son ofrecidas por las vivencias sexuales de la niñez, ya que durante esa etapa el desarrollo no ha concluido, esas experiencias pueden adquirir un carácter traumático mucho más grave. El síntoma neurótico es engendrado por una fijación libidinal como causa predisponente aunada a una vivencia propiamente traumática en la adultez. Las fijaciones pueden no haberse vivido como importantes en un inicio, pero cobrarán relevancia cuando provean de lugar de anclaje a la libido rechazada y desviada que conformará en un segundo tiempo al síntoma. Como en toda infancia hay sexualidad, sería imposible suprimir la oportunidad de hacer fijación, por lo tanto, síntoma. De ahí que la enfermedad sea una posibilidad universal, aunque tenga una etiología singular.

El síntoma será, por lo tanto, un “sustituto para la satisfacción frustrada” (Freud, 1917/1991, p. 333), el que lo experimenta lo vivirá, sin embargo, como sufrimiento y no como satisfacción y además lo verá desfigurado por la condensación y el desplazamiento. Las escenas infantiles precursoras de ese síntoma pueden haber sido vividas en realidad o pueden surgir meramente de la fantasía, Freud afirma que en la mayoría de los casos es una mezcla de estas, para él “en el mundo de las neurosis la realidad psíquica es la decisiva” (p. 336).

Si el síntoma proviene de las frustraciones constantes que la vida exige al sujeto, de esas instancias en las que se le obliga a renunciar a su placer en pro de la realidad, entonces es aún más obvio que en todo ser humano se pueda engendrar la enfermedad.

Dentro de la universalidad de la posibilidad de enfermedad que plantea el psicoanálisis sí se hace una gran distinción entre la neurosis y la psicosis. La neurosis es descrita como resultante de un conflicto entre el yo y el ello, el yo influido por los mandatos superyoicos y por las limitantes del mundo externo niega un deseo pulsional proveniente del ello o impugna a la meta de este, de ahí resulta como se había visto antes, una subrogación sustitutiva que deviene en síntoma.

Por otra parte, en la psicosis se libra un conflicto entre el yo y la realidad, en el que la resolución implica la alteración del mundo exterior por medio de la alucinación; existió una frustración de deseo tan grande y traumática operada por el mundo exterior que el yo rompe con él, el delirio será entonces el ‘ parche’ que se ponga encima del lugar de quiebre (Freud, 1991/1923, pp. 155-159).

En ambas modalidades de estructuración del síntoma ocurrieron dos etapas. La primera es la frustración de un deseo por el mundo exterior y la segunda es la rebelión del ello por esa frustración.

Las diferencias son las siguientes: en la neurosis la frustración se da por obra de la realidad y del superyó que no permite al yo cumplir el deseo con las condiciones del mundo externo, se usa la represión para desviar al deseo, lo cual resulta en la subrogación sustitutiva antes mencionada que es el síntoma en sí, pero en este caso también existe un quiebre con la realidad. Por la rebelión del ello consecuente a esta frustración, se evitará el fragmento de la realidad que causó al síntoma, no se desmentirá, pero no se querrá saber de ella, el síntoma tendrá la doble función de impedir al sujeto interactuar con este fragmento frustrante de la realidad (como en el caso de la fobia) y el yo escapará de ella a través de la fantasía que le servirá para dotar a ciertos aspectos de la realidad con un significado particular y un sentido secreto, por eso será *simbólica*. En la psicosis, el conflicto que la realidad impone al cumplimiento del deseo llevará al yo a crear una nueva realidad, la desmentirá y sustituirá de ella lo que le resulte insopportable. La fantasía dará pie a la alucinación que le proveerá al yo las percepciones que corresponden a ese nuevo mundo exterior.

Freud afirma que la conducta sana o normal, es “una conducta que aúna determinados rasgos de ambas reacciones: que, como la neurosis no desmiente a la realidad, pero como la psicosis, se empeña en modificarla” (1991/1924, pp. 195).

Mientras la psiquiatría se encarga de acumular datos y de hacer estadística para de alguna manera conformar cuadros clínicos e identificar el medicamento que puede mitigarlos, el psicoanálisis pugna por encontrar la

verdad del síntoma, incluso si esta no resultará en una ‘cura’. Estas son dos posiciones prácticas completamente distintas, pero también son dos posturas teóricas y epistemológicas absolutamente opuestas. En el capítulo final de ‘La agonía del eros’, llamado ‘El final de la teoría’, Chul Han (2014, p. 40) habla sobre el tipo de información positiva y acumulable que ofrecen las ciencias modernas, guiadas por datos, dice que en ellas no hay posibilidad de crear conocimiento, solo se puede uno dar por enterado de lo que afirman, por ello no cambian ni transforman, son inconsistentes. Para el filósofo, el conocimiento es negatividad, es singular como las bases sobre las que descansa la teoría freudiana, es realizador en la profundidad silenciosa en la que encuentra la verdad y tiene la cualidad de *performar* algo completamente diferente.

## **Capítulo 4: Conclusiones.**

En la actualidad, los diagnosticados como ‘enfermos mentales’ en México, tienen opciones muy limitadas para ser tratados. Si cuentan con los recursos económicos suficientes pueden ver a un psiquiatra particular o internarse en el Hospital Español, acudir a alguna clínica privada o buscar atención fuera del país. Los que no tienen suficiente dinero para acceder a estos servicios, y se requiere su internamiento, deben desplazarse a la Ciudad de México a intentar conseguir que se les admita en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz o en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez o a San Luis Potosí en la Clínica Psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña; después de haber pasado por Hospitales Públicos Generales a través de la atención del IMSS o ISSSTE o, si su Estado cuenta con uno de atención especializada como el CESAM de Querétaro, por este. En estos centros encontrarán tratamiento para los síntomas positivos de su condición, una vez que las alucinaciones y delirios hayan sido acallados por los medicamentos o la terapia electroconvulsiva, se habrá resuelto la crisis y el paciente egresará, muy probablemente a repetir este ciclo. Las vivencias de estas personas y de sus familias muchas veces se verán destinadas a acomodarse en torno a un diagnóstico, la identidad de quien lo recibe se reducirá en muchos sentidos a él y su discurso será utilizado para corroborar su padecimiento, después de lo cual será el blanco para el tratamiento y el éxito de este será medido por su eficacia en la supresión de esa manifestación.

