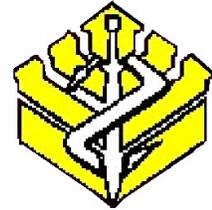


**HACIA UNA EPISTEMOLOGIA DE LA  
SOCIOGENÉISIS DE LA ENFERMEDAD MENTAL  
O LOS RETORCIDOS HILOS DE LAS PARCAS**



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
DIRECCION DE POSTGRADO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIALES  
MENCION SALUD Y SOCIEDAD**

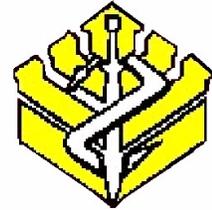
**HACIA UNA EPISTEMOLOGIA DE LA SOCIOGENESIS  
DE LA ENFERMEDAD MENTAL O  
LOS RETORCIDOS HILOS DE LAS PARCAS**

**Autor: José Enrique González Lobeto**

**Tutor: Freddy Bello**

**Valencia, Diciembre 2016**

**II.**



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
DIRECCION DE POSTGRADO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIALES  
MENCIÓN SALUD Y SOCIEDAD**

**HACIA UNA EPISTEMOLOGIA DE LA SOCIOGENÉISIS**

**DE LA ENFERMEDAD MENTAL O**

**LOS RETORCIDOS HILOS DE LAS PARCAS**

**Autor: José Enrique González Lobeto  
Tutor: Freddy Bello**

**Trabajo presentado ante la  
Dirección de Postgrado de la  
Facultad de Ciencias de la Salud  
de la Universidad de Carabobo  
para optar por el Título de:  
DOCTOR EN CIENCIAS SOCIALES  
MENCIÓN: SALUD Y SOCIEDAD**

**Valencia, Diciembre 2016**

**II.**

**"Los hombres son tan necesariamente locos que sería estar loco de alguna otra manera el no estar loco." Reflexión Pascal**

**IV.**

## **DEDICATORIA:**

A mi Elsa y mi Adolfo José, fuente de inspiración y apoyo permanente, y muchas veces inmerecido de mi parte.

A mi madre, que me enseñó el diálogo, grandes y pequeños de la vida. A mi padre, que me imprimió su vitalidad existencial

A mis Grandes Maestros Parcasianos de mi Vida: Prof. Gisela Hernández; Tío Julio César Alonso; y Prof Zoraida Camejo

A todos los que tuvieron a bien, o más sólo le toco por designios benévolos de las diosas Parcas, ser mis pacientes. Perdón, ante todo, por los atropellos verbales o por accionares desde la ingenuidad consciente voluntaria

## **AGRADECIMIENTOS:**

A mi Dios, que siempre me ha acompañado a enfrentar las verdades descubiertas y las verdades acontecimiento, de mi vida.

A mi esposa, hijo, padres y hermanos, siempre dispuestos a dejarme correr en dirección a mis deseos de búsqueda de saberes y desarrollo de mi vocación médica. Sobre todo a mi padre José Enrique González (Q.E.P.D) que nunca quiso que yo fuera psiquiatra, pero no puso nunca ningún tipo de oposición

A todas las personas participantes del Doctorado, compañeros, colegas (Rosa y Sarah), profesores, coordinadores, asesores lectores, de todos los géneros, mortales, olímpicos; y sobre todo a la inefable Aleska, mi agradecimiento siempre

A mis pacientes, por su benigna paciencia para conmigo y compartir los saberes de sus experiencias

A mi profesora de Literatura, Gisela Hernández (Q.E.P.D), mi parca Cloto, que me ayudo a, encontrarme arqueológicamente, durante mi adolescencia, con mi vocación profesional

A mi tío Julio César (Q.E.P.D), mi parca Laquesis, quien me enseñó a ayudar a través de escuchar al otro. Gracias por tu rica alteridad y frondosa alterofilia

A mi profesora de Clínica Psiquiátrica, Dra. Zoraida Camejo (Q.E.P.D), mi parca Átropos, por marcar siempre mis pasos en pro de la eclosión académica y profesional. Gracias por su acompañamiento inmortal

A mí estimado tutor Dr Freddy Bello, por sus sabias orientaciones académicas y su confianza perseverante en su alumno

A todos los que tuve en suerte o benevolencia, como Maestros y maestros, a lo largo de mi vida

A mis estudiantes, cuya perplejidad ante nuevos saberes esculapianos, siempre me inspiran cada día más, a este trabajo docente, aún, en estos benévolos tiempos.

A la Mitología, que me muestra siempre, todo lo grande y pequeño, que podemos llegar a ser

## INDICE GENERAL:

<b>DEDICATORIA.....</b>	<b>V</b>
<b>AGRADECIMIENTOS.....</b>	<b>VI</b>
<b>INDICE GENERAL.....</b>	<b>VII</b>
<b>RESUMEN.....</b>	<b>XI</b>
<b>SUMMARY.....</b>	<b>XII</b>
<b>PRELUDIO MITOLOGICO.....</b>	<b>1</b>
<b>EMILE DURHEIM, HIJO DE CLOTO.....</b>	<b>18</b>
<b>I. BREVE RESEÑA BIOGRÁFICA.....</b>	<b>19</b>
<b>II. LA SOCIOGÉNESIS DE LA ENFERMEDAD MENTAL Y LA DIVISIÓN DEL TRABAJO.....</b>	<b>21</b>
<b>Conducta Desviada Socialmente.....</b>	<b>21</b>
<b>Sociogénesis de la Enfermedad Mental y Solidaridad Mecánica o por Semejanzas.....</b>	<b>29</b>
<b>Sociogénesis de la Enfermedad Mental y Solidaridad Orgánica o por Desemejanzas.....</b>	<b>37</b>
<b>III. EL MÉTODO SOCIOLOGICO U ORIGEN DE LA EXPLICACIÓN SOCIOPSICOLÓGICA DE LA CONDUCTA DESVIADA SOCIALMENTE.....</b>	<b>58</b>
<b>Delimitando la Sociología, la Psicología Social y la Sociopsicología.....</b>	<b>58</b>
<b>Tratar los Hechos Sociales, Tratar las Enfermedades Mentales como Cosas.....</b>	<b>66</b>
<b>Lo Normal y Lo Patológico.....</b>	<b>74</b>
<b>IV. DIVERSIDAD DE CONDUCTAS SUICIDAS, DIFICULTADES DEL PROCESO DE SOCIALIZACIÓN.....</b>	<b>85</b>
<b>Tipos Sociales de Conductas Psicopatológicas o Enfermedades Mentales Sociogénicas.....</b>	<b>86</b>
<b>Método Comparativo o de Experimentación Indirecta para Lo Social..</b>	<b>96</b>
<b>Sociogénesis del Suicidio como fenómeno de condicionamiento, más de carácter sociopsicológico, que de naturaleza vesánica.....</b>	<b>100</b>
<b>Proceso de Socialización como etiología de la Sociogénesis de la Enfermedad Mental.....</b>	<b>103</b>
<b>Tipología Suicida resultante de la desorganización social.....</b>	<b>105</b>
<b>V. SOCIOGÉNESIS DE LA CONDUCTA SUICIDA O EL COMPLIT DE LOS DIOSES.....</b>	<b>109</b>

<b>Clasificación Etiológica del Suicidio.....</b>	<b>110</b>
<b>Suicidio Egoista.....</b>	<b>111</b>
<b>Suicidio Altruista.....</b>	<b>117</b>
<b>Suicidio Anómico.....</b>	<b>120</b>
<b>Suicidio Fatalista.....</b>	<b>126</b>
<b>VI. LA DIVISIÓN DE TRABAJO ANÓMICA COMO MEDIADORA DE LA SOCIOGENÉISIS DE LA ENFERMEDAD MENTAL.....</b>	<b>128</b>
<b>Crisis Industriales o Comerciales como Mediadores Sociogénicos Anómicos de la Enfermedad Mental.....</b>	<b>129</b>
<b>La División Coaptiva del Trabajo como Mediadora Sociogénica de la Enfermedad Mental.....</b>	<b>133</b>
<b>Falta de Regulación del Nivel de Trabajo como Mediadora de la Sociogénesis de la Enfermedad Mental.....</b>	<b>137</b>
<b>MICHEL FOUCAULT, HIJO DE LAQUESIS.....</b>	<b>139</b>
<b>I. BREVE RESEÑA BIOGRÁFICA.....</b>	<b>140</b>
<b>II. METAPATOLOGIA DE LA ENFERMEDAD MENTAL.....</b>	<b>142</b>
<b>Medicina Mental y Medicina Orgánica en la génesis de la Enfermedad Mental.....</b>	<b>142</b>
<b>Concepción Humanística de la Enfermedad Mental.....</b>	<b>148</b>
<b>Psicosociogénesis de la Enfermedad Mental del Primer Foucault.....</b>	<b>152</b>
<b>Las Condiciones Sociales de la Sociogénesis de la Enfermedad Mentales del Segundo Foucault.....</b>	<b>156</b>
<b>Los Tres Foucault y la Sociogénesis de la Enfermedad Mental.....</b>	<b>159</b>
<b>III. HISTORIA DE LA LOCURA DE FOUCAULT.....</b>	<b>163</b>
<b>Del Estructuralismo al Postestructuralismo.....</b>	<b>163</b>
<b>La Sin Razón, parcela opuesta o extensión de la sin razón.....</b>	<b>171</b>
<b>El Gran Encierro o La Gran Maníafobia.....</b>	<b>186</b>
<b>El Fariseísmo Filantrópico de Pinel.....</b>	<b>196</b>
<b>De lo Taxonómico surge la Etiología de la Enfermedad Mental.....</b>	<b>200</b>
<b>Los Diferentes Rostros de la Locura.....</b>	<b>207</b>
<b>La Maníafobia o Dementofobia Social los encierra y los libera.....</b>	<b>210</b>
<b>Sociogénesis de la Enfermedad Mental.....</b>	<b>214</b>
<b>Los psiquiatras no son tan malos, sólo que también le temen a la locura.....</b>	<b>220</b>
<b>La libertad no es más que un delirio más de la Locura.....</b>	<b>225</b>
<b>¿Nunca renunciaremos o superaremos la Maníafobia Social?.....</b>	<b>232</b>
<b>El Eterno Retorno de la Locura.....</b>	<b>237</b>
<b>IV. EL ANORMAL CRECIMIENTO DEL SABER PSIQUIÁTRICO.....</b>	<b>243</b>
<b>Arqueología del Saber sobre la Locura.....</b>	<b>243</b>
<b>Los Retorcidos Hilos del Saber Psiquiátrico.....</b>	<b>248</b>
<b>Las Anormalidades de Foucault.....</b>	<b>252</b>
<b>Los Monstruos acrecientan el Saber Psiquiátrico sobre las Perturbaciones de los instintos.....</b>	<b>255</b>

## VIII.

<b>Los Incorregibles aumentan el Saber Psiquiátrico sobre el ámbito Familiar.....</b>	<b>257</b>
<b>La conducta automática incrementa el Saber Psiquiátrico.....</b>	<b>260</b>
<b>El Déficit de Inteligencia incrementa el Saber Psiquiátrico.....</b>	<b>261</b>
<b>La sexualidad anormal incrementa el Saber Psiquiátrico.....</b>	<b>263</b>
<b>V. EL SOBERBIO PODER PSIQUIÁTRICO.....</b>	<b>268</b>
<b>La Psiquiatría y la Microfísica del Poder.....</b>	<b>268</b>
<b>Tipología del Poder.....</b>	<b>272</b>
<b>Microfísica del Poder Asilar Psiquiátrico.....</b>	<b>274</b>
<b>El Poder Médico Psiquiátrico.....</b>	<b>277</b>
<b>El Poder Psiquiátrico devenido de la familia se extiende a lo Social.....</b>	<b>280</b>
<b>La Psiquiatría como rama bastarda de la Medicina de la conducta Humana.....</b>	<b>285</b>
<b>Los Psiquiatras son hijos de Pinel por analogía, pero por la verdad Son de Reil.....</b>	<b>289</b>
<b>Las Verdades del Poder Psiquiátrico.....</b>	<b>293</b>
<b>VIII. FOUCAULT Y EL MOVIMIENTO PSIQUIÁTRICO..</b>	<b>301</b>
<b>LOS ANTIPSIQUIATRAS, HIJOS DE ATROPOS.....</b>	<b>307</b>
<b>I. INTRODUCCIÓN A LA ANTIPSIQUIATRIA COMO INTENTO EXPLICATIVO DE LA SOCIOGÉNESIS DE LA ENFERMEDAD MENTAL.....</b>	<b>308</b>
<b>II. CORRIENTES PARADIGMÁTICAS DE LA ANTIPSIQUIATRIA.....</b>	<b>314</b>
<b>Corriente Fenomenológico-Existencial.....</b>	<b>315</b>
<b>Corriente Político-social.....</b>	<b>317</b>
<b>Corriente Ético-Sociológica.....</b>	<b>319</b>
<b>III. ALGUNOS HIJOS DE ÁTROPOS.....</b>	<b>320</b>
<b>1) RONAL LAING.....</b>	<b>320</b>
<b>1.A) Breve Reseña Biográfica .....</b>	<b>320</b>
<b>1.B) Condición de Inseguridad Ontológica.....</b>	<b>321</b>
<b>1.C) Sociogénesis de la Inseguridad Ontológica no condición Psicopatológica y no condición sana.....</b>	<b>328</b>
<b>1.D) Curación de Psicosis Crónica Funcional.....</b>	<b>332</b>
<b>1.E) La Reducción del Poder Psiquiátrico.....</b>	<b>336</b>
<b>2) DAVID COOPER.....</b>	<b>339</b>
<b>2.A) Breve Reseña Biográfica.....</b>	<b>339</b>
<b>2.B) La Antipsiquiatría como propuesta política y subversiva.....</b>	<b>341</b>
<b>2.C) Sociogénesis de la Enfermedad Mental.....</b>	<b>343</b>
<b>2.D) Villa 21: Nuevo Tratamiento Moral y Humanitario de la Enfermedad Mental.....</b>	<b>352</b>
<b>2.E) El Poder Psiquiátrico Marxista.....</b>	<b>357</b>
<b>3) THOMAS SZAS.....</b>	<b>359</b>
<b>3.A) Breve Reseña Biográfica.....</b>	<b>359</b>

3.B) Desmitificación Szasiana de la existencia de Enfermedad Mental...	361
3.C) Todo por la Libertad. Defendamos Nuestro Derecho a Una Conducta Singular Personal, cualquier que esta sea.....	369
3.D) Sociogénesis de la Conducta Extraña y Peculiar Mal llamada Esquizofrenia U Otros Trastornos Mentales.....	375
3.E) Desempoderemos a la Psiquiatría.....	381
4) FRANCO BASAGLIA.....	390
4.A) Breve Reseña Biográfica.....	390
4.B) Violencia Psiquiátrica como Trato Social a los Enfermos Mentales...	392
4.C) Sociogénesis de la Enfermedad Mental. Explicación Ideológica Política.....	394
4.D) Curación de la Psicosis Crónica Funcional. De lo Punitivo a lo Libertario.....	397
4.E) Lucha contra el Poder Psiquiátrico.....	408

LOS ENREDADOS HILOS DE LAS PARCAS, SE ANUDAN Y SE SEPARAN. LO NOMOTÉTICO Y LO IDIOGRÁFICO.....	414
I. LO NOMOTÉTICO E IDEOGRÁFICO.....	415
II. LOS RETORCIDOS HILOS DE CLOTOS Y LAQUESIS.....	417
Lo Nomotético (Se unen los hilos).....	417
Lo Ideográfico (Se separan los hilos).....	425
III. LOS RETORCIDOS HILOS DE LAQUESIS Y ÁTROPOS.....	433
Lo Nomotético (Se unen los hilos).....	433
Lo Ideográfico (Se separan los hilos).....	439
IV. LOS RETORCIDOS HILOS DE CLOTO Y ÁTROPOS.....	445
Lo Nomotético (Se unen los hilos).....	445
Lo Ideográfico (Se separan los hilos).....	451
V. LOS RETORCIDOS HILOS DE LOS HIJOS DE ÁTROPOS.....	457
Lo Nomotético (Se unen los hilos).....	457
Lo Ideográfico (Se separan los hilos).....	462
VI. LOS RETORCIDOS HILOS DE CLOTO, LAQUESIS Y ÁTROPOS	465
Lo Nomotético (Se unen los hilos).....	465
Lo Ideográfico (Se separan los hilos).....	471
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	477

**UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
DIRECCIÓN DE POSTGRADO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIALES  
MENCIÓN SALUD Y SOCIEDAD**

**HACIA UNA EPISTEMOLOGIA DE LA SOCIOGÉNESIS DE LA ENFERMEDAD  
MENTAL O LOS RETORCIDOS HILOS DE LAS PARCAS**

**AUTOR: José Enrique González  
TUTOR: Dr. Freddy Bello**

**RESUMEN:**

La enfermedad mental tiene una etiopatogenia multifactorial, interactiva e interdependiente de cada uno de los factores psicológicos, biológicos y sociales intervinientes. Pero las bases sociales para comprender la etiopatogenia de los trastornos mentales resulta bastante descuidada, detenida o subestimada, en relación a los otros asideros etiológicos (biológico y psicológico). En un saltar de las diosas greco-romanas del destino, las llamadas Parcas o Moiras, se irán hilvanándose las pérfidas madejas de las fatídicas que pre-establecen los infortunios de enfermedad física o mental y hasta la muerte de cada mortal. Este trabajo, pretende investigar el recorrido de los hilos epistemológicos y epistemolíticos sobre la sociogénesis de la enfermedad mental, que denota mucho sobre el origen del maltrato social (exclusión, segregación, encierro, etc.), a que han estado sometidos, los enfermos mentales. El presente trabajo pretende hacer un recorrido epistemológico, histórico y hermenéutico emprendido por filósofo, un sociólogo, y varios psiquiatras nihilistas (antipsiquiatras). Lo que no mostrara no sólo las representaciones y aportes teóricos de los hijos de Cloto (Emile Durkheim), de Laquesis (Michel Foucault) y de la antipsiquiatras (Laing, Szas y Cooper) como hijos de Atropo. Este viaje teórico nos muestra la interesante y enriquecedora perspectiva explicativa de la sociogénesis, desde la sociología de la conducta desviada, la alienación mental regida por el interjuego del Saber y el Poder Psiquiátrico, y la negación epistemololítica del objeto de estudio, la enfermedad mental. Con este como un viaje teórico, se precisará los contrastes y semejanzas, lo nomotético e ideográfico inter-teóricos sociales, para hilvanar un patchwork benévolo de sociología psiquiátrica, y delatar la alterofobia social (maniafobia o dementofobia) siempre presente.

**PALABRAS CLAVES: SOCIOGÉNESIS, ENFERMEDAD MENTAL, SABER Y PODER PSIQUIÁTRICO, DURKHEIM, PSICOPATOLOGIA SOCIAL, ANTIPSIQUIATRIA, FOUCAULT Y SOCIOLOGIA PSIQUIATRICA**

## SUMMARY

Mental illness has a multifactorial, interactive etiopathogenesis Interdependent of each of the psychological, biological and social factors Intervening. But the social basis for understanding the etiopathogenesis of Mental disorders is quite neglected, detained or underestimated, in relation to other aetiological (biological and psychological) assumptions. In a jump of the goddesses Of Fate, called Fates or Moiras, will be perfidious skeins of the fateful ones that pre-establish the misfortunes of disease Physical or mental and even the death of every mortal. This paper intends to investigate the of the epistemological and epistemolithic threads on the sociogenesis of Mental illness, which denotes much about the origin of social maltreatment (exclusion, segregation, confinement, etc.), to which the mentally ill have been subject. This paper intends to make an epistemological, historical and hermeneutic journey undertaken by a philosopher, a sociologist, and several nihilist psychiatrists (Antipsychiatrists). This would not only show the representations and theoretical contributions of the sons of Cloto (Emile Durkheim), Laksis (Michel Foucault) and the antipsychiatrists (Laing, Szas and Cooper) as children of Atropo. This theoretical journey This theoretical journey shows us the interesting and enriching explanatory perspective of sociogenesis, From the sociology of deviant behavior, the mental alienation ruled by the Interplay of Knowledge and Psychiatric Power, and the epistemolithic negation of the object Of study, mental illness. With this as a theoretical trip, the Contrasts and similarities, the nomothetic and ideographic intertheoretical social, to Weaving a benevolent patchwork of psychiatric sociology, and betraying the alterophobia Social (maniaphobia or dephobia) always present.

**KEYWORDS: SOCIOGENESIS, MENTAL ILLNESS, KNOWLEDGE AND PSYCHIATRIC POWER, DURKHEIM, SOCIAL PSYCHOPATHOLOGY, ANTIPSIQUIATRIA, FOUCAULT AND PSYCHIATRIC SOCIOLOGY**

**PRELUDIO**  
**MITOLOGICO**

**PARCAS o MOIRAS:**

En la mitología griega, las Moiras, que significa “las repartidoras” eran tres diosas dispensadoras del destino. En la mitología romana se llamaban las Parcas o Fatas. Se suelen representar como tres mujeres de aspecto hierático y melancólico, con facies severas y envueltas en túnicas blancas (Anónimo, 2000, p 134). A veces, como una mujer anciana, una mujer madura y una joven muchacha. (Kerényi, 1997, p 38) Este autor, también, nos comenta que la palabra griega “Moira” significa etimológicamente “parte o porción”; con lo que se refiere a la extensión de la acción de cada una de las diosas en cada una de las etapas de la vida de los mortales: infancia, adultez y vejez o etapa terminal (muerte).

Por otra parte, sostienen los poetas órficos, que cada una de las Moiras, corresponden a las tres fases de la luna; y por eso Orfeo le canta en sus Himnos “las Moiras de blanco ropaje” (Zabaljauregui, 1965, p 107). Regían el hilo de la vida en todo el trascurso de esta, desde el nacimiento hasta la muerte. Por lo tanto, desde nuestro nacimiento, establecían la cantidad y tipo de avatares a enfrentar o sufrir (éxitos o fracasos amorosos, salud o enfermedad física o mental, circunstancias de muerte, padecimientos en vida o no de una enfermedad mental, etc.), es decir, se encargaban de establecer nuestros destinos, los retos o eventos estresantes vitales o factores de riesgo psicosocial a enfrentar a lo largo de nuestras vidas. El nacimiento, la muerte, la salud, la enfermedad, la adversidad, la locura, todo estaba destinado para los hombres y mujeres, desde el inicio de sus vidas.

Según algunos mitógrafos, las Parcas decidían por consenso la confección del destino desde que se inicia la creación del hilo. Se preparaba una determinada cantidad de cáñamo o lana negra (desventuras o males) y seda blanca o dorada o con hilos de oro

(venturas o bondades), que pre-establecían los éxitos, infortunios y el predominio del mal o el bien en el talante moral de cada persona. Sin embargo, los mortales tenían cierto margen para decidir, aumentar o no la desviación o contención social de su conducta; sin embargo, estaban supeditados ineludiblemente a las diosas del destino.

En el siglo V a. C, se habla de las Moiras como entidades esenciales aún no antropomorfizadas. Su naturaleza es abstracta y alegórica y suele ser mencionada como una sola deidad. Homero habla en la *Iliada* de la “Moira”, que hila la hebra de la vida para los hombres en su nacimiento, y que “es recia”, “difícil de sobrellevar” y “destructora” (Homero, 2000.a, p 68). En el Canto XXIV de esta misma obra, El Rey Príamo de Troya se lamenta de la muerte de su hijo Héctor a manos del aqueo invencible Aquiles, por lo que decide ir a suplicarle a este por la entrega del cadáver amado y se resigna ante el destino de su primogénito, por lo que se le oye decir: “Eso es lo que el imperioso destino urdió con su trama para él al nacer, cuando yo lo alumbré: saciar a los perro, de ágiles patas, lejos de sus progenitores y en poder de un hombre brutal, a quien ojalá yo medio hígado pudiera devorar hundiendo mis dientes” (Homero, 2000.b, p 488).

Además se describe también en la *Iliada*, la muerte en batalla del guerrero aqueo Cleobulo a manos del Ayante Olíada, de la siguiente manera: “La sangre calentó entera la espada, y de sus ojos se adueñaron la purpúrea muerte y el imperioso destino” (Homero, 2000.c, p 323). Homero usa el vocablo “destino” por “Moira” en la “*Iliada*”. Sin embargo, se habla de ellas en plural, como las Klothes (“hilanderas”) o parcas en la *Odisea*, lo cual se evidencia cuando refiriéndose a Ulises, el anciano sabio Equeneo le

pide a los compañeros de este la mayor solidaridad y apoyo en el viaje de regreso a Grecia para este héroe de sombrío destino; solicitándoles, por lo menos que:

...cuidemos de evitar que le aflija pesar ni desgracia hasta el día en que pise de nuevo su tierra natal, que allí luego todo aquello tendrá que sufrir que al nacer de su madre en sus hilos trenzaron el hado y las klotas funestas” (p 106).

Su número varía según cada mitólogo que sea consultado. Kerényi (1997, p 41) nos advierte que en la ciudad de Delfos, solamente se le rendía culto a dos diosas: una Moira que rige el nacimiento y otra que decide la forma y tiempo de advenimiento de la muerte a los mortales. También Apolodoro (2002.a, p 18), refiere que eran dos cuando armadas con mazas de bronce, durante la batalla de los dioses olímpicos contra los Gigantes (Gigantomaquia), matan a los temibles Agrio y Troantes. Sorprendentemente, el mismo autor enumera tres Moiras (Cloto, Láquesis y Átropos) como hijas de Zeus y su hermana Temis en otra parte de su libro (Apolodoro, 2002.b, p 8). Existe un famoso friso en la Sala del Altar de Pérgamo en la ciudad de Berlín (Alemania) que recoge esta terrible escena. Es posible que en guerra contra los Gigantes, sólo hayan intervenido las fatales Láquesis y Átropos, las que enreda los hilos del destino y la que pronuncia la muerte anunciada, respectivamente. Cloto es la dadora de bienvenida a la vida, quizás por eso no haya asistido a esa terrible guerra. Las mujeres asignadas por los nazis como celadoras de los judíos u orates que se encontraban en los campos de concentración, recibían el nombre de “Benévolas”, este constituía un epíteto común que le daban los antiguos griegos a sus diosas más temibles, tales como las Moiras, las Grayas, las Gorgonas y las Erinias. Es famosa por su cruenta forma de asesinar a sus víctimas, una benévola nazi llamada “Dorothea Binz” quien gustaba matar con un hacha. Una auténtica, maligna y rustica

Moiras, sólo que no enfrenta a iguales en poder y fuerza como las diosas griegas cuando enfrentan a los Gigantes, sino que se ensañan en condiciones ventajosas contra indefensas personas discriminadas racialmente o por ser portadores de enfermedad mental

Es rara la piedad en los dioses griegos, por lo cual muchas de las plegarias a ellos incluyen la expresión “Benévolo dios”. Las diosas Parcas son muy temibles y con frecuencia recibían el epíteto de “Las Benévolas o Benevolentes” como una manera de mencionarlas a ellas o a las otras triadas de diosas grises (Gorgonas, Erinias y Grayas). La expresión “benévolo” significa para los griegos, una solicitud humilde a los dioses para que no decidan ninguna acción negativa contra el suplicante; no es una plegaria de una actuación positiva, sino más bien de una omisión de actuar o accionar negativo, es decir, dejar de intervenir en sus vidas. Lo mejor que le podía pasar a un griego en la antigüedad clásica, era que los dioses lo ignoraran y no intervinieran en su vida porque, generalmente, cuando lo hacían era de manera caprichosa y maligna. Las Moiras motivaban en los griegos muchos temores, sobretodo en víspera de grandes acontecimientos vitales, tales como el nacimiento, matrimonio, viajes o enfermedad, etc. Por ejemplo, las mujeres cuando se iban a casar le ofrecían mechones de cabello, o le elevaban plegarias al nacer un hijo.

Por otro lado, Pausanias en su libro “Descripción de Grecia o Periéguesis” (2000.a, 33) lee una inscripción en el siglo II d. C en un templo de Poseidón (dios de los mares) en la ciudad de Olimpia, donde mencionan a dos Moiras: Moeragéte Zeus (“Zeus dador del destino”) y Moeragéte Apolo (“Apolo dador del destino”), como representaciones de dioses consentidos por las Moiras a quienes le dispensan la potestad de fraguar o torcer los

destinos de los mortales. En otra parte de su libro, Pausanias nos refiere que en Atenas se consideraba que eran cuatro Moiras, adicionando a Afrodita Urania como la mayor de estas diosas (Pausanias, 2000.b, p 22). Por otro lado, nos refiere Kerényi (1997, p 38) que existe una famosa crátera o vasija en la que el artista Sofilo (580 a. C) pinta en Florencia, el matrimonio de la diosa Tetis y el guerrero Peleo, en donde aparecen representadas cuatro Moiras.

Pero la mayoría de los mitógrafos establecen que son una triada de diosas, que responden a los nombres de Cloto (“la hilandera”), Láquesis (“la que decide la suerte”) y Átropos (“la ineludible”). Los griegos creían que aparecían en el lecho de cada niño con tres días de haber nacido, y allí decidían el destino inexorable de este nuevo mortal, ya sea de carácter sombrío o exitoso. Por lo cual solían ser muy temidas y adoradas. Inventaron 7 letras del abecedario griego. Escribían el destino de los hombres en las paredes de un enorme muro de bronce y nadie podía borrar lo que ellas escribían. Ellas hilaban lana blanca y entremezclaban hilos de oro e hilos de lana negra. Los hilos de oro significaban los momentos dichosos en la vida de las personas y la lana negra, los periodos tristes.

Al parecer eran muy respetada hasta por Zeus (dios del olimpo), aunque ningún mitógrafo clásico refiera que estas deidades tenían algún poder sobre los inmortales. Pero Hesiodo en su Teogonía nos refiere que “las Moiras, a quienes el sabio Zeus dio los mayores honores” (Hesiodo, 2000.a, p 77) y Zeus guarda un gran respeto por la diosa Noche (Nix), madre de las Moiras, tal como lo refiere Homero en la “Iliada” (2000.d, p 281) por conferir el destino afortunado o no de los mortales.

Famosos autores clásicos como Heródoto, Esquilo y Platón consideran a Zeus como el dios soberano del Olimpo que solía conocer el destino de los hombres, pero no es quien lo decide, debe respetar los designios de las diosas del destino. Pero puede muchas veces modificarle el destino de algunos mortales por los cuales muestra predilección o rechazo, pero debe hacer la debida solicitud de interferencia subrogada ante las Parcas. Lo único que Zeus (dios más poderoso de todos) en algunos casos, podía hacer, sin requerir aprobación parcasiana, era elevar su balanza áurea, en el mediodía, y determinar según el predominio del desnivel de la balanza, cuál de los guerreros enfrentados estaban condenados a morir ese día (Homero, 2000.a, p 68). Esto era lo máximo que podía llegar a interferir en lo ya pautados por las diosas del destino, Los otros dioses pueden castigar o recompensar a los mortales, pero no determinar el final de los mismos, por ser potestad exclusiva de las Moiras. Podían impedir o contrariar cualquier transgresión de algún dios que tratara de desviar los destinos de los guerreros durante el transcurso de una batalla

Son hijas endogámicas de la Noche, quien no se acuesta con nadie para engendrarlas, según Hesiodo (2000.b, p 48), quien en otra parte de su Teogonía, les adjudica como padres a Zeus y Temis (diosa de la equidad), cuando nos relata que “dan a los hombres los bienes de que éstos disfrutaban o los males que padecen (Hesiodo, 2000.a, p 77). En los Himnos Órficos se dice que habitaban en el cielo, en una especie de una caverna contigua a una laguna en el inframundo del Averno o Hades (Anónimo, 2000, p 134), una imagen que alude al plenilunio (Kerényi, 1997, p 38). Sin embargo, Higinio (2009.a, p 64) las da como hijas de la Noche y Erebo (dios de las profundidades más oscuras).

Existen una serie de altares erigidos en honor de las Moiras, tales como en el templo de Zeus en la ciudad de Megara, donde “sobre la cabeza de Zeus están las Horas y las Moiras, y todos pueden ver que es el único dios obedecido por éstas” (Pausanias, 2000.c, p 31). Las Horas: Eurinome (orden), Paz (Irene) y Dike (Justicia); y las Parcas son hermanas, hijas de Zeus y Temis, según Hesiodo (2000.a, p 77.) También el autor nos habla de otros altares en las ciudades de Tebas, Atenas, Olimpia y Pérgamo, donde generalmente acompañan a las estatuas de dioses olímpicos, sin representación escultóricas propias. En Tebas, las Moiras se encuentra en el santuario de Temis (Pausanias, 2000, p 26) Esta homologación genésica entre las diosas del destino (Moiras) y las diosas del orden y justicia (Horas); guarda una posible relación estética y ética de lo que se encuentra estable, en simetría, en adecuación o dentro de lo convencional o validado socialmente, y anteponiéndose a que no ocurra lo contrario. Sin embargo, mientras las primeras diosas tienen una potencialidad para fraguar de que este orden se dé en nuestros destinos u ocurra la desviación de la conducta o propicia avatares en la vida de los mortales; las Horas son meras diosas alegóricas sin frecuentes o importantes narraciones mitológicas sobre ellas. Tal como si el destino nos golpeara ineludiblemente y nos marcara imperecederamente; mientras el orden, paz y justicia fueran meras utopías inalcanzables o de disfrute por tiempo limitado.

Existen varias narraciones sobre la intervención de las Parcas en el momento del nacimiento de famoso mortales o semi-mortales guerreros. Una de los mitos más representativos sobre su hacer, es la historia de Meleagro, hijo de la Reina Altea de Calidonia quien se acostó en la misma noche con su esposo el Rey Eneo y con el dios Martes. En el momento de su nacimiento de su hijo, las tres Parcas hicieron su aparición y

regalaron tres dones: Cloto le vaticino que sería un gran guerrero, mientras Láquesis que contaría con portentosa fuerza Y Atropo que moriría cuando un tizón incandescente, que nadie en el palacio supo dar cuenta de cómo llegó allí, se consumiera en el fuego. Altea paso rápido a retirarlo del fuego y esconderlo en un arcón. (Higinio, 2009.b, p 255). Hesíodo (2000, p 56), en su libro “Escudo”, nos cuenta que los dones parcos conferidos a Meleagro fueron una naturaleza noble, otorgado por Cloto y un status de héroe por Láquesis, mientras coincide con los otros autores en el tipo de muerte destinado por Átropos

Este reparto de dones, se trasladará más tarde en la literatura europea en el cuento de Charles Perrault “La Bella durmiente”, cuyo nacimiento fue precedido por la aparición de tres hadas madrinas. El término “hada” proviene del latín “fata”, que significa adivina. A las Parcas se les llama también “fatas” (adivinas). Es el depósito del alma o destino de la persona en un objeto exterior, una especie de fetichismo; donde la vida y devenir de una persona está determinada por algo metafísico y supraconciente al individuo. Esto constituye un tema recurrente de la literatura y mitología clásica. Son claros ejemplos literarios posteriores “El Retrato de Dorian Gray” de Oscar Wilde y “La Piel de Zapa” de Honoré de Balzac

Según Apolodoro (2002.c, p 26) como castigo al Rey Eneo quien descuida hacer los sacrificios anuales a la diosa Diana, ésta toma venganza enviando un jabalí gigante a los campos de Calidonia para destruirlos. Otra versión griega refiere que el descuido con la diosa fue realizado por el mismo Meleagro quien les rindió honores a todos los dioses menos a Artemisa (Diana). Meleagro elimina al monstruo con la ayuda de varios jóvenes

de Grecia, en especial por la participación de la princesa Atalanta quien le clavo la primera flecha. Por lo que Meleagro le ofrece la piel del jabalí a la hermosa guerrera. Esto trae el enojo de los otros participantes, entre ellos sus tres tíos maternos: Ideo, Plexipo y Linceo, a quienes mata su sobrino Meleagro (Higino, 2009.c, p 257). Según la versión de Higino, fue porque los cuatro hombres se enamoran de Atalanta, y Meleagro intenta frenar el acoso de sus tíos hacia ella; pero según Apolodoro (2002.d, p 27), la motivación del triple homicidio obedece a la trifulca por el trofeo de la piel. “Cuando su madre Altea se entera que su hijo dio muerte a sus hermanos , extrajo el tizón oculto y lo arrojó al fuego para vengarse y da muerte a su hijo” (Higino, 2009.c, p 258). Se cumple lo vaticinado por la diosa Átropos

No siempre los dioses aceptaban las decisiones destinistas de estas deidades, e intentaban desviarlas. Apolo embriaga en un festín a las tres diosas y logra inducir en esta la promesa de que cambiaran el día de la muerte ya próxima de su amigo Admeto, el Rey de Feras en Tesalia (Higino, 2009.d, p 80-82). Las Moiras aceptaron aplazar la muerte de Admeto, si conseguía a alguien dispuesto a morir ese día por él. Nadie acepto ser intercambiado, ni siquiera los ancianos padres del Rey, sólo dio una respuesta afirmativa a este intercambio, su esposa Alcestis. Eurípides en su obra teatral “Alcestis” nos cuenta el intercambio tanático entre ambos esposos (Eurípides, 1991) Más tarde, Hércules logra rescatarla del inframundo por orden de los dioses. Sin embargo, de manera asombrosa, estas diosas ineludibles han revertido sus designios en otros pocos casos, pero generalmente por la intersección de grandes dioses como Apolo o Zeus. Permiten regresar a los siguientes muertos del Averno: Proserpina, Hércules, Polux, Teseo, Hipólito, Asclepio, Mercurio, Ulises, Eneas y Glauco (Higinio, 2009.e, p 306-307).

Se suelen representar como una triada de mujeres viejas de naturaleza sombría y generalmente como viejas hilanderas. Aunque, Shakespeare (1991) las representa en su famosa pieza teatral “Macbeth”, como tres brujas de diferente grupo etario: una doncella, una matrona y una anciana, respectivamente. Intervienen de manera determinante en el destino del protagonista. Se encuentra ambientada durante la Guerra entre Escocia contra los invasores de Noruega e Irlanda. Mientras Macbeth, barón de Glamis cabalga de regreso del campo de batalla, se encuentran en el camino con tres brujas que le vaticinan que será Rey, lo cual despierta su ambición, Y junto a su esposa Lady Macbeth comienzan a planear la muerte del Rey Duncan. Macbeth da muerte al Rey mientras este duerme y culpa a los sirvientes, a quienes ha asesinado con antelación, refiriendo que lo hacía para vengarse de su crimen. Los hijos del Rey no creen la versión del magnicidio y uno huye a Inglaterra y el otro a Irlanda; con lo cual Macbeth, como pariente de Duncan, termina siendo proclamado como el nuevo Rey

Macbeth asesina también a su amigo Banquo, a quien las tres brujas le profetizaron que sería padre de reyes, su hijo Fleance logra escapar. Lo persigue la culpa en forma de apariciones del fantasma de su víctima. Las brujas hacen tres profecías más sobre muertes y sucesiones en la corte que se cumplen a cabalidad. Lady Macbeth realiza rituales para liberarse de sus remordimientos, tales como el continuo lavado de sus manos, para terminar suicidándose. Camuflado de ramas del bosque, los hijos del Rey Duncan atacan el palacio y lo recuperan. Macduff, hijo de Duncan, nacido por cesárea, da muerte a Macbeth, cumpliéndose la última profecía de las brujas de que “no podría ser muerto por ningún hombre nacido de mujer”. El príncipe Macduff termina siendo coronado.

Son homologas a las Moiras, las diosas Nornas o Valas, espíritus femeninos de la mitología nórdica o vikinga, que tenían el don de la profecía o adivinación, don potestad exclusiva de las mujeres. Se conocen con el nombre de Uror o Urd, que significa “lo ya ocurrido”, el pasado; Veroandi o Verdandi, “lo que sucede ahora”, el presente; y Skuld, es decir “lo que sucederá”, el porvenir. Estas diosas solían vivir bajo las raíces del fresno Yggdrasil, el árbol que se encontraba en el centro del universo, donde se entretejen los destinos de cada humano en los hilos de los tapices tejidos por ellas, donde la longitud de cada hebra se encuentra en razón de la duración de vida de cada persona.

Estas profetisas, a las que también se conocía como Idises, Dises o Hagedises, oficiaban en los santuarios forestales y en arboledas sagradas, y siempre acompañaban a los ejércitos invasores. Encabezando o mezcladas entre el ejército, conducían vehementemente a los guerreros a la victoria, y cuando la batalla había concluido a menudo cortaban el águila sangrienta en los cuerpos de los prisioneros. La sangre se recogía en grandes baldes, en los que las Dises sumergían sus brazos desnudos hasta los hombros, antes de unirse a la frenética danza con la que concluía la ceremonia

CLOTO: (Κλωθώ)

Era la diosa que se encargaba de hilar el hilo de la vida de cada uno de los mortales antes de su nacimiento. Usaba la rueca u huso, de la cual iba surgiendo el hilo que demarcaba el destino de un mortal. Recibía por los romanos el nombre de Nona; ya que

se le invocaba en el noveno mes de gestación. Es la diosa de aspecto más joven y se le designaba como “la hilandera” (Kerényi, 1997, p 38) y decidía el momento y condiciones del nacimiento

Utilizaba diferentes hilos con los que fraguaba variados destinos y peculiares cada uno, para cada uno de los mortales. Representa una auténtica diosa de lo ideográfico, porque cada destino fraguado por ella es único y particular, según la cantidad y tipo de hilo que emplee. Cuando empleaba hilo de oro o seda, originaba destinos de éxito y felicidad según la cuantía de los mismos empleados; mientras que si hilaba con cáñamo o lana, los destinos fraguados eran de carácter más mediocre, grises y poco felices.

### LÁQUESIS (Λάχαισις)

Es la diosa que enreda los hilos, con lo que fragua el destino de cada persona. Es la “que decide el destino”. Se encargaba de devanar los hilos alrededor de un eje o vara, para luego poder medir su longitud, la longevidad de nuestras vidas. También determinaba lo enrollado de nuestro devenir existencial, según la forma anudada de entrelazar los hilos, que le acerca su hermana Cloto. Aunque es la que mide en su vara el hilo ya fraguado para conocer la duración terrenal del mortal, es la primera hermana, quien determina la longevidad vital. Láquesis decide nuestra suerte en vida, es decir, nuestros encuentros y desencuentros con la vida, la presentación o no y el tipo de evolución de una enfermedad física o mental. En fin, nuestra calidad de vida. Hay que recordar que los griegos de la antigüedad pensaban que todos nuestros actos eran

determinados de manera destinista. Se denomina por los romanos “Décima” y se invocaba en el primer mes de nacido el niño. Portadora de una vara, una pluma o un mapa o globo del mundo. Las decisiones de los mortales dependen de cómo modelara Láquesis el carácter y la propia idiosincrasia de aquellos

### ÁTROPOS (Ἄτροπος)

Su nombre significa “la que no gira” o “la inexorable o inevitable o inflexible”. Se le suele representar con una tijera o una balanza en una de sus manos. Es la que se encarga de dar punto final a la vida de los mortales, a través de cortar con sus “detestables tijeras” el hilo de la vida, cuando llegaba a un mortal el final de su destino, pero también determinaba cómo sería ese final. En Roma, se le denominaba “Morta” (Muerte). Cuando las Moiras son nombradas en singular, se refiere a Átropos. A veces, era confundida con Enio, una de las diosas Grayas.

Se le solía describir como una anciana de poca estatura, pero como la más vieja y poderosa de la triada teológica (Hesíodo, 2009.c, p 126), que se dedicaba a vigilar el trabajo de sus dos primeras hermanas, y procurar la muerte de cada sujeto, a su placer y capricho. Imponía el momento y tipo de muerte de cada uno de los mortales, sin importarle la condición social, poder, raza o sexo, etc. Todos debemos enfrentar ese designio fatal.

Francisco de Goya pinta un óleo sobre un lienzo basado en una pintura que se encuentra en un muro de su casa “La Quinta del Sordo”, adquirida en 1819. La obra versa sobre “Átropos o Las Parcas”. Representa una de sus pinturas negras, de estilo romanicista y se encuentra localizada actualmente en el Museo del Prado, en la ciudad de Madrid. En este lienzo se visualiza el quehacer de estas fatídicas deidades. Átropos porta las tijeras que cortan el final de la vida; mientras Cloto con un muñeco o recién nacido en las manos, como sustituto de la rueca, nos muestra una imagen alegórica de la vida; y Láquesis con un espejo o lupa, con lo que simboliza el tiempo o duración de nuestra vida mortal

Estas diosas pueden analógicamente remedar las ramas de la toxicología, Cloto diosa de las arañas, que disponen los hilos desde el inicio para hacer sus telarañas; Laquesis que enrolla los hilos, también representa las serpientes y Atropo, remeda a los escorpiones. Pero estas diosas malignas, toxicofilíficas pero no toxicómanas, dispensan los finales de los mortales. Otra analogía es la genética (Cloto), la aparición de factores psicosociales o estilos de vida inadecuados asociados a una enfermedad crónica, física o mental (Laquesis) y Átropos (la causa última de muerte). Nunca significan nada bueno, los dioses griegos tienden a ser benévolos. Hay que cuidarse de ellos, no los invoquen, sólo ofrezcan holocaustos animales que distraigan su atención hacia nosotros. Un buen estilo de vida, las elude, o por lo menos a las dos primeras, la última es implacable.

**EMILE DURKHEIM,**  
**HIJO DE CLETO:**

**I. BREVE RESEÑA BIOGRAFICA:**

Émile Durkheim nace en 1858 en Epinal (Francia) y estudio Filosofía en la Escuela Normal Superior de Paris. Impartió clases en la Universidad de Burdeos. Son famosos cuatro de sus libros publicados: La división trabajo social (1893), Las reglas del método

sociológico (1895), El Suicidio (1897), y Las Formas Elementales de la vida religiosa (1912). Es considerado como el padre de la *sociología* francesa. Muere en 1917, abatido tras la muerte de su hijo André en Serbia durante la Primera Guerra Mundial

Fue editor de la revista “L’*Année sociologique*”, desde 1897 hasta 1907, que conto con la colaboración de numerosos autores ex alumnos de la Escuela Normal Superior, que aceptaban como consenso la necesidad de una sociología científica que se diferenciara claramente de la psicología, para alejar la sociología del espectro diletante, metafísico y especulativo de otras revistas de ciencias sociales de la época, tales como: “La *Réforme Sociale*” (1881) y “La *Science sociale*” (1886) de corte leplaysiana, a quien Durkheim le negaba todo acepción científica; “La *Revue Internationale de Sociologie*” (1893) dirigida por René Worms, sobre quien Durkheim mantenía silencio total sobre sus actividades, quizás porque consideraba que su revista recogía trabajos de concepción muy ecléctica y pluralista sobre la sociología que no permitía alcanzar ningún consenso para estructurar un área científica determinada. Con estos aportes, esperaba que la sociología se elevara del estatus social e institucional, desprendiéndose de su inicial carácter marginal, a causa de la desvalorización de la obra de Augusto Comte por mantener un interés de crear una sociocracia en su obra “*Sistema de Política Positiva*” (1851). Su participación era desde diferentes materias sociológicas (sociología criminal, estadística moral, sociología económica, sociología moral y jurídica, sociología de la religión y morfología social, etc. (Steiner, 2003, p 19-22).

Abogaba a favor del culto a la personalidad y creía que el respeto a la libertad y a la justicia era parte esencial de la conciencia colectiva y de la defensa de la nación. Su

dedicación a la docencia lo mantuvo lejos del compromiso político activo, no obstante mostro su apoyo teórico al socialismo, a la enseñanza laica, a la defensa de los Derechos del Hombre y a la lucha a favor de la inocencia de Dreyfus

Aceptaba el socialismo como las teorías que promueven “el vinculo más o menos completo de todas las funciones económicas o de algunas de ellas, incluso difusas, con los órganos directivos y conscientes de la sociedad” (Durkheim, 1988, p 51), pero no aceptaba que el estado quisiera encargarse de manera absoluta de todas las actividades económicas, cuando este debería solamente dedicarse e la coordinación reflexiva de las mismas. Proponía que las reformas socialistas deben trascender más allá del aspecto económico.

## **II. LA SOCIOGENÉISIS DE LA ENFERMEDAD MENTAL Y LA DIVISIÓN DE TRABAJO SOCIAL:**

### **Conducta Desviada Socialmente**

Durkheim en la obra “La división del Trabajo Social” de 1893 investiga las relaciones que existe entre los individuos y la solidaridad social. El vínculo no proviene de las decisiones políticas o gubernamentales, sino de la sociedad. Para Steiner (2003, p 23), este vínculo social es un vínculo que deviene, exclusivamente, de la obligación de que las relaciones entre individuos de una sociedad se basan en seguir reglas morales. Durkheim (1986, p 38), nos advierte que la división del trabajo social es un proceso que ocurre en nuestra sociedad desde tiempos inm

emorales, tanto en el campo científico, artístico, político, industrial, comercial, etc. Considera que la división del trabajo constituye, tanto una ley de la naturaleza como un proceso social, es una regla moral de la conducta humana; asignándole un mayor valor moral al hombre que se especializa en una competencia determinada que aquel que se queda reducido a un diletantismo impreciso.

Por otra parte, Durkheim intenta también decirnos lo contrario: “Si la opinión pública sanciona la regla de la división del trabajo, no lo hace sin una especie de inquietud y vacilación. Aun cuando manda a los hombres a especializarse, parece siempre temer que se especialicen demasiado” (Durkheim 1986, p 39). Este autor nos recuerda las palabras de Tocqueville en su libro “La democracia en América”: “A medida que el principio de la división del trabajo recibe una aplicación más completa, el obrero se vuelve más débil, limitado y dependiente. El arte hace progresos, el artesano retrocede” (Tocqueville, 2007, p 16). El resultado de este intento social de especializarse cada vez más, puede también conllevar el riesgo de reducir el nivel de compromiso social con los otros integrantes de la misma comunidad

Al parecer no es exactamente así, sino más bien que este progreso social y económico secundario a la sobre-especialización ocasiona inevitablemente, como lastre paradójico, el empobrecimiento laboral y adquisitivo del obrero, por carecer o poseer conocimientos o destrezas menos valoradas socialmente; y por otra parte, el mayor desarrollo de los miembros de la sociedad provistos de mayor cantidad de conocimientos o simplemente de conocimientos (científicos, profesionales, artísticos y experticias técnicas, etc.) mejor representados socialmente. Esta disparidad social trae como consecuencia el

debilitamiento de los vínculos sociales entre los miembros de una sociedad, es decir, que el grado de solidaridad social entre sus miembros se debilita.

Pero por otra parte, desde la perspectiva funcionalista de Durkheim, la función de la división social del trabajo es "...que aumenta a la vez la fuerza productiva y la habilidad del trabajador, es la condición necesaria para el desenvolvimiento intelectual y material de las sociedades; es la fuente de la civilización" (1986, p 43). El desarrollo cada vez mayor de nuevos conocimientos y tecnologías deriva de la exhaustiva división del trabajo, que genera la especialización de los trabajadores en nuevos aspectos o áreas del ámbito laboral. Los productos materiales y culturales cada vez se matizan más en su naturaleza, utilidad social y especificidad técnicas, provocando nuevas áreas de interés y necesidades sociales, que a su vez ocasionan que surja un deseo ineludible de generarse una, aparente infinita o por lo menos exhaustiva, sobre-especialización.

Este incremento de la capacidad productiva o competencia técnica por parte del trabajador no lleva consigo la condición moral de manera inherente. Este progreso social no guarda relación per se, con garantizar una sociedad que alcance un mayor carácter ético. La moralidad de una sociedad es difícil de precisar, podría ser evaluada la inmoralidad pero de forma indirecta, a través de la medición de un aumento de la frecuencia de conductas desviadas socialmente: suicidio, homicidio, robos, enfermedades mentales, etc. (Durkheim 1986, p 44-46). Lo que nunca es ético es evitar que la división del trabajo social ocurra, sería como eludir el progreso de la civilización

Si esta división de trabajo ocurre de manera intensa, brusca y profunda, al obedecer a determinadas condiciones sociales emergentes que pudiéramos considerarse como alejadas de su normal frecuencia de aparición, podrían verse afectados algunos miembros de esa sociedad, al no poder adaptarse rápidamente a nuevas condiciones psicosociales y/o laborales; por lo que podrían terminar por convertirse en portadores de conductas desviadas socialmente (conductas neuróticas, ansiosas, depresivas, o hasta criminales, etc.). Entre estas condiciones emergentes podríamos contemplar por ejemplo la adquisición de nuevas tecnologías, aumento de demandas de productos materiales por aumento de la población o grado de consumismo, crisis económicas, etc. Se torna incoherente la sociedad, ante la existencia de múltiples enfrentamientos entre los individuos, ya que se reduce el nivel de cooperación que regularmente se requiere para que la sociedad pueda afrontar estos retos sociales caóticos emergentes y agudos o pausados pero exigentes y altamente demandantes de competencia técnica (mayor especialización) o de cooperación entre los individuos

La habilidad o propiedad material o socioculturales de uno es requerida por el otro, esto ocasiona una atracción social de complementarse en el intercambio de conocimientos u objetos requeridos por todas las personas. Más importante que el logro económico alcanzado en estas interacciones o intercambios sociales, destaca el sentimiento moral que provoca. Este es el origen durkheimiano de la solidaridad social. Las personas no se desenvuelven de manera aislada y absolutamente independientes, requieren inevitablemente interactuar o intercambiar los alcances de sus funciones de trabajo social. La solidaridad es una consecuencia permanente de la división de trabajo social y es lo que hace posible una sociedad o mejor dicho un determinado orden social. Para Durkheim

(1986, p 52) “la división del trabajo es la fuente, si no única, al menos principal de la solidaridad social”, es decir, es la causa de la cohesión social entre los miembros de una sociedad.

Como la solidaridad social es un fenómeno moral, no lo podemos abordar de manera directa o tangible, pero si a través del estudio de hechos sociales, símbolos visibles (conductas o eventos social) que nos permitan conocer de manera indirecta sobre la existencia o el nivel de solidaridad en un determinado grupo humano. Para Durkheim este símbolo social principal es el derecho; ya que representan o simbolizan el fenómeno interno o no observable, la solidaridad. Al respecto, el autor nos refiere que el número de esas relaciones es necesariamente proporcional al de las reglas jurídicas que las determinan” (Durkheim, 1986, p 53).

La vida social está determinada no sólo por el marco jurídico sino también por las costumbres, pero el derecho es el vehículo formal de la solidaridad social; lo que no deslegitima la validación social informal por medio de las costumbres y convenciones sociales. En la teoría durkheimiana, las causas se llegan a conocer por los resultados y estos últimos deben constituir efectos mensurables, para poder rendir cuenta de los factores genésicos que los provocaron. Por ejemplo, un incremento o decremento de la expresión social de conductas desviadas criminales o no criminales (conductas psicóticas o neuróticas) nos hablaría de una mayor o menor nivel de solidaridad social

Durkheim cataloga a la solidaridad social como un hecho social, que sólo podemos acceder a ella, por medio de la medición cuantitativa de sus efectos sociales. Por otro lado, nuestro autor no desconoce la base psicológica de la solidaridad, pero la desdeña por

considerar que un abordaje psicológico de este fenómeno nos llevaría a una realidad soslayada y especulativa; mientras que un abordaje sociológico representaría una evaluación más objetiva, más de rango positivista. Esta premisa la mantiene a la hora de intentar abordar cualquier tipo de fenómeno social.

Las leyes se clasifican según la naturaleza de las sanciones que prescribe y la severidad de éstas a su vez depende de la gravedad que le sea adjudicada por la conciencia social. Existen dos tipos de derecho: derecho represivo, que ocasionan la pérdida de la libertad y el honor del sentenciado, es decir, el derecho penal; mientras que el derecho restitutivo pretende restablecer las relaciones sociales o la solidaridad social perturbada, devolviendo las consecuencias de la conducta desviada a quien realizó la transgresión social. Este tipo corresponde al derecho mercantil, derecho civil o derecho procesal, etc. (Durkheim, 1986, p 56-57). La conducta desviada sancionada por el derecho penal, se considera como un acto criminal; mientras que la conducta desviada reconducida por el derecho restitutivo o por la vía informal de las costumbres será considerada como conducta desviada que no, necesariamente, es de carácter criminal

La pena que el derecho represivo impone a un determinado delito es una reacción de la sociedad ante esta transgresión conductual de algunos de sus miembros y suele ser generalmente la misma pena, en diferentes grados para cada conducta desviada criminal en la misma sociedad o hasta en diferentes países o culturas; ya que se sanciona la divergencia entre los efectos sociales de la acción delictual cometida y los intereses sociales imperantes o sentimientos de solidaridad social comunes (religiosos, sociales, domésticos, etc.). Por lo tanto el grado de jerarquía que cada sociedad le confiere a cada uno de los intereses sociales o sentimiento de solidaridad social herido por el transgresor,

sería lo que determinaría el grado o tipo de pena impuesta por el derecho penal de cada nación. Esto podría explicar la variabilidad del derecho represivo, pero siempre desde cierto espectro de conciencia moral compartido universalmente. Durkheim (1986, p 60) nos lo resume así: “el crimen hiere sentimientos que, para un mismo tipo social, se encuentran en todas las conciencias sanas”.

A diferencia del derecho restitutivo, que establece las obligaciones y luego las sanciones de no cumplirse las primeras; en el derecho represivo sólo dicta las sanciones, pero no nos dice nada de las obligaciones. Para Durkheim, esto es debido a que la sanción penal que se impone está en correspondencia con la falta de cumplimiento de un deber ya conocido y socialmente aceptado y validado, es decir, que se incurrió en una falta de solidaridad social preestablecida a ser respetada por los sujetos de una sociedad. Su no cumplimiento representaría una herida del sentimiento altruista social. Los sentimientos morales colectivos que sustentan las obligaciones que de ser transgredidas originan una penalización, se caracterizan porque tienen una naturaleza muy precisa, organizada e intensa. Las leyes penales regulan interacciones sociales que guardan un carácter dicotómico, es decir, sólo se pueden cumplir de una determinada manera, lo contrario requiere una sanción u obligación. Dicotómico son los destinos fraguados por las diosas, destinos buenos o malos, destinos sanos o enfermos, predominio de hilos blancos o negros

Para poder comprender como la conducta puede ser catalogada como adecuada o desviada, debemos conocer primero lo que Durkheim (1986, p 64) define como conciencia colectiva, es decir, “el conjunto de las creencias y de los sentimientos comunes al término medio de los miembros de una misma sociedad, constituye un sistema determinado que

tiene su vida propia”. Aunque tiene una extensión difusa en toda la sociedad, mantiene un carácter específico al contemplar determinados tipos de interacción social que sólo tiene una forma definida de cumplirse; ya que lo contrario constituye un incumplimiento de una norma o regulación de la conducta humana. Esto les da un sentido de permanencia en el tiempo y la distancia, en las diferentes generaciones y épocas. Comprende más un orden social que psíquico porque constituye una conciencia común. Se sustenta en una solidaridad social por semejanzas

Cuando la desviación de la conducta social no acarrea ningún tipo de transgresión legal o afrenta del derecho penal o restitutivo, pero ocasiona una provocación de rebeldía contra las costumbres y convenciones sociales usuales, representa una conducta social desviada no criminal. Las numerosas conductas psicopatológicas: conducta psicótica, la conducta depresiva, la conducta ansiosa, etc.; representan la expresión conativa de los trastornos y enfermedades mentales y generan consecuentemente trasgresiones a las costumbres o convenciones morales imperantes, aunque en la mayoría de los casos no constituyen una trasgresión de los códigos de derecho penal y de derecho restitutivo, pero reciben una sanción moral por consenso, es decir, determinada por la conciencia colectiva. Por lo que terminarán recibiendo la reprobación social bajo diversas modalidades: segregación, discriminación y sometimiento a aislamiento social como por ejemplo hospitalizaciones innecesarias o de por vida, alegándose supuestas “razones sociales”; que intentan ocultar la necesidad de deshacerse de enfermos mentales; ya que la “locura” está representada colectivamente, de manera negativa

## **Sociogénesis de la Enfermedad Mental y Solidaridad Mecánica o por Semejanzas:**

Un acto puede ser considerado desviado porque confronta lo que está establecido como adecuado por las creencias, tradiciones, prácticas sociales y sentimientos compartidos (conciencia colectiva). Durkheim (1986, p 65) refiere que “un acto es criminal cuando ofende los estados fuertes y definidos de la conciencia colectiva”. Esta solidaridad que se encuentre simbolizada por la impartición de justicia a través de la aplicación del derecho penal o represivo, nos permite alcanzar un buen nivel de cohesión social, lo que a su vez culmina consecuentemente con un mayor grado de contención social, es decir, provocan la tendencia de ejecutar conductas más adaptadas a las reglas sociales compartidas. Igual rechazo que los crímenes, tienen las conductas psicopatológicas, que pueden ser juzgadas por las leyes, cuando se asocian a delitos o reprobadas severamente por el consenso social con la sanción de exclusión social. El exceso de hebras que estigmatizan desviación social proviene de tus tenebrosas garras, Cloto, ¡Mala hada!

La conducta criminal es regulada por el derecho penal que impone sanciones, a través de las autoridades o gobernantes. Y debe cumplirse siempre que “El poder de reacción, propio del Estado, debe ser, pues, de la misma naturaleza que el que se halla difuso en la sociedad” (Durkheim, 1986, p 67). El estado representa la materialización de esa conciencia colectiva al intentar “defender la conciencia común contra todos los enemigos de dentro y de fuera” (Durkheim, 1986, p 67). La fuerza de su autoridad le viene de la presión que ejerza sobre la conciencia común. Todo crimen es una ofensa contra la autoridad y la fuerza moral colectiva

Una de las características de la pena es que consiste en una reacción pasional, se busca castigar la desviación de la conducta emitida a priori. La menor división del trabajo de las sociedades primitivas, ocasionan una más férrea solidaridad social subyugadora y por lo tanto, se le cobra de manera más drástica y desmesurada la ofensa cometida por animales, objetos utilizados como instrumento de la afrenta, y hasta familiares actuales o de próximas generaciones del transgresor de una práctica religiosa o social considerada como sagrada. Todo esto por motivos, generalmente, místico - religiosos. Durkheim, (1986, p 68) nos refiere con respecto a esto, que “los pueblos primitivos castigan por castigar, hacen sufrir al culpable únicamente por hacerlo sufrir y sin esperar para ellos mismos ventaja alguna del sufrimiento que imponen. La prueba está en que no buscan ni castigar lo justo ni castigar útilmente, sino sólo castigar”. En la antigua Grecia, se creía que la locura era producto de un castigo de los dioses por alguna afrenta hacia ellos o a la patria, que había realizado algún mortal. Esta interpretación religiosa de la génesis de la enfermedad mental constituye un ejemplo de solidaridad social por semejanza y aplicación del derecho penal (de orden mitológico), pero que representa una creencia colectiva. Aquí son los dioses los que reemplazan a la conciencia colectiva de la sociedad y ejercen directamente su influencia perturbadora sobre los mortales transgresores. López (2014) nos refiere al respecto que:

Las deidades griegas, ni trascendentes, ni creadoras, podían propiciar estados demenciales en los mortales. En la mentalidad popular, algunos se asocian a ciertos trastornos, insanias y perturbaciones mentales. Su potestad de reprender comportamientos desordenados, habitualmente como castigo ante una impiedad o sacrilegio, es un modo de acción que busca acomodar un desorden cometido por los mortales, ejerciendo así un poder que asegura el equilibrio entre el mundo divino y el humano” (p, 1)

En la actualidad, la sociedad impone una sanción diferencial a las conductas trasgresoras de la ley (conducta desviada criminal psicopatológica o no) pero no para lograr una venganza, sino para defenderse de futuras agresiones, “La pena consiste en una reacción pasional de intensidad graduada” (Durkheim, 1986, p 71). Todo esto permite que sea la sociedad quien realice la venganza y no los individuos afectados con una reacción pasional controlada. En cambio, la conducta desviada del enfermo mental es considerada como una condición social que expone a la segregación y discriminación social, por el temor que ocasiona en el resto de la población (conducta desviada no criminal). Se podrían considerar a estas conductas de repudio social como meros mecanismos represores de la sociedad sin requerir, necesariamente tener que apoyarse en un código legal

Toda desviación de la conducta individual termina provocando una irritación de todos los integrantes de una sociedad, por haber lesionado la conciencia social. La causa de este malestar general es que sentimos que toda transgresión cometida es contraria a la representación colectiva que compartimos de lo que debe ser la conducta de todos regulada por las normas sociales (formales e informales) vigentes. “Una representación no es, en efecto, una simple imagen de la realidad, una sombra inerte proyectada en nosotros por las cosas; es una fuerza que suscita en su alrededor un torbellino de fenómenos orgánicos y físicos” (Durkheim, 1986, p 75). Por tanto, repudiamos colectivamente toda desviación de la conducta; ya que no la tenemos representada como un evento individual y privado, sino como una afrenta a la sociedad, a todo el resto de los integrantes de ese colectivo social, al cual pertenece el transgresor o criminal. Todos repudiamos el crimen cometido por alguien porque contradice lo que generalmente compartimos como

representación colectiva de la conducta no criminal. Por eso a la solidaridad que surge de esta representación colectiva basada en la semejanza de lo compartido como conciencia colectiva, se denomina “solidaridad por semejanza”

De ahí que surja la imperiosa necesidad de imputar una pena al ofensor. Esta expiación del criminal acarrearía como una consecuencia social, la generación de un sentimiento de bienestar generado por la reparación de la conciencia social. Para Durkheim el derecho penal tiene un origen y carácter religioso inherente. La sanción o reprobación social constituye un sentimiento generalizado de indignación contra el sujeto criminal y su conducta desviada que nos salva colectivamente de olvidar nuestros deberes de solidaridad social de unos por otros. El derecho penal simboliza la solidaridad, producto de la cohesión social de todos los miembros de una sociedad en estar bien con una determinada conciencia social, dada por la atracción de unos por otros, por sus semejanzas y por pertenecer a una misma sociedad. De esta necesidad expiatoria social emerge también el rechazo colectivo y hasta el repudio social más hostil o punitivo a que se han visto expuestos, inmerecidamente, los enfermos mentales por sus conductas desviadas socialmente, generalmente no criminales.

Pero ¿Qué determina que una conducta sea considerada como criminal? Podemos responder con las siguientes frases durkheimianas “... no hay que decir que un acto hiere la conciencia común porque es criminal, sino que es criminal porque hiere la conciencia común. No lo reprobamos porque es un crimen sino que es un crimen porque lo reprobamos” (Durkheim, 1986, p 65). Pero esto es aplicable también a la conducta desviada no criminal, la cual no afecta a la conciencia colectiva porque es desviada, sino

que es considerada desviada porque contraria la conciencia común. Durkheim nos agrega: Un acto es socialmente malo porque lo rechaza la sociedad.”(Durkheim, 1986, p 66).

Por lo cual, debemos considerar que la conducta consideradas como desviadas (criminal o no criminal, psicopatológicas o no) son percibidas así, porque no las aceptamos; en vez de presuponer que no las aceptamos porque son desviadas. La tendencia social es siempre al rechazo de algunos tipos de comportamientos (conducta suicida, conducta homicida, conducta psicótica, conducta neurótica, etc.). Mientras que el sufrimiento, perjuicio y menoscabo de la seguridad y de la solidaridad social son consecuencias de las conductas emitidas y que a su vez, se vuelven como “lugares comunes” insertos en la conciencia colectiva que generan intentos de protección social (prejuiciosos o defensivos) contra los “sujetos desviados”. Este rechazo o poca aceptación de las rarezas del otro terminan constituyéndose en hechos sociales que actúan como presiones sociales sobre sujetos con previa vulnerabilidad biológica (constitucional y genética) y psicosocial (ambiental y familiar), pero que no han eclosionado aun, en la emergencia florida de su sintomatología definitiva. Pero esta desaprobación social puede ocasionar una reducción de la contención social y/o familiar, lo que acarrea como consecuencia terminal, la expresión fenotípica, a nivel psicológico, social y conativo de una conducta psicopatológica (conducta desviada socialmente no criminal o criminal).

Actualmente, se considera que la enfermedad mental es el producto de un conjunto de factores de riesgo biológicos, psicológicos, conductuales y sociales que se expresan en una determinada sintomatología, y podemos acceder a su diagnóstico sindromico y nosográfico, al estudiar semiológicamente la conducta emitida, la conducta

psicopatológica, que a su vez constituye una conducta desviada de lo que se espera socialmente (conducta desviada social). Las presiones sociales hacen florecer lo que se encuentra indeterminado, intangible y latente, lo genotípico, la emergencia de la enfermedad mental que se expresa manifiestamente como una conducta psicopatológica (desviación primaria). Pero también el rechazo social o falta de solidaridad social ante personas con manifiesta exhibición de enfermedad mental, como elementos consecuenciales mezquinos, discriminatorios o prejuiciosos, terminan constituyéndose en influencias que contribuyen, a su vez, aumentando el nivel de expresión psicopatológica (mayor frecuencia o intensidad de episodios agudos); o por efecto desencadenante (debutante de la enfermedad latente) en personalidades pre-mórbidas o vulnerables, o amplificación del grado de deterioro orgánico y psicosocial y/o laboral por evolución tórpida de la enfermedad mental (desviación secundaria); o generadas por el rechazo social del enfermo mental, lo que ocasiona su mayor deterioro mental (desviación social terciaria o por agateofobia social, miedo y exclusión a los enfermos mentales)

No actuamos en razón sólo a nuestra personalidad individual y a resolver nuestros intereses particulares, sino que nuestra conducta está condicionada por fines colectivos. La conciencia personal y colectiva tiene como base la misma estructura orgánica. Por eso, el derecho penal castiga el crimen, por ofender con excesiva violencia al agredido y a la conciencia colectiva. Pero ¿Cómo debería cumplirse este castigo o rechazo social en un enfermo mental alienado, es decir, con compromiso de su capacidad de juicio?

En algunos casos, las conductas desadaptadas o psicopatológicas pudieran causar daños materiales o personales que pueden traspasar las fronteras de la ley. El derecho represivo

le tocaría sancionar las acciones desviadas que han ultimado los sentimientos altruistas colectivos, los cuales se encuentran grabados intensamente en todas las conciencias morales de las personas. Para poder lidiar con estos casos excepcionales, se crea la figura jurídica de “inimputabilidad legal” para los casos que pudiéramos considerar como conducta pseudocriminal, por encontrarse el indiciado presionado por fenómenos adventicios de la conciencia (delirios, alucinaciones, ilusiones psicóticas, etc.) que le privan de la capacidad de juicio para responder por la conducta desviada emitida. El exceso de hilos negros y nefastos puestos por Cloto para marcar el destino de un mortal, lo hace padecer de enfermedad física, cuando los hilos son negros en abundancia pero no se desechan; pero cuando si los hilos negros se horquillan en demasía, se enmarcara en la presentación de enfermedad mental, durante su vida terrena y esta se manifestará de manera muy visible para nuestra sociedad. La araña Cloto también sufre de altero fobia social. En cambio, Durkheim (1986) nos refiere, en un terreno mortal y social, que la pena que se le impone a toda conducta desviada criminal:

... procede de una reacción absolutamente mecánica, de movimientos pasionales y en gran parte irreflexivos, que no deja de desempeñar un papel útil...no sirve sino muy secundariamente, para corregir al culpable o para intimidar a sus posibles imitadores; desde este doble punto de vista su eficacia es justamente dudosa, y, en todo caso, mediocre. Su verdadera función es mantener intacta la cohesión social, conservando en toda su vitalidad la conciencia común (p, 82)

### **Sociogénesis de la Enfermedad Mental y Solidaridad Orgánica o Por Desemejanzas:**

Además de la conciencia social general, existe una conciencia social específica tipo (jurídica, gubernamental, industrial, artística y científica) que tienen una extensión específica porque es compartida por un grupo de sujetos que estén sometidos a determinados sistemas de representación y acción restringidos al tipo de trabajo social realizado. Responden a razones de la especialización técnica o de intereses de quienes comparten el mismo tipo de experiencia o conocimiento laboral. Están por fuera de la conciencia común universal, pero pertenece a la conciencia común particular o ideográfica. Se basa en la solidaridad social por semejanza

La sanción restitutiva no tiene un carácter expiatorio, es decir, que no tiene un efecto punitivo directo sobre quien infringió la ley, solo retorna las condiciones sociales, económicas y administrativas a su estado original. Se dicta derecho, no penas. Mientras el derecho represivo o penal guarda una influencia difusa sobre la sociedad, el derecho restitutivo requiere de la acción de tribunales especiales y burócratas estatales. Las acciones tomadas por el sistema judicial tienen un carácter más específico, es decir, que no tienen una repercusión tan universal como las sentencias penales para la conciencia colectiva. El derecho siempre está a la disposición de la sociedad, no de individualidades, sólo trata de resolver las diferencias entre los individuos según el razonamiento de lo que es correcto en cada caso, según, lo ya validado previamente, por la sociedad. Se puede resumir así: “las reglas de sanción restitutiva, o bien no forman parte en absoluto de la conciencia colectiva, o sólo constituyen estados débiles” (Durkheim 1986, p 89)

Pero esta acción justiciera restitutiva no es sólo una acción a nivel particular o para dirimir las relaciones interindividuales conflictivas; sino que también constituyen una base fundamental de la solidaridad social. Esta solidaridad social ya no es de carácter

mecánico, basada en las semejanzas de derechos y responsabilidades; sino más bien en las desemejanzas de estos entre los interactuantes, es decir, una solidaridad social orgánica. Por eso, las relaciones sociales o interpersonales son reguladas y dependientes de la sociedad, conformada en autoridades o instituciones

Por lo que todo contrato tiene un valor social. El derecho restitutivo establece que las relaciones entre las partes en conflicto, pueden ser de abstenerse de una acción (formas restitutivas negativas) o de cooperar, una parte con la otra formas restitutivas positivas. (Durkheim, 1986, p 91). La relación negativa restitutiva consiste en garantizar la recuperación o disfrute de una cosa u objeto por una persona, es decir, garantizar los derechos de propiedad, derechos de hipoteca, etc. (Durkheim, 1986/1893, p 94). El derecho restitutivo positivo se evidencia en la recuperación de relaciones de cooperación que derivan de la división de trabajo. Los pacientes portadores de enfermedades mentales son dignos de merecer una asistencia médica, legal y social, para la recuperación de su salud mental, o que les que le permitan paliar y contener más la posibilidad de no ejecutar conductas desviadas psicopatológicas. Así, como también, recibir una mayor grado de tolerancia social, con la finalidad de evitar la implosión de desviaciones de la conducta social de carácter primario (mayor expresión fenotípica de rasgos psicopatológicos genotípicos) en personas con vulnerabilidad biopsicosocial que se maltraten sus derechos humanos por la falta de solidaridad social; o secundario, en personas que ya eclosionaron la enfermedad mental, pero que reaccionan a presiones sociales alterofóbicas o no, por lo que comienzan a presentar diversas manifestaciones psicosociopatológicas: evolución insatisfactoria de la enfermedad mental, mayor cantidad de presentación de crisis o

recaídas, mayor cantidad de institucionalizaciones, o mayor nivel de discapacidad social y/o laboral.