El resto de la población experimenta de manera similar, aunque menos directa el efecto del discurso psiquiátrico en su experiencia pero sobre todo en su expresión. El capitalismo se sirve de la medicalización de la cultura, una de las maneras más burdas en la que lo hace se ilustra a través del vertiginoso enriquecimiento de las compañías farmacéuticas que en psiquiatría, siniestramente han sofisticado el arte de ofrecer, a través de su influencia en la comunidad psiquiátrica y los parámetros que la rigen, el problema y la solución, el diagnóstico y el tratamiento. Pero hay un sinnúmero de maneras más sutiles

en las que el capital utiliza la medicalización de la vida cotidiana y una de ellas toca de cerca a la salud mental. En la cultura occidental contemporánea, los sujetos deben entenderse a sí mismos como individuos, sujetos a nada, todopoderosos que, si enfocan su energía en sí mismos como proyecto, alcanzarán la felicidad. Chul Han ya denunció la inmensa capacidad de explotación que implica la introyección del discurso hegeliano del amo y de su identificación uno mismo; contra el señor feudal o el jefe autoritario es más fácil rebelarse, cuando se convence a la gente de que su trabajo es para sí y se le adjudica la ilusión de que la felicidad es el estado de salud que hay que alcanzar, se cuenta con su voluntad eterna.

Si en estos tiempos el discurso de la felicidad se presta así al capital y se entrelaza con el paradigma de salud mental, entonces el sujeto que no es feliz y productivo será ahora también la cara de la enfermedad mental. En palabras de la OMS: es incapaz de afrontar las tensiones ‘normales’ de la vida; no es fructífero, no usa todo su ‘potencial’, no contribuye a su comunidad como debería.

Para describir todas las conductas desviadas de la norma y todas las experiencias subjetivas que se pueden denominar patológicas, los manuales diagnósticos ofrecen cada vez más neologismos. Pero la relación entre enfermedad mental y virtud no es para nada novedosa.

La enfermedad mental se ha excluido de la sociedad desde tiempos probablemente irrastreables. Se sabe que se encierra desde el siglo XVII en que los leprosarios fueron dispuestos para ello, y que precisamente en ese momento se materializó ahora ella como lugar de la exclusión. La ilustración permitió que se concretizara aún más la relación binaria entre razón-sinrazón como paradigmas del deber ser y de su contraparte. El sujeto de derecho no puede ser un enfermo mental porque las garantías de las que se hizo acreedor el hombre ilustrado no las merecen los irracionales.

Los centros europeos de internamiento proveyeron documentación que esclarece la conceptualización de la enfermedad mental desde que se sistematizó de algún modo en la sociedad la manera de consagrirla en el encierro. Al principio no era la medicina sino el poder judicial el que

administraba esa exclusión, es importante tomar esto en cuenta porque lleva a entender a la enfermedad mental como algo indeseable, no para el individuo porque la padezca, sino para la sociedad. El tratamiento de la enfermedad mental en sus comienzos no tenía como sujeto de recuperación al ‘enfermo’ sino a la comunidad que era afectada por este, por eso el ejercicio de removerlo de la sociedad era suficiente y gracias a la ética del trabajo, el pobre y el inválido se hicieron acreedores del mismo destino. La operación del encierro era una de limpieza social ejecutada por la burguesía. Los destinos de la enfermedad mental y la pobreza se bifurcaron solo cuando se encontró que a los mendigos se les podía poner a trabajar y así se les desinscribió del horizonte de la enfermedad. Probablemente sea legado de esto, que la OMS incluya en su definición de salud un par de categorías que tocan directamente a la contribución económica y a la producción.

Pero además de características económicas, hay en la enfermedad mental una fuerte carga moral. Etimológicamente el ‘pathos’ griego remite a *enfermedad*, pero también a *pasión*, la doble acepción invita a pensar en la intensidad y en el padecimiento, la pasión se padece y la sociedad burguesa la padece aún más. La burguesía pugnaba por limpiar a la sociedad de ese Pathos, su modelo de familia se contrapuso a las relaciones libertinas y pasionales. Además, la pasión es el vínculo entre cuerpo y alma, y sirvió perfectamente para mitigar las discusiones sobre el escenario en el que se funda la locura.

En el siglo XVIII, cuando ya no se consideró suficiente tratar a la sociedad por medio del internamiento de los enfermos para ‘curarla’ de ellos y se quiso atender también al sujeto de la enfermedad, las intervenciones destinadas a este se tornaron penitenciarias. La centralización de la razón no solo fue ideológica, también fue ética. El encierro podía ser administrado por la familia y en beneficio de esta, por ser la unidad de organización racional y razonable en la época. La patologización del vínculo amoroso y de la sexualidad son vigentes en estos días, no fue hasta 1974 se eliminó del DSM a la homosexualidad en general como padecimiento y hasta 1988 que también se dejó de mencionar en este manual la ‘homosexualidad egodistónica’.

La enfermedad mental como desviación de la razón en la época de la ilustración implica una falla moral. En el medioevo se creía que la enfermedad era causada por fuerzas malignas, pero con la nueva ilusión de autonomía racional, el mal era un error del hombre, una debilidad de voluntad, una falla; castigar a la enfermedad mental convenía también para que los ‘sanos’ se cuidaran de cometer el mismo error. Por eso la medicina fue llamada a ser guardiana de la locura hasta que transcurrieron varios años. Al ser la razón la virtud, los hombres racionales eran los mejores para identificar a la enfermedad mental, el médico fue llamado al espacio de internamiento por su autoridad moral, no por su saber sobre el organismo. Es por esto por lo que la histeria ha sido una de las enfermedades mentales más angulares y centrales para la conformación de la psiquiatría como especialidad médica, ofrece manifestaciones corporales, cuadros sintomatológicos y desde tiempos en los que se le atribuía al mal funcionamiento del útero, la noción de una etiología de los órganos.

El siglo XVIII trajo un auge en el internamiento, se encerró durante este al doble de personas que en los cien años anteriores a pesar de que esta práctica se focalizó sobre los enfermos mentales y los criminales pues se dejó salir a los pobres, miserables y a los inválidos también. El hecho de quedarse solos en el encierro arraigó puntos en común entre la locura y el crimen.

En la sociedad, el escándalo comenzó a fungir como aparato de censura, la psicología misma como disciplina se engendró a partir de esto, al ser una ciencia de la conducta y al ser la conducta la manifestación visible de la subjetividad, la categorización de ella solo se puede dar en términos de consenso, sus criterios serán establecidos por el sentido común, queda por ello implícito que en ese campo disciplinar, la voz del pueblo es la voz de Dios, cosa que tendrá implicaciones contundentes al limitar la participación en la cultura de aquellos que la sociedad designe como insensatos, desviados o trastornados.