Existen dos clases de solidaridad positiva: a) Derecho restitutivo positivo que une a la persona con su sociedad, sin intermediario; ya que está fundamentada en “un conjunto más o menos organizados de creencias y sentimientos comunes a todos los miembros del grupo: éste es el tipo colectivo” (Durkheim 1986 p 105); b) Derecho restitutivo positivo que une a las diferentes partes de la sociedad y el sistema legal de esta actúa como intermediario; y está basada en las debidas consideraciones de “un sistema de funciones diferentes y especiales que unen relaciones diferentes” (Durkheim, 1986, p 100)

Si los individuos de una determinada familia, comunidad o sociedad muestran solidaridad o por lo contrario intolerancia y rechazo por sujetos miembros que son portadores de enfermedades mentales (alienantes o no), estaríamos en presencia del ejercicio de la potestad de mostrar solidaridad y cooperación con estos pacientes o no; lo que ocasionaría la aplicación o incumplimiento, respectivamente, de relaciones restitutivas positivas entre un individuo y su sociedad con o sin intermediarios jurídicos; y en los casos más lesivos contra los pacientes psiquiátricos, se requerirán medidas restitutivas, a través de la intermediación estatal entre la sociedad y el individuo. En ambos casos, predomina una relación de beneficencia, es decir, un tipo de relación de solidaridad restitutiva por cooperación, aunque en algunos casos, represente una relación de cooperación unilateral y no recíproca.

Pero no todos los casos de enfermedades mentales evolucionan de manera desfavorable. Gracias a los avances psicofarmacológicos y psicoterapéuticos, se han incrementado los niveles de contención de conductas desviadas y se evidencia mayor prevención y evolución que se aleja del deterioro y discapacidad mental. En estos casos, los pacientes pueden insertarse en el área laboral y/o educativa, lo que le permitiría establecer relaciones de cooperación multilaterales y recíprocas. Sin embargo, estos pacientes con evolución satisfactoria o no, deben cumplir con las leyes que demarcan el derecho restitutivo, al igual que el resto de los ciudadanos. Por ejemplo, cuando un paciente psicótico, que tras un episodio de agitación psicomotriz, ocasiona lesiones a propiedades, se le exige restitución económica para el agraviado, tanto a el paciente (cuando presenta restitución suficientes de sus capacidades mentales) como a los familiares (cuando evoluciona su familiar enfermo, de manera residual); o cuando se trata de un juicio de responsabilidad paternal o maternal, y se exhibe como argumento descalificador o de interdicción, que el paciente es portador de una enfermedad mental, debe tomarse en cuenta el grado de funcionamiento psicosocial y/o laboral, y si el paciente cumple o no tratamiento y seguimiento médico periódico. En ambas situaciones (funcionales o no funcionales) nos encontramos ante ejemplos de reconocimiento social de mantener o rechazar una relación negativa retributiva, respectivamente. Pero si evidenciamos el caso de los pacientes enfermos mentales que se encuentran que cumplan o no a cabalidad su tratamiento y control médico periódico, tendríamos que cumplir la exigencia de la Constitución Nacional Bolivariana de la República Venezolana de 1999, que establece que no puede ser discriminado socialmente ninguna persona por ser portadora de enfermedad mental; ya que goza del disfrute de todos los derechos humanos por ser una persona (artículo 19), puede desarrollar su personalidad sin otras limitaciones

que los derechos de los demás (artículo 20), y no podrá ser objeto de ningún tipo de discriminación social (artículo 21) del Título III “De los Derechos Humanos y Garantías, y de los Deberes”; o la Ley para Personas con Discapacidad (2003), que les garantizan el derecho a la salud, educación y trabajo de personas no sólo con discapacidad física sino mental o intelectual, representan marcos legales que operativizan el derecho restitutivo positivo de los pacientes con enfermedades mentales y su relación con el sistema legal. El estado debe garantizar que estos pacientes reciban asistencia médica y accesibilidad a medicación de manera gratuita. Esto correspondería a una solidaridad positiva sustentada en el derecho restitutivo que une a la persona con la sociedad con el sistema legal como intermediario

Estas dos maneras restitutivas positivas representan dos vías de integración de la sociedad a través de la cooperación, que se solapan en una misma sociedad; aunque la primera forma de solidaridad nos hace compartir una conciencia más colectiva; y la segunda solidaridad lograr un mayor respeto de la sociedad de nuestra personalidad o individualidad. (Durkheim, 1986, p 100)

Por otra parte la solidaridad pasa de ser mecánica a orgánica en una sociedad, en la medida que la movilidad de los grupos sociales son menos móviles, tal como lo hacen las moléculas inorgánicas (solidaridad mecánica); hacia una sociedad donde se mueven en toda su totalidad, es decir, donde exista una solidaridad que sea más dinámica y desarrollada como consecuencia de una mayor división de trabajo (solidaridad orgánica), donde “la sociedad hácese más capaz para moverse con unidad, a la vez que cada uno de

sus elementos tiene más movimientos propios” (Durkheim, 1986, p 106), tal como las moléculas de un cuerpo orgánico.

Por esa analogía de Durkheim, con cuerpos inorgánicos y orgánicos, es que reciben el nombre de solidaridad mecánica y solidaridad orgánica, respectivamente. En la primera depende más la personalidad individual de la conciencia colectiva, es decir, de estados fuertes y definidos de conciencia común. “La solidaridad que deriva de las semejanzas alcanza su máximum cuando la conciencia colectiva recubre exactamente nuestra conciencia total y coincide en todos sus puntos con ella; pero, en ese momento, nuestra individualidad es nula” (Durkheim, 1986, p 101). Mientras que este segundo tipo de solidaridad sólo es posible en la medida de que “la conciencia colectiva deje descubierta una parte de la conciencia individual para que en ella se establezcan esas funciones especiales que no puede reglamentar” (Durkheim, 1986/1893, p 106). Mientras mayor es el grado de división de trabajo, predominará la expresión jurídica del derecho cooperativo sobre el derecho represivo, lo que aumenta la importancia de la personalidad de cada uno de los individuos integrantes de una sociedad determinada. A veces, las horquillas de los hilos cloteanos no se bifurcan tanto, aunque la cantidad tan desmedida de ellos, no se dejen de marcar la enfermedad mental pero les permite, algún grado de tolerancia social. Tolerar en latín, significa “aguantar, apoyar”. No se homologa a aceptar. Tolerar es un valor difícil de sustentar en la praxis, aceptar es un verbo de fácil e inmeritoria conjugación.

Pero en las sociedades más primitivas se encuentra reducido el derecho restitutivo a expensas de un mayor desarrollo del derecho represivo sustentado en una mayor

vinculación de la conciencia colectiva fundamentada en las creencias religiosas. Por ejemplo, la antigua sociedad hebrea se regía por las normas establecidas en los libros del Pentateuco (Éxodo, Levítico, Número y Deuteronomio) por miedo a recibir castigos de Dios. En la medida que se acentúa en una sociedad el desarrollo de la división social de trabajo, el derecho restitutivo se separa o delimita del derecho represivo que lo solapa y subsume. En la medida que aumenta el desarrollo de la sociedad por mayor división social de trabajo, el derecho restitutivo se equipara en número e importancia al derecho penal. (Durkheim, 1986, p 108).

En las sociedades modernas, el derecho represivo ocupa un menor espacio en los códigos legales, que todas las leyes de derecho restitutivos que son mucho más numerosas. Durkheim refiere al respecto que: "...y por consiguiente, los lazos que nos unen a la sociedad y que derivan de la comunidad de creencias y de sentimientos, son mucho menos numerosos que los que resultan de la división del trabajo"(Durkheim, 1986, p 116)

La conciencia colectiva también se hace sentir a través de otros espacios sociales diferentes al derecho penal, tales como, la opinión pública y las costumbres; y sin que su desviación o incumplimiento de sus prescripciones, constituya un merecimiento de una sanción legal. "Y que, sin embargo, contribuyen a asegurar la cohesión de la sociedad" (Durkheim, 1986, p 116).

En el caso del derecho restitutivo, este tampoco logra abarcar todos los espacios de interacción social, por lo que muchas de las relaciones de interdependencias entre las personas o grupos sociales están basadas en las costumbres y opinión pública. Existen

muchas reglas regulatorias de la conducta social implícitas, que no se encuentran escritas y que prolongan su efecto represor o reparatorio de lo ya establecido por los códigos legales

Las sociedades de solidaridad orgánica surgen no sólo de una mayor división del trabajo y un menor poder coercitivo derivadas del predominio del derecho reparatorio o normas sociales no legales de carácter cooperativo, sino que también son ocasionadas por la presencia de numerosos vínculos sociales de interrelación e interdependencia entre los miembros o cada miembro y el grupo social específico de la sociedad a la que pertenece, siendo estos lazos sociales los generadores de una cohesión social intensa porque los vínculos sociales son de carácter más interpersonal, a pesar de obedecer a estados de conciencia más débiles. En cambio, en las sociedades donde predomina la solidaridad mecánica, es menor el número de vínculos que se establecen con el grupo social y son de intensidad más débiles por el escaso desarrollo de las relaciones de interdependencia personal debido a una división social del trabajo poco desarrollada. Además los lazos de solidaridad social son de intensidad más débil, por estar sujetos a estados fuertes de conciencia colectiva, es decir, que son más frágiles y susceptibles de romperse. Esto guarda relación con las sanciones más descalificadoras provenientes del derecho penal o de las normas sociales vigentes de carácter punitivo o sancionador, es decir, que generan menor poder coercitivo sobre los miembros o grupos de una sociedad, pero mayor sanción de las conductas sociales desviadas.

La aparición (precoz o tardía) y tipo de evolución (tórpidas o contenidas) de la enfermedad mental puede estar en relación con el grado de intensidad y número de vínculos sociales que el portador del trastorno mantenga con su familia (grupo primario) y sociedad (grupo secundario); y no solamente con el grado de penetración genética de la

enfermedad, o los estilos de pensamiento inadecuados o la mayor o menor capacidad de reestructuración cognitiva de toda distorsión cognitiva, o conductas desadaptativas, mal aprendidas, como factores psicobiológicos asociados y contributarios a la aparición de las enfermedades mentales.

Pero Durkheim nos recuerda que la intensidad de estos vínculos sociales puede estar en relación directamente proporcional a la cantidad de lazos sociales de cada individuo a su grupo primario (familia) o secundario (sociedad); pero no depende exclusivamente del número de vínculos sociales, sino también del nivel de intensidad de estos vínculos sociales, Esta intensidad va a depender de que el estado de conciencia colectiva sea de carácter débil o fuerte de aceptación o repudio que tenga la conducta exhibida por algunos de los miembros de una sociedad, se considere tolerable o no, desviada o no socialmente

En las sociedades menos desarrolladas, tiende, generalmente, a existir una solidaridad más laxa o débil, ya que se caracteriza por ser una sociedad “...en que la solidaridad mecánica o por semejanzas es la única o casi la única solidaridad que existe” (Durkheim, 1986, p 117); por lo que posee pocos vínculos sociales y de naturaleza débil unitaria, por lo que tienden a romperse con facilidad. Para este autor, en este primer tipo de sociedad descrito, ocurrirá, de manera más fácil, cualquier proceso de aculturización de inmigrantes o naturalización del extranjero, si estos están dispuestos a asimilar las costumbres y cultura del país a donde emigraron. Esto se debe a que: “...allí donde la solidaridad no deriva más que de semejanzas, quien no se aparte mucho del tipo colectivo se incorpora, sin resistencia, al agregado. No hay razón para rechazarlo, e incluso, si hay lugares libres, hay razones para atraerlo” (Durkheim, 1986, p 119)

En las sociedades donde predomine la solidaridad mecánica, es donde la solidaridad depende más de la semejanza, por lo que los lazos sociales tienden a ser más frágiles y por lo tanto, más frecuentemente fáciles de romperse. Hay poco espacio para la discrepancia social; ya que se encuentra supeditada más al derecho sancionador que al derecho cooperativo. Por lo que cualquier falta de acatamiento de las normas o de la autoridad que tenga un individuo o subgrupo social con el resto del grupo, resultaría en una deserción social o sublevación social, considerándose como una conducta social desviada criminal o penalizable. Esto nos llevaría a considerar como muy lógico que la “locura” estaría siempre a estar inscrita en esta modalidad de rechazo sancionador y alteroginico (odio a los enfermos mentales). Las hebras negras de Cloto estigmatizan la tendencia transgresora de normas de los humanos. Pocas hebras negras, alguna que otra trasgresión normativa sin consecuencias sociales, y a medida que se incrementen la cantidad de hebras funestas, las conductas desviadas con consecuencia de repudio social: vagabundos, menesterosos, etc.; o las conductas desviadas no criminales psicopatológicas; hasta culminar en las más álgidas, conductas criminales. Esto coincide, también con el concepto espectral de penetrancia genética de las enfermedades físicas y mentales, que se manejan o presuponen como modelos mentales en la medicina actual.

Pero en el caso de estos enfermos, que como denominador común con los extranjeros tienen el ser portadores de conductas extrañas para la cultura imperante, podrían, sin embargo, ser asimilados fácilmente en las sociedades primitivas que tengan como sentimiento fuerte religioso proclives a la tolerancia a la enfermedad mental, al interpretarla como dones divinos o de carácter adivinatorio (representación colectiva

favorable a la insania mental). Pero ciertas sociedades primitivas o del pasado más recientes, se caracterizaban por el rechazo de los enfermos mentales debido a que se pensaba que la etiología de su enfermedad era de carácter mágico-religioso demoniaco, es decir, producto de malos espíritus o influencia de hechicería, o como castigo de los dioses por una afrenta o falta de ofrenda a los mismos. Se le trataba con rituales religiosos de purificación, que de ser fallidos, exponían al paciente a la execración social. Esto permanece hasta finales del siglo XVIII. Los pueblos que le den una interpretación demonológica a la enfermedad mental, o los considere como penitentes de castigos impuestos por los dioses, estos pacientes pueden quedar expuestos a actitudes hostiles, de segregación o muerte; es decir, que las posibilidades de execración o tolerancia a los pacientes mentales depende, de cuál sea la representación favorable o adversa, que sea compartida socialmente por estar refrendada por los sentimientos o creencias colectivas. La respuesta siempre tendrá un fuerte carácter reactivo social

Pero también podemos encontrar otra modalidad de sociedad poco desarrollada, como el medio rural o tribus indígenas, que compartan una solidaridad mecánica con inicio de cierto grado de solidaridad orgánica (solidaridad mixta o en transición) cuyos vínculos sociales escasos pero de fuerte o débil intensidad de unión al grupo. En este segundo tipo, que aunque existe de manera predominante un tipo de solidaridad por semejanza, encontramos pequeños desarrollos de solidaridad por desemejanzas. Por lo que el proceso de integración de extranjeros o “extraños” a la sociedad es un proceso más difícil que en las primeras sociedades. Esto se debe a que: “allí donde la sociedad constituye un sistema de partes diferenciadas y que mutuamente se completan, los nuevos elementos no pueden injertarse sobre los antiguos sin perturbar su concierto, sin alterar sus relaciones, y, por

consiguiente, el organismo se resiste a intromisiones que no pueden producirse sin perturbación” (Durkheim, 1986, p 119).

En esta segunda modalidad de sociedad, al igual que en el primer tipo de sociedad anterior; a los enfermos mentales les cuesta lograr un buen nivel de aceptación social. Aunque los vínculos sociales sean fuertes, en este tipo societal predomina la solidaridad mecánica, lo que expone a los sujetos considerados extraños conductualmente, según prevalezcan preceptos aprobatorios o desaprobatorios de una conciencia colectiva compartida por la mayoría. Pero, además en estas sociedades, ya se inician focos de desarrollo de solidaridad orgánica. Esto podría restringir toda posibilidad de un consenso social de tolerancia de la diversidad conductual expresada por este subgrupo social, que los hace ser considerados como individuos extraños, por las conductas verbales y no verbales particulares que rompen los esquemas convencionales sociales. Se alejan de la aceptación ya que su gran semejanza a la mayoría social los expone ineludiblemente a una mayor posibilidad de alterofobia, que de aceptación. Puede también ocurrir, que este cierto grado de desarrollo de solidaridad orgánica, valide a través del derecho restitutivo o de las convenciones o representaciones colectivas compartidas que exhiban un mayor nivel de tolerancia a las trasgresiones a las reglas generales de conductas socialmente aceptadas, por la consideración de que los enfermos mentales son un grupo con características especiales. Empezando porque no tiende a ser un grupo específico social muy productivo en la división de trabajo social existente en la sociedad. Sin embargo, se moviliza una reacción focalizada, de razonada intensidad pasional leve, por consideraciones humanas interdiccionadoras.

En líneas generales, podemos sostener que “La solidaridad mecánica liga menos fuertemente a los hombres que la solidaridad orgánica, sino también, a medida que se avanza en la evolución social, se va relajando cada vez más” (Durkheim, 1986, p 119). Este autor considera tres factores que estrechan los vínculos sociales (solidaridad): a) El mayor volumen de la conciencia común que cubre el de la conciencia individual; 2) la mayor intensidad media de los estados de conciencia colectiva que ejercen mayor presión sobre la conciencia individual; y 3) Mayor definición de las prácticas y creencias compartidas colectivamente, originan un consenso de nuestras ideas y conductas. La reducción progresiva de estos factores, a medida que se incrementa el grado de división del trabajo social, facilitan que en la sociedad, donde inicialmente predominaba una mayor base de solidaridad mecánica y derecho penal, se vaya debilitando el estado de conciencia colectiva; por lo que cubre menos el espacio de la conciencia individual, lo que nos lleva a un mayor desarrollo de una sociedad donde predomine la solidaridad orgánica y el derecho cooperativo

En relación a la teoría durheimiana, Clinard (1967, p 17) nos aclara que “una división de trabajo cada vez más compleja haría las relaciones sociales tan inestables que la sociedad sólo podría mantenerse unida en virtud de algún mecanismo exterior tal como el Estado”. Las sociedades de solidaridad orgánica poseen una gran división de trabajo, especialización de funciones, y se reduce la conciencia colectiva, lo que origina grandes diferenciación inter-individuales. Todo esto reduce la solidaridad social. A menos, que se originen paralelamente y como compensación, una gran cantidad de contactos entre los diferentes grupos e individuos, de lo que derivara una solidaridad basada en medidas más

reparativas o restitutivas de los derechos de los otros, que de castigar afrentas o conductas que son reprobadas por la sociedad

Podría ser el estado el que asuma la regulación de las relaciones de la sociedad con este grupo social (los enfermos mentales) y de sus dispositivos de manutención, a través de instituciones hospitalarias o de reclusión, como medidas de restitución de sus derechos de supervivencia, pero que, además, podrían ser vehiculizadas por motivos dementofóbicos (rechazo de los orates) hacia disposiciones que asegurarían su exclusión y rechazo; ya que sus diferencias comportamentales con los “no enfermos”, les hace muy difícil el proceso de asimilación y aceptación social

Por otra parte, en el caso de sociedades contemporáneas, existe una solidaridad que se encuentra sustentada en estados de conciencia colectiva menos coaccionadores, pero más cooperativos, por lo que nos encontramos con una sociedad de solidaridad orgánica; ya sea conformada por una extensa cantidad de vínculos sociales, pero de intensidad débil de vinculación social; o puede tratarse de sociedades de mayor desarrollo de la solidaridad social, donde predomina la solidaridad orgánica constituida a partir de una numerosa cantidad de vinculaciones sociales pero de fuerte intensidad de cohesión social.

En el primer tipo de sociedad, encontraremos un predominio de solidaridad por semejanza, sin que desaparezca la presencia de cierto grado importante de solidaridad por desemejanza. Cualquier inconformidad social puede causar un distanciamiento o deserción de un individuo o pequeño grupo del grupo social, considerándose esta posibilidad más fácilmente como una conducta social desviada criminal o no criminal,

según la asociación pertinente en el marco legal o social de carácter penal o reparatorio, respectivamente; o que se encuentre esta conducta muy distante o próxima a las convenciones compartidas por la mayoría de una sociedad determinada.

En esta sociedad el proceso de incorporación de elementos socioculturales o la injerencia socioeconómicas de extranjeros o países extranjeros en un país o sociedad determinada es mucho más factible. Las sociedades con un desarrollo de excesiva especialización se hacen mucho más permeables a la naturalización de nuevos miembros que no son originarios de una sociedad dada, pero que pueden valorarse como que su inclusión social nos permite la adquisición de nuevos conocimientos, cultura o tecnología.

Mientras que en la segunda modalidad de sociedad, presenciamos una notable y casi absoluta mediación social a través de una solidaridad por semejanza. Esto ocasiona la interdependencia de diferentes grupos según su finalidad laboral y hace resistente la sociedad a la incorporación de nuevos elementos socio-tecnológicos. Por eso, el autor nos refiere que “El extranjero puede, sin duda, introducirse fácilmente de una manera provisoria en la sociedad, pero la operación por la cual se asimila a ella, a saber, la naturalización, es larga y compleja. No es posible sin un asentimiento del grupo, solemnemente manifestado y subordinado a condiciones especiales” (Durkheim, 1986, p 118)

De allí, que los extranjeros con culturas más parecidas al nuevo grupo social donde se introduce, logren su naturalización con mayor facilidad que los grupos de inmigrantes de

culturas más diferentes, donde el proceso de aculturización es más lento, traumático y difícil.

Cuanto más se acercan y apoyan entre si los diferentes miembros de una sociedad, prevalece el derecho restitutivo sobre el penal para mediar las diferencias que puedan presentarse en sus relaciones mutuas. Mientras que cuando los diferentes integrantes de una sociedad menos se acercan o cooperan entre sí, predomina la intervención sancionadora del derecho penal, que se activara cada vez que alguno de los individuos faltase a una norma social o legal. El resto de la sociedad demandaría su responsabilidad y castigo

Aunque a los pacientes portadores de enfermedades mentales neuróticas o psicóticas, les costaría más su aceptación social en la medida que predomine en la sociedad una solidaridad por semejanza; ya que se exponen a mayor rechazo o intolerancia, por estar siempre fuera de las conductas validadas socialmente más frecuentemente. Sin embargo, estas personas que expresan conductas desviadas socialmente no criminales logran una mayor protección del Estado y la Sociedad, gracias al mayor desarrollo del Derecho cooperativo y reconocimiento de los Derechos Humanos. Esto se debe al mayor desarrollo del Derecho restitutivo, y especialmente el derecho restitutivo positivo sin intermediario entre un grupo social y su sociedad, por el mayor desarrollo mundial de una conciencia más humana e incluyente; y por el derecho restitutivo positivo con el Estado como intermediario entre un grupo social y el resto de la sociedad.

Además, esta población de enfermos mentales recibe menores exigencias de cumplimiento de obligaciones o deberes por las vías de la interdicción psiquiátrica, leyes sobre discapacidad que incluyen la discapacidad psicológica, y la atención en salud mental desde el nivel primario (ambulatorio) hasta el nivel terciario (atención hospitalaria) que garantizan casi todos los Estados del Mundo. Steiner (2003, p26) nos clarifica esto, cuando nos refiere que siempre hay la posibilidad de: “la existencia de subgrupos especializados dentro del grupo social da campo libre para la individualización, es decir, para la existencia del individuo entendido como fuente autónoma de pensamiento y acción”. Los enfermos mentales conforman un grupo con derechos restitutos positivos particulares e ineludibles de aceptar por el resto de la sociedad y el Estado. Sin que puedan ser descalificados por su menor o inexistente aporte a la división de trabajo social

Pero ¿Por qué continúa el rechazo, incompreensión, estigmatización, prejuicios y temores mal infundados sobre los enfermos mentales, en la actualidad mundial? Quizás, la Sociedad del Siglo XXI intente olvidar las grandes lecciones alterofóbicas del Siglo XX (holocausto nazi, racismo y exclusión social, esclavitud, intolerancia religiosa, etc.); y más bien pareciera perpetuarla como una negación a compartir las posibilidades socioeconómicas actuales entre todos los miembros de la sociedad, en aras de no compartir el avaro consumismo y derecho de los que se consideran más meritorios por su “completud” de salud mental, posición económica, ubicación laboral y grupo social más privilegiados, quienes por su condición de discapacidad parcial o total, tal como los enfermos mentales tienen menos capacidades de productividad económica y de consumismo. Esta irresoluble maniafobia constituye la vía que tiene aún, nuestra sociedad, de mantenerse asida neciamente a una alterofobia insensata, que sólo perpetua

una falta o menor grado de solidaridad social con este grupo de personas, que suelen ser rechazadas por su peculiar condición mental.

Pienso que no todo es desesperanzador; ya que la lucha por la restitución y reconocimiento de los Derechos Humanos de los enfermos mentales persisten y cada vez es mayor. Esto en parte debido a que va rompiendo la estructura político-familiar de la sociedad de solidaridad mecánica, a expensas del crecimiento de una sociedad cada vez más sustentada en la solidaridad orgánica, cuya organización político-social es cada día más compleja en el cumplimiento de funciones administrativas y de impartición de justicia. Esto requiere una contracción progresiva del derecho penal de naturaleza sancionadora y punitiva, y el aumento proporcional del derecho cooperativo con medidas de restitución de funciones, deberes, derechos, privilegios.

### **III. EL METODO SOCIOLOGICO U ORIGEN DE LA EXPLICACION SOCIOPSICOLOGICA DE LA CONDUCTA DESVIADA SOCIALMENTE:**

#### **Delimitando la Sociología, la Psicología Social y la Psicosociología:**

Varios autores de su época se ocuparon de tratar de estudiar diferentes aspectos de la metodología aplicable en las investigaciones sociológicas. Herbert Spencer en su obra “Introducción a las ciencias sociales” en 1873, estudia los sesgos del sociológico por la influencia de sus prejuicios sobre los resultados de sus investigaciones; mientras Frederic Le Play “ponía acento en la observación directa, basándose en la investigación de campo.”

(Steiner, 2003, p 20). Durkheim se interesa más en los aspectos epistemológicos, pero sin dejar de abordar los elementos metodológicos, de la investigación de los hechos sociales.

Durkheim se aproxima más en sus orientaciones filosóficas a seguir presupuestos de Jhon Stuart Mill y Augusto Comte. Stuart Mill en su libro “Lógica” de 1843, propone como método para abordar lo sociológico, a través del estudio de los sucesos históricos que van marcando el desarrollo de la humanidad, es decir, abordarlo desde la filosofía de la historia. Mientras que Comte en su obra “Curso de Filosofía Positiva” (1984, p 25 - 48) nos plantea un enfoque positivista al visibilizar leyes universales que unan y expliquen la relación entre distintos fenómenos sociales (estática social) y el progreso consiguiente de la humanidad (dinámica social). Para Comte también es importante seguir: “...el principio que exigía ir de lo conocido a lo desconocido, afirmaba que en sociología en oposición a lo que sucedía en las ciencias naturales inorgánicas, había que ir del todo social hacia las partes y no a la inversa” (Steiner, 2003, p 34)

Durkheim asume esta visión deductiva y los tres métodos de estudio sociológicos planteados por Comte (observación, experimentación y comparación). Pero trata de deshacerse del cuarto método asumido por los dos autores mencionados anteriormente, el método histórico. No porque lo repruebe, sino que trata de focalizar más el estudio de los fenómenos sociales, desde precisar el principio del consenso social o estática social, como elemento funcional comprobable empíricamente; ya que nos podemos permite obtenerlo de forma más tangible, a través del método sociológico que nos plantea en su obra “Las reglas del método sociológico”. En cambio el método histórico social que nos brinda más oportunidades de estudiar la evolución histórica de la sociedad, puede alejarnos de la

rigurosidad metodológica positivista u objetiva, precipitándonos por linderos cercanos, a momentos, a lo especulativo, genérico y subjetivo.

Por esas mismas razones, Durkheim (1858 - 1917) rechaza la concepción psicologicista de Gabriel Tarde (1843 – 1904) quien trata de explicar los fenómenos sociales, a través de la forma de comunicación entre los individuos al seguir las leyes de imitación y las invenciones sociales que rompen las regularidades sociales. Esta perspectiva plantea el estudio de lo social desde una perspectiva psicológico social, que acentúa el abordaje desde lo individual a lo colectivo, de lo psicológico a lo social, marcando el campo actual de la manera de estudiar los eventos sociales desde la psicología social. Steiner (2003) nos refiere que:

Para Durkheim, en efecto, lo social es algo específico que puede explicarse ni por introspección ni por el estudio de las relaciones existentes entre las psicologías individuales. Lo social es un objetivo específico, irreductible a una psicología individual y un objeto con variaciones infinitas; para aprehenderlo, hay que aislarlo teóricamente y encontrar principios de explicación racionales (p, 36)

Esta visión organicista de lo social, es decir, que tiende a comparar lo social como análogo al funcionamiento del cuerpo humano, integrado e interdependiente; lo contrapone con Tarde y marca el inicio de la explicación de los hechos sociales desde una perspectiva más sociopsicológica y funcionalista; puesto que el organismo social puede reequilibrarse ante los desbalances de solidaridad social entre los integrantes; así como lo hace el organismo humanos ante los embates fisicoquímicos recurrentes (metabólicas, electrolíticos, etc.).

Con esta afinación más específica de la sociología como ciencia de lo social, al alejarlo del campo de la filosofía, historia y psicología, Durkheim inscribe a esta nueva

ciencia, más parecidas epistemológica y metodológicamente a las que se encuentran dentro del espectro de las ciencias imperantes (ciencias naturales). Con esto le asegura, Durkheim un status respetable y consagrado a la sociología, cónsono al paradigma positivista imperante a finales del Siglo XIX y primera mitad del Siglo XX. La psicología lo lograría más tarde, a inicios del siglo XX con la formación de la Escuela psicológica conductista.

Con su gran obra *Las Reglas del Método Sociológico*, Durkheim nos asegura el método de investigación positivista, que se puede aplicar todavía actualmente en las ciencias sociales, donde a lo largo de sus capítulos nos plantea como definir el objeto de estudio, realizar observación, clasificación, explicación y administración de prueba.

El objeto de estudio de la Sociología son los hechos sociales definidos en este libro como “las maneras de actuar, de pensar y de sentir que presentan esta notable propiedad de existir fuera de las conciencias individuales. Estos tipos de conductas o pensamientos no solamente son externos al individuo, sino que están dotados de poder imperativo y coercitivo” (Durkheim, 1987, p 43). La formación de hechos sociales sólo puede estar inscrita en la sociedad general (estado y nación) o en sociedades específicas (grupos sociales particulares; y nace del sentido común social implícito en las reglas o normas mediatizadas por las convenciones sociales o derechos estatuidos (derecho penal o derecho restitutivo)

Los hechos sociales difieren de los hechos psicológicos, por su carácter extra-conscientes, es decir, estar por fuera de las conciencias individuales: Por lo que se

“considera los hechos sociales como cosa, cuya naturaleza por flexible y maleable que sea, no es sin embargo, modificable a voluntad” (Durkheim, 1987, p 9)

Los hechos sociales de cualquier naturaleza (conducta no desviada o desviada) se consideran “normales” no porque sean moralmente aprobadas, las una y las otras, de igual forma, sino porque siempre están presentes en el seno de toda sociedad; ya que las conductas desviadas no son imprescindibles para dar una suerte dialéctica mágica (léase leyes de imitación Tardianas) de que existan conductas no desviadas como resultado “contraimitadores” de las conductas adecuadas imitadas, o como variantes conductuales a imitar por mera exposición familiar; o para garantizar por efecto comparativo con las consecuencias adversas de estas conductas consideradas por consenso social como inadecuadas, puedan ejercer alguna acción disuasoria sobre el resto de los individuos. Lo que ocurre, realmente, es que “para que no hubiese represión sería necesario una ausencia de homogeneidad moral, inconciliable con la existencia de una sociedad” (Durkheim., 1987, p 8)

La conducta considerada por consenso social como desviada es en base a la lógica compartida socialmente y vertida en códigos: leyes (derecho penal o reformativo) y convenciones sociales. Este sustento racionalista es uno de los pilares de su inscripción en el paradigma positivista y no los aclara así, Durkheim (1987):

En efecto; nuestro objetivo principal es extender el racionalismo científico a la conducta humana, haciendo ver que considerada en el pasado, es reductible a relaciones de causa y efecto, que una operación no menos racional puede transformar más tarde en reglas de acción para el porvenir. Lo que se llamó nuestro positivismo, es una consecuencia

de éste racionalismo. .!¡Cuánto más peligrosa es la doctrina que no ve en los hechos sociales sino el producto de combinaciones mentales, que un sencillo artificio dialéctico puede en un momento trastornar completamente!  
(p, 10)

El otro pilar que sustenta la concepción positivista de la Teoría de Durkheim es que el objeto de estudio debe ser algo material y por lo tanto de naturaleza tangible y medible. Y aunque, pueda parecer, en una primera impresión, que los hechos sociales constituyen estados de conciencia social (representaciones colectivas), es decir entes tan insustanciales como los estados de conciencia individual (hechos psíquicos), que serían el objeto de estudio de la psicología; pero son accesibles como objeto de estudio cuando nos enfocamos a estudiar su expresión tangible, sustancial y medible: la conducta humana. En este podemos encontrar un denominador común con el conductismo, asidero positivista que entronizaría posteriormente a la psicología como detentadora de derecho de pertenencia a las “ciencias serias”, es decir, de tenor positivista. Pero esto ocurrió, al inicio del siglo XX, en Estados Unidos. Cuando Durkheim realiza estas consideraciones displicentes de la psicología, lo hace por encontrarse esta en un magma contextual de carácter más especulativo, subjetivo y metafísico. El interés por la conducta humana de Durkheim nos aleja del origen evanescente (conciencia colectiva) de esta y se orienta hacia lo consecuencial, tal como expresiones manifiestas (conductas de solidaridad social, conductas consensuadas a lo aceptado por la sociedad, etc.). Estas conductas se justifican causalmente y pueden ser visualizadas por los investigadores.

Lo inmaterial de las representaciones colectivas lo parecen acercar a la concepción idealista de la psicología, pero Durkheim se centra en la esfera social, la conducta social,

lo que mantiene al objeto de estudio de la sociología en un contexto visibilizado y compartido por validación social. No es la suma de lo que cada quien piensa y siente lo que determina si una determinada conducta es adecuada; es lo lógico racional en base a las consecuencias de nuestra conducta, lo que determina que conducta es desviada o no desviada. Es una concepción sinérgica, donde las metas o fines determinaran la conducta social, es decir, por consenso la conducta humana individual y colectiva termina subrogándose a normas formales o informales compartidas y preestablecidas por la misma sociedad. Durkheim no desdeña la conducta individual, sólo la analiza como resultado de lo social

La psicología se preocupa por el estudio de los hechos psíquicos, que tienen un ineludible carácter interno. Mientras que los hechos sociales, interés principal de la Sociología, no sólo son externos al individuo, sino que están dotados de un poder imperativo y coercitivo. La coacción es el temor a recibir una sanción (sanción positiva), o dejar de recibir ciertos bienes o consideraciones sociales (sanción negativa), lo que genera seguir un determinado patrón conductual (conducta social aceptable) o enfrentarse a la posibilidad de rechazo social al no seguir lo establecido (conducta social desviada).

Steiner (2003) nos resume:

La sanción negativa, de la que se trata fundamentalmente en las Reglas del método sociológico, puede tener muchos aspectos, que van desde las formas más organizadas de la coacción social (el derecho penal o las reglas morales) a las formas más impalpables (la risa, la burla, etc.) pasando por las convenciones o los usos (p 37)

Los hechos sociales son como los dioses, que aunque no los podemos percibir sensorialmente, tampoco podemos negar su existencia; ya que su poder coaccionador y determinante sobre nuestro acontecer es inexorablemente sufrido o disfrutado. Durkheim logra definir lo social, al develar el efecto coaccionador de esta sobre la conducta individual y social. Lo conductual nos deja ver lo social, lo social nos permite predecir lo conductual. Esta concepción causalística de génesis social de la conducta individual y social, distingue a la sociología y la separa de la psicología, no sólo por la falta de asidero ontológico de la sociología, sino que le aporta una visión más materialista y racional de lo mental. Según Durkheim (1989), esto queda corroborado:

Porque hemos convertido a la coacción en signo externo en el que los hechos sociales pueden reconocerse más fácilmente y distinguirse de los hechos de la psicología individual, se creyó que para nosotros la coacción física era todo lo esencial de la vida social. En realidad, nunca vimos en ella más que la expresión material y aparente de un hecho interno y profundo que es totalmente ideal: la autoridad moral (p 298)

Esta autoridad conductora de nuestra existencia individual y colectiva puede estar regentada de forma genérica por el Estado (leyes) o la Sociedad misma (convenciones Sociales); o de manera particular (grupos familiares, institucionales, religiosos, laborales, etc.) a través de normativas formales (reglamentos) o informales (convenciones). Todas estas influencias sociales se generan por acción de hechos sociales, y originan, a su vez, hechos sociales. “Lo especial de la coacción social, consiste en no deberse a determinadas combinaciones moleculares, sino al prestigio de que están investidas ciertas representaciones” (Durkheim, 1987, p 36)

### **Tratar los hechos sociales, Tratar a la enfermedad mental como cosas:**

“Puede afirmarse que todo objeto de ciencia es una cosa, con excepción, quizás de los objetos matemáticos” (Durkheim 1987, p 16). Por lo tanto, considera a los hechos sociales como cosas, que pueden ser investigadas a través del uso de métodos como la comparación y la experimentación y darnos acceso eventos causales menos tangibles y manifiestos, a partir del abordaje de los caracteres externos y más visibles, como la conducta social es la propuesta investigativa de Durkheim. Se parte de lo conocido para detectar lo desconocido

Tratar los hechos sociales como cosas no representa negar su existencia psicológica, sino darle un asidero más objetivo para poder llegar a conocer la causa eficiente de este. “Tratar hechos de un cierto orden como cosas, no es, pues, clasificarlos en tal o cual categoría de lo real, es observar con ellos una determinada actitud mental” (Durkheim, 1987, p 16). La cosificación de los trastornos mentales es requerida para poder ser estudiados desde una óptica positivista. Se olvida o no se le presta atención a lo subjetivo, los científicos sociológicos no se ocupan del enfermo, no es visto como una persona (visión deshumanizada o descarnalizada), sólo se observa como portador del fascinante objeto de estudio, la enfermedad mental. Cloto no se ocupa de los hombres, construye sus destinos inexorables, para luego verterlos en los recipientes humanos, de ahí su frialdad creadora. ¡Maldita Bruja Antropofóbica!

Es un método inverso de investigación, al abordar lo consecuencial conductual para lograr inferir lo causal o primigenio. A la sociología, no le interesa conocer la concepción individual (representación individual) que se pueda hacer de una institución o evento social, sino más bien lo que le importa es conocer la representación colectiva sobre estos hechos sociales y el efecto coaccionador sobre la sociedad. No podemos aproximarnos a estas concepciones colectivas, por medio de la introspección, sino a través de la observación de signos exteriores, que puedan ser compartidos para su estudio por otros investigadores, los hechos sociales.

Los hechos sociales se encuentran inscriptos en la misma sociedad, no son el resultado de la suma de conciencias individuales, sino de la síntesis en una conciencia nueva e impositiva normativamente sobre los diferentes individuos de una sociedad. Por lo que debemos dedicar a estudiar la causa de los hechos sociales o de los efectos de estos sobre la sociedad. Durkheim se interesa en el estudio del todo y no de las partes, la conciencia individual resulta de la evolución progresiva del proceso de solidaridad social. De ahí que su propuesta metodológica sea de carácter deductivo, es decir, nos invita a la reflexión racional deductiva, es decir plantear una posible explicación causal de un hecho social, y su posterior comprobación a través de la observación y experimentación para comprobar o rechazar lo previamente establecido como génesis del proceso.

Aunque no tengamos conciencia de la naturaleza coercitiva de la sociedad sobre nuestra conducta, nos comportamos según patrones sociales establecidos, con anterioridad, en la sociedad o grupo social a que pertenezcamos. Tampoco conocemos de cerca a los dioses, pero están ahí, decidiendo nuestras vidas. Estos patrones de conducta

han sido internalizados en nosotros a través de la educación formal e informal recibida desde nuestra infancia, preparándonos a dar respuestas conductuales acorde a las demandas sociales. La falta de esta internalización de patrones conductuales avalados por la sociedad nos lleva al desarrollo de conductas sociales desviadas, tanto a nivel individual o colectivo.

“El hecho social es distinto de sus repercusiones sociales” (Durkheim, 1987, p 51). Es más bien, la actitud mental colectiva a favor de desarrollar determinadas conductas sociales (incremento de la natalidad, conducta suicida, conducta criminal, conducta desviada no criminal, aumento de frecuencia de aparición de nuevos casos de trastornos mentales, etc.), en magnitud diferente, según la región o tiempo histórico, lo que podemos identificar como hechos sociales, y “que la estadística nos proporciona medios para aislarlos” (Durkheim, 1987, p 52). Con lo que se logra que los hechos sociales “expresan un determinado estado del alma colectiva” (Durkheim, 1987, p 51). Las parcas no nos insuflan el alma. Eso sólo lo hace Prometeo, el único dios griego antropofílico, pero está encadenado. Las grisáceas diosas sólo nos atan al destino colectivo de la humanidad a una totémica insoportable levedad del ser. Muy “kunderianas” las benévolas diosas, sólo le gustan finales infelices para sus historias humanas

Por lo tanto estos hechos sociales contienen la potencialidad coaccionadora sobre nuestra conducta social o individual. Por lo que es “...ya indudable que la mayoría de nuestras ideas y tendencias no son elaboradas por nosotros, sino que provienen del exterior, es evidente que sólo pueden penetrar en nosotros, por medio de la imposición” (Durkheim, 1987, p 46). Estos hechos sociales pueden ser de carácter morfológico

(tamaño y densidad poblacional, distribución territorial, etc.); psicológicos organizacionales (reglas morales, jurídicas, religiosas, sistemas financieros) y psicológicos sociales (corrientes sociales), es decir, movimientos de opinión. Podemos dejarnos llevar por estas presiones sociales al no concientizarlas, pero cuando nos resistimos, percibimos su acción coaccionadora sobre nosotros

Al abordar el estudio de las enfermedades o trastornos mentales, desde la perspectiva durkheimiana, podemos hacerlos intentando conocer el grado de correlación que existe entre diferentes variables socio demográficas (sexo, localización geográfica, grupo etario, etc.), psicosociales o eventos sociales mensurables (situación socioeconómica, satisfacción laboral, etc.) y la aparición, evolución e intensidad de los síntomas, etc., de las manifestaciones clínicas de los trastornos o enfermedades mentales (diagnósticos nosográficos) o manifestaciones conductuales, tales como: conductas psicóticas, depresivas o ansiosas, etc (diagnósticos sindrómicos). Estos diagnósticos sindrómicos o nosográficos se basan en criterios categoriales compartidos consensualmente por los diferentes trabajadores de la Salud Mental y psiquiatras, basados en data estadística y recabada por la Organización Mundial de la Salud (O.M.S) u otras asociaciones científicas, como por ejemplo la Asociación psiquiátrica Americana (A.P.A). No se dejen engañar, estas instituciones son albaceas de los registros de todas las travesuras de las inefables Moiras.

Estas organizaciones científicas nos proporcionan sistemas clasificatorios nosológicos, tales como el Manual de Estadística y Diagnóstico (D.S.M en su V revisión) de la A.P.A; o la Clasificación Internacional de Enfermedades (C.I.E en su decima revisión) de la

O.M.S. Estas clasificaciones nos proporcionan definiciones de términos de las enfermedades o trastornos mentales, en base a criterios observables, mensurables y tangibles; que pueden ser compartidos por los médicos asistenciales o investigadores de la Salud Mental. Estos criterios operativos, descriptivos y basados en data estadística de todos los países, constituyen un gran vehículo comunicacional anti-babeliano entre especialistas e investigadores. Todos estamos hablando sobre la misma cosa, la reificación de los enfermos mentales, su objetivación precisa y benévola y definida y delimitada categorialmente, la enfermedad mental. Pero en términos durkheimianos, los trastornos mentales están convencionalmente delimitados como hechos sociales aprehensibles para los investigadores sociales y médicos. Estos diagnósticos psiquiátricos tienen un carácter a-teórico, no nos explican la causalidad de los mismos, sólo se conforma con delimitar nuestro objeto de estudio. ¡Qué Parcas, las clasificaciones médicas y psiquiátricas! Aunque la más reciente clasificación psiquiátrica (D.S.M V) pretender ser más postpositivista, pero sólo logra elongar las posibilidades de inclusión diagnóstica, al matizar los diagnósticos. Equívoco de intento de tratar de dimensionar la enfermedad mental. No me extraña que existan parcas intenciones ocultas derivadas del interés mercadológico de la industria farmacéutica.

Pero podemos relacionar correlativamente o asociativamente la magnitud de aparición de los trastornos psicopatológicos ya tipificados, en relación a diferentes tipos de variables biopsicosociales, en un momento histórico determinado o a lo largo del tiempo. La presencia o surgimiento de nuevos casos de trastornos mentales se considera, desde la perspectiva de Durkheim, como fenómenos o hechos sociales normales. El incremento de la magnitud (estadístico o cuantitativo) del evento sería considerado como de naturaleza

anormal. “Los hechos sociales son quizás de una interpretación más difícil, pues son más complejos, pero son más fáciles de obtener” (Durkheim, 1987, p 84)

Debemos observar las cosas, describirlas y compararlas, para no conformarnos con especular sobre “... todo cuanto hay de esencial en lo real, pues se las confunde con lo real mismo” (Durkheim, 1987, p 63). Sino más bien tratar de llegar a acceder a la realidad para poder comprenderla. Para emprender esta investigación objetiva, se requiere considerar en la definición del hecho social a estudiar, todos los elementos observables que tengan que ver con el mismo, para considerarse como objeto de estudio. No debemos abordar las ideas desde un inicio, sino los hechos para llegar a las ideas. Además, “No hay que pedir los elementos de la definición que necesitamos a nuestros prejuicios, a nuestras pasiones, a nuestras costumbres; lo que hay que definir es la realidad. Por lo tanto, pongámonos enfrente de esta realidad” (Durkheim, 1989, p 32)

La Sociología debe partir de los hechos sociales observables, no partir de conocimientos espontáneos (preconociones de Bacon), es decir, las ideas que cada científico se puede hacer de un determinado fenómeno (conocimiento ideático). Para Durkheim, el hombre de ciencia debe ser riguroso e iniciar la investigación formulando definiciones de la realidad (tratar los hechos sociales como cosas) en base a criterios externos (Steiner, 2003, p 41). Por eso, Durkheim (1987) nos advierte:

Para que sea objetiva, es evidentemente preciso que exprese los fenómenos en función, no de una idea del espíritu, sino de propiedades que le son inherentes. Es preciso que las caracterice por un elemento integrante de su naturaleza, no por su conformidad a una noción más o menos ideal (p, 92)

No debemos estudiar sobre las ideas que tenemos sobre la enfermedad mental o manifestaciones conductuales sindrómicas, sino cual es la naturaleza de las mismas, tratarlas como hechos sociales y develar los factores sociopsicológicos, que, por cuyo carácter coaccionador mayor o menor, hacen emerger a estos con diferencial magnitud. Si estudiásemos nuestras ideas acerca de estos eventos psicopatológica, estaríamos partiendo “...de la manera como se propaga en las conciencias individuales y obra en ellas” la concepción subjetiva y personal del sociólogo sobre este fenómeno social, pero no aportaríamos nada sobre la naturaleza o causalidad real del mismo (Durkheim, 1987, p 74)

### **Lo normal y Lo Patológico**

Durkheim define estos conceptos como “aquellos que son todo lo que deben ser, y aquellos que debieran ser muy diferentes de lo que son, los fenómenos normales y los fenómenos patológicos” (Durkheim, 1987, p 110). Pero nos advierte que la ciencia no puede hacer juicios de valor, sobre que una forma de presentación de la conducta o fenómeno social (hechos sociales) es cualitativamente superior a otra, ni tipificarlos moralmente como estados buenos o malos. Sólo se dedica a observarlos, definirlos, describirlos y medirlos por procedimientos estadísticos.

El estado de salud física o mental no puede estar referido al de un individuo en particular, sino que debe tenerse como tal, “en relación con las circunstancias más comunes” (Durkheim, 1987, p 112). Los conceptualiza en base a criterios adaptativos o

no al entorno social. Este autor nos define la salud como: "... en un armónico desarrollo de las fuerzas vitales, se reconoce por la perfecta adaptación del organismo a su medio y llamaremos, por el contrario, enfermedad a cuanto perturbe esta adaptación" (Durkheim, 1987, p 115)

Lo contrario representaría la enfermedad. Pero ¿Qué determinaría que un estado es más beneficioso que otro?", Durkheim lo establece en base a que nos aumente la probabilidad de sobrevivencia. No toma en cuenta elementos como el dolor o el sufrimiento; ya que estas pueden considerarse en ciertos casos presentes o ausentes, u obtener consideraciones subjetivas. A menos que estas condiciones conlleven a que "disminuyan su fuerza de resistencia y aumenten. Por consiguiente, los riesgos mortales" (Durkheim, 1987, p 117). Sin embargo no todas las condiciones patológicas serán definidas en referente a la capacidad de generar mortalidad "La enfermedad no nos deja siempre desamparados, en un estado de inadaptación irremediable; la enfermedad nos obliga sencillamente a adaptarnos en forma distinta que la mayoría de nuestros semejantes" (Durkheim, 1987, p 119).

También se considerara patológico que reduzcan no sólo nuestras capacidades de sobrevivencia, sino que disminuya la adaptación al medio social. Esto último se refiere a si nos aleja del cumplimiento de las normas sociales previamente convenidas por consenso por los individuos de una sociedad o por la representación de estos en el Estado (derecho). Por lo tanto, según Durkheim (1987):

Las formas morbosas de un fenómeno revisten la misma naturaleza que las formas normales, y, por consiguiente, es

necesario observar ambas para determinar esta naturaleza. La enfermedad no se opone a la salud. Son dos variedades del mismo género que se ilustran mutuamente un mismo fenómeno (p, 100)

Durkheim trataba siempre de vincular la ciencia y la práctica “La ciencia puede indicarnos cómo las causas producen sus efectos. No los fines que han de ser perseguidos” (Durkheim, 1987, p 111). Pero todos estos criterios de normalidad, tales como ausencia de dolor o sufrimiento, la adaptación al medio, maximizar la posibilidad de sobrevivencia, no son fundamentos tan precisos u objetivos y representa un apresurado intento de alcanzar la esencia del fenómeno, lo que nos podría arrastrar a un intento ideático de explicación de la salud y la enfermedad. “Sin embargo, estos criterios podían tener un lugar en la problemática siempre que fuera considerados elementos auxiliares en la determinación de la normalidad de derecho” (Steiner; 2003, p 75)

Por eso, nos propone buscar un signo exterior, objetivo y visible, que nos permita establecer una comparación entre:

- a) El estado de normalidad de hecho y de derecho de un evento social. “El carácter normal del fenómeno será, en efecto, más indiscutible si se demuestra que el signo exterior que lo manifestó no es puramente aparente, sino fundado en la naturaleza de las cosas; en una palabra, si se puede erigir esta normalidad de hecho en una normalidad de derecho” (Durkheim, 1987, p 129). Esto quiere decir, que consideremos una forma de presentación de carácter cuantitativo como lo normal y lo elaboremos teóricamente como normal en un sentido cualitativo. Sin importar si estas resultan útiles o no para la sociedad. Este autor nos recuerda que no todo lo útil es

normal y que no todo lo normal es forzosamente útil. Con esto, Durkheim se distancia de cualquier connotación utilitarista de la Escuela filosófica de Jhon Stuart Mill. La conducta socialmente aceptable de un individuo o la mayoría de los miembros de una sociedad, sólo nos evidencian las ataduras a las convenciones o normas sociales imperantes. El entretejido social normativo no deviene de las Moiras, sino de diosas homologas: las Horas, que son Eurinome (diosa del orden), Irene (diosa de la Paz) y Dike (diosa de la Justicia). Las tres son hijas del dios más poderoso: Zeus (dios de la Equidad). Pero las fatas del destino, nos atan ineludiblemente a esta trama teosociogénica horaria. Para el destino, el anarquismo, desorden o anomia, nunca es validado, pero se permite para satisfacer deseos poderológicos de los dioses al imponer sanciones

- b) Cualquier cambio social basado en las modificaciones morfológicas (ej., sociodemográficas) que conllevan a pasar de una sociedad de solidaridad mecánica a orgánica, puede evidenciarse un incremento en la aparición de enfermedades mentales. Por ejemplo, Durkheim nos ejemplifica el aumento de frecuencia de los casos de suicidio en Francia a finales del Siglo XIX. Por toda la conflictividad que pasa este país con conflictos bélicos en sus colonias africanas, mientras por otro lado enfrenta retos de industrialización marcados. Esta como toda fase de transición, ocasiona dificultades en la delimitación de lo normal y lo patológico. Durkheim propone para resolver esto, la comparación entre la normalidad de hecho (normalidad determinada estadísticamente) y la normalidad de derecho, es decir, la normativización de una determinada manera generalizada de actuar en la sociedad condicionada por factores sociales presentes en ese momento. En las sociedades

modernas, donde no sabemos cómo ocurre su evolución social, sólo podremos comparar las condiciones sociales que generalizaron una conducta desviada en el pasado están aún presentes, se considerará como un hecho normal; si estos factores psicosociales se modificaron, y prosigue la presentación de la conducta desviada en la misma magnitud, se tendrá como un hecho patológico y deberemos indagar que otros factores sociales intervienen para generar este fenómeno; hasta que la antigua normalidad de derecho sea sustituida por la nueva normalidad de derecho, al prevalecer su nueva presentación y condicionantes sociales.

c) También se considera anormal, los incrementos de un fenómeno estudiado (por ejemplo la magnitud de conductas suicidas o tasas de enfermedad mental) en un momento histórico actual comparado con menores frecuencias de aparición del mismo en los años previos. Se debe intentar conocer que modificaciones estructurales generaron este cambio social

d) Entre las formas generales y excepcionales de presentaciones de los fenómenos sociales. “El tipo normal se confunde con el tipo promedio y todo desvío en relación con este patrón de la salud es un fenómeno mórbido” (Durkheim, 1987, p 124). Estas presentaciones excepcionales no suelen mantenerse en el tiempo indefinidamente.

De aquí, la enfermedad mental es vista más como una desviación de la presentación compartida por la mayoría de los elementos presentes en su conducta cotidiana, personal o social. Su desviación, por la presentación de fenómenos conductuales adventicios y poco frecuentes en los individuos de una determinada sociedad, sea considerada como de

carácter patológico. Durkheim (1987, p 125) nos recuerda que “un hecho sólo puede calificarse de patológico con relación a una especie dada. Las condiciones de salud y de enfermedad no pueden definirse in abstracto sino de manera absoluta”. De allí, que debamos tomar en cuenta las particularidades socioculturales, antes de propiciar un desatinada estigmatización psicopatológica de personas o grupos sociales específicos, cuyo comportamiento se encuentre debidamente avalada por su cultura y normas o convenciones sociales. Podemos sintetizarlo de esta manera en términos durkheimianos cuando un conjunto de caracteres sociales forman el tipo normal en una especie determinada (sociedad o grupo social), es porque suele aumentar la probabilidad de supervivencia o resistencia a su destrucción o desorganización social.

La enfermedad mental o el suicidio, por ejemplo, sólo se presenta en algunos individuos de una determinada sociedad. Se considerara “normal” en razón a su presentación compartida por todas las sociedades. Pero su incremento desmesurado atenderá a causas sociales a precisar por los científicos sociales, se considera de naturaleza anormal o patológica. Steiner (2003, p 76) nos señala que “la normalidad queda definida no porque todos los miembros de un grupo social actúen de una manera determinada, sino porque todos los grupos sociales conocen una determinada forma de actuar”. El no suicidarse sería lo convenido como “normal”, que no atenta contra lo consensuado por nuestro sentido común, creencias religiosas, derecho penal o normativa social implícita, lo cual nos evita sanciones legales, religiosas o rechazo social.

Steiner (2003, p 81) realiza una impertinente crítica a Durkheim; ya que lo acusa de estar determinando lo normal y lo patológico en base al método ideológico de los autores

que criticaba (Spencer, Mills y Tarde, etc.) pues define lo normal como un ideal realizable. Durkheim nunca delimita en base a determinadas características subjetivas (bienestar, felicidad, satisfacción o funcionamiento social y/o laboral que es lo normal, sino que sólo pretende con su método positivista, identificar un asidero externo (magnitud o presentación de un fenómeno social dado (ej., tasa de morbilidad o mortalidad psiquiátrica) establecer que se considera normal o patológico, a la hora de abordar una investigación de la conducta desviada socialmente. Lo anormal no es la aparición de casos de conducta desviada, sino el incremento desmesurado de su presentación, o que esto último atienda nuevas condiciones sociales que reduzcan el nivel de solidaridad social (anomia social)

Las enfermedades mentales como detonadoras de conductas desviadas no criminales o criminales, son susceptibles de las mismas consideraciones de normalidad que las conductas criminales no psicopatológicas, tal como las plantea Durkheim, quien refiere que estas últimas están siempre presentes en todas las sociedades y momentos históricos, incluso cuando las sociedades pasan de una sociedad mecánica a sociedad orgánica. Este carácter inexorable de presentación de la criminalidad es reclamable para las enfermedades mentales como hechos sociales. Durkheim (1987) se atreve a decir más:

Hacer del crimen una enfermedad social, equivaldría a admitir que la enfermedad no es algo accidental, sino que, por el contrario, deriva en ciertos casos de la constitución fundamental del ser vivo; sería borrar toda distinción entre lo fisiológico y lo patológico. Sin duda alguna, puede suceder que el crimen mismo ofrezca formas anormales; y esto sucede, por ejemplo, cuando alcanza un porcentaje exagerado (p, 138)

La ineludible aparición de estas conductas desviadas (criminalidad y conductas psicopatológicas) constituyen hechos sociales normales de todo devenir de la sociedad por tratarse de fenómenos de ocurrencia general. Pero, además, sus presentaciones cotidianas son de carácter necesario y útiles para poder mantener un buen nivel de salud pública; ya que siempre estarán presentes en nuestra sociedad, como intentos voluntarios o involuntarios, respectivamente, de trasgredir las normas sociales y de convivencia social imperantes. “La supresión del crimen en una sociedad supone, sostiene, que los estados de conciencia social que rechazan la idea de crimen existen con igual fuerza para todos los individuos de esa sociedad” (Steiner, 2003, p 77). Esto es homologable para la conducta desviada psicopatológica no criminal derivada de las enfermedades mentales, pero haciendo la salvedad que no refuerzan necesariamente la lucha contra los enfermos mentales (como si fuesen criminales), sino que debería intensificar un mayor énfasis de preocupación social de la colectividad o su representación a través del Estado, generándose una mayor iniciativa de contención social y/o médica (acceso a mayores posibilidades de su intervención psicoterapéutica y psicofarmacológica, institucional o no, etc.). Si este mayor control social pudiera ocurrir, en base a mayor grado de solidaridad social (derecho restitutivo que garantice el cumplimiento de medidas de protección para los alienados, ocasionaría algún descenso, poco crecimiento o estabilización de la presentación de mayor cantidad de casos de enfermedad mental o su consecuente discapacidad social y/o laboral. En cambio, si una determinada sociedad reduce el grado de vinculación social podría ocasionar un incremento de la tasa de morbilidad y/o mortalidad psiquiátrica por falta de control social (negligencia social o estatal en la realización o mantenimiento de políticas de salud mental) o elevación del nivel de alterofobia a los enfermos mentales, por la prevalencia o retorno de actitudes pre juiciosas

maníafóbicas de etapas evolutivas sociales previas (sociedad de predominio de solidaridad mecánica con presencia de representaciones sociales desfavorables para la enfermedad mental). Por otra parte, según, Durkheim (1987):

El crimen consiste en un acto que ofende determinados sentimientos colectivos, dotados de una energía y de una firmeza particular. Para que en una sociedad dada pudiesen cesar de cometerse los actos reputados criminales, sería, por tanto, preciso que los sentimientos que ofenden se encontrasen en todas las conciencias individuales, sin excepción, y con el grado de fuerza necesaria para contener los sentimientos contrarios. (p 139)

Este rechazo unánime del crimen, si lo extendemos al caso de la enfermedad mental es algo imposible de ocurrir, ni siquiera en las sociedades de predominio de solidaridad mecánica, porque dependería de que se representes colectivamente como punible o no; y de que el nivel de individualidad de las conciencias es menor, pero no se encuentra ausente. Este tipo de sociedades, según sus representaciones colectivas compartidas, podrían ser, en algunos casos, muy violentas sus conductas de control de la conducta desviadas, por la falta de respeto a la dignidad individual. Menores posibilidades en las sociedades de predominio de solidaridad orgánicas; ya que aumenta en esta última el margen diferencial del grado de coacción de las conciencias individuales solidaridad. Y “...suponiendo que esta condición pueda ser efectivamente realizada, el crimen no desaparecería. Cambiaría solamente de forma, pues la misma causa que extinguiría las fuentes de la criminalidad haría surgir inmediatamente” (Durkheim, 1987, p 140).

En caso de sociedades de carácter totalitarias que compartieran una representación colectiva maníafóbica, compartida de manera intensa y universal en una determinada

sociedad o grupo social, ocasionaran por patoplastia cultural, que las manifestaciones conductuales psicopatológicas pudieran modificarse, tal como ocurre con la histeria, sometida al descrédito social, se observan menos las presentaciones catatónicas formidables del pasado, pero se evidencian todavía actualmente, los cuadros de conversiones menos estridentes (parálisis o anestias parciales sin etiología orgánica demostrable) y mayor expresión de manifestaciones conductuales referidas a personalidades disfuncionales y poco adaptables a los retos del entorno sociocultural; que permitan subsistir la expresión de las enfermedades mentales hasta lograr un cambio de su representación que lleve a un nuevo rechazo o tolerancia social

Si el sentimiento de rechazo social hacia las conductas criminales, conductas psicopatológicas no criminales, y conductas desviadas no psicopatológicas ni criminales, se hicieran cada vez más fuertes, generarían un castigo más enérgico, donde conductas desviadas socialmente no consideradas como tan graves, podrían ser consideradas criminales y peligrosas para la sociedad, provocando como reacción colectiva: pena de muerte, destierro, asilamiento hospitalario, aislamiento en condiciones de restricción muy estrechas y punitivas o erradicaciones masivas (exterminio o genocidio). Demasiadas hebras cloteanas negativas y de corta longitud. Sin embargo, Durkheim (1987) nos refiere:

Pero una uniformidad tan radical y absoluta. es radicalmente imposible, pues el medio físico inmediato en el cual está colocado cada uno de nosotros, los antecedentes hereditarios y las influencias sociales de que dependemos, varían de uno a otro individuo y, por consiguiente, diversifican las conciencias (p 142)

Para que pueda proseguir el intento de conseguir un mayor nivel de Salud Mental, en nuestra sociedad, tendremos que plantearnos un tipo de ideal social de conducta no desviada, con adecuada vinculación a las normas sociales vigentes. Pero no podemos concebir ni soñar este ideal de conducta saludable (hecho social de tipo normal), sin la presencia identificada de lo psicopatológico, como fuera de las normas y el orden establecido por los expertos o especialistas en el área de la conducta anormal o agentes del control social (estado, religión, instituciones educativas, etc.). “En efecto, si el crimen es una enfermedad, la pena es su remedio (Durkheim, 1987, p 148). A lo que nos atrevemos a agregar, de manera analógica y comparativa: si la conducta desviada socialmente psicopatológica o criminal es una enfermedad, la sanción es su control social

#### **IV. DIVERSIDAD DE CONDUCTAS SUICIDAS. DIFICULTADES DEL PROCESO DE SOCIALIZACIÓN:**

##### **Tipos Sociales de Conductas Psicopatológicas o Enfermedades Mentales Sociogénicas:**

Debemos partir de que toda conducta psicopatológica o enfermedad mental puede considerarse como un hecho social; ya que cumple con que todo hecho social constituye un “conjunto de acciones humanas, cuyo trazo en un aparato de registro, presenta una cierta regularidad, a saber, constancia cuando la sociedad (país, religión, clase social, familia, etc.) no cambia; variación regulada y definida cuando distintas magnitudes sociales varían manifiestamente” (Baudelot y Establet, 2008, p 27). Lo social es siempre

la causa de un hecho social, o en otras palabras, un hecho social es etiología de otro hecho social. Por otra parte debemos considerar también que “Un hecho social sólo puede calificarse de normal o de anormal en relación con una especie social determinada” (Durkheim, 1987, p 153) es lo primero que nos propone este autor a la hora de emprender una investigación de un fenómeno social. Los tipos sociales son marcos sociales que nos permiten comparaciones en la misma sociedad o entre diferentes sociedades con fines comparativos.

Esto le permite diferenciarse del método historicista que emplea los historiadores que solamente logran caracterizar como fue o es la sociedad en diferentes momentos históricos, pero siguen siendo una comparación inconmensurable y que se conforma meramente con lograr un nominalismo. También presente diferenciarse de los filósofos que pretenden develar atributos particulares de la naturaleza humana en cada sociedad o espacio histórico, pero no logran más que identificar una concepción realista pero contingente temporalmente sin conseguir una explicación sociopsicológica que pueda ser utilizada para resolver problemas morales y sociales de nuestra sociedad.

A través de los tipos sociales, Durkheim pretende alcanzar a conocer los estados patológicos y diferenciarlos de los estados de salud, por medio de la comparación de éstos y además poder explicar la génesis social de la patología humana. Para establecer los tipos sociales, se selecciona no los numerosos hechos sociales que podrían estar presentes como causales de un hecho social determinado, sino que se escogen hechos sociales cruciales que ejemplifican o tipifican una determinada manera de presentación de un hecho social (ej., suicidio altruista, suicidio anómico). Para lograr formular estas

categorías clasificatorias de hechos sociales estudiados "... se combinan en los casos particulares, que presenten analogías lo suficiente francas y diferencias lo suficiente características para permitir la constitución de grupos y subgrupos definidos" (Durkheim, 1987, p 157). Con esto, se logra reemplazar los diferentes y numerosos individuos por un número restringido numéricamente de tipos sociales. Como metáfora, la cantidad de hebras negras o blancas varían para cada uno de los mortales, muchas hebras negras, en unos más y en otros menos, pero en una proporción mayor a la de un dintel determinado, la locura se dimensionaliza y categoriza, se bifurca en distintas especies taxonómicas. Los psiquiatras intentan establecer ese límite preciso entre lo sano y lo psicopatológico. Desde la rueca, Cloto va, desde el inicio, decidiendo los retorcidos renglones de las Parcas

Como se presta atención a ciertos caracteres particulares esenciales pero que pueden estar presentes de manera general en muchos de los individuos que conforman una sociedad o grupo humano. "para saber si un hecho es general en una especie, no será necesario haber observado todas las sociedades de esta especie, sino que bastará con algunas" (Durkheim (1987, p 169) Con esta frase, nos anuncia el futuro muestreo imprescindible en toda investigación en ciencias sociales

Durkheim, a diferencia de otros sociólogos, no le interesa saber la utilidad de un hecho social, por ejemplo, la presencia inevitable o el incremento de la tasa de morbilidad de las enfermedades mentales o de los crímenes; trae como consecuencia finalista el mayor incremento de control social y/o sanción penal, respectivamente. Pero no nos dice nada sobre la etiología sociogénica de los mismos... Si nos conformamos con estos asideros de explicación utilitaristas, no trascenderemos de lo meramente psicológico e

individual y permaneceremos en una perspectiva psicología o de la psicología social. Mientras que si buscamos explicaciones de carácter más colectivo y que se encuentren por arriba de las supraconciencias individuales, la sociogénesis de la enfermedad mental corresponderá al ámbito de la sociología, y más específicamente de la vertiente sociopsicológica que pretende estudiar la conducta humana social.

También al plantear que factores o variables sociopsicológicas pueden estar implicadas en la modificación de la tasa de aparición de un fenómeno social como el suicidio y poderlo confirmar por estudios estadísticos, nos permite tratar de explicar la sociogénesis de esto. Durkheim (1987, p 175) nos lo afirma de la siguiente manera: “El sentimiento que tenemos de la utilidad que prestan puede incitarnos a poner estas causas en acción y sacar los efectos que implican, pero no a engendrar estos efectos de la nada”. Para Durkheim esta orientación responde a una etiopatogenia social de carácter más estructural que funcionalista. Steiner (2003) nos refiere que Durkheim:

...no elimina el estudio de la función que cumple un hecho social. Por otra parte, muchas veces se convirtió a Durkheim en un funcionalista por excelencia a causa de esto, pero ésta sólo llega después del estudio de la causa eficiente del hecho social (p, 43)

La función de un hecho social representa la correlación entre la emergencia de un evento social y la satisfacción de necesidades de la sociedad donde se expresa, sin que importe la asociación a intencionalidad o no. Lo que no quiere decir que Durkheim desdeñe la importancia de estas últimas y su relación con el progreso social, sino que más bien, enfatiza su investigación social no en la función satisfecha para el organismo social, sino como esto influiría sobre las condiciones sociales que favorecen o contrarrestan la manifestación de un hecho social. Las conductas expresadas por los pacientes portadores

de enfermedades mentales o la tendencia social (puede leerse también movimiento social) de rechazo o tolerancia social que las primeras generen como reacción social, según hieran los sentimientos colectividad en gran o baja intensidad, son también un hecho social. Esta ocasiona como reacción social castigo (intolerancia, exterminio, aislamiento, etc.) o políticas de salud mental de prevención, promoción o asistencia médica, para aumentar su control social. Este intento de contención social como control punitivo o no, representan la función social de las conductas psicopatológicas surgidas, es decir que nos hablaría de la causa funcional o teleológica (finalidad) de las enfermedades mentales como hechos sociales.