En la transición de la protopsiquiatría a la psiquiatría, la enfermedad mental adquirió una conciencia positivista que la llevó a conformarse como objeto reconocible, a los miembros no-locos de la sociedad les era fácil

identificarla en los afectados, por ello parte del tratamiento moral se tornó en una pugna por que el enfermo reconociera en sí mismo la enfermedad y admitiera que la padecía. Pinel es probablemente la figura más emblemática de esta transformación, su ejecución de libertad sobre la locura a manera de tratamiento fue exitosa porque llevó al loco a introyectar las cadenas que antes le sujetaban, así como Foucault ilustra la eficacia de que las sociedades ejerzan el papel de vigilantes y Chul Han advierte sobre los efectos de la identificación con el Amo.

La civilización y domesticación de la enfermedad mental se lograron a través de modelos pedagógicos que castigaban las manifestaciones de la locura, exaltaban la responsabilidad del loco sobre sus propios actos, le educaban sobre su condición de enfermo y le concientizaban sobre el padecimiento. El tratamiento moral incluso le dio la oportunidad de trabajar. En términos generales esta clínica tenía la eficacia de acallar los síntomas positivos y de dotar de facultades productivas, el paralelismo con el paradigma actual es innegable.

La incursión de la figura del médico en el espacio asilar fue eficiente para marcar la dicotomía que hay entre salud y enfermedad. El tratamiento moral descansa sobre estos principios, no exige un diagnóstico, no conlleva una farmacoterapéutica, es simplemente una dinámica de batalla entre la voluntad del médico y la del enfermo en la que la curación es la victoria de la primera, la confesión del enfermo sobre su condición era consecuencia del adecuado ejercicio del poder de su tratante.

Paralelamente se empezó a consolidar otra de las nociones actuales que se puede rastrear al final del siglo XVIII, la del determinismo del cuerpo, desde finales de la época clásica se cimentó al cerebro como órgano de origen de la enfermedad mental, por lo cual el hecho de que la figura de autoridad en el internamiento fuese un médico fue doblemente conveniente.

Una de las décadas más decisivas en la conformación de la enfermedad mental como se le conoce, fue la de 1880 ya que surgió la neurología y trajo consigo una división importante dentro de la entidad de los padecimientos, le robó a la psiquiatría el dominio sobre las enfermedades cuya etiología era

concluyentemente orgánica y fundó una duda aún vigente sobre la legitimidad de la enfermedad mental que no tenía un lugar físico en el cuerpo al cual anclarse. Esto causó una escisión importante en la manera de diagnosticar, para la neurología y otras disciplinas propiamente médicas, el diagnóstico es diferencial, posibilidad a la que acceden por ser sus cuadros clínicos entidades con signos y síntomas bien constituidos. Para la enfermedad mental, por el otro lado, solo hay posibilidad de un diagnóstico binario que determina si esta existe o no, el problema de la psiquiatría será a partir de entonces el de la construcción de las pruebas de la realidad de la locura. Se debe hacer existir la enfermedad para poder intervenirla y este es un ejercicio de dos, quizá sea por ello que la histeria, campo fértil para la transferencia y lugar que se ofrece como escenario relacional entre médico y enferma se haya convertido en el paradigma de la enfermedad mental de la época. El trauma como único elemento tangible en la génesis de esa condición tenía que haber ocurrido en una realidad material y por ello la teoría sobre este pudo consolidarse como origen de la enfermedad mental, no servía tanto como la evidencia del origen orgánico, pero por lo menos se podía rastrear en términos positivos.

La demanda del psiquiatra será que el enfermo muestre sus síntomas, pero no para tratarlo sino para constituirse como médico enfrente de él, quizá sea por ello que, hasta la época actual, los internados en un hospital psiquiátrico ofrecen antes que su historia, su diagnóstico.

El hecho de que a los psiquiatras les importe tanto encontrar en los antecedentes familiares del paciente una razón para legitimar su enfermedad, es consecuencia de que no haya cimientos más firmes a los cuales anclarla; también convendrá, tal como en la época del tratamiento moral, que el enfermo sea cómplice en el establecimiento de que su padecimiento sí es real.

A finales de la penúltima década del siglo XIX se empezó a consolidar el uso de fármacos como tranquilizantes. Quizá en los tiempos más recientes, el hecho de que la farmacología inunde y monopolice el campo de acción de la psiquiatría sea una solución al problema de la legitimidad de la enfermedad mental como enfermedad legítima. El hecho de que las sustancias tengan un campo de acción químico-orgánico-fisiológico e incidan sobre los signos de los

trastornos, lleva a una conclusión lógica de que aquellos trastornos deben tener un origen químico-orgánico-fisiológico, por lo tanto: real.

Hablando específicamente de México, la llegada de la psiquiatría se dio unas décadas después a través de los programas de beneficencia del porfiriato, como en tantos otros aspectos del régimen, fueron las ideas europeas las que inspiraron el proyecto de progreso y de orden en el país; esos postulados de organización, disciplina y jerarquía que había establecido Pinel, se alineaban perfectamente con los intereses porfiristas. A partir de este momento el vínculo entre el Estado y la enfermedad mental se mantendrá hasta la época actual. Cabe mencionar que este es en sí mismo un problema para esta investigación, el hecho de que la documentación histórica haya sido producida por los agentes mismos que ejercían el poder, tanto en México como en el resto del mundo, resta a todo este archivo la participación de su contraparte: el sujeto de la ‘enfermedad mental’ que coincidentemente solía ser también sujeto de muchas otras vulnerabilidades como la pobreza, la baja clase social, el género y la racialización.

En el siglo XVI se fundó el Hospital San Hipólito y durante la colonia la iglesia era la voz principal en la conceptualización de la enfermedad mental y en su tratamiento, se creía que su causa era la falta de fe, a estos esfuerzos se unía desde ese entonces la esfera política.

El Manicomio General de México, La Castañeda fue el proyecto emblemático de las primeras décadas del siglo XX cuando la teoría psiquiátrica no estaba nada avanzada y ante la falta de certeza sobre el verdadero origen de la enfermedad mental, se ofreció una estructura de atención que México quiso imitar basándose en manuales estadounidenses e ideas francesas que inspiraron sus características geográficas y arquitectónicas.

Todas estas intenciones de orden y progreso se vieron frustradas por el estallido de la Revolución que transformó al manicomio en una cárcel, más que en un hospital. Entre 1900 y 1930 hubo también una falta de sistematización en la categorización de la enfermedad mental que devino en ochenta distintos padecimientos y los profesionales de la salud mental concluyeron que no había

una característica general de la demencia, lo cual invita a cuestionarse cuál era su criterio diagnóstico.