Pero en cuanto a su causalidad eficiente sociogénica estaría determinada, más bien, por modificaciones estructurales (grado de aceleramiento de la división social del trabajo, mayor exposición a situaciones sociales demandantes como conflictos sociales, desorganización social o anomia, modificaciones del tamaño o densidad poblacional, etc.). Pero, también las presiones sociales como rechazo o discriminación social, o exigencias demandantes de carga laboral, social o educativa, las cuales pueden ser tenidas como maniobras sociales de control (función finalista) de los desordenes mentales. Todas estas situaciones constituyen hechos sociales o variables mediadoras que intervienen favoreciendo la aparición de la enfermedad mental. En fin, toda una serie de condicionantes sociales (hechos sociales) en las que se encuentra inmerso personas con vulnerabilidad biológica (de carácter genético o constitucional familiar) lo que provocaría la eclosión de manifestaciones psicopatológicas denunciadas de la enfermedad mental a portar en los tiempos subsiguientes (conducta desviada social de naturaleza psicopatológica no criminal y de aparición primaria). Se puede también, relacionar todas

estas variables sociales causales eficientes o teleológicas con el tipo de evolución tórpida; ya sea porque se caracteriza por conductas desfavorables, tales como mayor deterioro cognitivo, afectivo, conativo, refractariedad a tratamiento, incremento de la discapacidad social y/o laboral, mayor recurrencias de episodios críticos o agudos de descompensación, etc. (conducta desviada social de naturaleza psicopatológica no criminal y de aparición secundaria o re emergente) Todo esta ejemplificación de la sociogénesis de la enfermedad mental queda clarificada cuando consideramos, como nos lo señala Durkheim (1987) que

...Bien lejos de consistir la causa de los fenómenos sociales en una anticipación mental de la función que están llamados a cumplir, esta función estriba, por el contrario, y, por lo menos en la mayoría de los casos, en la conservación de la causa preexistente de donde derivan; se encontrará, pues, más fácilmente la primera si nos es conocida la segunda (p 185).

Durkheim (1987, p 185) nos agrega “Pero aunque la determinación de la función esté subordinada a la de la causa, no por ello deja de ser necesaria para la completa explicación del fenómeno”. La espera de una reacción social punitiva o no, rechazante o aceptadora de la condición de alienación mental contribuye en el orden social etiopatogénicamente a la aparición de nuevos o reincidentes casos clínico; y nos delatan aún más las otras causas eficientes de la sociedad que suelen mediar en el mayor surgimiento de la desviación conductual social.

Una gran diferencia en la aproximación epistemológica entre la psicología social y la sociología durkheimiana es el método empleado para explicar los hechos sociales estudiados. Los psicólogos usan siempre como método de explicación de los hechos psíquicos, un abordaje psicológico porque se encuentra siempre entrelazado a la naturaleza

humana, que se encuentra incluida en un sistema o serie de medios para satisfacer necesidades individuales (causalidad finalista). Algunos sociólogos inician su aprehensión de los hechos sociales desde una perspectiva psicológica o centrífuga; ya que parten que las necesidades sociales a solventarse deviene de los individuos que conforman la sociedad, lo social proviene de lo individual, que se generaliza por efectos de imitación (Le Bon), etc. Lo anterior corresponde a una cosmovisión de lo social desde la perspectiva de la psicología social

Durkheim considera que si partimos de lo psicológico individual como lo hace Spencer, estamos inscribiéndonos en una sociología desnaturalizada. En cambio, nos invita a comenzar desde lo social a lo individual (visión centrípeta). Para él, lo más importante es conocer los medios sociales etiológicos efectivos que explican la aparición o frecuencia de un hecho social; y secundariamente reconocer como la representaciones colectivas suscitadas por este, que, a su vez, constituyen una fuente de vida psíquica de toda la sociedad o grupos sociales específicos y generan un efecto de coacción social sobre los individuos, con lo que se completa la explicación finalista del hechos social estudiado. Va de lo social a lo psicológico, no disiente de lo psicológico e individual; ya que sustenta lo social, pero le brinda primacía a lo colectivo (conciencia supraindividual) que emerge de la reacción colectiva frente a un fenómeno social y los elementos que socialmente condicionante con su poder coactivo. Esta propuesta teórica una vertiente socio psicológica a la hora de explicar fenómenos sociales, tales como conducta suicida, trastornos mentales y criminalidad, etc. Con este pasaje, Durkheim (1987) nos recuerda que un hecho social tiene un:

...carácter esencial de los hechos consiste en el poder que tienen de ejercer, desde afuera, una presión sobre las conciencias individuales, es señal de que no derivan de ellas, y por consiguiente, que la sociología no es un corolario de la psicología (p 191-192)

Solamente nos queda la sociedad, para poder extraer o detectar en ella los hechos sociales, que constituyen el objeto de estudio de la sociología. Al igual que se encarga de explorar el efecto de estos hechos sociales constituidos que terminan ejerciendo presión social sobre los individuos, es decir, como una nueva totalidad psicológica que emerge del todo, no de la suma de cada uno, termina influyendo coactivamente sobre cada uno. Durkheim demuestra siempre una visión gestáltica totalizadora de la sociedad y nos lo expresa así. “.. La sociedad no es una mera suma de individuos, sino que el sistema formado por su asociación, representa una realidad específica que tiene sus caracteres propios” (Durkheim, 1987, p 194). Esta conciencia colectiva (representaciones colectivas) provienen de la asociación, combinación, yuxtaposición que se dan en la sociedad, desde los individuos, hordas, clanes, grupos sociales hasta la sociedad en general, “Todo lo obligatorio tiene su fundamento fuera del individuo” (Durkheim, 1987, p 197)

Si tratamos de conformarnos con explicaciones psicológicas de los eventos sociales, estaríamos dejando pasar por alto lo esencialmente social. “La causa determinante de un hecho social debe buscarse entre los hechos sociales antecedentes, y no entre los estados de la conciencia individual” (Durkheim, 1987, p 205). Todo lo que precede al hecho social contribuye a su génesis como a establecer su funcionalidad social, aunque la determinación de lo etiológico eficiente es más preponderante que lo teleológico o funcional (finalidad social), a la hora de estudiar un hecho social específico

“Un hecho social no puede ser explicado sino por otro hecho social” (Durkheim, 1987, p 199 ) que se encuentra inscripto en el medio social interno, que se encuentra constituidos por dos elementos: a) volumen social, conformado por el número de unidades sociales o individuos de una población; y b) el grado de densidad social dinámica, que es definido “...en función del número de individuos que están efectivamente en relaciones, no sólo comerciales, sino también morales” (Durkheim, 1987, p 210). Las enfermedades mentales o la conducta suicida, por ejemplo, deber ser abordados como hechos sociales, al intentar detectar los factores de riesgo sociales para que se generen su presentación o elevación de la frecuencia, .La menor o mayor tasa de estas responde al grado de vinculación social de sus individuos o grupos sociales, tanto en sociedades con predominio de solidaridad mecánica con representaciones colectivas favorables o desfavorables para la enfermedad mental, respectivamente: Hasta sociedades con predominio de solidaridad orgánica que presenten un desarrollo elevado del derecho restitutivo que proteja los derechos humanos de los pacientes psiquiátricos, ocasionándose poca presión sobre las personas vulnerables a la adquisición de conductas desviadas psicopatológicas no desviadas; o sociedades con elevado y acelerado nivel de división social que causa dificultades para los individuos más vulnerables mentalmente para poder adaptarse a condiciones sociales y laborales más demandante, eclosionando una mayor frecuencia de enfermedades mentales, con lo que se reduce las posibilidades de estos pacientes de colaborar eficazmente con la sociedad

Además, un fenómeno social actual (como podría ser las enfermedades mentales) no responden a la situación social actual, sino, más bien, a los hechos sociales precedentes o históricos. Como consecuencia de esto, a la hora de tratar de indagar la magnitud y

características socio demográfico y socio psicológico de manera transversal, es decir, a través de una data reciente de hechos sociales registrados, estaríamos tomando como referente al pasado previo a estos datos acumulados en un determinado tiempo. En otras palabras, determinando que hechos sociales se relacionaron con la reacción social que termino constituyéndose en un hecho social acaecido en la actualidad. Pero, también podemos estudiar la evolución de un determinado fenómeno social a lo largo del tiempo, para una determinada sociedad o grupo social seleccionado. En definitiva, para Durkheim (1987, p 228): “la explicación sociológica consiste exclusivamente en establecer relaciones de causalidad, ya se trate de relacionar un fenómeno con su causa, o, por el contrario, una causa con sus efectos útiles”.

### **Método comparativo o de experimentación indirecta para lo social:**

Nuestro autor señala como único método para poder lograr establecer una relación objetiva, clara, precisa e incuestionable, entre un fenómeno causal y un fenómeno reactivo, el método comparativo o de experimentación indirecta. Con este método se valida en el campo de la ciencia, la sociología; ya que le permite dar una explicación a lo social, evitando tendencias psicologicistas e idealistas. No se puede emplear la experimentación directa porque el científico social no puede crear los hechos sociales mediadores de la etiología de un fenómeno social a ser estudiado; y de ser posible, se sale de toda posibilidad de aceptación ética

“Una relación de causalidad, sólo puede establecerse, en efecto, entre dos hechos dados” (Durkheim, 1987, p 216). Este autor no niega que puedan estar presentes varias variables (hechos sociales) incriminados en la patogénesis social de un determinado evento social, pero debemos abordar la relación de cada uno de estos factores sociales y el hecho social resultante, de forma separada y tratar de dar una interpretación sociológica de cada una de estas asociaciones estadísticas encontradas. Con esto se aleja del planteamiento de Jhon Stuart Mill (1806-1873) sobre la pluralidad causal. Mill en su libro “Sistema de Lógica” planteaba cuatro métodos para alcanzar a determinar las leyes causales científicas: coincidencia, diferencia, variaciones concomitantes y residuo de las diferencias y coincidencias: Para Mill, pueden dar posibilidades etiológicas: a) Que cada causa de un efecto diferente: b) Que la suma vectorial de varios factores causales nos den un efecto diferente del que produciría cada una de las causas involucradas por su parte

Para Durkheim sólo podemos conocer como un sólo hecho social es causa de otro hecho social, es decir, establecer su correlación o variación concomitante. No podemos acceder a la magnitud global causalística de varios factores comprometidos en la génesis de un hecho social, pero si conocer el efecto eficiente de cada uno. .La enfermedad mental o conducta psicopatológica puede obedecer a varias variables sociopsicológicas y sociodemográficas, pero cada uno de estos factores etiológicos contribuye en la socio génesis del hecho social estudiado, de forma diferencial, es decir, con una magnitud de diferente intensidad, o a través de grados diferenciales de vinculación social efectiva (solidaridad social)

Este autor enfatiza enérgicamente en la dirección unicausalista o de limitada policausalidad. “A un mismo efecto corresponde siempre una misma causa” (Durkheim, 1987, p 233). Con esta restricción de variables como entes explicativos no se reduce la potencialidad de determinación sociogenética de un fenómeno; ya que “si el suicidio depende de más de una causa, es que, en realidad, hay muchas especies de suicidios” (Durkheim, 1987, p 233), o que no se toma en cuenta el valor mediador de una tercera variable mediatizadora, es decir, que tiene un denominador común con los hechos sociales considerados antecedentes del hecho social provocado

Su análisis separatista de cada uno de los elementos sociales intervinientes en la sociogénesis de un hecho social específico, se contrapone al principio de pluricausalidad de Mill, con lo que queda “impelido a adoptar un principio de causalidad poco favorable a la historia” (Deloyé, 2004, p 14) con lo cual evita explicaciones subjetivas causales sobre eventos históricos como cadenas de explicación de un fenómeno social actual, sin dejar de reconocer que el pasado es referente del presente.

Deloyé (2004, p 14) indica que Durkheim se centra en la determinación causal, de lo social, resguardándose de toda explicación comprensiva de la sociedad. Para lo cual, no emplea nunca el método historicista; ya que los hechos sociales son cosas que ocasionan movimientos causales eficientes de movimientos finalistas o reactivos. Esto trae como consecuencia que sólo sean válidas las comparaciones entre sociedades presentes en el mismo periodo de desarrollo histórico y nunca acepta los análisis etario históricos de un fenómeno social, por carecer de demostración factible

Sin embargo, Durkheim acepta emplear uno sólo de los métodos utilitarios de Mill, las variaciones concomitantes, tomando dos hechos sociales e investigando, se construyen series paralelas de datos sobre su aparición o frecuencia. Para luego observar su evolución, detectando si ocurre o no un paralelismo de ocurrencia o relación estadística entre estas dos variables (causal y consecucional). Si esto ocurre, podemos plantear que existe una relación causal de un fenómeno por otro, de carácter causal. Posteriormente, se da una posible explicación sociológica de esta relación asociativa. Y se confirma, verificando estos resultados, por medio de la comparación de otro estudio similar pero que emplea otra serie de datos.

De no encontrarse una explicación sociológica convincente y lógica, “hay que hacer aparecer una causalidad oculta por medio de una tercera variable” (Steiner, 2003, p 45). Para explicar la relación entre tasa de suicidio y nivel de instrucción, se busca el grado de apego a creencias religiosas sobre el suicidio, como una causa intermedia mediadora entre las otros dos hechos sociales. Podríamos concluir que el mayor grado de nivel de instrucción se asocia con frecuencia a debilitamiento del apego religioso; y esto puede explicar la elevación de la tasa suicida mientras mayor es el grado de instrucción de las personas (Durkheim, 1987, p 238)

### **Sociogénesis del Suicidio como fenómeno de condicionamiento más de carácter sociopsicológico, que de naturaleza vesánica**

“La tendencia al suicidio, siendo por naturaleza especial y definida, al llegar a constituir una variedad de la locura, sólo puede ser una locura parcial y limitada a un solo

acto” (Durkheim, 1989, p 2). No todas las conductas suicidas se encuentran mediadas por la presencia de una enfermedad mental. En muchos casos, se encuentra como fondo causal, una enorme cantidad de factores psicosociales que podrían contribuir a provocar esta conducta psicopatológica, asociada o no a ser portador de enfermedad mental. Para Durkheim, el suicidio ocurre en un estado de locura sin ser una forma de locura especial. Con esta percepción, el autor no descarta la enfermedad mental como mediador etiológico, sino que le presta más atención a los factores sociológicos como variables intervinientes de la locura, dejándoles un papel de secundaria participación a los factores extrasociales (disposiciones orgánico-psicológicas y la naturaleza del medio ambiente), que generalmente, han sido asociados a la etiopatogenia del suicidio y/o enfermedad mental

El suicidio vesánico, es decir, que se encuentra asociado a la locura (melancolía, acceso maniaco, descontrol de impulsos o obsesivo) obedece a causas irracionales o imaginarias, lo que los diferencia de suicidios en personas “normales” abatidos por dificultades sociopsicológicas mortificadoras, creencias religiosas o ideas de fuerte apego nacionalista o ideologicista. Estos últimos fuera del marco explicativo alienista. Durkheim (1989, p 7) enfatiza: “no es posible ver un loco en cada suicida”. La presencia de una enfermedad mental hace a su portador más vulnerable y susceptible a la acción de presiones sociales, que constituyen las causas últimas de la conducta psicopatológica.

La sociogénesis de la enfermedad mental está fundamentada en la mayor ocurrencia de casos en las ciudades que en el campo. Esto se debe a que “las causas sociales de que depende el suicidio están, como veremos, estrechamente ligadas a la civilización urbana, y es en los grandes centros de población donde son más intensas” (Durkheim, 1989, p 10).

Durkheim en su obra “El Suicidio” relaciona la tasa de suicidio con una serie de variables sociodemográficas (raza, sexo, grupo etario) y sociopsicológicas (apego a creencias religiosas, presencia o ausencia de enfermedad mental, y alcoholismo)

Durkheim desdeña a la raza y la herencia como factores causales de la conducta suicida por considerarlo ante todo como factores extrasociales dependientes de la estructura orgánica psicológica del individuo, más que de condicionantes sociales. Nos plantea que para explicar su asociación con cambios en las tasas de suicidio, se requerirán de investigar otra variable social interviniente que si pueda explicarnos, de manera exhaustiva la eclosión de una conducta suicida o su incremento en un grupo social específico. La influencia en la conducta suicida de “la existencia y el dominio de una raza no pueden determinarse más que con la ayuda de investigaciones históricas y etnográficas” (Durkheim, 1989, p 209. Además, nos recuerda que la raza es un concepto antropológico no definido, porque lo sociocultural es compartido por personas que se encuentran compartiendo en una determinada localización geográfica sin importancia de las características antropométricas; y estas últimas son de importancia sólo para los estudios paleontológicos del origen humano. Como consecuencia de esto, la raza se confunde actualmente con la nacionalidad. Por otra parte, tampoco acepta la herencia del suicidio como factor etiológico, pues considera que sólo cierta tendencia temperamental que puede hacer al sujeto susceptible de iniciar tentativas suicidas, pero no constituye un factor determinante per se de este, sino está condicionado por un hecho social causal eficiente. También nos sugiere el carácter contagioso mediado no por imitación grupal, sino por el mismo mecanismo descrito antes para la herencia. Nos lo resume de esta manera “el suicidio no puede consistir en una impulsión congénita e inmutable, sino en la

acción progresiva de la vida social” (Durkheim, 1989, p 33). Actualmente, se sostiene que los antecedentes familiares suicidas predisponen pero no determinan, de manera exclusiva y determinante (Vallejo, 2004, p 299).

Durkheim solía desmeritar este tipo de estudios por considerarlos elevadamente subjetivos y de índole idealista. Su concepción científica es más de carácter materialista sin evitar plantear objetos de estudio inteligibles como las representaciones sociales; ya que estas se cristalizaran tangiblemente en hechos sociales

### **Proceso de Socialización como etiología de la Sociogénesis de la Enfermedad Mental:**

Aunque el proceso de socialización conlleva una mayor individuación, se acompaña siempre de un gran nivel de cohesión social, tal como se observa en las sociedades modernas, donde predomina la solidaridad orgánica. Esta socialización requiere de dos procesos sociales: integración y regulación. Para Steiner (2003, p 51) la integración se refiere proceso de atracción del grupo social del individuo, a través de las interacciones o vínculos sociales de interdependencia entre los individuos que conforman un grupo, lo que crea la emergencia de sentimientos comunes. Estas interacciones provienen del grado de vinculación social (solidaridad) que deriva de la división del trabajo social, de las relaciones entre los miembros de la familia, grupos religiosos y otros grupos sociales. En cambio, el proceso de regulación se refiere a tratar de regular de forma armónica las conductas de los individuos, en relación a un orden jerarquizado de las representaciones colectivas validadas socialmente. Este proceso social es más dependiente del nivel de solidaridad social alcanzado por una sociedad resultado de su división social del trabajo

La integración social garantiza un intercambio permanente y armónico de creencias, sentimientos y pautas de conductas (representaciones colectivas), entre los miembros de la sociedad, con lo cual el individuo logra participar mucho más en la socialización, que solamente actuando a merced de las presiones coaccionadoras de estas representaciones sobre el actuar de cada individuo. Esta participación está dada por las mismas interacciones entre los individuos abocados a cumplir metas comunes. Esta finalidad causal de los procesos integrativos es poco abordada por Durkheim, pero sí por Robert Merton, posteriormente en la sociología norteamericana

Aunque Durkheim precisa con menor profundidad el proceso de regulación social de la socialización, no deja de reconocerlo y visibilizarlo. “La sociedad no es solamente un objeto que atrae hacia ella, con desigual intensidad, los sentimientos y la actividad de los individuos. También tiene un poder que los regula” (Durkheim, 1989, p 130). En síntesis, la regulación es el papel moderador de la sociedad sobre la moral compartida (moderación de las Pasiones) en relación a la justicia y legitimidad de la jerarquía social. “Por lo tanto, ante todo es preciso que, que las pasiones sean limitadas” (Durkheim, 1989, p 136). Esto ocurre a través del cumplimiento de reglamentos y normas (derecho) formales e informales “que emanen desde un poder que domine a los individuos; pero también es preciso que este poder sea obedecido por respeto y no por temor (Durkheim, 1989, p 138). Pero esta moderación diferencial de las pasiones jerarquizadas ocurre con una adecuada distribución de las funciones sociales en relación equitativa con los talentos naturales (Durkheim, 1989, p 137). En definitiva, los procesos de integración y regulación son diferentes pero se complementan

## **Tipología Suicida resultante de desorganización social**

Durkheim crea una tipología específica de conductas suicidas de forma deductiva, es decir, son constructos teóricos previos a su constatación empírica, basados en la verificación (comprobación o rechazo) de una serie de hechos sociales que presuponemos desde una lógica o sentido común podrían estar comprometidos en la etiología de cada tipo propuesto. Con esto se intenta clasificar los diferentes suicidios e identificar los hechos estudiados (enfermedad mental, conducta suicida, crimen, etc.)

Paradójicamente, Durkheim parte de una definición del suicidio muy genérica e individualista. El suicidio “Todo caso de muerte que resulte directa o indirectamente de un acto positivo o negativo llevado a cabo por la propia víctima, quien sabía que se iba a producir este resultado” (Durkheim, 1989, p 56). Esta conceptualización del suicidio no contradice las pretensiones de delimitar la sociogénesis del suicidio, sólo porque no nos enuncia ningún aspecto etiopatogénica de la conducta psicopatológica que aborda; ya que este concepto representa un mínimo intento de establecer una definición de términos operativa sobre el hecho social (suicidio) a ser investigado. No constituye una definición provisoria formal del suicidio, tal como lo plantea Steiner (2003, p 56); ya que Durkheim no la modifica a lo largo de su obra. Más bien, con esta definición se da inicio al empleo de la metodología factorial etiológica del fenómeno social

De la desregulación de los procesos de integración y regulación social que sustenta la socialización, parte la suposición teórica de la tipología suicida. Puede sobrevenir, el

intento suicida; ya sea, porque el individuo no recibió la suficiente contención del grupo social que forma parte él, es decir, realiza una excesiva individuación por déficit de regulación e integración social; o que el suicida no pudo dejar de cumplir las elevadas exigencias sobrepuestas sobre él por las representaciones colectivas sancionadas por el grupo social del cual es miembro, es decir, obedece a una excesiva regulación e integración social. Con esta teoría de la socialización, Durkheim pretende explicar la sociogénesis de la conducta desviada criminal, psicopatológica criminal o no, en base a la ruptura o alteración de la forma de vinculación social entre el individuo y el grupo social

Nos propone estudiar el suicidio, a través de la utilización de tasas de suicidio y del coeficiente de preservación, con lo que intenta precisar de manera objetiva su propuesta teórica acerca de la desregulación de la socialización como etiología demostrable de su objeto de estudio, el suicidio, que se configuran como indicador de bienestar social. La tasa de suicidio es un medio medible bastante preciso para aproximarnos a la conducta desviada criminal o no, tal como nos lo ejemplifica en su libro sobre El Suicidio; ya que el uso de variantes concomitantes como método de estudio, nos permite mirar más lo social desvestido de las introspecciones específicas individuales. La tasa de suicidio está dada por la relación entre el número de casos suicidas de una población dada y el número de individuos que comparten una determinada característica sociodemográfica o sociopsicológica; y el coeficiente de preservación es el cociente que proviene de la comparación de dos tasas (ej., tasa de suicidio en hombres con relación a la tasa de suicidio en mujeres).

El empleo de medios estadísticos nos permite una aproximación cuantitativa y demostrable por la verificación de si existe relación entre cada uno de los hechos sociales que hemos considerado vinculados a la génesis social de la conducta desviada o evento social estudiado, con lo cual nace una propuesta positivista cuantitativa. Con esta metodología estadística se evita caer en explicaciones idealistas, de probable tenor especulativo o no demostrable fehacientemente, sino aceptados simplemente en base a consideraciones deductivas idealista, por lo que la propuesta durkheimiana se aleja de Gabriel Tarde y de su antecesor en la sociología Augusto Comte. También difiere de autores, tales como Pareto, Weber y Spencer; ya que Durkheim se contrapone a sacar conclusiones sociológicas, epistemológicas (postpositivismo) en base a razonamientos deductivos de la evolución histórica de la sociedad, no demostrables empíricamente. Y se contrastara con las teorías sociales o filosóficas que emplearan datos recabados directamente de los individuos o textos, utilizando el método histórico, de lo cual crearan teorías sociopsicológicas que expliquen la conducta desviada, sin contrastación empírica, pero validados epistemológicamente por estar sustentados en la lógica de argumentos razonados (sociólogos americanos y Michael Foucault)

La tipología suicida durkheimiana que se suscita a partir de las perturbaciones de los procesos implicados en la socialización, constituyen una taxonomía válida y operativa para acercarnos al estudio del suicidio; pero está establecida en base a la manera genérica de funcionar la sociedad en general. Esto no restringe que puedan considerarse novedosas e inéditas nuevas tipologías relacionadas de manera exclusiva a determinados grupos sociales (grupos religiosos, políticos, institucionales, gremiales o familiares). La clasificación del suicidio fraguada por Durkheim sirvió también de modelo de creación de

otros tipos sociales de explicación de la conducta desviada socialmente, de carácter psicopatológico o no, de carácter criminológico o no; o de otros hechos sociales que se desean indagar.

Durkheim considera que son demasiados diferentes los suicidios entre sí, que no podemos considerar como una sola clase de conducta suicida, sino más bien, que debemos tomar en cuenta, que debemos observar la mayor cantidad de casos y detectar sus características semejantes y diferentes, para poder alcanzar una tipificación más exhaustiva posible. Y cada tipo de suicidio identificado corresponde a una etiología diferente y específica, es decir, que la clasificación debe ser de carácter etiológico y no conformarnos con una tipología simplemente morfológica (consecuencial o finalista). Pues conocer lo etiológico nos permite un conocimiento más profundo de un fenómeno social que su simple caracterización. Se puede partir de lo etiológico a lo morfológico, dando primacía a lo causal. Sin dejar de conocer el proceso completo, al interesarnos también por las consecuencias. De hecho, este autor nos propone no sólo identificar las regularidades globales que afectan la tasa de suicidio, sino abordar también aspectos “más perturbadores, y que tienen que ver esta vez con las relaciones entre el índice de suicidios y variables tan sociales como la religión, las religiones, los ritmos sociales” (Baudelot y Establet, 2008, p 26)

## **V. SOCIOGENESIS DE LA CONDUCTA SUICIDA, O EL COMLOT DE LOS DIOSES:**

El suicidio como cualquier destino fraguado fatuamente por las diosas del destino, ocurre en base a la mediación de una serie de dioses menores, que se ponen en acción, bajo las órdenes de estas fatales diosas. En unos casos, intervienen unos dioses y en otros suicidios, intervienen otros. Todo está decidido, los intervinientes y sus intervenciones.

Las hijas de Eris (diosa del odio, destrucción y desarmonía), inician la incitación al suicidio: Atea (fraguando ideas insensatas); Disnomia (desorden o ilegalidad), Pseudologo (mentira), Limos (hambre) etc. Ayudadas por las diosas Keres (que median la muerte por medios violentos) o Tanatos (muerte sin violencia); a veces, Dionisio (dios de las adiciones), Hefesto (dios de la depresión) junto a Lisa (diosa primigenia de la locura inhibida o catatónica) o Manía (diosa de la locura exaltada)

Podía intervenir uno sólo o varios dioses. Esto es analogía de los factores sociopsicogénicos o biológicos que pueden actuar como factores de riesgo (etiología multicausal). Podemos mejor decir, los dioses griegos no han desaparecido en la contemporaneidad, siguen estando presente, pero enmascarados y cambiados de nombre, ahora se denominan factores de riesgo sociopsicológicos o entidades nosográficas físicas o psiquiátricas.

### **Clasificación etiológica del suicidio:**

#### **Suicidio Egoísta:**

Se debe a la falta de integración social. Al desintegrarse la sociedad, se va reduciendo progresivamente también el apego individual a la vida social. Todo esto no ocurre “sin que sus fines propios se vuelvan preponderantes por sobre los fines comunes, sin que su personalidad, en una palabra, no tienda a ponerse por encima de la personalidad colectiva” (Dukheim, 1987, p 106). Por lo que cada individuo cree, siente y actúa de manera más personal y restringida a la satisfacción de sus necesidades sin que estén mediados por metas sociales colectivas. Esta reducción del yo social consecuencial del déficit integrativo social, se compensa con un incremento personalista; lo cual hace que Dukheim denomina este estado como egoísmo.,

Sin embargo, no debemos confundir la individuación con la desmedida individuación del estado egoísta social. La individuación es el resultado de la evolución a la sociedad orgánica de mayor nivel de vinculación entre los individuos pero que se integran más dependiente de grupos sociales específicos o gremiales; y están dado por el mayor desarrollo de la división social del trabajo pero de manera diferencial según las competencias técnicas, pero coherentes a las demandas sociales o tecnológicas. En cambio el estado egoísta es el resultado de la pérdida de la integración, de la solidaridad social, a expensas de una inadecuada o perturbada división social del trabajo ante estas mismas demandas nombradas antes, pero cuya exigencia de resolución es mucho más elevada o acelerada. Durkheim planteo en su libro, como ocurre esta desintegración sociogénica del suicidio en el sistema religioso, familiar y político.

A mayor grado de integración a la sociedad religiosa imperante en un determinado lugar se reduce la tendencia suicida u otras conductas desviadas, pero no ocurre en

relación a las creencias o prohibiciones sancionadas por la religión; sino debido a que la sociedad religiosa ejerce una coacción social por medio de las creencias y prácticas comunes tradicionales, que por sus preceptos teológicos contentivos, nos mantiene más unidos a nuestra comunidad religiosa. Durkheim observa diferencias entre varias religiones, una mayor tasa de suicidio en las regiones europeas con predominio de protestantes que de católicos. “La única diferencia esencial que existe entre el catolicismo y el protestantismo es que el segundo admite el libre examen en una proporción mucho mayor que el primero” (Durkheim, 1989, p 72) Para él, los protestantes están menos integrados por ser generadores de sus propias creencias y menor apego a jerarquía del clero, son las causas que le adjudica su mayor individualismo social. No podemos tomar esto de manera dogmática, porque pueden cambiar o variar de un sitio a otro las condiciones que garanticen la cohesión social religiosa. No obstante, el aporte durkhemiano nos da luz sobre cómo podrían explicarse la tasa de suicidio en relación a la vinculación religiosa (hecho social) sin mantener explicaciones dogmáticas universales, sino actualizadas y contextualizadas a los grupos religiosos más que al credo religioso. Es lo social lo que le importa a Durkheim, no lo teológico como explicación sociogénica.

La sociedad familiar también nos muestra un carácter protector del suicidio. “La familia le proporciona a Durkheim un modelo reducido de la sociedad en su conjunto: una sociedad (nación, religión, pueblo) solo existe en la medida en que mantiene su unidad contra las diferencias individuales (Baudelot y Establet, 2008, p 34). De aquí, la función integradora de la familia. Durkheim emplea mucho lo analógico como estrategia didáctica para explicarnos sus propuestas teóricas y metodológicas. En su investigación sobre suicidio reporto que los casados tenían un coeficiente de preservación mayor que los

solteros y viudos, lo cual se lo adjudica a la influencia de la familia por la contención generada por el lazo conyugal y la existencia de hijos, o por lo que denomino el proceso de selección matrimonial que expone a que las personas se integren en grupos familiares gracias, generalmente a sus mejores condiciones de salud, económicas y morales, que de persistir en el tiempo incrementan la mayor longevidad de la familia, matrimonio y una menor incidencia de suicidio, aunque los miembros de la familia nunca expresen explícitamente alguna prohibición de conducta autodestructiva. “La familia vincula con fuerza entre sí a los individuos que la componen. Los integra y al mismo tiempo los protege” (Baudelot y Establet, 2008, p 34).

No obstante, le llamo la atención que los hombres casados pero jóvenes menores de 20 años, presentaran tasa de suicidio mayor que la de los solteros de su misma edad. Pero esto contradice la función protectora devenida de la integración que da la selección matrimonial que debería tener un carácter universal. Sólo se puede explicar en base a dificultades de este grupo social específico con el proceso de regulación social, lo que le reduce su nivel de socialización, “desintegrándolo” de la sociedad, de la religión y de su familia. Estos sujetos jóvenes casados presentan un mayor coeficiente de agravación; ya que se sienten más sometido a la regulación social excesiva que le otorga un matrimonio temprano a cuyas exigencias adaptativas; ya que, va a tener que prescindir de privilegios que la sociedad suele brindar más a los hombres que a las mujeres durante su soltería y juventud. Es el suicidio fatalista el nombre que se le dispensa a la conducta suicida mediada por excesiva regulación social

Por otra parte, Durkheim encuentra que el estado seglar casado protege más a los hombres que a las mujeres. Pero se suicidan menos que las mujeres solteras, por la presencia de hijos en la mayoría de los matrimonios. A pesar de que ambos sexos están expuestos al mismo grado de protección otorgado por la selección matrimonial, este desnivel en desfavor de la mujer “se debe a que a la vida de familia afecta de un modo diferente la constitución moral de ambos sexos” (Durkheim, 1987, p 90). Sin embargo, nos plantea que más que un fenómeno derivado sólo de un inadecuado proceso de selección de pareja, resulta también de cómo se constituya la familia en las diferentes sociedades, y de cómo esta influya en los dos sexos. Estos resultados son fácilmente vinculables a la tesis del exceso de regulación social que, en general, parece tratar de regular socialmente más a la mujer que al hombre por una tendencia social misoginica histórica, aún presente en el Siglo XXI. Pero un debilitamiento acentuado de la integración; podría no ser sostenido por la regulación social excesiva en algunas mujeres, lo que se ejemplifica con resultados registrados en su obra, tales como: “en Francia las mujeres casadas sin hijos se matan una mitad más que las solteras del mismo sexo y de la misma edad” (Durkheim, 1987, p 92).

Los viudos intentan suicidarse más que los casados, pero menos que los solteros, es uno de los hallazgos de Durkheim en su estudio de extensa data de suicidios europeos en su época, desde 1882 hasta 1886. Nuestro autor lo explica por la persistencia de la influencia protectora familiar, aún después de perder a su pareja; ya que los hijos y las relaciones sociales otorgadas por esto cumplen el papel de mantener al deudo en cohesión social. Hay una reducción parcial y no siempre total de la integración social de este individuo a su sociedad familiar, política y religiosa. De darse, la conducta suicida por

desapego familiar e hipertrofiado sentido de soledad constituye un buen ejemplo de suicidio egoísta

El suicidio es menos frecuente en las sociedades jóvenes que se encuentran encaminadas hacia su desarrollo y progreso, pero más frecuente en sociedades decadentes y desintegrándose, es decir, que tiende a la disminución de su nivel de socialización. Paradójicamente durante las crisis sociopolíticas nacionales, vemos bajar la tasa de suicidio. En estas situaciones, el hombre suele pensar menos en sí mismo y se centra más en las metas colectivas. Para Durkheim (1989) esto ocurre a causa de:

Las grandes conmociones sociales, como las grandes guerras populares, avivan los sentimientos colectivos, estimulan, tanto el espíritu de partido como el patriotismo, la fe política, como la fe nacional y, conectando las actividades a un mismo fin, determinan, a lo menos, por cierto tiempo, una integración más fuerte de la sociedad (p, 105)

Por lo que pertenecer y estar bien integrado a la sociedad política, nos protege más de iniciativas suicidas. En este caso, no nos exponemos a un grado excesivo de integración que facilite conductas suicidas altruistas, sino que se mantiene un buen grado de individuación, pero se mantiene una vinculación social mayor, porque las representaciones colectivas están referidas a que debemos lograr un mayor resguardo de todos y cada uno de nosotros, lo cual se requiere para provocar mayor cantidad de iniciativas para afrontar un peligro común inevitable. En cambio la desintegración social, por reducida vinculación moral entre los coetáneos, donde nadie se interesa por nadie más que por sí mismo, lo que nos asoma cada vez más a incrementar la probabilidad del suicidio egoísta resultado de una menor integración de la sociedad política. Por lo que se concluye que “El

suicidio varía en razón inversa del grado de desintegración de los grupos sociales de que forma parte el individuo” (Durkheim, 1989, p 106)

También analiza cómo la preservación de la vida obedece más a causas de tenor social que personales; ya que, el sentirnos ligados a la sociedad y metas colectivas, sin integrarnos en exceso ni sacrificar nuestra individuación propia de toda sociedad orgánica o moderna, nos aleja de todo intento de propiciar nuestra muerte por propia mano o asistidamente. En cambio, un desapego excesivo a fines y grupos sociales, nos acarrea una excesiva individuación que puede devenir en una aumentada probabilidad de infringirnos nuestra autolisis. Nuestras ataduras a la sociedad religiosa, política y familiar nos salvaguardan de una muerte prematura y autopropiciada. “El hombre es doble es porque el hombre físico se sobreañade el hombre social. Ahora bien, este último supone necesariamente una sociedad que lo exprese y que le sirva” (Durkheim, 1987, p 108).

### **Suicidio Altruista:**

“Si, como acabamos de ver, una individuación excesiva conduce al suicidio, una individuación insuficiente produce los mismos efectos” (Durkheim, 1989, p 108). Este tipo de suicidio es mediatizado por un exceso de integración social, que constituye a su vez, una merma considerablemente elevada de individuación. Un retorno al régimen de coerción social de la sociedad mecánica, desencadenadas como respuestas a representaciones colectivas que mostraban gran apego a la sociedad religiosa (no llegar viejos a la presencia de los dioses, no morir indignamente por muerte natural sino por muerte en batalla o auto-infligida, etc.), a la sociedad política (muerte de los servidores

tras morir sus jefes) y a la sociedad familiar (suicidio de mujeres por la muerte de sus maridos, o en defensa de honor familiar desafiado, etc.), es decir, todas son razones morales de las sociedades primitivas.

La conducta suicida es propiciada como el ineludible cumplimiento de un deber con la sociedad perteneciente, para evitar deshonor público o sanciones religiosas. El hombre social se superpone al hombre físico. El suicida se encuentra subordinado completamente a una relación dependiente absoluta de su sociedad. No hay posibilidad de diferir o evitar su muerte. “El Yo no se pertenece, en que se confunde con otra cosa que no es él, en que el polo de su conducta está situado fuera de él, en uno de los grupos de que forma parte” (Durkheim, 1989, p 116). Por eso, lo denomino suicidio altruista obligatorio, a este primer subtipo de suicidio altruista. También nos aconseja que debemos diferenciarlos de los suicidios altruistas facultativos, que no son exigidos expresamente por la sociedad, pero se ejecutan sin ser tan exigidos por la sociedad, para obtener como beneficio la estima y valoración social y no para evitar una sanción social, como el caso anterior. Son un ejemplo los suicidios en Japón por harakiri o en la India por influencia del brahmanismo. Lo relevante, para el suicida no es preservar su vida, sino resaltar en la memoria colectiva como alguien admirable; por lo que, no mantener más su existencia, es acercarse a este gran destino en el más allá.

Este suicidio se comete porque el sujeto se considera sin otro motivo que justifique su existencia, de mayor calibre que su deseo de apego social, familiar o religioso, y no está mediado por encontrar triste o desfavorable su existencia. Lo colectivo marca primacía sobre lo personal. Un tercer subtipo es el “suicidio altruista en estado agudo”. Se

diferencia del suicida egoísta, pues puede encontrarse triste porque ve la vida sin esperanzas y alto sentido de minusvalía, no ve finalidad alguna a su existencia; mientras que el suicida altruista en estado agudo, percibe que su existencia sólo encuentra finalidad fuera de esta vida y querer volcarse a ese destino inteligible pero considerado como certero del más allá, lo más pronto posible... Es el contraste del abatimiento del primero, frente al entusiasmo esperanzador postmortem. También se denomina a este último tipo de suicidio altruista, suicidio místico.

Los dos últimos subtipos de suicidio altruistas, ocurren aún en grupos específicos de las sociedades modernas, ya que la forma antigua de vinculación social de la sociedad mecánica de la sociedad antecesora persiste en la actualidad. Considera además que existen medios sociales propiciadores de conducta suicida, tal como la institución militar, donde esta conducta psicopatológica se presenta de forma crónica y latente, en espera de contratiempos bélicos (ej., ser herido en campo de batalla, o secuelas graves corporales, etc.) o derivados de una administración jerarquizada de manera rígida (rigor militar, pérdida parcial de la libertad o falta de comodidades), para volverse manifiestas. Incluso nos enuncia que “la aptitud de los militares para el suicidio es muy superior a la de la población civil de la misma edad” (Durkheim, 1989, p 120). En sus estudios, encuentra coeficientes de agravación mayores en los militares solteros jóvenes, en relación a civiles coetáneos. Durkheim (1989) señala que el ejército es un medio que nutre la posibilidad de suicidio altruista; ya que:

De todas las partes que componen nuestras sociedades modernas, el Ejército es, por la demás, la que recuerda mejor la estructura de las sociedades inferiores. Consiste también en un grupo macizo y compacto, que enmarca

fuertemente al individuo y le impide moverse con movimiento propio (p 124)

Los suicidios militares son provocados por individuación débil y en sociedades que se parecen más a las sociedades inferiores. Por último, considera que el suicidio altruista obligatorio es la forma suicida altruista que guarda los caracteres esenciales de este; mientras las otras dos formas de suicidio altruistas constituyen variantes derivadas de esta forma primera.

### **Suicidio Anómico:**

En este tipo suicida se centra la atención sobre la relación entre la regulación social y la tasa de suicidio. Es el suicidio mediado por una débil regulación social, más que por dificultades de integración social. Este déficit de la regulación social es la resultante de un debilitamiento de la coerción social que ejercen las representaciones colectivas compartidas por un grupo social o una sociedad determinada. Durkheim emplea el término de anomia social por primera vez en su obra *La división del Trabajo social* para caracterizar las situaciones sociales donde “la división de trabajo no produce la solidaridad pues las relaciones de los órganos no están reglamentadas” (Durkheim 1986, p 360). Los diferentes gremios o grupos sociales productores pierden contacto o es poco prolongado, lo que disminuye el funcionamiento de las sociedades diferenciadas.

En el caso de la conducta suicida, la anomia también está definida por la falta de reglamentación social, o las contradicciones de su existencia y poco apego de la sociedad o grupos sociales a ella, lo que ocasiona la emergencia de pasiones (efervescencia social)

que surgen de un excesivo proceso de individuación por la reducción de la propiedad contentiva moral que la sociedad suele ejercer, generalmente. “La actividad está desorganizada y de lo que por esta razón sufren. En orden de su origen, demos a esta última especie el nombre de suicidio anómico” (Durkheim, 1989, p 143). Además, nos plantea dos tipos de anomia social: económica y conyugal o sexual.

El autor considera con respeto al primer tipo de anomia que “las crisis industriales o financieras aumentan los suicidios, no es por no que empobrecen, puesto que las crisis de prosperidad tienen el mismo resultado; es porque son crisis, es decir, perturbaciones de orden colectivo” (Durkheim, 1989, p 134). Se produce una ruptura de equilibrio dado por las relaciones interindividuales, tanto en las crisis de prosperidad como de recesión económica; ya que los individuos o grupos sociales que deberían considerarse privilegiados por su repentino ascenso de movilidad social, como los que le toca la desgracia vertiginosa de descenso social y pérdida de privilegios sociales o comodidades, pierden igualmente la brújula de jerarquización social, por lo que le cuesta adaptarse a nuevos esquemas de regulación social que difieren de los previos a los que se encontraban fácilmente adherido..

Cabe destacar que el estado en las sociedades modernas no tiende a ser controlador de las actividades comerciales y económicas, sino que cumple un papel más débil como ente regulador. Esto puede explicar las crisis comerciales y económicas generan mayor tasa suicida; pues son menos reglamentadas que otras actividades laborales, como las agrícolas, etc. (Steiner, 2003, p 65).

La mayor insatisfacción de las necesidades o su desproporcionada resolución nos lleva a herir el interés público. De ahí, la importancia de mantener una regulación social mediatizada por el derecho penal y restitutivo, los cuales se encuentran sostenidos sobre los intereses del respeto a la herencia y el mérito laboral, social, económico o profesional alcanzado, para lograr un estable orden social; ya que este “no puede establecerse sin pedir a los unos y a los otros, sacrificios y concesiones en nombre del interés público” (Durkheim. 1989, p 137). Para mantener esta desigualdad intacta en nuestra sociedad, debemos estar sometidos a la coerción social. No existe para Durkheim la probabilidad de que se ocurra igualitarismo de la sociedad, porque la diversidad biológica (dones y talentos) y sociocultural (educación moral e instrucción) que diferencia a los hombres puede ser forzada a un reparto de igual manera para todos.

Otro tipo de anomia es la conyugal o sexual que Durkheim visibiliza al encontrarse con que la tasa de suicidio es mayor en las regiones o países con mayor frecuencia de divorcio, que son generalmente las de predominio protestante; lo que delata un menor grado de regulación social. Se aúna a esta misma explicación el hecho de encontrar que se suicidan más los casados que los viudos, y mucho más que los solteros. La desintegración conyugal es el factor mediador de la conducta suicida. Es fácil y suena muy lógico plantearlo así. Por otra parte, el coeficiente de preservación de los hombres casados con respecto a los solteros disminuye en la medida que comparamos los resultados en las naciones en los que el divorcio está prohibido que en los países que la disolución conyugal legal este permitida. Este tipo de suicidio está más ligado a razones derivadas del vínculo conyugal que del grupo familiar. Y esto queda demostrado cuando observa que “El coeficiente de preservación de las mujeres casadas aumenta a medida que el de los

esposos desciende, es decir, a medida que los divorcios son más frecuentes y a la inversa” (Durkheim, 1989, p 149). Las mujeres obtienen mayor bienestar que el hombre posterior a la ruptura del lazo matrimonial.

La regulación social por las representaciones colectivas de una sociedad que favorece, privilegia y le permite obtener ventajas sociales de la relación matrimonial, se ve aquejado de pasiones suicidógenas, tal como le ocurre con más frecuencia al hombre, al quedar expuesto a la ruptura del vínculo matrimonial. En cambio a la mujer, parece favorecer el suicidio, al liberarla de una excesiva coerción social, que le quita privilegios, libertad y la desventaja socialmente (más responsabilidades y menos reconocimiento social), pues su tasa suicida es menor a la del hombre al enfrentar la disolución conyugal. Lo social influye sobre la aparición o no de una conducta socialmente desviada. “Es preciso que la institución misma del divorcio, por la acción que ejerce sobre el matrimonio, predisponga al suicidio” (Durkheim, 1989, p 151). La reglamentación social de ambos sexos no es equitativa ni concede las mismas obligaciones ni beneficios para ambas partes.

La efervescencia social es el cambio social inusitado, a nivel político, religioso o económico, que provoca, generalmente, la aparición o aumento de la frecuencia de conductas desviadas psicopatológicas o no, criminales o no. Por ejemplo, puede incrementar la posibilidad de suicidio anómico; pero en casos excepcionales, puede hacer decrecer las mismas conductas desviadas, tal como en las guerras, la efervescencia política, nos protege del suicidio egoísta, pero puede aumentar la tasa del suicidio altruista. La efervescencia social se traduce como las pasiones colectivas sobrecitadas por la acción de condicionantes sociales que modifican de manera abrupta la integración

social previa, al exponerlo a una falta de regulación social. En definitiva, la efervescencia social suscitada por la falta de reglas o normas sociales o el desapego con estas por razones de desmotivación social o grupal, desemboca en el “mal del infinito”, la anomia. Steiner (2003, p 68) nos resume: “La efervescencia social tiene un carácter doble: remite simultáneamente a la integración y regulación social y está vinculada de manera positiva a la primera y negativa a la segunda”

Durkheim (1989, p 163 y 164) nos habla de otras formas de suicidio, que son la combinación de los anteriormente mencionados. “La razón de esto es que las diferentes causas sociales del suicidio pueden actuar simultáneamente sobre un mismo individuo y mezclarse en él diferentes efectos” (Durkheim, 1989, p 163). Es frecuente el híbrido entre suicidio anómico y suicidio egoísta. El egoísta por la decepción que siente, se aparta de la sociedad, por lo que no atiende a las reglas de la sociedad y esto lo lleva a tener conductas irregulares y desviadas (ej., conductas suicidas-homicidas, etc.), También se combina el suicidio anómico con el suicidio altruista. “La anomia puede, igualmente, asociarse al altruismo. Una misma crisis basta para trastornar la existencia de un individuo, romper el equilibrio entre él y su medio y, al mismo tiempo, poner sus disposiciones altruistas en un estado que le incite al suicidio” (Durkheim, 1989, p 164). Puede observarse, además el suicidio egoísta-suicidio altruista, aunque son de naturaleza contraria, el primero por falta de integración y el segundo por exceso de esta. Es un ejemplo el suicidio estoico, pues logra combinar lo individualista con lo panteísta. “Se encuentran en él la melancolía del uno y la energía activa del otro; el egoísmo mezclado al misticismo” (Durkheim, 1989, p 164)

## **Suicidio Fatalista**

Es aquel suicidio que está mediado por una regulación social excesiva. Durkheim no lo detalla en sus caracteres esenciales como los otros tres tipos de conducta suicida. En la cita o comentario número 25 del capítulo V del libro Segundo de la obra *El Suicidio* de Durkheim (1989), se encuentra la única mención sobre este tipo de suicidio, el cual define de la siguiente manera:

Existe un tipo de suicidio que se contraponen al suicidio anómico, como el suicidio egoísta y el altruista se contraponen entre sí. Es el que resulta de un exceso de reglamentación: el que cometen los sujetos cuyo porvenir está implacablemente limitado, cuyas pasiones están violentamente comprimidas por una disciplina opresiva. (p 156, nota 25)

Este suicidio constituye una consecuencia directa del despotismo material y moral sobre algunas personas o grupos humanos. No es la falta de normas sociales, es la coerción social derivada de una normativa impuesta en demasía. Durkheim se la adjudicó como explicación social de los esposos muy jóvenes, de las mujeres casadas sin hijo, los esclavos que atormentados por los malos tratos, de quitan la vida. “La regulación de la vida sexual demasiado precoz en los hombres que se casan muy jóvenes, la impuesta por el matrimonio a las mujeres (y que no puede disolverse por el divorcio) conducen a esta situación favorable a la muerte voluntaria (Steiner, 2003, p 67).

Durkheim le dio poca importancia y sólo lo menciona fuera del texto principal, apenas en la última nota, como énfasis de su desdén quizás, como una variante suicidógena que improvisa al ya haber terminado la redacción del libro. ¿Por qué no la detalla más, como

lo hace con los otros tipos de suicidio? El refiere que son pocos los casos, pero detenerse en la excesiva regulación de la conducta social, le podría quitar espacio al reconocimiento de que la anomia (falta de adherencia de la reglamentación social) era mediadora de la mayor cantidad posible de conductas desviadas socialmente, tal como el suicidio. En cambio, el suicidio fatalista puede verse como condiciones sociales excepcionales en las sociedades modernas; y que pondrían, en entredicho, la premisa comteana heredada por Durkheim, de que la sociología debe centrarse en estudiar el progreso de la humanidad. El inesperado exceso de progreso que pueda darse en un momento dado, en una sociedad, podría desligar al individuo de su vinculación solidaria y exponerlo a su autolisis. Para Durkheim, los fatalistas suicidios son residuos sociales de sociedades anteriores. Por eso, sólo le reconoce un interés histórico.

Sin embargo, también puede considerarse que este cuarto tipo de conducta suicida, es empleado sólo para acentuar más las argumentaciones legitimadoras del suicidio altruista y suicidio anómico (Steiner, p 69). El suicidio altruista está dado por la individuación devenida por excesiva integración social y apego a la normativa social de una sociedad; mientras que el suicidio anómico es por el déficit de integración social y regulación social. El desarrollo de esta nueva categoría suicida podría prestarse a confusiones conceptuales, con las anteriores. De hecho, quien saca a la luz de la investigación social este catacumbico tipo de corriente suicidógena, es el epidemiólogo psiquiatra Bruce Dohrenwend (1959) en su artículo para la Revista *American Sociological Review* sobre “Egoism, Altruism, Anomie and Fatalism: A Conceptual Analysis of Durkheim’s Types”,

## **VI. LA DIVISIÓN DE TRABAJO ANOMICO COMO MEDIADORA DE LA SOCIOGENESIS DE LA ENFERMEDAD MENTAL:**

La división del trabajo es un fenómeno social normal que produce solidaridad social, pero como todos los hechos sociales al igual que los hechos biológicos, presenta formas patológicas que no provocan solidaridad social. Esto constituye una forma desviada del estado normal. Para conocer el origen de esta desviación social, debemos identificar los factores que estuvieron asociados en la división de trabajo que resultan en una baja solidaridad social.

Son formas irregulares de la división de trabajo, las profesiones criminales, las cuales no generan ningún tipo de solidaridad. Pero podemos asegurar que en este caso, no hay división de trabajo propiamente dicho, sino un simple proceso de diferenciación. Ambos términos no deben ser confundidos. “En todos esos casos, no hay división de una función común sino que en el seno del organismo, ya individual, ya social, se forma otro que busca vivir a expensas del primero” (Durkheim, 1986, p 272). Los enfermos mentales de baja o nula productividad económica se constituyen en un grupo social especial y no criminal por diferenciación, no por división de trabajo social. Son tres las formas anormales de la división del trabajo, que son mediadoras de la sociogénesis de la enfermedad mental: a) Crisis industriales o comerciales; b) División Coactiva del Trabajo; c) Falta de regulación del Nivel de Trabajo . Las tres eventualidades pueden provocar un efecto sociogénico anómico mediador de conductas desviadas sociales, psicopatológicas o criminales

### **Crisis Industriales o Comerciales como Mediadores Sociogénicos Anómicos de la Enfermedad Mental**

Estas crisis constituyen buenos ejemplos de rupturas parciales de la solidaridad orgánica, por la confrontación entre los trabajadores y los capitales, lo cual no genera división de trabajo. Se observa que “a medida que el trabajo se divide más, esos fenómenos parecen devenir más frecuentes, al menos en ciertos casos” (Durkheim, 1986, p 273). También es otro ejemplo el desarrollo y superespecialización del campo científico. Lo que al principio fue más homogéneo, se volvió heterogéneo. Se han diversificado los objetos de estudio, los métodos para su abordaje y las bases epistemológicas de diversas áreas de estudio. Esto tiende a provocar la segmentación del campo científico y la provocación de aislamiento profesional, lo que nos lleva a la desintegración.

Esta separación del colectivo trae consecuencias morales, tales como poca relación de cooperación y dependencia con la sociedad, nos coloca demasiado centrados en el interés privado y con una tenue relación con el interés público. "División, dice, es dispersión" (Durkheim, 1986, p 275). La división de trabajo ejerce un efecto disolvente donde las funciones están muy especializadas

El estado es el órgano independiente que debe encargarse de mantener la unidad de los miembros de las diversas agrupaciones de la sociedad, al recordar la necesidad de mantener relaciones de solidaridad social, a pesar del crecimiento de la diversidad de funciones de las mismas. El estado o gobierno cumple esto a través de leyes, institución de regulación de las relaciones cooperativas. El estado se constituya en un mediador o regulador de las relaciones sociales, interindividuales, patrono-laborales, etc.

Se requiere de la reacción del todo sobre las partes y las partes deben ser solidarias unas con otras. Sólo el gobierno tiene la facultad de estimular el sentimiento de solidaridad social (Durkheim, 1986, p 277). En la medida que el estado no regule estas relaciones, se debilita la solidaridad colectiva y estas presiones sociales repercutirán en el incremento de conductas desviadas psicopatológicas criminales o no.

En la medida que las semejanzas sobrepasan a las diferencias, se pueden integrar representaciones, es decir, que “las disonancias de detalle desaparecen en el seno de la armonía total. Por el contrario, a medida que las diferencias se hacen más numerosas, la cohesión se hace más inestable y tiene necesidad de consolidarse por otros medios” (Durkheim, 1986, p 279). Comte reconoció que la división de trabajo causa la solidaridad, pero no percibió que “esta solidaridad es sui generis y sustituye poco a poco a la que engendran las semejanzas sociales” (Durkheim, 1986, p 280).

Se requiere un marco legal regulatorio formal (contratos) e informal son una prolongación de la división de trabajo. De incumplirse o no dispensar trato equitativo entre las partes, se romperá el orden social y legal y tendremos ya conformada una sociedad anómica. Esto se cristalizara en despidos, huelgas, protestas, desempleo, que afectara a muchos individuos alienándolos mentalmente por exposición brusca y atropellado a cambios sociales no prevenidos. Por haber desconocido este aspecto del fenómeno es por lo que ciertos moralistas han acusado a la división del trabajo de no producir una verdadera solidaridad. 1986, p 281).

En muchos casos no existe una reglamentación específica. “Lo cierto es que esa falta de reglamentación no permite la regular armonía de las funciones” (Durkheim, 1986, p 281). Las perturbaciones de estas funciones son más frecuente, mientras más especializada sean las funciones, por la compleja organización social. Entonces, podemos concluir que “si la división del trabajo no produce la solidaridad, es que las relaciones de los órganos no se hallan reglamentadas; es que se encuentran en un estado de anomia” (Durkheim, 1986, p 282). El estado de anomia es posible cuando los órganos solidarios no se encuentran en contacto suficiente y prolongado.

Cuando el mercado se extiende, crece la industria. Esto ocasiona cambios en relaciones de los patronos y sus obreros y surgen intereses en conflicto que deben llegar o intentar hacerlo, alcanzar el equilibrio. Esta conflictividad social confronta las capacidades adaptativas sociales de los trabajadores más susceptibles, mientras menos estrategias o asideros sociales cuentan, al desarrollo de conductas desviadas sociales hacia lo psicopatológico o criminal

Además si el campo de la ciencia se aísla de los intereses y preocupaciones sociales, terminará seleccionando el camino más fácil, reducir al hombre a una función de máquina, haciendo que desaparezca el objetivo de vida de estos trabajadores al automatizarlos. Se detiene su destino en una rutina. Durkheim (1986) nos expresa al respecto:

Evidentemente, sea cual fuere la forma como uno se represente el ideal moral, no puede permanecer indiferente a un envilecimiento semejante de la naturaleza humana. Si la moral tiene por fin el perfeccionamiento individual, no puede permitir que se arruine hasta ese punto el individuo, y si tiene por fin la sociedad, no puede dejar agotarse la

fuerza misma de la vida social, pues el mal no amenaza tan sólo a las funciones económicas, sino a todas las funciones sociales, por elevadas que se encuentren (p, 284).

La división del trabajo supone que quien realiza un trabajo, no sólo cumple mecánicamente esa tarea, sino que interactúa con los otros, se inician procesos de socialización que amplían los del grupo primario de apoyo (familia). El individuo presenta horizontes sociales que lo vinculan a lo social, a la solidaridad

### **La División Coactiva del Trabajo como Mediadora Sociogénica de la Enfermedad Mental**

No basta con la existencia de reglas, porque estas mismas pueden causar problemas. En la lucha de clases se da entre clases que constituyen organizaciones de la división de trabajo reglamentadas, pero que igual ocurren grandes diferencias entre ellas. Las clases inferiores no están conformes con las funciones asignadas y la imposibilidad de ejercer otras funciones prohibidas y de la manera que está distribuido el trabajo.

Este espacio, abierto a los tanteos y a la deliberación, lo es también al juego de una multitud de causas que pueden hacer desviar la naturaleza individual de su dirección normal y crear un estado patológico. Nadie en la sociedad puede ejercer una función diferente a la que le corresponde originariamente; ya que la sociedad es una organización más flexible y susceptible al cambio, donde se encuentra más expuesta a múltiples factores que pueden ocasionar un estado patológico. Por eso, el trabajo que cada quien hace, debe ante todo convenirle y estar distribuido según el grado de especialización o

formación para el mismo, de ahí la necesidad de prepararse para trabajos mejor remunerados por su grado de validez social... Pero cuando discrepan en demasía los talentos de las personas en relación con el trabajo desempeñado, "...sólo la coacción, más o menos violenta y más o menos directa, les liga a sus funciones; por consiguiente, no es posible más que una solidaridad imperfecta y perturbada" (Durkheim, 1986, p 288). La anomia social conformada no es consecuencia de la división del trabajo, sino que se produce por efecto de una coacción exterior. No existe otra razón para que ocurra que la relación que se establece entre el individuo y su condición social y aptitudinal, aunque siempre los deseos rebasa a las facultades.

La división del trabajo produce de manera espontánea la solidaridad. Nada impide que los miembros de una sociedad ocupen un cargo en relación con sus capacidades. La división del trabajo espontánea ocurre "de manera que las desigualdades sociales expresen exactamente las desigualdades naturales" (Durkheim, 1986, p 289-290). Se da en igualdad de oportunidades sociales para todos, sin que sea forzada por causas externas.

La desigualdad social compromete la posibilidad de solidaridad orgánica. Mientras en las sociedades inferiores, la solidaridad se fundamenta en sistemas de creencias, la división del trabajo no logra generar una fuerte cohesión social.; en las sociedades modernas, los rozamientos sociales entre individuos o grupos son más fuertes y breves para impedir el desarrollo profesional. En cambio en las primeras sociedades estos enfrentamientos son más leves y temporales, por lo que "la vida profesional se halla poco desenvuelta, esos rozamientos no son más que intermitentes" (Durkheim, 1986, p 291).

En las sociedades donde predomina la solidaridad orgánica se dan varias condiciones:

a) Las actividades profesionales especiales se dan de manera continua, sin traumas; b) la conciencia colectiva se debilita, los sentimientos comunes no tienen el mismo poder subversivo. Todo esto causa que la organización social ya no tenga la misma resistencia a la lucha por las reivindicaciones humanas

Es importante apuntar que no todas las relaciones sociales se pueden reducir a contratos como figura jurídica; sino que muchas de estas interacciones se dan en forma de consenso, lazos fraguados en la voluntad de los individuos. En las sociedades avanzadas, el derecho contractual cada vez es más extenso y asegura las funciones que entran en relación. El uso de la coacción, no significa el empleo de la violencia directa, necesariamente, puede ser una violencia indirecta que afecte la libertad. Cuando el consentimiento es obtenido de esta manera no es válido moralmente ni legalmente.

Es falso que toda reglamentación provenga de la coacción, la libertad deriva y es garantizada por la reglamentación. La libertad, entonces, es un logro de la sociedad sobre la naturaleza. Todas las desigualdades que provienen de los aportes que nos ha dado la naturaleza, representan una negación de la libertad. El mejor ejemplo la exclusión social de los enfermos mentales, genera mayor deterioro, peor evolución clínica y aparición de nuevos cuadros psicopatológicos

“En definitiva, lo que constituye la libertad es la subordinación de las fuerzas exteriores a las fuerzas sociales, pues solamente con esta condición pueden las segundas desenvolverse libremente. Ahora bien, tal subordinación es más bien la inversión del

orden natural. No puede, pues, realizarse más que progresivamente, a medida que el hombre se eleva por encima de las cosas para dictarles la ley, para despojarlas de su carácter fortuito, absurdo, amoral, es decir, en la medida en que se convierte en un ser social”(Durkheim, 1986, p 296)

El interés mayor de las sociedades avanzadas es la justicia, a diferencia de las sociedades inferiores que era mantener la vida común. Actualmente, tratamos de alcanzar el mayor nivel posible de equidad social. Conformarnos con una justicia imperfecta “representan una desviación del estado normal más bien que una anticipación del estado normal venidero” (Durkheim, 1986, p 296).

### **Falta de Regulación del Nivel de Trabajo como Mediadora de la Sociogénesis de la Enfermedad Mental**

En cualquier tipo de empresa u organización social, las funciones sociales se encuentran distribuida de tal manera que no coloca al individuo a poder realizar suficiente actividad. Existiendo una falta de coordinación mayor o menor de estas funciones. Donde no hay suficiente ocupación, el trabajo se hace sin unidad, se rompe la solidaridad y aparece el desorden y descontrol. Se requiere un ente regulador eficiente que no sólo cumpla funciones reguladoras sino de que las ejecute de una determinada manera: “suprimir los empleos inútiles, distribuir el trabajo en forma que cada uno se halle suficientemente ocupado, aumentar, por consiguiente, la actividad funcional de cada trabajador, y renacerá entonces el orden espontáneamente, al mismo tiempo que el trabajo será más económicamente ordenado” (Durkheim, 1986, p 298)

La solidaridad depende de la actividad funcional especializada, al variar una lo hace la otra. Al ir desapareciendo las funciones especializadas, desaparece la solidaridad. Para Durkheim (1986):

“Una producción industrial más grande necesita la inmovilización de una mayor cantidad de capital bajo forma de máquinas; pero ese capital, a su vez, para poder sostenerse, reparar sus pérdidas, es decir, pagar el precio de su alquiler, reclama una producción industrial mayor. (p 300).

A mayor continuidad de las actividades especializadas, mayor dependencia, es decir, mayor solidaridad entre los patrones y obreros, mayor capacidad de disfrute de la vida y satisfacción de las necesidades de los trabajadores y sus familiares. Y al contrario, menor actividad, menor solidaridad y como consecuencia la satisfacción intermitente de las necesidades, menor relación entre los que ejecutan las acciones laborales y menor grado de solidaridad. El trabajo no es suficiente y esto reduce la solidaridad. La división de trabajo necesaria para aumentar la solidaridad requiere de un aumento considerable del número y experticia de las actividades laborales a realizar y esto nos obliga a especializarnos cada vez más y a trabajar más. La división de trabajo no sólo nos hace más solidarios, sino que constituye una importante fuente de cohesión social

## **MICHEL FOUCAULT**

### **HIJO DE LAQUESIS**

#### **I. BREVE RESEÑA BIOGRAFICA:**

Nació en Pointiers (Francia) en 1926 y muere en 1984 en París, en el Hospital La Pitié-Salpêtrière por enfermedades secundarias al síndrome de inmunodeficiencia adquirida por H.I.V. Pertenece a una familia burguesa con muchos miembros de la familia médicos (su padre, dos de sus abuelos y un bisabuelo (Castro, 2014, p 28)

Michel Foucault psicólogo y filósofo, quiso estudiar medicina para poder ser psiquiatra, según Eribon (1994, p 70-80), pero se convirtió en arqueólogo del saber en el camino, y se fue por otros derroteros (historia de la sexualidad, historia del crimen, literatura, etc.). Realizó estudios de Filosofía (1948), Psicología (1949), y diplomado en Psicopatología (1952) y filosofía en la École Normale Supérieure, donde logra ingresar en 1946, después de un primer fracaso de ingreso. Ejerció la docencia en varias universidades francesas como profesor de Historia de los Sistemas de Pensamientos, desde 1952 en École Normale Supérieure, Universidad de Lille (1953), Universidad de Vicennes (1968), Collège de France (1970) y Universidad de Stanford (1979).

Mostró, desde sus inicios, su interés por la psicología y la psiquiatría en la historia de las ideas. Público capítulos en obras compiladas en 1957, tales como “La psicología desde 1850 a 1950” y “La investigación científica y la psicología”. También dedico un prólogo al ensayo de Binswanger de 1954 “El sueño y la existencia” (Novella, 2009, p 96). Es muy conocido su primer libro “Enfermedad mental y Personalidad” (1954), que denota el origen psicosociológico de la enfermedad mental, e “Historia de la locura en la época clásica” tesis de Doctorado en la Universidad de Varsovia (1958) y publicada como libro posteriormente (1961), que plantea la génesis de la enfermedad mental desde una perspectiva sociopsicológica. En 1959, presenta como tesis de Doctorado de Hamburgo “Génesis y Estructura de la Antropología de Kant” que será publicada como “Una Lectura de Kant” (1959),

Entre otras de sus primeras producciones más importante, destacan: “Enfermedad Mental y Psicología” (1962) revisión sociocultural de la primera versión marxista

materialista (Enfermedad Mental y Personalidad). Morey (1981) divide a Foucault en dos etapas productivas: a) Arqueología del Saber: donde pertenecen sus obras; “Historia de la locura en la época clásica” (1961), “El nacimiento de la clínica” (1963), “Raymond Rousell” (1963), “Las palabras y las cosas” (1966), y culmina con “La arqueología del Saber” (1969) y “El orden del discurso” (1971); y b) Genealogía del Poder: con “Vigilar y Castigar” (1975), “La voluntad del Saber” (1976), “El uso de los placeres” (1984) y “La inquietud de sí” (1984). Estos últimos tres libros constituyen la colección “Historia de la Sexualidad”. Pertenecen igualmente a esta etapa todos los seminarios o cursos dictados en el Collège de France, entre 1971 – 1983.

Estuvieron sus escritos muy influenciados por Marx, Nietzsche, Heidegger y Freud, aunque siguió sus propias construcciones, basadas en la arqueología, genealogía y subjetividad del saber. Son numerosas sus obras sobre la arqueología y la genealogía de la cultura, sexualidad, medicina, enfermedad mental y literatura. Tuvo dos crisis personales importantes que lo llevaron a tentativas suicidas fallidas (1948 y 1950). Perteneció al Partido Comunista por poco tiempo, entre 1950 y 1953. Trabajó como psicólogo asistente en el laboratorio de psicofarmacología del Dr. Delay. Tuvo dos grandes relaciones amorosas homosexuales, con el músico Jean Barraqué en 1953. Muere en 1984 por una enfermedad secundaria a infección por virus de inmunodeficiencia adquirida, en la ciudad de París.

## **II. METAPATOLOGIA DE LA ENFERMEDAD MENTAL:**

## **Medicina Mental y Medicina Orgánica en la génesis de la Enfermedad Mental**

Foucault nos recuerda que a fines del siglo XIX, la psiquiatría se encuentra varada en una encrucijada, al tratar de reconocer la etiología definitiva de las enfermedades mentales en una decisión dicotómica, entre aceptar una génesis psicológica de las histerias como cuadro clínicos sin sustento orgánico, o un asidero organogénico exacerbada por el descubrimiento de la parálisis general de causa sifilítica. Se contraponen un modelo biologicista planteado por Bayle (1822) con su descubrimiento de la parálisis general sifilítica, con un modelo psicologicista, surgido de los aportes de Freud y Jansen con el estudio sobre la histeria. Lo social no se planteaba aún como posible marco explicativo de la insania mental

Foucault se pregunta si tratar de plantearse la génesis de la enfermedad mental con las mismas bases biológicas de las enfermedades físicas, es lo que ha tentado siempre a tratar de plantear una unidad integrativa entre lo orgánico y las alteraciones de la personalidad que nos permita una explicación meta analítica que acapare ambos ámbitos del saber, pero difícil de acceder a los mismos objetivos y métodos, a la hora de su investigación. La psiquiatría copia de la medicina física, el registro y observación de la sintomatología, planteamiento de las taxonomías y etiologías orgánicas. Este enfoque en enmarcar la medicina mental exclusivamente como parte de la medicina somática, es una perspectiva reduccionista y deshumanizadora de una problemática tan compleja y versátil, como son las enfermedades mentales; ya que es poseedora de diversas aristas genésicas (corporales, psicopatológicas y sociales). Esta dicotomía mental y orgánica persiste en la actualidad y

no permite una concepción meta patológica que las unifique, como nos invitaba Foucault en su juventud intelectual. No obstante, (Foucault, 2000), ya nos lo avisaba

Entre estas dos formas de patología no hay, pues, unidad real, sino solo un paralelismo abstracto logrado por intermedio de esos dos postulados. Por lo tanto, el problema de la unidad humana y de la totalidad psicosomática permanece completamente abierto (p 16).

Para Luque y Villagrán (2000, p 112-117) podemos hablar de dos aproximaciones epistemológicas de la psiquiatría:

**a) Psiquiatría autónoma:** es la que se encuentra separada del resto de las neurociencias; ya que se encargan de tratar de buscar posibles explicaciones de la conducta humana relacional mediante procedimientos hermenéuticos. Corresponde a un enfoque funcionalista en la filosofía de la mente, donde se le da más importancia a la naturaleza simbólica de lo mental. Se encuentran dentro de este paradigma: la escuela psicoanalítica y la escuela cognitivista. Representa desde la perspectiva de la filosofía de la ciencia, una posición dualista interaccionista

**b) Psiquiatría reducida a la neurociencia:** surge con los aportes de Kraepelin a la psiquiatría quien pretende como Penfeld en el área de la neuroanatomía, lograr explicar la corteza motora a través de la representación de un homúnculo cortical y crear un posible mapa cortical que explique cada una de las alteraciones psicopatológicas posibles. Se renueva en la actualidad, gracias a los nuevos hallazgos encontrados por la biotecnología

(estudios de neuroimágenes de mayor poder resolutivo o medición funcional de metabolismo cerebral).

Esta aproximación pretende aprehender el sustrato biológico y conocer la etiopatogenia última de los trastornos mentales para conferirles el status de enfermedades mentales, a través de métodos empiristas. El conocimiento definitivo de la estructura física cerebral podrá decirnos cómo funciona realmente lo psíquico. Representa un monismo materialista desde el punto de vista de la filosofía de la ciencia

Sin embargo, podemos integrar ambas concepciones de esta disciplina médica, si reconocemos que la psiquiatría representa un área del saber intersticial entre las ciencias biológicas y psicológicas. La psiquiatría puede ser estudiada desde esta óptica ecléctica; ya que se encarga de buscar una explicación de la génesis y evolución de las enfermedades mentales mediante el reconocimiento de la existencia de causas intencionales y no intencionales. La biología y la psicología tratan de dar el aval a las conductas motivadas o manifiestas; mientras que la neuroquímica trata de conocer el asidero biológico de los cambios de conducta de carácter no motivado

Se requiere de teorías interdisciplinarias que nos permitan encontrar las posibles conexiones entre los diferentes niveles en que ocurre lo ideático, afectivo y conativo, sin supeditar un nivel a otro de manera jerárquica, sino manteniendo una comprensión del proceso desde la complementariedad

Foucault ya se anticipaba a estas consideraciones epistemológicas, pues reconocía que por ambas vías de abordaje de la enfermedad mental, se accedía al mismo objeto, el hombre portador de enfermedad mental. Esto es fundamental en el asunto, independiente del método positivista empirista versus métodos interpretativos histórico sociales que se aplique para tratar de conocer que son y cómo se producen la enfermedad mental.