En aquella época la enfermedad mental se relacionaba con el comportamiento inmoral. El gobierno, la familia y la policía eran quienes determinaban que alguien debía ser internado. Los datos demográficos demuestran que la pobreza, la migración, la soltería o la viudez eran los rostros arquetípicos de la enfermedad mental. Estas aportaciones descriptivas permiten concluir que la enfermedad mental más que existir por su propio lado, es un espejo inverso de los ideales sociológicos de cada periodo histórico. De este modo los denominados enfermos mentales podían ser puestos bajo la tutela de los agentes que con su poder velaban por los valores de la época. Las ideas ilustradas sostienen esta posición ya que paradójicamente apoyan la emancipación del hombre siempre y cuando éste obedezca al orden establecido por el estado. En la época actual esta influencia aún es rastreable, por ejemplo, en la figura de la inimputabilidad, reservada para los enfermos mentales.

La medicina legal y la psiquiatría social se sirvieron de las ideas positivistas y de la teoría darwiniana para intentar establecer nexos entre el fenotipo de las personas y su propensión al crimen, las clases mestizas e ‘inferiores’ eran las receptoras de esta discriminación, se les llegó a llamar ‘retrocesos evolutivos’ y ‘animales inferiores’ y se legitimó su confinamiento. La ética burguesa europea era ostracista con los comportamientos, pero en un país en el que el clasicismo y el racismo se recrudecían, las características físicas se entremezclaron con el concepto de enfermedad mental. La psiquiatría porfiriana se prestó para justificar este intento de limpieza racial y eugenésia.

El diagnóstico de la enfermedad mental también se transformó en cuanto a la adscripción de la responsabilidad del sujeto de esta, en la primera década del siglo XX eran menos comunes los padecimientos que el enfermo ‘había provocado’, tales como el alcoholismo que con el paso de los años se volvió más común y se sumó a otros que tenían que ver con prácticas sexuales denominadas como ‘contrarias a la salud’. El género también fue una de las

categorías más condicionantes de la enfermedad mental en su relación con la sexualidad, las prostitutas eran las responsables mientras que los hombres eran sus víctimas. La ‘locura moral’ fue descrita primero en Inglaterra, pero se importó a México en donde se usó de igual modo para patologizar a las mujeres que no cumplían con los mandatos sociales de la decencia y la domesticidad. A pesar de que las ideas feministas revolucionarias acabaron con esta categoría, las mujeres en La Castañeda eran la mayoría de la población aun cuando no contaban con ningún diagnóstico y cuando por lo general, su internamiento había sido exigido por sus familias.

Como se puede notar en la fluctuación de la descripción de la enfermedad mental, los cuadros que esta integraba no eran similares a los padecimientos físicos. La medicina en su rama psiquiátrica no atendía a procesos anatómicos funcionales sino a parámetros morales, su foco de acción no era la erradicación de agentes patógenos biológicos sino de conductas que se catalogaban como ‘desviadas’ de acuerdo con los modelos sociales.

Ante la falta de nociones concretas que distinguieran al enfermo mental del ciudadano común, se tuvo que teorizar en torno a características elegidas por las clases poderosas. Este ejercicio disciplinario se volvió tan violento en el manicomio central que hubo sentencias penitenciarias para algunos de los trabajadores que lastimaron a los internos, a algunos hasta llegar a provocarles la muerte, sólo cabe imaginar la magnitud de ese maltrato y los numerosos casos en los que quedó impune por ser receptáculos de él los miembros más segregados, vulnerados y desprovistos de derechos de la sociedad.

La enfermedad mental adopta rostros diferentes en cada cultura, esto es evidencia de que aun cuando se compruebe que haya en ella un sustrato orgánico, también es hasta cierto punto un constructo social, no se le puede entender aislando del entorno que la define, expresa siempre características rechazadas por la sociedad, la psiquiatría, más que cualquier otra rama de la medicina está condicionada por factores económicos, políticos y religiosos.

Las granjas como proyecto de salud mental del Estado fueron destinadas a recibir a los enfermos crónicos e incurables que debían permanecer confinados pero que podían ser aprovechados para trabajar y así

se podía justificar su existencia en la sociedad. Para los pacientes agudos se destinaron alas en los hospitales generales en los que el servicio de psiquiatría estaba disponible como si se tratara de cualquier otra especialidad. La intención era desestigmatizar a la enfermedad mental mediante esta operación, paralelamente, durante las décadas de los 30 y 40 del siglo pasado, se dio bienvenida en México a una corriente ideológica que convirtió a la totalidad de la población en objeto de estudio para la psiquiatría: la higiene mental.

El higienismo fue impulsado por varios miembros de La Castañeda y permitió que en pos de la prevención, la psiquiatría permeara en ámbitos nuevos. Así como en esta época el paradigma de salud mental pesa sobre los hombros de la totalidad de la población y nadie está exento de ser juzgado en virtud de su grado de adaptación, hace menos de cien años la idea de identificar a los miembros potencialmente peligrosos de las comunidades dio licencia a los psiquiatras para teorizar sobre la anormalidad.

La corriente fue bien recibida en el ámbito médico, pero también en el de la educación pública, se tomaron sus preceptos para crear una psicopedagogía que corrigiera a los niños problemáticos incapaces de armonizar con su entorno. Los psiquiatras fueron asumiendo cargos gubernamentales que ya no estaban necesariamente relacionados con la medicina. La clase obrera se convirtió en la más escrutinizada por la mirada higienista, en ella se deseaba lograr que las personas vivieran de manera normativamente aceptada para ser mejores ciudadanos, más respetuosos de la ley y más productivos, que llevaran dietas balanceadas e integraran familias tradicionales. Estando la población mexicana en proceso de degeneración, el Estado estaba más que justificado para involucrarse en el control de la esta y dictar el 'modo apropiado de vivir'. Como tratamiento, se recurrió al electroshock y la electropirexia. Los higienistas situaban a la sociedad como origen de la enfermedad mental, alejándose aun más de la medicina positivista, para ello sumaron a sus filas a antropólogos y sociólogos.

El higienismo se debilitó cuando apareció la idea de la salud mental que estaba más involucrada en la atención al enfermo que en la prevención, el cambio se dio a la par con el escenario internacional y es contemporáneo a

este el inicio del uso de psicofármacos que revolucionó a la esfera psiquiátrica al ofrecer una alternativa terapéutica al encierro, aparecieron los antipsicóticos, antimaniacos y antidepressivos. Surgieron también los manuales de clasificación estadística para el diagnóstico que la OMS impulsó para centralizar la práctica clínica. Aun con estas transformaciones el modelo de las granjas fracasó.

Hasta 1990 apareció la Declaración de Caracas como una de las primeras legislaciones para la protección de los derechos humanos del paciente psiquiátrico, antes de esto no había ningún documento en materia legal que reconociera la vulnerabilidad de este grupo ni que le protegiera de alguna manera. Esta norma se volvió a revisar en el 2004, en esa actualización se sustituyó el término de 'paciente' por 'persona usuaria' y el de 'curación' por 'tratamiento'. Más allá de esa limpieza de lenguaje, todavía existen violaciones a los códigos estatales que regulan la atención, en México no existe una ley general.