Pero esta diferencia metodológica de abordaje al mismo objeto de estudio, no nos permite la unificación de una percepción de una realidad como la enfermedad mental, pero su reconocimiento nos posibilita una percepción versátil en abanico (mental y orgánica, inicialmente) y que se extienda a lo histórico social. De hecho, Foucault (2000) nos advierte que: “La dialéctica de las relaciones del individuo con su medio no se realiza del mismo modo en fisiología patológica que en psicología patológica”. Nos atrevemos a agregar que, de igual modo, ocurre en socio psicología.

Aprada (2004, P 8) nos recuerda que el eje nuclear de todo conocimiento está precisamente en la relación entre el sujeto y objeto, y por lo tanto todo acto de conocer está determinado por esta relación. La psicopatología no escapa a esto.

Ninguno de los modelos epistemológicos a través de los cuales pretende la psiquiatría estudiar la conducta humana, puede explicar por sí sola la complejidad de ser portador de un trastorno mental. Cada uno de estos intentos explicativos, aunque logran constituirse en una explicación coherente y factible de la realidad de los trastornos mentales; no logra ser más que una mera arista discursiva con sonoridad “babeliana” que no sólo son inconmensurable entre sí, sino que sólo logran alcanzar una explicación parcial de

fenómeno mental estudiado con residuos sutiles e insoportable de carácter especulativo, a pesar de ambicionarse con frecuencia por los seguidores de cada una de estas escuelas biológicas, sociopsicológicas o psicosociales un respeto dogmático y casi religioso .

Ha llegado el momento de aplicar un pensamiento interaccionista y por ende un modelo integracionista, que permita construir una epistemología más acorde con la realidad psicopatológica. Se postula una epistemología psiquiátrica donde se supere el dualismo cartesiano (soma-psyque). La realidad del sujeto humano, sano o enfermo, es la integración de lo psíquico, lo somático y lo socio-cultural (Aprea, 2004, P 15).

La psiquiatría como interfase entre las ciencias naturales y humanísticas que posee, al mismo tiempo, un tenor universal y particular, es decir, un carácter nomotético e ideográficas; ya que admite un saber sobre lo general y sobre lo particular. Esto hace que la psiquiatría enfrente su objeto de estudio, la conducta psicopatológica encubierta (ideas y sentimientos) y expuesta (conducta manifiesta) desde una concepción multifactorial y multidimensional de los diversos trastornos psíquicos

### **Concepción humanista de la Enfermedad Mental**

Foucault se plantea en su primer libro, “Enfermedad Mental y Personalidad” (2000), de manera sutil e imprecisa, la sociogénesis de la enfermedad mental, cuando plantea que esta puede ser denotada inicialmente como una respuesta psicológica u orgánica a desequilibrios corporales o mentales, pero nos lo plantea en términos más holísticos

extensivamente al entorno ambiental (seyleanamente) y social (durkheimianamente), cuando nos refiere, que:

La enfermedad atañe a la situación global del individuo en el mundo, en lugar de ser una esencia fisiológica o psicológica es una reacción general del individuo tomado en su totalidad psicológica y fisiológica....., cuanto más encaramos como un todo la unidad del ser humano, más se disipa la realidad de una enfermedad que sería una realidad específica, y más se impone también la descripción del individuo reaccionando a su situación de modo patológico en lugar del análisis de las formas naturales de la enfermedad. (Foucault, 2000, p 19)

Foucault trata de plantear otro tipo de concepción de las enfermedades mentales que tome en cuenta más al hombre, que trascienda ese intento hegemónico de esperar una metapatología que no parece terminar de llegar, que termine por anudar las aproximaciones mentalistas, sociológicas y orgánicas en la génesis de la enfermedad mental; sino que nos invita a centrarnos en reflexionar desde una perspectiva humanista sobre la realidad, génesis y trato social del enfermo mental. Interesarnos por el paciente para acceder a mayor saber sobre lo que padece. Sólo podemos dar “crédito al hombre mismo y no a las abstracciones sobre la enfermedad” (Foucault, 2000, p 25)

La enfermedad mental no puede ser vista solamente como una experiencia de pérdida de funciones o facultades mentales, como ocurría a finales del siglo XVIII e inicios del XIX; ya que, también, se evidencia una riqueza sintomatología positiva, es decir, fenómenos adventicios (delirios, alucinaciones) que se superponen a la conciencia, como la semiología positivista de finales siglo XIX e inicios del XX nos enseñó. “En resumen, que la enfermedad suprime las funciones complejas, inestables y voluntarias, y exalta las

funciones simples, estables e involuntarias”. Se tiende a reducir la conciencia, juicio y voluntad; mientras el automatismo, contenido de pensamiento y campo perceptivo se exalta. Lo hipofuncionante acarrea pérdidas del contacto social, es decir que nos hace deficitarios de capacidades adquiridas a temprana edad. Lo hiperfuncionante nos homologa a estadios primitivos del desarrollo, donde predomina la impulsividad y la excitabilidad, lo cual nos señala un camino regresivo.

Este recorrido psicopatológico regresivo evolutivo de corte jacksoniano (1874) de los trastornos orgánicos cerebrales se homologa a la significación freudiana en la histeria, como trastorno funcional no orgánico. Además, el déficit de la socialización que se evidencia en las neurosis no histéricas se homologa con el de los procesos psicóticos. Esta ampliación diferencial de la enfermedad mental como objeto de estudio, nos amplía el arsenal diagnóstico, los abordajes metodológicos de su estudio, es decir, crece el Saber psiquiátrico y el Poder psiquiátrico, tanto en un eje vertical (lo taxonómico) como longitudinal (histórico y vivencial). Considero que es una ampliación vertical en el decir que engrandece el número de patologías a ser potestad de acción de asistencia psiquiátrica, tengan primacía de lo orgánico o de lo psicológico en su génesis o constitución clínica; y por otro lado, guarda un carácter y extensión de orden transversal y categorial que tiene todo diagnóstico médico. En cambio una extensión de orden horizontal, amplía la perspectiva psiquiátrica hacia lo longitudinal (biopatográfica) y dimensional (calidad e intensidad de la experiencia). El abordaje de lo psicopatológico en estas dos vertientes, nos permite verlo, desde dos paradigmas distintos, lo positivista y lo postpositivista.

Muchas veces los psiquiatras actuales se sienten tentados al abordaje biologicista a ultranza, lo que los haría conformarse con el empleo exclusivo de elementos positivistas (taxonomías internacionales, diagnóstico clínico y para clínico, economía de las transferencias de la psicoterapia, uso exclusivo de tratamiento psicofarmacológico, etc. Esto en conformidad con mantener un modelo biomédico, de herencia categorial (cartesiana), y mecanicista (newtoniana) y monocausalista, responde a presiones capitalistas y tecnológicas para que se dediquen abordaje diagnóstico y terapéutico fáciles, cómodos y mucho más rentables; pero que los hace descuidar al ser humano (el paciente), es no enriquecerse de las experiencias fenomenológicas de este y su familia. Con lo cual se expone, el médico, a reducirse su posibilidad de incrementar sus propias estrategias de afrontamiento a las dificultades de la vida, al privarse de la posibilidad de colocarse en el lugar del que enfrentan situaciones demandantes psicosociales más críticas; y adicionalmente, repercute en que deja de ahondar en la pluralidad de factores intervinientes en la génesis de la enfermedad mental (biológicos, psicológicos y sociales) etc.

La práctica psiquiátrica no pone a escoger a los profesionales de esta, entre una u otra forma de accionar médico. No se deben desatender los discursos de los pacientes, por restringir la mirada sólo a la sintomatología psicopatológica. El quehacer psiquiátrico derivado de un saber extenso, nos brinda el poder de aproximarnos de una manera más versátil y humana, que el resto de las especialidades médicas y nos coloca en avanzada para el resto de las especialidades médicas no psiquiátricas, a la hora de decidir, de una vez por todas, asumir el modelo biopsicosocial de la contemporaneidad que parece estar restringido al discurso teórico y no a la praxis médica. Este desdén de lo subjetivo,

cualitativo, hermenéutico, fenomenológico y psicoterapéutico los reduce la práctica médica aun accionar meramente tecnocrático (que sientes, que te toca de tratamiento biológico), mediocre, incompleto y deshumanizado

### **Psicosociogénesis de la Enfermedad Mental del Primer Foucault**

“El análisis regresivo describe la orientación de la enfermedad sin explicar su origen” (Foucault 2000, p 45). Por lo que, nuestro autor, propone aumentar la posibilidad de estudiar la génesis de la enfermedad mental, incorporando lo semántico e histórico (perspectiva estructural).

Foucault señala que la vertiente psicológica reactualiza la vivencia actual con la pasada del ser humano, y lo distancia para explicar el conflicto; pero no contempla lo acumulado experiencialmente. “En la evolución el pasado promueve el futuro y lo hace posible; en la historia el presente se destaca del pasado y le confiere un sentido, lo hace inteligible” (Foucault, 2000, p 44). Freud es el hijo de Laquesis, que desde el ámbito psicológico, se ocupa de devanar los hilos conductores y mediadores entre el pasado y el presente, tomando en cuenta para explicar la génesis de la enfermedad mental, tanto lo evolutivo como lo histórico, que trata de integrar o anudar un sentido de la historia individual (biopatografía)

Solo cuando intentemos comprender la experiencia humana, podríamos ordenar la naturaleza mórbida evolutiva e integrarla a los mecanismos patobiográficos (históricos) del enfermo mental, es decir, indagar sobre los “encadenamientos sucesivos y determinismos en serie” (Foucault, 2000, p 63) vertidos por la historia clínica, sin

descuidar los déficits o excesos de las funciones mentales en la génesis de la enfermedad mental. Este es el método propuesto por Foucault para conocer sobre la enfermedad mental. Para lograr esto propondrá más tarde el análisis de los enunciados y las prácticas discursivas en su intento de conocer el Saber u Poder Psiquiátrico que se cristalizarán en torno a la locura.

Para la comprensión de la experiencia alienada mental debemos anclarnos en la práctica de tomar en cuenta los aportes de la psicología fenomenológica. Y “corresponde a Jaspers el haber demostrado que la comprensión puede extenderse mucho más allá de las fronteras de lo normal, y que la comprensión intersubjetiva puede alcanzar al mundo patológico en su esencia” (Foucault, 2000, p 65). Con lo cual el mismo paciente logra conocer sobre su experiencia psicopatológica, que si ocurre en los momentos de falta de juicio, tiende a encerrarse en sus experiencias adventicias que lo alejan de su entorno; pero si logra conectarse con su vivencia mórbida en estados de normalidad, puede lograr comprensión más que negación de lo que le ocurre y dejar de preocuparse por la etiqueta de enfermedad y abocarse a la prevención, tratamiento y psicoterapia del mismo. Este apoyo psicológico y social no debe ser descuidado por los psiquiatras ni psicólogos.

“El mundo patológico no se explica por la causalidad histórica, quiero decir la de la historia psicológica; esta es solo posible porque ese mundo existe, y posibilita la relación entre el efecto y la causa, lo anterior y lo ulterior” (Foucault, 2000, p 78). Lo individual, es decir, el sufrimiento perpetuado, reactualizado por nuevos traumas y diferida su resolución terapéutica es la historia pre-mórbida que antecede a la enfermedad y logra eclosionar al enfrentar el sujeto elevadas demandas psicosociales, lo pasado re-emerge en el presente a

través de una florida presentación sintomatológica de quejas emocionales o conductas erráticas. Esto nos muestra un Foucault primerizo en la búsqueda de la etiología de la enfermedad mental, donde lo individual deriva en lo social, es decir, nos muestra una visión psicosociológica, lo cual veremos que cambia en posteriores obras, tales como Historia de la locura en la época clásica y Arqueología del saber, hacia el intento de una explicación sociopsicológica, donde los condicionantes sociales intervienen en la génesis de la enfermedad mental.

Desde esta perspectiva, Foucault en los inicios de su investigación de la enfermedad mental, fuerza los argumentos al igual que los psiquiatras y psicólogos en la biopatografía, hasta que todo concuerde y la evolución histórica explique la clínica actual. En sus inicios de tratar de lograr una historiografía de la enfermedad mental, trata de seguir los pasos de los historiadores de las ideas clásicos, interpretar todos los elementos históricos y discursos sociales en post de asomar una historia continúa y en progreso hasta las concepciones actuales. Más tarde, retomara el autor francés sus pasos, para detenerse en los momentos de continuidades y discontinuidades discursivas e intentar descubrir, cual arqueólogo, cual es el discurso imperante en cada momento y su condicionamiento socio-histórico

El plantearnos la sociogénesis de la enfermedad mental, conlleva escoger seguir el análisis social previa selección del nivel dimensional seleccionado previamente. Bastides (1967, p 144) establece que la noción de sociogénesis restringida está referida a contemplar los efectos de factores sociales (desempleo, pobreza, guerra, clase social, etc.) sobre la aparición y evolución de la patología psiquiátrica. Esto lleva implícito que la

patología mental tiene un carácter reaccional, es decir, que una enfermedad mental de naturaleza orgánica y/o funcional puede ser desencadenada o resultado de un hecho social. Es así considerada por autores como Durkheim y en la teoría de los eventos vitales (despido, muerte de conyugue, divorcio, etc.) que suelen preceder a enfermedades crónicas de muchos pacientes hospitalizados (Rahe, 1974). No toman en cuenta la personalidad de los afectados

En un sentido amplio, el medio influencia no solamente el individuo en el momento de la eclosión o del desarrollo de la enfermedad, sino también como factor modelador de la personalidad (crianza, educación escolar y familiar) y del funcionamiento fisiológico (la desnutrición, por ejemplo). Enfatizan en que una situación social puede convertirse en un patógeno conductual según la capacidad de afrontamiento personal y no desprecia la influencia de la cultura (práctica discursiva) en la sociogénesis, tal como Foucault en la etapa inicial de investigación de la enfermedad mental en el área de la historia de las ideas, con predominio de una concepción más psicosocial, como en su libro “Enfermedad Mental y Personalidad” (1954) o con primacía más sociopsicológica en obras o cursos posteriores “Historia de la locura en la época clásica” (1962); Cursos de “Poder Psiquiátrico”(1973-1974) y “Los Anormales” (1974-1975) . Esta vertiente de aproximación plantea la sociogénesis sin desconsiderar los problemas de personalidad abordados por la psicología clínica, el psicoanálisis y las teorías de condicionamiento.

### **Las Condiciones Sociales de la Enfermedad Mental del Segundo Foucault**

La enfermedad mental es ubicada en sus raíces primarias en la personalidad individual pero las manifestaciones externas de la enfermedad (conductas) se expresan de forma signada por las condiciones sociales imperantes. “La enfermedad no tiene realidad ni valor de enfermedad, más que en una cultura que la reconoce como tal” (Foucault, 2000, p 83). Esto no quiere decir que la enfermedad mental es una mera etiqueta abstracta, sino una denominación social de una conducta que diverge o se desvía de lo esperado para la manera histórica del momento de expresarse y conducirse. La señalada conducta requiere su denominación. Foucault no niega ni omite denominar a la enfermedad mental, como tal. Esta es la gran diferencia con los antipsiquiatras y lo que se tiende a interpretar como equivocadamente como antipsiquiatra a Foucault

Ve en la enfermedad mental el corolario de un accionar de un mundo interior conflictuado y de la presión ejercida por positivities del mundo circundante, es decir, que confluyen determinismos orgánicos y conflictos derivados de las significaciones (Gros, 1997, p 16). Pero este autor, no quiere conformarse con esto, quiere determinar los condicionamientos sociales, se interesa así, por la sociogénesis de la enfermedad mental. Mientras la mayoría de los intelectuales de su época buscan pormenorizar los conflictos de sentido, Foucault busca en el espacio sociocultural e histórico respuestas genésicas, aún no alcanzadas

Foucault reconocía la condicionalidad social de la enfermedad mental, en un principio como mero mediador de la expresión conductual en relación al contexto sociocultural que le rodea. Posteriormente, lo social es visto como condición desencadenante de la aparición de la alienación. Al respecto, nos refiere: “no es posible darse cuenta de la

experiencia patológica sin referirlas a las estructuras sociales, ni explicar las dimensiones psicológicas de la enfermedad...., sin ver en el medio humano del enfermo su condición real” (Foucault, 2000, p 95). El enfrentar las contradicciones sociales, es la causa de que surjan las regresiones evolutivas psicológicas y esto es el fundamento de la génesis de la locura.

Con estas consideraciones, Foucault desecha toda la parafernalia explicativa del psicoanálisis, atreviéndose a denotarla como mitológica. En su lugar, nos plantea una “psicología del conflicto” Las contradicciones sociales (lucha de clases sociales, presiones sociales, familias disfuncionales, etc.) que enfrenta el sujeto como experienciador y “la toma de conciencia de una contradicción la hace penetrar en la vida psicológica del individuo” (Foucault, 2000, p 103), teniendo como resultado la aparición de la enfermedad mental en algunas personas, es decir, aquellas que son susceptibles previamente por arrastrar conflictos de su vida instintiva y ambivalencia afectiva fraguada en traumas y experiencias debilitadoras psíquicas en su pasado Foucault en su juventud, se centra más en enfocar la génesis de la enfermedad mental más en el ámbito psicológico que social, sin ignorar a este último.

Se puede resumir la sociogénesis de la enfermedad mental planteada en este primer libro sobre su génesis, en palabras del mismo autor, como que la enfermedad mental “exige dos tipos de condiciones sociales e históricas que fundamentan los conflictos psicológicos en las contradicciones reales del medio; y las condiciones psicológicas que transforman el contenido conflictual de la experiencia en forma de conflicto de la reacción” (Foucault, 2000, p 104). Pero también porque desencadenen actividad en los

núcleos patológicos corticales y subcorticales con exaltación de la excesiva inhibición de uno y la hiperexcitación del otro, o viceversa

Foucault nos recuerda la concepción durkheimiana de la enfermedad mental; ya que es vista como una desviación de la norma estadística que se observa en la mayoría de las personas y por encontrarse al margen de una cultura a la cual no logra integrarse, tal como, enfermos mentales, los que se encuentra con sus discurso y conducta fuera de lo conductualmente normatizado, nos alejamos los sanos de lo inaceptable, temible y excluyente.

Sin embargo, pueden considerarse en algunas culturas, principalmente primitivas, la conducta psicopatológica con un tenor de mayor estatus social, según sea considerada por la religión compartida como elegidos de los dioses; o pueden ser rechazadas por concepciones religiosas antagónicas a la locura.

### **Los Tres Foucault y la Sociogénesis de la Enfermedad Mental**

El primer Foucault es el que al escribir su primigenia obra “Enfermedad Mental y Personalidad”, de 1954, donde no le parece suficiente los análisis provenientes de la filosofía o del psicoanálisis para comprender la enfermedad mental (Castro, 2014, p 20); sino que prefiere la incorporación y sustitución por el análisis de condiciones históricas, sociales y culturales de la enfermedad mental (Novella, 2009, p 103). En esta obra, la enfermedad mental es la resultante de una confrontación entre la dialéctica psicológica del individuo y la dialéctica de las condiciones sociohistóricas de la existencia de este, no encajan las una en la otra (Foucault, 1954, p 104-112)

No son los conflictos intrapersonales psíquicos (conscientes o inconscientes) lo que ocasionan la enfermedad mental, son las contradicciones del orden del mundo las que provocan conflictos mentales individuales. Es la propuesta foucaultiana para la sociogénesis de la enfermedad mental. Sin embargo, aunque este primer Foucault ya nos propone esto, sigue muy apegado, como psicólogo de formación, a que perturbadoras condiciones sociales vulneran a en personas con debilitamiento traumático psicológica por experiencias traumáticas que se reactualizan y provocan la alienación mental. Todavía, Foucault tiene hilos freudianos laquesianos enredados en su mente

Pero más tarde reconoce que la psicopatología es reactiva a la alienación mental, concepción definitiva foucaultiana y entronizada como una explicación sociopsicológica de esta. “Si bien la psicología puede describir la dimensión psicológica de las enfermedades mentales, sus condiciones de aparición solo pueden explicarse a partir de las formas concretas de la alienación histórica” (Castel, 2009, p 19-20)

Este giro en 180 grados desde el polo psicológico hacia el sociológico, se registra con su modificación del primer libro que realiza en 1962 y título “Enfermo Mental y Psicología), donde desdeña la primacía de las instancias de personalidad que son vulneradas por las presiones sociales. Reduce lo psicológico como sostén de su explicación genésica y sintetiza elementos aportados en su tesis “Locura y Sinrazón. Historia de la locura en la época clásica”. Por otra parte, Castro (2014, p 22) nos asevera que, en este segundo libro, se desplaza el recorrido sociohistóricos hacia los mecanismos que permitieron que la locura se redujera a enfermedad mental y fuera encerrada llena de

culpa moral y demostrar los cambios morfológicos que la sociedad provoca en la presentación semiológica de las enfermedades mental. La sociedad crea y moldea la enfermedad mental. La sociedad como conjunción del hacer de Frankenstein y Pigmalión. Foucault en cada aproximación a la enfermedad mental lo hace, desde una mirada espectral, alcanzando en el horizonte epistemológico, a través de su método arqueológico, visibiliza nuevos niveles dimensionales, es todo un “delirio cuerdo” que no termina nunca. Esto convierte a Foucault en el hijo preferido de la entramada diosa Laquesis, ya que este autor ha mostrado una gran creatividad prolífica de retorcer los hilos del Saber

En su primer libro, se consideran explicaciones socio génicas de corte marxista; ya que el autor le adjudica la alienación mental a las experiencias traumáticas que los abusos del capitalismo, burguesía y la lucha de clases genera sobre la esfera psíquica. Con estas explicaciones sociales, desde una aproximación socio histórica materialista inicia Foucault su sociogénesis de la enfermedad mental. Pero en la versión reeditada de este libro, desaloja las páginas de su libro de elementos ideológicos; ya que no satisfacen, tal como ya lo había hecho con elementos del psicoanálisis, evolucionismo, conductismo, fenomenología y existencialismo. En especial se desprende de consideraciones conductistas, que en base a una sobreexcitación o inhibición de la personalidad, se enfrentaba reactivamente a estímulos perturbadores sociales, generando una conducta desadaptativa o alienación mental (versión psicosociogénica de la enfermedad mental inicial).

Retira todo esto y se atreve a mostrarnos que su aspiración es trascender hacia una explicación más elevada y ontológica, la mirada arqueológica, con una intención más

abarcativa, donde la relatividad cultural de “lo psicológico”, “lo patológico”, y “lo cultural” queden incluidas en una sociología y antropología moderna (Novella, 2009, p 103). El viraje a la socio génesis histórica de los fenómenos sociales es casi total. Laquesis retuerce las madejas de hilo del destino y puede, a su vez, darle un giro completo, lo de arriba, hacia abajo, para luego lo de abajo vira hacia; lo psicológico a la cabeza y lo social a la cola, por lo social a la cabeza y lo psicológico a la cola

El tercer Foucault, es definitivo y es el escritor de la “Historia de la locura en la época clásica” en 1962, que nos plantea en esta obra y sucesivas, que la enfermedad mental requiere un análisis ecológico, y dimensional, es decir, que no sólo de cuenta de los condicionantes sociales, históricos y culturales que intervienen en la génesis de la enfermedad mental, sino también identificar los mecanismos sociales modernos de producción de las diferentes y renovables formas de presentación de la enfermedad mental. Además de develar todo el aparato disciplinar, que la psiquiatría genera en relación a la enfermedad y sus inquilinos forzados, para aumentar el volumen y tenor del Saber y Poder Psiquiátrico (Castro, 2014, p 23).

### **III. HISTORIA DE LA LOCURA DE FOUCAULT**

#### **Del Estructuralismo al Postestructuralismo:**

“La Historia de la locura en la época clásica” en 1962 fue la tesis de grado en la Sorbona de Foucault y todavía hoy sigue influyendo en el campo de la epistemología, historia de las ideas, filosofía y psiquiatría. Intenta dilucidar las condiciones sociales, culturales e históricas que permitieron la aparición de un determinado Saber de la Psiquiatría y Psicología, y de cómo estaba enunciado, en particular sobre un terrible fenómeno humano, social y cultural, la locura. Este último término peyorativo de la enfermedad mental que ya nos pone en preaviso, desde la portada del libro, que se nos hablara del maltrato social que han recibido los enfermos mentales.

De esta obra, Foucault esboza todo los aportes recurrentes de su propuesta teórica: la arqueología, la genealogía, la subjetivación, la perspectiva estructural que condiciona los fenómenos sociales a investigar, como las enfermedades mentales, Saber y Poder médico y psiquiátrico. Por este condicionamiento social y cultural de una determinada realidad, algunos autores como Bolívar (2001, p 135) considera al autor francés como estructuralista.

Foucault como Kant se pregunta por las condiciones sociales sobre las cuales se estructura el conocimiento y estima la originalidad de Foucault, en tratar de indagar estas condiciones pero referidas a cada época histórica. Esto lo lleva a escavar epistemológicamente hasta descubrir el saber o los saberes referidos a determinadas épocas y sus estructuras socioculturales e históricas Sus análisis históricos, son de naturaleza arqueológica, no doxográficas (Bolívar, 2001, p 125). “La lucidez de sus análisis

históricos, sin duda discutibles, lo convierten en el mayor filósofo del campo estructuralista” (Bolívar, 2001, p 126)

Se consideran sus planteamientos como una ontología histórica, término acuñado por el autor en su obra “Qué es la Ilustración”; ya que nos plantea que la filosofía debe ser un análisis crítico de nuestro acontecer humano actual y no enfrascarse en la búsqueda mítica de la verdad (Novella, 2009, p 94-95). No considera que exista una historia de las ideas continúa, sino que esta se encuentra cortada por discontinuidades, donde se dan cambios sustanciales del Saber (episteme), tal como nos lo refiere en su libro “Las palabras y las cosas” de 1966. El episteme es el espacio entre dos cortes epistemológicos, que constituye “un nivel arcaico que hace posible los conocimientos y el modo de ser de lo que hay que saber” (Foucault, 1968, p 61). La consolidación de estos epistemes, generan giros discursivos, surgen nuevos enunciados, sin que la historia de las ideas deje de ser discontinúa

Para Bolívar (2001, p 130) en su divagar arqueológico, Foucault se desprende de las ataduras antropológicas, le importan las prácticas discursivas, no los sujetos hacedores del discurso. Al darle importancia a lo que se dice sobre la locura, los locos, la medicina, los médicos, la psiquiatría, los psiquiatras, la psicología, los psicólogos, etc.; debe centrarse en una historia discontinúa sin sujeto. No cree en el progreso humano, solo en la accesibilidad arqueológica al Saber y Poder de cada época histórica. No cree en el hombre, sino en lo que la historia enuncia sobre el hombre pero en relación contingencial temporal (momento histórico) y espacial (institución, sociedad, cultura, etc.). El análisis

de la práctica discursiva se hace desde una perspectiva estructuralista; ya que, como nos dice Bolívar (2001):

... un enunciado no tiene primariamente un correlato o realidad a que se refiera, su referente es el lugar desde el que se dice, las condiciones de posibilidad que lo hacen enunciable; no hay que confundir al autor de su enunciación con el sujeto, el sujeto como tal no existe, hay un lugar vacío que puede ser ocupado por individuos diferentes; cualquier enunciado se inscribe en un conjunto de formulaciones que le prestan una materialidad. (p 130).

Si la práctica discursiva es el conjunto de reglas implícitas, no enunciadas pero que permiten en cada momento histórico, que algo pueda ser enunciado; podemos entonces decir que “El a priori histórico sería entonces el conjunto de reglas que caracterizan una práctica discursiva” (Foucault, 1979, p 126).

Sin embargo, el hombre sobrevive, a las intenciones invisibilizantes de los discursos que ante coloca como objeto de registro sociohistórico, a los enunciados discursivos. Los arqueólogos no encuentran vivos a los hombres de las culturas pasadas que investigan, sólo sus discursos enunciados en los textos, escrituras y obras artísticas o instrumentales. “Sin embargo reconforta y tranquiliza el pensar que el hombre es sólo una invención reciente, una figura que no tiene ni dos siglos, un simple pliegue de nuestro Saber y que desaparecerá en cuanto este encuentre una forma nueva” (Foucault, 1969, p 9)

Esta cínica frase de Foucault, pone al descubierto su desdén por el hombre, pero no por intenciones completamente nihilistas, sino porque no cree en el hombre, ni su evolución hacia el progreso, herencia mitológica de la antropofobia que Némesis (diosa de la

Venganza y Reivindicación) le insufla, en nombre de la ninfa “Eco” que enamorada de “Narciso” y despreciada, por este en el amor, se suicida, y luego, el indolente se ahoga, embelesado en su mirarse en el espejo de las aguas de una laguna. Eco representa “el mirar en el otro” y Narciso “el ocuparse sólo de mirarse a sí mismo”. Foucault se dedica a mirar y escuchar al otro, con infinito interés, pero con desconfianza y desesperanza. Una antropofilia que compensa la antropofobia, una antropofobia que lo protege del objeto del deseo. Quien te mira y escucha incesantemente, sin acercársete, te ama, pero te teme.

Sin embargo, para el filósofo francés, la arqueología de la cultura occidental muestra, por tanto, que una serie de disposiciones y positividades han hecho posible que se configurara como objeto teórico, el hombre (Bolívar, 2001, p 133). Esto explica porque en la actualidad hay tanto interés por las ciencias humanas y antropológicas

En su abordaje de la locura, las instituciones psiquiátrica y modos de asistencia, nos invita a acceder a la estructura del Saber y el Poder Psiquiátrico, es decir, la extensión del conocimiento y ámbito de proyección nosográfica y de personalidad sobre la cual versara hasta la actualidad la praxis psiquiátrica; y la promoción de una terapéutica de disciplina y orden como instrumento derivado, creador y recreador (retroalimentador) del Saber y Poder Psiquiátrico. En fin, realiza el desmontaje estructural de las condiciones genésicas de la enfermedad mental

Por otra parte, Foucault ha recibido muchas críticas porque su afán de construcción de la historia del pensamiento en base a discontinuidades epistemológicas que se saltean, según se modifique las prácticas discursivas para beneficios del Saber y Poder nuevo que

se vaya construyendo en nuestras sociedades. Se cuestiona, también, que sus develaciones no se pueden demostrar por verificación empíricas, son sólo suposiciones bien sustentadas en andamiajes hermenéuticos tan heurísticos que son impugnables a intenciones de refutación o contra-argumentación. Foucault nos demuestra el influjo sobre su persona por los dioses del Saber: Hermes (dios de la palabra y el discurso) y Atenea (diosa de la sabiduría). Por cierta, esta última cuando los dioses olímpicos se reunían en un concilio a deliberar algún asunto sobre los hombres o los dioses, después de discutir y gritar en pugnas todos los demás dioses, Atenea siendo la última en hablar, resultaba siempre irrefutable lo que proponía. Por otra parte, Foucault le da mucha desconfianza “por muchos historiadores a causa de su manejo a menudo selectivo de los hechos” (Novella, 2009, p 103), pero resulta difícil de refutar su teoría.

Pero Foucault cada vez que lo entrevistaban y le imputaban que era estructuralista, a lo que requería que nunca empleo en sus libros la palabra de estructura, con una connotación filosófica estructuralista, sino arqueológicamente para hablar de los mecanismos sociales que sustentan el Saber, el Poder y el discurso. Morey (2014, p 38) nos refiere la refutación que Foucault le da en 1967 al periodista Caruso en una entrevista, niega ser estructuralista porque no se ocupa, como estos, de buscar las condiciones estructurales que explican el sentido del lenguaje para luego analizar otras significaciones no lingüísticas asociadas; sino que se ocupa de las condiciones de modificación del sentido, que lo desaparece y hace aparecer. Se interesa es del funcionamiento del discurso en un determinado espacio social y cultural en una localidad histórica, sin preocuparse de la conformación lingüística del sentido

Sobre todo el sentido patológico, desviado, siniestro. “La racionalidad occidental está constituida y definida por una serie de exclusiones (lo otro, locura, enfermedad, prisiones, etc.” (Bolívar, 2001, p 127). Desde siempre, este filósofo muestra interés por la alteridad rechazada o excluida, la alterofobia. En otra entrevista, airado refiere “Hay que llamarse Piaget para imaginar que soy estructuralista”. Pero responde con ambigüedad a otro entrevistador en Tunes en 1967, aunque acepta haber hecho análisis estructuralistas en el hacer una historia del pensamiento, de forma arqueológica, pero mantiene una relación distante y de duplicación con el estructuralismo, es decir, que habla de él, pero no lo práctica; y no menciona el estructuralismo sin hablar del lenguaje, respectivamente. (Morey, 2014, p 39)

Foucault se muestra estructuralista en sus primeros escritos, porque este se encuentra en la cresta de la ola del pensamiento filosófico del siglo XX, pero sus ansias de renovación y relevo intelectual, y su fundamentación del pensamiento social pero en el ámbito de la conciencia intencional lo hacen alejarse del estructuralismo. No se interesa más por la relación entre significado-significante, sino gracias a que dispositivos surgen socio-históricamente los nuevos significados que reemplazan a los anteriores. En las modificaciones que realiza entre su primera edición (1962) y segunda edición (1972) del libro “El nacimiento de la clínica” y en todas sus producciones después de esta, quedan desestructuralizados de cualquier equívoco, es decir, quita o no formula nunca la palabra estructuralismo en todos estos textos (Morey, 2014, p 41). Nos pueda ayudar mucho a comprender toda esta complejidad, si recordamos que Foucault es un archivista; ya que indaga en las reglas sociales que determinan en una determinada cultura la aparición de

ciertos enunciados discursivos que vemos emerger en el plano de las interacciones sociales (Foucault, 1979, p 306)

Lo que lo hace postmoderno es que no acepta asideros fijos ideológicos. Nos ilustran al respecto las palabras de Veyne (2009, p 148): “Para mayor satisfacción de los historiadores, Foucault estaba dispuesto a ahondar las diferencias radicales en todos lados y en todas las épocas. No obstante, a la vez siempre hacía hincapié en que las supuestas raíces no estaban arraigadas en nada”

Por eso desecha el estudio de las proposiciones, formales objetos de estudio de los autores del estructuralismo, los cuales permiten diseñar sistemas de pensamiento homogéneos pero sin localidad histórica y espacial; mientras que tratar de acceder a los enunciados discursivos es una multiplicidad que surca varios niveles sociohistóricos de los discursos, pero en un determinado espacio social y tiempo, de lo que emerge un sistema heterogéneo de ideas sobre un determinado fenómeno social. No hay verdades absolutas, sino relativismos culturales, la postmodernidad (Deleuze, 1987, p 24)

Además, Deleuze (1987, p 25-26) nos agrega que estos enunciados son raros, de hecho y derecho. La rareza de hecho, es debido a que un enunciado niega a otro, lo reprime o contradice; y rareza de derecho, porque un enunciado se puede duplicar con un contenido latente que aumenta el discurso en su densidad de interpretaciones, un discurso oculto que puede emerger a la luz de la conciencia, por incursiones arqueológicas de una época histórica determinada.

Foucault después de “El nacimiento de la clínica” (1972) deja de preocuparse de que puede conocer, para interesarse por cómo llegar a ser lo que quiere ser. Sobre todo, en su obra de la “Historia de la Sexualidad” (1976-1984) donde la ética es vista como una estética de una existencia con mayor felicidad. Lo que “le hace plantearse la ineludible cuestión de la libertad, bandera postmoderna que viene a sustituir a la misma bandera moderna de la verdad” (Martin y Ovejeros, 2006, p 7-8). Abandona las verdades dogmáticas, seguras y autoritarias que nos brinda de la modernidad, para volcarse a la libertad del caos postmoderno, aunque constituya un eterno retorno a la nave de los locos, navegando a la deriva que marca la incertidumbre, pero que de alguna manera, nos hará arribar hacia un puerto final de emancipación humana

### **La Sin Razón, parcela opuesta o extensión de la Razón:**

El siglo XIV da cierre a la Edad Media con una gran epidemia de lepra, causa de exclusión y reclusión social, más para fines de confinación de la enfermedad que por lograr avances terapéuticos en los afectados. Como resultado de las cruzadas, Europa está repleta de leprosorios, Foucault nos da cuenta detallada de la cantidad de estas instituciones en Francia y algunos otros países (Inglaterra, Alemania, etc. (Foucault, 1986, p 64). Así, comienza una serie de iniciativas de las autoridades monárquicas y religiosas de reasignación de estos leprosorios a prestar otro tipo de asistencia: hospitales generales y psiquiátricos.