Los programas de Acción en Salud Mental del nuevo milenio han ofrecido diagnósticos y expresado la intención de dignificar la atención al enfermo, sin embargo, se destina un 2% del presupuesto de salud a que estos se implementen y no se han logrado grandes avances. La pugna por la desinstitucionalización no ha sido acompañada por vías de reinserción [o inserción] a la sociedad, uno de sus efectos más tangibles es que son las familias quienes tienen que hacerse cargo de los cuidados de los enfermos y de su manutención, los CISAMEs no se dan abasto y además no se ha logrado disminuir la carga que cae sobre los parientes que en un 65 a 80 por ciento son quienes viven con los diagnosticados con psicosis, la mayoría de estos cuidadores es de género femenino. Más que abatir la cronificación del paciente, lo que el Estado ha logrado al cerrar los hospitales es abaratlar la atención.

La OMS admite que de los 450 millones de personas con padecimientos mentales muy pocos reciben tratamiento, una de las soluciones que propone es que se haga mayor investigación en materia de epidemiología, sin embargo, muchos denuncian que esto es imposible al ser los manuales diagnósticos herramientas que no proveen patrones bien conformados para siquiera establecer con claridad los límites de la enfermedad mental.

Hoy en México un cuarto de la población de adultos ha experimentado en algún punto de su vida sintomatología que permite un diagnóstico psiquiátrico, el porcentaje en la adolescencia aumenta al 50 por ciento, de los mayores de 65 años es un tercio el que vive con tal sintomatología. Las tasas de ideación, intento y muerte por suicidio van en aumento sobre todo en la población joven que en una cantidad mínima tiene acceso a tratamiento.

Aunque cada vez haya más esfuerzos por aunar a la neurología con la psiquiatría, lo cierto es que no se ha encontrado o desmentido una etiología certamente orgánica de la enfermedad mental como la conceptualiza la psiquiatría, aún con el uso generalizado de psicofármacos, con las técnicas de imagenología o con las teorías sobre neurotransmisión. Probablemente lo que pasa es que el cerebro no es el creador de la subjetividad, sino su sustrato.

El concepto de enfermedad mental está desprovisto de valor científico y por lo tanto es nocivo para la sociedad, el problema de la psiquiatría es que además de basarse en este elusivo término, tampoco hace un compromiso con una metodología específica. Al no haber un método establecido es fácil que los conceptos psicosociales se basen en las intenciones del propio investigador. De ahí que, a la pregunta sobre el quehacer de los psiquiatras, haya tan variadas y múltiples respuestas. A esto se añuye que hay mayor similitud entre las enfermedades mentales y los lenguajes que entre las primeras y los padecimientos físicos. Cabe mencionar por primera vez en estas conclusiones al psicoanálisis, que por un lado sí se compromete con una metodología específica y por el otro, reconoce y utiliza la similitud entre los cuadros de experiencia psíquicas y el lenguaje. Los lenguajes no tienen etiología, los trastornos psiquiátricos probablemente tampoco la tengan porque las conductas humanas son aprendidas, adquiridas. Desde este lente de análisis es posible que tampoco se pueda hablar de una cura.

Los trastornos de la conducta siempre se han abordado desde un punto de vista ético y político, y desde el poder, su inscripción en la medicina es un error epistemológico. No porque el cerebro esté implicado como órgano se puede afirmar que sus causas sean orgánicas. Si Foucault advierte que en la historia del confinamiento se incluyó al médico por su autoridad moral y no por

su saber científico, fue esa posición la que le permitió conceptualizar el fenómeno de la locura o enfermedad mental como uno médico. Si la medicina en esta época es dueña del poder disciplinar en todo lo que se medicaliza, ya lo era desde el siglo XIX en el campo de la enfermedad mental. No hay que confundirse, las reglas que establece el discurso psiquiátrico son creadas, no son naturales, solo así se podrá destituir la dicotomía que equipara al comportamiento no ‘regular’ con el pecado o la enfermedad. ¿Será que en la época actual para esto se usa el discurso de la salud mental? Ya advierte Chul Han que, en esta sociedad del cansancio, el sujeto se autoexplota bajo la idea de que es su propio proyecto, se exige como cualquier Estado tiránico lo haría, pero con una falsa idea de libertad, cumple esa exigencia con mayor rigor de lo que la habría cumplido antes para un agente externo, ya sea el señor feudal, el dueño del esclavo o el jefe de la empresa. Si el sujeto se autoexplota y ha introyectado a ese padre tiránico, podría ser que el dispositivo psi funja como arquetipo de la madre, es benévolos y le ayuda a tolerar esa explotación, lo medica para que se concentre, para que la ansiedad no lo inhabilite, le vende la idea del amor propio que enfatiza aún más la autorreferencia, ahora será incluso él mismo quien se administre la terapia. En fin, lo hará más apto para consumar su autoexigencia, en pro, por supuesto, del capital que es el verdadero beneficiario de esta.

Existe además el problema de la clasificación en materia de enfermedad mental. El gran paraguas que cubre las categorías es tan bando que llega a incluir hasta lo que no incluye, lo cual es especialmente problemático al ser que la psicopatología de la psiquiatría es performativa en cuanto funda, además sirve a los intereses del Estado en su complicidad con la industria farmacéutica. La normativa médica declara lo anormal y lo normal, discierne los actos sanos y los enfermos y regula la conducta en nombre de la salud y la ‘ciencia’.

La normatividad familiar, tal como decía Foucault cuando hablaba de que el dispositivo disciplinario de la psiquiatría se había puesto al servicio de los valores de la familia burguesa, es conjurada para que conserve la salud mental. La clasificación y el diagnóstico tendrán significaciones políticas y morales. El sujeto diagnosticado por la psiquiatría se transforma y se

estigmatiza, esto tendrá consecuencias enormes en su vida, así lo quiera o no. Hasta los mismos psiquiatras están bajo escrutinio, la relación entre la enfermedad mental y la criminalidad se ha infiltrado en las prácticas psiquiátricas al punto de tomar como chivo expiatorio a los que fallan en su función de identificar y confinar a los posibles criminales.

La herramienta clínica actual en psiquiatría es el medicamento, este tiene un atractivo evidente al eximir al paciente del compromiso con la terapia y es útil para el médico, que puede tratar de la misma manera a cualquier cuadro depresivo o ansioso a pesar de que este se geste en una experiencia subjetiva y sumamente particular.

Con la llegada y consumación del psicofármaco como tratamiento, la psiquiatría se dispone a normalizar de manera más efectiva a los sujetos sin tener noción alguna de la etiología de sus llamados trastornos. Después de años y numerosas publicaciones sobre neurociencias, ninguna ha aportado nada sólido ni comprobable en cuanto al diagnóstico, pronóstico o tratamiento de la patología mental, recientemente se han publicado varios estudios que desmienten el déficit de serotonina como causante de la depresión, la categoría más utilizada y cuyo fármaco es un inhibidor de la recaptura de dicho neurotransmisor. Además, no se ha logrado fijar límites entre los trastornos, las anormalidades se denominan de distinto modo en dependencia de quién emite el diagnóstico, se recurre a la noción de ‘espectros’ donde fallan los diagnósticos diferenciales y hay múltiples posibilidades para la comorbilidad. Los fármacos ni siquiera se pretende que curen, se usan a lo largo de las vidas de los pacientes.

Para llegar al diagnóstico siempre es necesario un informe de los síntomas que pasa por la subjetividad de quien los padece, no hay suficientes criterios objetivos ya que si el propio clínico da cuenta de ellos, no puede evitar hacerlo sin recurrir a los prejuicios o a las estadísticas que componen el concepto normativo de cómo debería actuar o sentirse una persona; incluso si se pudiera dar esa objetividad, las manifestaciones de la enfermedad o trastorno son sumamente variables.

El diagnóstico performativo, hace del sujeto un trastornado, inaugura en él una cualidad de anormalidad y de error, de falla que le excluye de participar en sociedad como si fuera uno de ‘los sanos’. El problema se agudiza cuando la cantidad de categorías diagnósticas aumenta, dejando cada vez menos posibilidades de ser considerado ‘cuerdo’, en esta época en la que el discurso de la felicidad permea en la sociedad, incluso el sufrimiento en cualquiera de sus formas está sujeto a patologizarse. La psiquiatría fungirá como aparato para esta operación.

Las psicoterapias no distan mucho de la psiquiatría en su sentido normalizador, a pesar de su crecimiento exponencial que lleva a dudar sobre la manera en la que se organizan como entidad, se puede identificar que por lo general buscan la corrección de los síntomas y estados emocionales denominados como ‘problemáticos’ para mejorar las relaciones interpersonales y la resolución de conflictos intrapersonales. La psicología también se parece a la psiquiatría en insistir en el uso de la epistemología positiva para poder legitimarse como ciencia, esto resulta en que los abordajes basados en la evidencia y cuantificables suelen privilegiarse sobre otros, presentando una paradoja y obviando el hecho de que la subjetividad muchas veces es irrastreable externamente.

Frente a la psicología, las psicoterapias y la psiquiatría, el psicoanálisis freudiano se aproxima a la enfermedad mental de una manera inédita. Primero, privilegiando la experiencia subjetiva y reconociendo que el síntoma suele ser inseparable del contexto en el que se gestó, por ello dos sujetos pueden manifestarlo de maneras similares pero su estructuración será única y su abordaje también puede serlo, para acceder a esta singularidad, es indispensable que el sujeto hable.

Las categorías diagnósticas de las estructuras psíquicas son entidades clínicas, modos de habitar el lenguaje y relacionarse con la alteridad, el que esto sea o no observable a través de la anécdota de la conducta pasa a un segundo plano. Es verdad que este abordaje es incompatible con la epistemología positiva, es cierto que se tendrá que asumir una renuncia a la estadística y a la observabilidad y sistematización, y que una mirada objetiva

sobre los efectos evidenciables será probablemente imposible, pero con lo que no se puede faltar es con el compromiso al método y a la ética de este.

Freud es opuesto a la psiquiatría moderna desde sus cimientos, ya se ha revisado el papel monopólico de la ilustración en la conformación de la disciplina psiquiátrica, el más vertebral postulado freudiano, que es el inconsciente, es un atrevimiento teórico en contra de la idea de racionalidad absoluta del ser humano.

Para que el psicoanálisis ocurra, está como condición necesaria la transferencia y esto implica un compromiso por parte del clínico con el paciente, se involucra con el discurso para conocer a la enfermedad, no para erradicarla. A las razones detrás del acto inconsciente ni siquiera tiene acceso quien lo ejecuta, como tantos aspectos del sufrimiento humano que escapan a la voluntad consciente del aquejado. El síntoma no es juzgado como foco de la atención, es el proceso de formación de este, porque para el psicoanálisis hacer síntoma es una función del aparato psíquico que cumple en cada caso un propósito singular pero necesario. Si la psiquiatría se interesa por el pasado del paciente es para encontrar en él sustento para afirmar predisposiciones al padecimiento, si se interesa por su familia es para identificar razones predisponentes que sostengan al síntoma desde una lógica evidente, causal y rastreable; si se habla del padecimiento es para la maquinación de su erradicación.

Es paradójico que el psicoanálisis haya producido también un saber antropológico a pesar de que su único compromiso con la objetividad está en su método, por otra parte, también es irónico que la historia de la psiquiatría hable mucho más de los valores sociales hegemónicos que de la histología de la enfermedad mental.

A pesar de sus innegables diferencias, Freud afirmaba que no había contradicción entre el psicoanálisis y la psiquiatría. Incluso el Freud que leía síntomas y teorizaba sobre causas inmediatas en la vida externa y observable del paciente, se asumía más como investigador que como sanador y argumentaba que su técnica podía contribuir a la psiquiatría por ofrecer una explicación más cercana de la historia de conformación de la enfermedad

mental de un paciente. Los objetivos del psicoanálisis freudiano para con las ideas delirantes no tenían que ver con su resolución.

Es cierto que el psicoanálisis es un animal vivo, su fundador introdujo nociones completamente renovadoras y transformadoras a lo largo de su praxis, tales como la pulsión de muerte o la teoría de la fantasía. Así como sucede con las psicoterapias, las ramificaciones, evoluciones y perversiones del psicoanálisis no siempre son posibles de aprehender o englobar. Para efectos de esta comparación, se excluirán los postulados de los psicoanalistas postfreudianos que se centran en el fortalecimiento y la adaptación del yo para domar las pulsiones, porque en estos casos la aproximación al síntoma es mucho más parecida a la de la psiquiatría.

El desencadenante de la enfermedad en la psiquiatría clásica es una desviación moral causada por el *pathos*, en la psiquiatría contemporánea se esconde el sentido moral y se habla de procesos orgánicos. En el psicoanálisis donde se busca el origen del desencadenante es en lo inconsciente y el camino para llegar a él es la técnica psicoanalítica: la asociación libre que es el discurso del sujeto, pero no es un discurso calculado, estructurado por una anamnesis, vigilado y documentado para hacer valer su patología, es el discurso más espontáneo y aparentemente superficial el que se usa como vía de acceso a la profundidad de la significación, el psicoanálisis acoge al discurso, la psiquiatría lo devalúa y anula como acto.

La psiquiatría asilar era un ejercicio de la mirada objetiva que hacía objeto a la enfermedad, el psicoanálisis es un ejercicio del lenguaje.

Ahondando en la relación con la enfermedad mental, el psicoanálisis rompe con la inmoralidad como causa de la locura, a veces los actos de mayor locura son sumamente morales. Por otra parte, afirma que no hay quien sepa más de sí misma que la locura, se vale dar escucha al loco, se le reconoce como ser hablante, se valora y da lugar a su discurso.

En la relación psiquiatra-enfermo hay un acto performativo de la enfermedad mental. La pareja médico-enfermo o clínico-enfermo también es de central importancia en el psicoanálisis. La transferencia en la neurosis se logra a través de borrar la persona del clínico para no ser un otro, para no fundar una

relación *tête à tête*, la transferencia en la psicosis es posible por borrar la figura del no-loco. En psiquiatría un no-loco examina a un loco, en psicoanálisis un ‘no no-loco’ presta su escucha a un ‘loco’. La asimilación de la existencia del inconsciente implica que nadie está a salvo de la locura, quizá la posición más radical del psicoanálisis con respecto a la enfermedad mental es que no hay alguien que no esté enfermo.

Incluso en el neurótico hay psicosis porque hay renuncia a la realidad y en el que acude a análisis hay también una idea delirante con respecto a la posibilidad de cura a través del este y de la posibilidad del analista de saciar su demanda.

El psicoanálisis reconoce el papel del pacto social en la génesis de la enfermedad mental, no como los psiquiatras influidos por Kant que afirmaban que la sociedad enfermaba al espíritu del hombre, sino en la génesis de la posibilidad misma de la locura. Lo que se llama loco es lo que el pacto ha determinado que lo es, ni siquiera se puede sostener que se llame loco a lo psicótico o a lo alejado de la realidad, la realidad compartida incluso es, en cierto modo, delirante. Quien delira en conjunto es catalogado como sano, quien delira en solitario es diagnosticado como enfermo. La diferencia está en el pacto, no en el proceso. Tanto el diagnosticado con psicosis como el psicótico de síntomas neuróticos (analizante) son locos; no hay no-loco, lo que los distingue es una diferencia social. Lo que la psiquiatría denomina ‘locura’, el ‘error del loco’ tiene que ser forzosamente un error singular, pero en el psicoanálisis todos los casos son singulares.

Una de las principales contribuciones de Freud a la medicina, la psiquiatría y el orden social fue la introducción de nuevos parámetros de conducta. A partir de esas nuevas reglas que creen en la existencia de [una cosa loca] que es el inconsciente probablemente no se pueda ni se busque desarticular la concepción de locura, pero sí se podría establecer que cualquiera es susceptible de ser habitado por ella y que si se le va a escuchar debe ser desde un profundo respeto y reconocimiento de su singularidad.

Freud y Lacan entendieron que hay sufrimiento en los sujetos, que ese sufrimiento es particular, la referencia a las normas -ya sea estadísticas o

mORALES- no tiene valor, la clínica no es del síntoma sino que es un diálogo en el que el agente activo es el analizante. Las maneras de sufrir y de vivir sí dan cuenta de entidades que pueden organizarse en estructuras o posiciones subjetivas frente al Otro y a la Ley.

Mientras que la psiquiatría busca la cura, el restablecimiento, la readaptación de sus sujetos, el más célebre trabajo sobre paranoia de Freud fue el que elaboró a partir de las memorias de Schreber, su interés en este caso es evidentemente investigativo ya que no había posibilidad de tratar al paciente. Su lectura dista de la que en ese entonces hicieron los psiquiatras y por lo tanto ofrece algunos puntos de comparación.

En primer lugar, desde el psicoanálisis Freud pudo establecer el elemento central del delirio de Schreber y relacionarlo con un deseo homosexual reprimido. El hecho de que para el psicoanálisis la raíz de la mayoría de las enfermedades mentales sea la sexualidad no significa que se plantee un higienismo para ella ni que se juzgue a través de una lente moral. Que Schreber tuviera deseos homosexuales no le hacía distinto a ningún otro sujeto de acuerdo con el psicoanálisis, eran más bien la estructura de la sociedad en conjunto con sus particularidades psíquicas las que dieron lugar a su locura; la psiquiatría como clínica de la conducta no tiene más remedio que establecer una ética de esta, el psicoanálisis se desmarca contundentemente de ese juicio moral, para este, toda libido de objeto comenzó por ser libido del yo y en ese sentido no era heterosexual.

Gracias a este caso, Freud alimentó su teoría de la proyección que descansa sobre el hecho de que en los delirios persecutorios por lo general están protagonizados por personas hacia quienes el delirante solía tener lazos sentimentales intensos. Para Freud la especificidad de la paranoia no está situada, como ya se revisó, en los complejos o en los deseos, más bien se encuentra en el mecanismo de la formación del síntoma. Desde que escribió 'Tres ensayos de teoría sexual' introdujo el concepto de 'fijación' y así explica la predisposición de algunos para la patología, ya sea paranoide, de demencia o esquizofrénica. A Freud no le importaba mucho la denominación de los cuadros patológicos, para él lo interesante eran los mecanismos intrapsíquicos tales

como la represión, la fijación y la proyección que llevaban a las diferentes manifestaciones. Nótese que estas mociones son universales y no específicas de quien delira, de hecho, Freud basa sus apreciaciones sobre la paranoia (enfermedad) en mecanismos que había observado en la experiencia onírica que acontece a todo ser humano, no es que la paranoia se experimente solo en sujetos enfermos, sino que el mismo mecanismo a través del cual se sueña, puede ser manifestado en la vigilia como un delirio. No hay diagnóstico diferencial entre 'loco' y 'no loco'.

La posición psicoanalítica encuentra un síntoma redentor, una sociedad cuyas prohibiciones, a pesar de ser necesarias [véase 'El malestar en la cultura'], causan en ocasiones represiones tan violentas que son capaces de engendrar un delirio paranoico y un deseo homosexual perfectamente comprensible, que además habita en el interior de cualquier ser humano. Mientras que la perspectiva psiquiátrica se esfuerza por suprimir al síntoma sin ocuparse de la razón de su existencia, por buscar la educación y adaptación del enfermo a esa misma sociedad que sanciona, por fomentar la represión y por darle una lectura moral al deseo; todo esto mientras se subraya la diferencia entre el 'loco' y el 'no loco'; el 'no loco' es heterosexual, no delira, no tiene síntomas o por lo menos no habla de ellos ni los muestra, está en sintonía con lo que la sociedad exige de él.

Para el psicoanálisis el síntoma siempre tiene un sentido y nadie está exento de él ni ha fallado por tenerlo, tanto el neurótico como el psicótico han perdido cierto contacto con la realidad.

Freud habló muy poco de salud mental, se sabe que dijo a un periodista que un sujeto sano es el que tiene la capacidad de amar y trabajar, también afirmó que la conducta sana es la que, como la neurosis, no desmiente la realidad y como la psicosis se empeña en modificarla, no hay error del loco, tanto el neurótico como el psicótico fallan, solo lo hacen de distinta forma. Si algo introduce el psicoanálisis en la cultura es la posibilidad de alojar el síntoma de otro modo. No se habla desde esta disciplina sobre un estado de homeostasis como el de la medicina, no se trata con valores normales, el tratamiento no pugna por establecerlos, ni siquiera por erradicar el síntoma. El

síntoma es ya una forma de tratamiento, un intento de resolución, un modo de satisfacción, aunque sea sustitutiva. Para la psiquiatría la salud es el silencio, que no existe un discurso sintomático, para el psicoanálisis no, en él se le da palabra al síntoma, no se compromete a resolverlo ni a liberar a nadie del sufrimiento, solo a ayudar al analizante a ver qué hacer con su padecer.

Las aportaciones clínicas de estas conclusiones son las siguientes: si eso que el paciente trae para que se escuche se toma como una crisis y no como una enfermedad, se puede despatologizar aquello de lo que da cuenta y establecer una dialéctica, conviene entender que siendo la personalidad el lugar en el que se manifiesta el conflicto, es esta indivisible de él, no se está tratando un cuerpo con un patología, se está escuchando a una personalidad que se manifiesta de maneras que resultan placenteras o displacenteras, conviene también abolir de la escucha la noción de salud mental como ideal alcanzable y expresado en términos de adaptabilidad, hay que reivindicar al síntoma, prestar la escucha como condición para que se produzca un discurso que es hermenéuticamente valioso y no solo campo para la confirmación de un cuadro nosológico. Recordar que el trauma ni siquiera tiene que ser material, la realidad psíquica se privilegia sobre la anecdótica; mientras la psiquiatría elimina desviaciones -morales, no fisiológicas- el psicoanálisis ofrece una escucha en la que no hay un compromiso con un cierto patrón de conducta; entiende la subjetividad en relación con las características etnológicas que la atraviesan, se apega a una metodología y a una ética; no es seducido por la idea de alivio inmediato que se engancha a la fantasía de supresión de los síntomas; ofrece una posición clínica distinta: no autoritaria ni disciplinar; asume con humildad la posición humana frente al inconsciente, ni el paciente puede dar cuenta de las razones últimas de su comportamiento, sentir o deseo, mucho menos tendría poder el clínico de hacerlo, las condiciones mismas de ser sujeto son las que abren la posibilidad de 'enfermar'.

## Referencias

- Allouch, J. (1988). *Perturbación en Pernepsi*. Litoral, 15, 9-36.
- Basaglia, F. (2008). *La condena de ser loco y pobre*. Topia.
- Braunstein, N. A. (2013). *Clasificar en psiquiatría*. Siglo XXI.
- Chul Han, B. (2014). *La agonía del eros*. Herder.
- Foucault, M. (1984). *Enfermedad mental y personalidad*. Paidós.
- Foucault, M. (2005). *El poder psiquiátrico: curso en el Collège de France (1973-1974)*. Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2015). *Historia de la locura en la época clásica, I*. Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2020). *Historia de la locura en la época clásica, II*. Fondo de Cultura Económica.
- Freud, S. (1991). Nuevas puntuaciones sobre las neuropsicosis de defensa. *Obras completas, Volumen 3*. Amorrortu. (1896).
- Freud, S. (1991). Puntuaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (Dementia paranoides) descrito autobiográficamente. *Obras completas, Volumen 12*. Amorrortu. (1911 [1910]).
- Freud, S. (1991). Un caso de paranoia que contradice la teoría psicoanalítica. *Obras completas, Volumen 14*. Amorrortu. (1915).
- Freud, S. (1991). Parte III: Doctrina general de la neurosis, 16<sup>a</sup> Conferencia. Psicoanálisis y psiquiatría. *Obras completas, Volumen 16*. Amorrortu. (1917 [1916-1917])

Freud, S. (1991). Parte III: Doctrina general de la neurosis, 17<sup>a</sup> Conferencia. *Obras completas, Volumen 16.* Amorrortu. El sentido de los síntomas. (1917 [1916-1917])

Freud, S. (1991). Parte III: Doctrina general de la neurosis, 23<sup>a</sup> Conferencia. Los caminos de la formación del síntoma. *Obras completas, Volumen 16.* Amorrortu. (1917 [1916-1917])

Freud, S. (1991). Sobre algunos mecanismos neuróticos en los celos, la paranoia y la homosexualidad. *Obras completas, Volumen 18.* Amorrortu. (1922 [1921])

Freud, S. (1991). Neurosis y psicosis. *Obras completas, Volumen 19.* Amorrortu. (1923)

Freud, S. (1991). *Obras completas, Volumen 19.* Amorrortu. La pérdida de la realidad en la neurosis y la psicosis. (1924)

Kant, I. (2015). *Ensayo sobre las enfermedades de la cabeza.* Antonio Machado Libros.

Kant, I. (2020). ¿Qué es la ilustración? Editorial Verbum.

Laing, R. D. y Esterson, A. (1967). *Cordura, locura y familia, familias de esquizofrénicos.* Fondo de Cultura Económica.

Ortega, M. C. y Pedroza, H. (2018) *Más allá del diván [El psicoanálisis hoy].* Fontamara.

Pérez-Rincón, H. (1998). El teatro de las histéricas. Fondo de Cultura Económica.

- Ríos, A. (2016). *Cómo prevenir la locura: psiquiatría e higiene mental en México, 1934-1950*. Siglo XXI.
- Rivera, C. (2010). *La Castañeda: Narrativas dolientes desde el Manicomio General de México, 1910-1930*. Tusquets.
- Rousseau, J.J. (1923) *Discurso sobre el origen de la desigualdad entre los hombres*. Caliope.
- Sacristán, C. (2005). *Historiografía de la locura y de la psiquiatría en México: De la hagiografía a la historia posmoderna*. Instituto Mora.
- Sacristán, C. y Ordorika, T. (2017). *Historia de la psiquiatría en México: voces, testimonios e imágenes de sus protagonistas*. EDI Láser.
- Szasz, T. (1994). *El mito de la enfermedad mental*. Amorrortu.
- Tappan, J. E. (2021). *Diferencias y semejanzas con las psicoterapias, la psicología y la psiquiatría. Introducción epistemológica al psicoanálisis* (pp. 164-170). Casa Aleph.
- World Health Organization: WHO. (2014). Mental health. [www.who.int](http://www.who.int).  
<https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/mental-health>