Aunque a fines del siglo XVII se retire la lepra como principal causa de discriminación social y reclusión, este espacio social de segregación y estigmatización será mantenido

para otro grupo social de excluidos. Con lo cual queda demostrado que la alterofobia sólo cambia de tema, pero no desaparece. Los enfermos mentales, menesterosos, alcohólicos y parías tomarán de manera forzada estos espacios de exclusión social. Se asegura la validación social de esta exclusión a través de argumentos religiosos, como piedad cristiana por los desamparados y enajenados. Foucault (1986, p 18) capta como práctica discursiva que el abandono le significa salvación; la exclusión es una forma distinta de comunión.

Cuando realmente los motivos de la segregación son de carácter estético social, es decir, desafectar las calles y evitar que los valiosos y delicados ojos de la clase social dominante no tengan que seguir viendo estos cuadros humanos miserables en las calles de las ciudades. No en balde, los leprosarios libraban a la población general de contagio, por ser construida en las afueras de las ciudades. Estos establecimientos que pasaron a ser empleados como centros de alojamiento de orates y desamparados se mantienen alejados la alteridad saturnina de los ciudadanos “respetables y dignos”.

A finales del siglo XV e inicio del siglo XVI, la lepra como azote epidémico europeo es reemplazada por las enfermedades venéreas. Por lo que se emplean leprosarios como hospitales de estos nuevos enfermos. “Se les construyen casas especiales, no para establecer la exclusión, sino para asegurar su tratamiento... Y es que ese mal a diferencia de la lepra, muy pronto se ha vuelto cosa médica y corresponde exclusivamente al médico” (Foucault, 1986, p 19). Quizás el empleo de tratamientos con curas sudoríferas con guayacon y mercuriales; y la debilitación por la Era Renacentista de la concepción medieval de la enfermedad como resultado de pecados cometidos, provocan un paso de lo

asilar a lo sanitario, del arrojado significado ético que se le asignaba a las enfermedades como la lepra en la Edad Media, por lo que no merecían preocupación terapéutica alguna, a la concepción moderna de la enfermedad con significación estética, es decir, desarmonía de la salud por contagio sexual. Pero este naciente interés terapéutico no priva a los enfermos venéreos de recibir severos juicios morales. Las enfermedades como la sífilis pasan a una concepción dual, ética/estética.

Sin embargo, Foucault nos advierte: que “bajo la influencia del mundo de internamiento tal como se ha constituido en el siglo XVII, la enfermedad venérea se ha separado en cierta medida de su contexto médico y se le ha integrado, al lado de la locura, en un espacio moral de exclusión” (Foucault, 1986, p 20). La locura y la sífilis logran una gran relación de asociación, siendo la segunda causa de la evolución crónica de la primera. Pero además, la relación que existe entre la enfermedad mental y conductas sexuales desviadas socialmente (promiscuidad, prostitución, adulterio, etc..) la mantienen ancladas a los prejuicios y concepciones medievales religiosas, es decir, enfermedades con una gran connotación moral. Predomina el asidero ético sobre el estético en la concepción epistemológica de las enfermedades venéreas. A la locura, también le ocurre este traslado concepcional de lo estético a lo ético en la medida que dejamos atrás el Renacimiento y se inicia la época clásica (siglo XVI, XVII y XVIII) por razones que analizaremos más tarde y hay que esperar hasta el siglo XIX para que los médicos se interesen por buscar tratamiento, donde muestran su preocupación estética, pero sin tomar en cuenta tanto lo moral.

“Das Narrenschiff o La nave de los locos o su versión latina stultifera navis” es una obra literaria escrita por el teólogo Sebastián Brant en 1494, que constituye una narración de corte moralizante por medio de la sucesión de 112 cuadros, donde se critican los diferentes vicios o conductas desviadas de la sociedad, mostrándolos como una diversidad de tipos de necedad o locura. Nos muestra imágenes de grupos de orates que viajan al país de los tontos. Foucault nos avisa que este tipo de narrativa se pone de moda, a finales del siglo XV e inicio del siglo XVI.

Sin embargo, Foucault le reconoce existencia real a estos navíos y refiere que transitaban por los ríos de Renania y canales flamencos basándose en documentos que muestran la expulsión aislada de algunos grupos de enfermos mentales, pero él lo toma como una medida general de expulsión de los locos extranjeros, porque los locos nativos no suelen ser expulsados sino que cada ciudad se encarga de atenderlos en hospitales o encerrados en prisiones.

Maher y Maher (1985) delatan que no existen documentos históricos que avalen la verosimilitud de la existencia sistemática y programada de las naves de los locos. Sin embargo, para Foucault estos viajes representaban más que la expulsión de excluidos sociales, constituyen exilios rituales. Aunque se prohibía que los locos entraran a las iglesias no se les vetaba de los sacramentos desde el Concilio de Cartago en el 348 d.C. Para Foucault, el loco se encuentra recluido en una situación limítrofe, se encuentra en las puertas de la ciudad, en lugar de paso, de tránsito inculminable, en el fluir de los ríos que navega que no lo llevan a ninguna parte, ni lo alejan de las fronteras de la falta de realidad, los límites de las ciudades que los execran:

Para Foucault (Foucault, 1986, p 28), la barca simboliza, en su vaivén mientras flota por los ríos europeos, la ambigüedad de la representación social de la enfermedad mental. La locura y sus portadores son vistos como posibles amenazas o ridícula insensatez, imposible de tolerar; la sin razón que va cursando paralela a la razón o lo irracional como enclave de una conducta socialmente desviada. “El alienado no está fuera de la humanidad. Está dentro de la sociedad que lo deshumaniza” (Gros, 1997, p 21).

A fines de la Edad Media, la locura acapara su presentación en diversas producciones literarias y artísticas. Las burlas sobre las locuras relatadas no constituyen un olvido de los deberes cristianos, sino más bien, un pretexto para representar y delatar los vicios y decadencias de la sociedad. La locura nos es presentada como una “sin razón”, por la cual transcurre la vida de los locos, de manera involuntaria y no imputables moralmente, pero que puede arrastrar a todos los hombres no enajenados que se alejen de una vida normada por la familia, sociedad y la religión. Esta “sin razón” posee una lógica estética propia, una verdad complementaria a la conducta o forma de pensar que se sustentan con la “razón”

Como ironía, esta literatura de finales de la Edad Media coloca a “la locura” como “centro mismo de la razón y de la verdad” (Foucault, 1986, p 29). Los personajes que hacen de locos develan las grandes y sabias verdades. Son ejemplos considerados por el autor: a) Sátira contra el amor loco de Gilles Corroz, donde aparece unida al amor; b) Debate de la locura y el amor de Louise Labé (1525 – 1566), donde discuten el amor y la locura sobre quien es primero o causa del otro); c) Jacok Wimpfeling (1450 – 1528) en su

obra “Monopolium philosophorum”; y d) Jodocus Gallus (1459 – 1517) con “Monopolium et Societas, vulgo des Lichtschiffs”, donde se coloca a la locura “más cercana a la felicidad y la verdad que la razón, y más cercana a la misma razón que la misma razón” (Foucault, p 30); e) Sebastián Brant (1458 - 1521) escribe “La nave de los locos” (1494), sátira moralizante donde se muestra una serie de cuadros y textos alegóricos a conductas desviadas desde la perspectiva socio-religiosa; y f) Erasmo de Rotterdam (1466 – 1536) nos deleita con “Elogio de la Locura” (1511), donde presenta a la locura como una diosa hija de la embriaguez y la ignorancia y la cataloga satíricamente como virtuosa. También la locura es vista como alegoría de libertad, o como un tipo singular de razón (la sin razón) o verdad en las artes plásticas. Son ejemplos: los cuadros “La cura de la locura” (1490) y “la nave de los locos” (1504) de Gerónimo Bosch (1450 – 1516); la “dulle grete o la loca Meg” (1562) de Pieter Brueghel, el viejo (1525 – 1569). Por lo que Foucault (1986/1964, p 30) concluye: “desde el siglo XV, el rostro de la locura ha perseguido la imaginación del hombre occidental”

Hasta mediados del siglo XV, predomina en la literatura, artes y la cultura popular el tema recurrente de la muerte, debido a la exposición de la población medieval europea a múltiples guerra y epidemias de peste. Se observa por ejemplo en los versos y bailes de la “danza macabra o danza de la muerte”, que constituyen versos que invitan a diferentes personajes prototípicos de la sociedad medieval a prepararse cristianamente para la muerte y dejar de disfrutar placeres pecaminosos. Pero luego este interés se torna hacia la locura. Foucault (1986, p 31) nos lo explica así: “Pero en los últimos años del siglo, esta gran inquietud gira sobre sí misma; burlarse de la locura, en vez de ocuparse de la muerte seria”

Del miedo a la muerte, se pasa a burlarse de la locura. Se excluía a los leprosos en los siglos XII al XIV por representar la muerte. Por lo que se extrapola esta exclusión social a los locos, a partir del siglo XV por constituir los nuevos representantes de la muerte. Foucault (1986, p 32) nos habla al respecto, que no se trata de sustituir la muerte por la locura, ni es la ruptura del hilo que sigue la locura hasta la muerte. Es, más bien, un retorcer el hilo de la vida que culmina en la muerte; ya que prestar atención a la locura es recordar la muerte que se encuentra al final de nuestras vidas. Este nexo entre la locura y la muerte será anudado en el siglo XV y proseguirá a través de la época clásica. La locura se ha tornado universal, es decir, la muerte del final de los tiempos se anuncia más cerca. La parca Lachesis anuda los hilos de la locura, este ovillo surge de su macabro devaneo, donde nos anuncia su entrega posterior a la muerte (parca Átropos) mientras se burla de la locura del mundo. La diosa devanea también los hilos de las enfermedades venéreas con las enfermedades mentales, al agotarse los hilos genésicos de la lepra. Sustitución fatal del destino escondido en las representaciones sociales de cada una de estas trágicas realidades.

La búsqueda de múltiples significados en las obras artísticas, sueños y el mundo exterior e interior parten de un libro en verso e ilustrado, de teología popular de la Edad Media llamado “*Speculum humanae salvations* o El espejo de la salvación humana” (1309) escrito posiblemente por el monje dominico Ludolph de Sajonia (1290 – 1378), donde se establece tipologías ricas en simbolismos entre imágenes e historias del Viejo Testamento que se equivalen, predicen o se preanuncian imaginariamente con las del Nuevo Testamento (Male, 2001, p 164 -190). Esta invitación que se realiza a finales de la era gótica (siglo XII al XIV), es retomada en la época clásica (siglo XV al XVII) para establecer algunas equivalencias entre el anuncio de la muerte a insensatos que no se

acercan al cumplimiento de preceptos cristianos y las insensateces de los locos llenos de la sabiduría de la sin razón que muestra la “naditud” de la muerte pero en vida

Foucault nos anima a que debemos buscar lo simbólico en cada imagen u obra artística de la época clásica, donde la locura se representa como una realidad universal y social nos muestra la locura como una realidad en tinieblas que sorprende y nos deja perplejo, pero también “fascina porque es saber...porque todas esas figuras absurdas son en realidad los elementos de un conocimiento difícil, cerrado y esotérico” (Foucault, 1986, p 39).

La locura para Foucault presenta una dual representación, tanto como retorno al primitivismo de la bestialidad como emergencia de nuestros deseos más ocultos y perniciosos; pero también llama la atención como propuesta de un nuevo saber, de una novedosa manera de conocer la realidad, a través de una perspectiva hermética y desconocida desde el mundo de la razón. La razón teme a la sin razón, la desconoce excluye e ignora, pero los “no locos o cuerdos” no dejan de sentir cierta atracción por lo desconocido, la sin razón.

“La Edad Media había colocado la locura en la jerarquía de los vicios.... En el Renacimiento, la locura abandona ese sitio modesto y pasa a ocupar el primero (Foucault, 1986, p 41-42). Se contraponen la sin razón a la razón como dos espacios sociales de la misma jerarquía y con pertinencia existencial y significación complementaria. Sin embargo, pasa a liderar todo lo bueno y malo en el ser humano, la ambición válida y los vicios. Más en la época clásica no se le da cabida a la locura que queda sometida al escrutinio de la razón desde una visión distante, ajena e irrespetuosa. La razón no podrá ya

nunca considerarla su rival, darle el puesto de lo opuesto, la sin razón, lo irracional o lo onírico; sino más bien considerarla como una realidad subalterna, irracional y desdeñable.

Foucault (1986, p, 45) nos advierte que: “la locura no tiene tanto que ver con la verdad y con el mundo como con el hombre y con la verdad de sí mismo, que él sabe percibir”. Con esta aseveración, Foucault marca el inicio de su investigación del sobre un campo (enfermedad mental) a través de los enunciados y praxis discursiva y las estrategias discursivas (discursos institucionales, sociales, administrativos, mitológicos, artísticos, literarios e históricos), es decir, sobre cómo percibe y registra el hombre una experiencia humana en una determinada época histórica. En esta obra se esboza su “arqueología del saber” que se publicara, más tarde, como texto, para poder ser aplicado a cualquier ámbito del saber: “La Arqueología del Saber” (Foucault, 1979)

Erasmus de Rotterdam (1466 – 1536) en su obra “El Elogio de la Locura” de 1511 crea figuras alegóricas sobre las diversas formas de locura. Erasmus nos invita a una nueva visión de la locura como forma oscura, auténtica de ver el mundo y a sí mismo de los que padecen de locura o determinan su conducta en base a la “sin razón”. Erasmus de Rotterdam (1999) en su obra nos habla de las diferentes formas de locura:

Esta del ceño fruncido, es Filautía (El Amor Propio). Ésa que ves reír con los ojos y aplaudir con las manos, es Colacia (la Adulación). Aquella que parece estar medio dormida es Letea (El Olvido). Aquella que se apoya con los codos y cruza las manos es Misoponía (la pereza). Aquella que está coronada de rosas y ungida con perfumes es Hedoné (la Voluptuosidad). Aquella cuyos ojos vagan sin detenerse es Anoia (el Aturdimiento). Aquella entrada en carnes, con tez florida, es Trifé (la Molicie). Y he aquí,

entre estas jóvenes, dos dioses: el de la buena comida y el del Sueño Profundo” (p, 9)

Erasmus, apologista de la locura como una variedad válida de forma de percibir, actuar y sentirse, es un autor que dedica varios capítulos a la locura sobrevenida en gramáticos, poetas, rectores, escritores, juristas, teólogos y filósofos. La locura aparece en estos personajes como una burla a la vanidosa presunción de los hombres de ciencias de ser los únicos detentadores de las verdades últimas del saber regido por la razón absoluta, desdeñando, ignorantemente de los conocimientos cotidianos, de las personas humildes sin instrucción y de los saberes extraños u ocultos de los pacientes portadores de trastornos mentales. “La experiencia de la locura, desde la Edad Media hasta el Renacimiento, es la de un debate dramático, obsesión imaginaria de otro mundo” (Gros, 1997, p 32)

Esta nueva forma de plantearse, el hombre renacentista, el tema de la locura; permite que la representación social de la locura se vea como un Saber paralelo a la Razón, Saber que deviene del Saber de la razón, es decir, un Saber de la sin razón es un Saber paralelo al de la razón, un Saber diferente al usual, un Saber extraño, legítimo, extensivo de la razón y opuesto al Saber que deviene de la razón. Erasmus (1466 – 1536) no explora como otros escritores o artistas las lúgubres significaciones otorgadas a la locura (Bosco, Duero y Brueghel); más bien la equipara a ser considerada como un caos mental y social con un orden peculiar y circunscrito a ciertas áreas irracionales y hebefrénicas, tales como la fatuidad, la exaltación del yo, la estulticia y las perversiones sexuales u otros excesos hedonistas, que particularizan la vivencia del mundo y hasta la pueden enriquecer por atender a ilusiones, falsas percepciones, errores de pensamiento y sueños que alargan las

fronteras de lo experiencial hacia los límites inteligibles del absurdo e irracionalidad. El autor no menciona peligrosidad ni disminución de la funcionalidad social como resultantes. Es un ejercicio literario de exaltación de lo rechazable y de lo ilimitado del campo de indagación ontológica, para sorprender a su amigo Tomás Moro, autor de la “Utopía” a quien dedica y obsequia su obra

Para Foucault, la comprensión de la locura como fenómeno social se traslada de la Edad Media al Renacimiento, de la perspectiva cósmica, es decir, como un elemento peculiar, asombroso y extraño presente en el universo humano: hacia una perspectiva mundana, como un rasgo propio del hombre, inscrito en su devenir cotidiano y propiciado por el devaneo del hombre ante las tentaciones del mundo carnal y de los placeres. Es la conversión de lo estético por lo ético como asidero para aproximarnos a este problema de la conducta humana.

También, el autor, considera que la locura dejó de constituir una representación trágica del fin del mundo, donde la locura emerge como consecuencia apocalíptica de esto, sino que se desplaza hacia una imagen más reflexiva sobre las causas morales de la misma. Esta visión crítica de los defectos humanos. Este cambio de visión, muestra un nuevo asidero de prevención moral de la enfermedad mental y nos invita a no conformarnos con la resignación ante lo inmodificable. Sin embargo, este deslinde de lo trágico y lo crítico no ocurre de manera dicotómica, sino más bien se solapa ambas maneras de concebir la locura en la transición del Renacimiento a la época clásica. Es más, Foucault nos señala que la concepción trágica y cósmica de la locura subsiste en el discurso humanista de

Erasmus y Brant, donde es tratada la locura como objeto de burla y como una verdad improbable.

Para Foucault (1986, p 50): “la conciencia crítica de la locura se ha encontrado cada vez más en relieve, mientras sus figuras trágicas entraban progresivamente en la sombra” Pero esta conciencia crítica filosófica y medica sobre la locura, mantendrán siempre oculto bajo la superficie del discurso una cierta consideración trágica de la locura, que se dejan ver su ocultamiento a lo largo del siglo XVI en las obras del Marqués de Sade (1740 – 1814) y cuadros de Goya. “La experiencia moderna de la locura aparece como prolongación de la era clásica y no como ruptura” (Gros, 1997, 32), La locura va quedando atrapada en la enfermedad mental pero mantiene con razón, las dudas de la sin razón

Luego del siglo XVI al XVIII, la locura pasa a tener absurdas consideraciones demoniacas, es decir, se da un terrible retroceso de las teorías humanísticas y médicas sobre la enfermedad mental. Este revés se da por la percepción de la locura como problema moral. Y en el siglo XX pervive esta percepción de este fenómeno como una revelación de un sufrimiento humano inmejorable, que se anuncia a finales del siglo XIX en las nihilistas consideraciones del eterno retorno, y en las lúgubres imágenes de de Van Gogh, y en la confrontación mitológica de la libido y el instinto de la muerte freudiano (Foucault, 1986, p 51).

Foucault resume como importantes consideraciones sobre la locura que se hicieron en la época clásica que la “La locura se convierte en una forma relativa de la razón, o antes bien locura y razón entran en una relación perpetuamente reversible que hace que toda

locura tenga su razón, la cual la juzga y la domina, y toda razón su locura, en la cual se encuentra su verdad irrisoria” (Foucault, 1986, p 55). La locura es lo contrario y lo recíproco a la razón. Según Foucault, nos cuesta ver la verdad parcial y transitoria de la apariencia y tendemos a tomarla como la verdad única, desde los dominios de la razón platónica. Mientras en la locura, la apariencia de verdad representa una contradicción. Todo lo percibido tiene dos caras contrapuestas, La cara exterior es la negación de la cara interior. El miedo a la muerte, es la necesidad imperiosa y dominante de querer seguir vivo. La sin razón de la locura es lo aparente exterior de una razón particular y con menos o ningún asidero del mundo exterior.

Por otra parte, Foucault también considera que “La locura se convierte en una de las formas mismas de la razón” (Foucault, 1986, p 58). La locura escapa a las sombras del mundo y surge como una variante opositora de la razón. Existe una u otra, existe una por la otra. La locura sólo puede ser explicada en relación con la razón. Este contrapunteo de la sin razón y la razón, no es una invitación, como se ha podido malinterpretar por muchos psiquiatras, a desconocer la existencia de las enfermedades mentales como hicieron los antipsiquiatras. Es solo el enunciado discursivo predominante en la época clásica en torno a la locura, develada por Foucault, que le permite entender la praxis médica de la época de la imposición de disciplina asilar, encerramiento, aislamiento, torturas como tratamientos psicológicos para revertir a estos pacientes a la razón. Foucault equipara la experiencia de la locura y la normalidad como fenómenos dignos de ser abordados ontológicamente, no hace ninguna consideración desvalorizante de la concepción médica patologizante. Foucault nos muestra arqueológicamente los enunciados discursivos imperantes.

Podemos concluir como Gros (1997, p 39) establece la concepción de la locura en el Renacimiento guarda relación dialéctica con la Razón (conciencia dialéctica). Pero creo, más bien que hay una conciencia acrítica; ya que, no existe una conciencia problematizada de la misma. Sólo plantea una modalidad de separación de contacto, es decir, que la razón y sinrazón se sitúan una al lado de la otra, como verdades epistemológicas de la misma valía autoproclamada y sin necesidad de disputa. Y la locura no está aún designada como anormalidad, sólo circula sin control social. Pero en la transición hacia la época clásica, la conciencia social sobre la locura se torna dialéctica y crítica

### **El Gran Encierro o la Gran Maníafobia**

Para Descartes “la locura queda excluida por el sujeto que duda” (Foucault, 1986, p 77) porque quien está loco no duda de lo que percibe, de su visión de mundo y quien detenta la razón puede dudar de los errores o distorsiones de lo percibido. Esta aceptación de la sinrazón en el siglo XVI puede avisar confusiones epistemológicas sobre la subjetividad del abordaje de la locura como verdad; pero el pensamiento cartesiano del siglo XVII nos adjudica los derechos de una verdad objetiva sobre el pensamiento positivista psiquiátrico de los próximos siglos. La racionalidad no permite validar la sin razón como experiencia homologa a la razón, y se considera como un desperfecto y alteración la primera de la segunda

La locura presente en la vida cotidiana como otra forma de experiencia, permanece libre hasta ser reducida en la época clásica. La locura es ubicada espacialmente y

socialmente en una zona de segregación. Esto ocurre desde la creación del Hospital General de París en 1656 donde son adjudicados y también la incorporación de los enfermos mentales junto con toda clase de indigentes, vagabundos, malvivientes y criminales en los antiguos leprosorios, que logran ser más de veinte mil en toda Europa. Casi un 10% de la población parisina es encerrada. En estas instituciones, se recluye, se confina y oculta a la locura ¿Por qué son homologados a los excluidos sanos por conductas fuera de la normatividad social vigente? Como si fuera un nuevo sortilegio enredadizo de la Moira Laquesis, se anudan el destino de estos grupos sociales disimiles en una misma alterofobia generalizada. Lo que se parece es igual, la marginalidad social, repudio moral, pobreza y descuido humano los equipara socialmente

Pero estas instituciones de encierro no tienen un carácter médico, son sólo espacios jurídicos de acceso cuestionable, a través de las famosas lettres de cachet y otras medidas judiciales o por la misma realeza. Se nombra un director y un médico para cada centro, acompañado de las medidas de contención rudimentarias farmacopeas de la época y de dispositivos de tortura, amenaza e inmovilización de mayor tenor tecnológico. Son estrategias de control social de esencia burguesa y monárquica, donde la iglesia es excluida en un principio. El Rey lo coloca bajo la regencia civil de la Gran Lismosneria, que bajo protesta del parlamento queda bajo su coordinación y luego es regido por un comité mixto con el arzobispo, miembros del tribunal y civiles (Foucault, 1986, p 80-83). Desde su inicio, estos espacios de segregación son competidos para su dirección, se les reconoce en ellos la posibilidad de control social, en apariencia, administrativa y económica, pero de manera latente, quizás se vislumbran como futuros espacios de poder político, económico y social.

Pero pronto se evidencia la fuerte carga económica que representan estos asilos psiquiátricos y El Estado, no por disminución de la alterofobia a estos excluidos sociales, decide cobrar a los miembros de familias más pudientes y ubicarlos en ciertas alas de los edificios; y surgen asilos privados como el de San Lazaro. Pero también trata de incorporar en el sistema productivo industrial capitalista a los rentabilizables con bajos salarios y protecciones laborales

El leproso tiene una intención médica de curación, que la tecnología médica no pudo lograr mejor para este momento y de prevención de epidemias, al evitar el contacto con personas sanas; pero los hospitales y pensiones para desviados de las normas sociales (conductas criminales o psiquiátricas) es para evitar el afeamiento y peligrosidad de las calles con estos parias del destino o biografías retorcidas por Laquesis. Es la exclusión de lo no tratable o abordable, con interés alterofílicos por los sanos, prósperos ciudadanos o mano de obra viable un menor, en desmedros de los menos capaces o inhabilitables. Estos grupos sociales sin futuro son los nuevos segregados y excluidos por la época clásica. Los odios y los temores se mantienen, el objeto de los mismos se renueva o diverge.

“La práctica del internamiento designa una nueva reacción a la miseria, un nuevo patetismo, más generalmente otra relación del hombre con lo que puede haber de inhumano en su existencia” (Foucault, 1986, p, 90). Las concepciones religiosas protestantes y católicas coinciden en el origen divino predestinado de la pobreza y la enfermedad desde la Edad Media, pero se plantean una disposición caritativa como

accionar contra estos execrados morales y por eso vemos como extienden su participación en la regencia de estas casas de reclusión y corrección. También esto aumenta su poder eclesiástico sobre la sociedad y su economía

En la época clásica, la locura es desacralizada y reducida a su internamiento, única posibilidad de beneficio social de corte estatal o religioso, no hay caridad extra-asilar. Este es un encierro más de la sociedad sobre los orates. Pero estos son tiempos pre-psiquiátricos, la locura no es encerrada para su curación, sino que los enfermos mentales resultan segregados junto a los otros extraños asociales (vagabundos, menesterosos, incapacitados, etc.) y antisociales (criminales); pero no son sometidos al exterminio por razones humanitarias religiosas. “En ese sentido, rehacer la historia de ese proceso de ostracismo es hacer la arqueología de la alienación” (Foucault, 1986, p 129)

Pero este esconder lo menesteroso y marginalizado de la sociedad en el internado que “no sólo ha desempeñado un papel negativo de exclusión sino también un papel positivo de organización” (Foucault, 1986, p 132), lo cual permitirá en el siglo XIX la formación de una práctica psiquiátrica, una ordenación específica del tratamiento y ordenación disciplinaria de los verdaderos alienados mentales. Otras experiencias humanas vecinas a la locura, tales como, las desviaciones sexuales, profanaciones religiosas y libres pensadores, que pasan desapercibidos en el siglo XVI, terminan encerrados a partir del siglo XIX, ampliándose el horizonte de la sin razón y del saber y poder psiquiátrico futuro. Sade en el siglo XVIII es la mejor representación de estos nuevos excluidos sociales e incluidos en el mundo de la insania mental

La época clásica anuda laquesianamente la locura con las conductas desaprobadas por la ética. Los pacientes portadores de enfermedades venéreas pecadores distinguidos previamente de los adquirientes accidentales, son arrojados al destierro encarcelado junto a todos los otros excluidos ya internados. Los sifilíticos evolucionaran inexorablemente hacia su deterioro mental y moral. Pero para el siglo XVII, las enfermedades mentales son vistas como problemas morales a ser corregidos, no como enfermedades a ser tratadas. Todos estos libertinos mentales y corporales son sometidos al encierro pre-psiquiátrico para ser, más tarde, entregados a la psiquiatría en el siglo XIX

Durante el siglo XVII y XVIII, los enfermos venéreos compartirán el mismo destino excluyente que los enfermos mentales, anudándose estas dos experiencias en una estigmatización transferida de los pecadores corporales a los equivocados mentales. “La locura va avecindarse con el pecado, y quizá sea donde va a anudarse, para varios siglos, este parentesco de la sin razón y de la culpabilidad que el alienado aún hoy experimenta como un destino”. Queda anudada la culpabilidad moral con la psicopatología, pero esto hunde en un mayor rechazo social a los alienados mentales, pero salvaguarda del castigo de la muerte a los herejes, blasfemos y libertinos, que desde el siglo XVII pasan a tener redención por medio de medidas correctivas intra-asilares

Una vez más Laquesis tuerce sus hilos hacia el lado siniestro, donde la locura deja de ser una experiencia estética singular y pasa a tener un compromiso ético negativo. Se engrandece, más aún, las fronteras del ámbito de la sinrazón y la alterofobia para los hijos mortales de Urano, dios primigenio de la locura, primer dios castrado del sexo, del poder, dios del descontrol de los impulsos, de la sexualidad desmedida y de la violencia.

No en balde, Venus, la diosa de la promiscuidad sexual, proviene genésicamente de sus genitales, una vez descuartizado por Saturno y arrojado en pedazos al mar; y las furias, diosas de la venganza y la violencia, de su sangre derramada. Saturno es el dios heredero de la locura filicida de su padre, teofago de sus hijos y fraguador de la Titanomaquia, guerra de los titanes (hermanos de Saturno) contra sus propios hijos liberados de su estómago por la aplicación de vomitivo por Zeus (dioses olímpicos)

La corrección moral que requieren los pecadores sexuales que cumplen penitencias inútiles en este encierro terreno que los absolverán en la eternidad. Esta purificación de los cuerpos y las almas de los venéreos es derivada a la experiencia de los locos vistos como perdidos en la sin razón (delirantes, homosexuales, herejes, librepensadores, etc.). Con lo cual, debemos establecer una clara y precisa delimitación entre la razón y la sin razón, lo normal y lo anormal, lo sano y lo patológico, pero desde una vertiente pecado o virtud, moral o inmoral. Con esta restricción correctiva de los culpables, queda a salvo el interés público y familiar, que como garantes de la razón pueden demandar la necesidad de encerrar al desviado social

Este poder de represión social está dado principalmente por la autoridad real, y subalternamente por la justicia y la religión, pero representando las demandas de protección social de la familia. Hasta que en el siglo XIX, todo conflicto de la familia con algunos de sus miembros pasa a pertenecer a un espacio privado, el espacio psicológico. Todo aquel que atenta contra la familia: “caía en el mundo de la sinrazón. Y al convertirse así en forma principal de la sensibilidad hacia la sin razón, la familia podrá constituir un día el lugar de los conflictos de donde nacen las diversas formas de la locura” (Foucault,

1986, p 146). Es el primer reconocimiento foucaultiano de la familia como ente primario social que interviene en la sociogénesis de la enfermedad mental

Por otra parte, Foucault denota el inicio discursivo de la interdicción psiquiátrica, donde se exime de culpabilidad a los locos que cometan homicidio, suicidio o conductas violentas en la Ordenanza de 1670 donde el artículo I del Título XXII, reza que recibiría castigo si dicha conducta ocurre: "A menos que haya ejecutado su designio y cumplido su voluntad por la impaciencia de su dolor, por violenta enfermedad, por desesperación, o por furor que le haya asaltado". (Foucault, 1986, p 149). Esto es un reconocimiento sorprendente que acaece en el siglo XVII, donde el saber y poder psiquiátrico aún está en una fase preliminar. Aunque los enfermos mentales quedan eximidos de la pena de muerte por estas consideraciones legales, son sometidos a prácticas correccionales con aparatos de coacción y medios de torturas. Benévolas diosas las parcas, benévolos tus hijos putativos, benévolos son los integrantes del aparato judicial-asistencial de la benévola época clásica

La locura comienza a reconocerse a sí misma a finales del Siglo XVII, forma parte del mundo de la sinrazón, el encierro y la corrección moral, pero su irracionalidad lo agrupa en campos específicos del Saber y Poder psiquiátrico, a través de un proceso de proscripción específica de los otros grupos humanos encerrados, ocurrida dentro de las murallas asilares. Aparece la enajenación mental como un nuevo objeto del conocimiento; ya que estos pacientes no logran abandonar el mundo de la sinrazón, a pesar de todos los intentos correctivos de las instituciones. Los delirios y las obsesiones no ceden a la coacción social, remiten transitoriamente de manera breve o persisten de manera

obcecada. Se han deslizado estas experiencias del mundo de la sinrazón al de la enfermedad, pero esto ocurrirá progresivamente en el siglo XVIII hasta lograr el reconocimiento psicopatológico positivista de la psiquiatría en el siglo XIX.

Se internó a los “encerrables” por su peligrosidad potencial y a los locos sin riesgo de violencia. La furia de algunos locos es la justificación de su encierro y su incapacidad para procurarse su modo de vida más allá de la actividad menesterosa los confina a la zona de olvido y silencio social, sin precisar la existencia asociada o primera de criminalidad. Pero su vigilancia permanente, nos permite su diferenciación de los alienados no psicopatológicos. Hay que recordar que no se internan por ser considerados enfermos y tratar de curarlos, sino por ser culpables de malvivir, exponer al peligro y al escándalo, al resto de la sociedad y la familia.

Su homologación a la condición de alienados por la primacía de la sinrazón con el resto de los marginados sociales, permite un proceso de decantación social por reconocimiento de lo patológico, que transcurre a lo largo del siglo XVIII, donde se intenta su frustrante corrección moral, para luego culmina con su medicalización psiquiátrica en el siglo XIX. En algunos centros existen médicos que acuden cuando alguien se enferma, mientras en otros no. En algunos internados se reciben enfermos mentales, en otros no; y en algunos hospitales u hospicios se reciben a los potenciales curables y en otros a los incurables. Toda esta decantada discriminación, va a provocar a goteo un reconocimiento social ineludible de la alienación mental, pero no en base a consideraciones éticas alterofilicas, sino por percepción médica de conductas desviadas por equívocos de la mente. La a-

socialización los homologa a otros infelices desterrados, sus desvaríos del pensamiento los hace integrante de un nuevo grupo social, los enfermos mentales

La búsqueda de la historia de la locura, nos devela la historia de la alienación social de los execrados (pobres, menesterosos, vagabundos, blasfemos y libertinos, etc.), que se intercambian entre sí sus sombras funestas de desplazados de la razón capitalista burguesa de una sociedad pre-industrial, que al transformarse en industrial, desmiembra estas agrupaciones de poseídos, para rescatar a los recuperables como fuerza de trabajo y desecha a los enfermos mentales más deteriorados por considerarlos con benevolencia incapacitados irrecuperables

Finalmente, según el esquema de análisis de Gros (1997, p 39) podemos concluir que la concepción de la locura en la época clásica está sustentada por una conciencia social dialéctica o crítica, donde la razón y la sin razón están contrapuestas, en una relación de fortaleza social para la primera y desprecio alterofóbico para la cuestionable moralmente sinrazón; y como ahora, el encierro, los visibilizan, aún en condiciones homologadas social y moralmente con otros sin razón y sin psicopatología asociada, compartiendo nomotéticamente, el mismo significado de transgresores sociales (conciencia práctica). Por otra parte, se manifiestan en una conciencia enunciativa, puesto que sus discursos y conductas erráticas, los delimitan ideográficamente de los no locos no (conciencia enunciativa). Y después de identificados por la parca praxis médica existente en los asilos, se suscita sobre ellos, la ambición de adicionarlos al análisis de la razón teórica (conciencia analítica) previa transformación discursiva, en enfermos mentales

## **El Fariseísmo Filantrópico de Pinel:**

Este Saber de la sinrazón es desplazado por la designación de la locura como enfermedad mental. El positivismo de la racionalidad médica del siglo XIX empieza a “procurar hacer callar los propósitos de la sinrazón para no escuchar, más que las voces patológicas de la locura” (Foucault, 1986, p 172). La expulsión del Marqués de Sade de la casa de Charenton por considerarse que su insania por “vicios sexuales” merece la prisión; pues no se le considera un alienado mental sino un sujeto jurídico no interdictable; es una verdadera metáfora viviente de la desalineación de la locura de los otros tipos de alienación social no psicopatológicos

Por otro lado, el famoso médico Philippe Pinel (1745 – 1826) está proponiendo un tratamiento moral, atención más humanitaria de los enfermos mentales. Este intento filantrópico saturninofilico no es “más que la reconciliación de la conciencia dividida del siglo XVIII. El internamiento del hombre social logrado en la interdicción del sujeto jurídico” (Foucault, 1986, p 206). Se reconoce al enfermo mental como incapacitado y su psicopatología limita su papel legal, lo somete a interdicción y aislamiento social.

Esta incursión de Pinel en la locura, ocurre cuando funda el primer Hospital psiquiátrico en Francia y luego transferida a los hospitales de de Bicêtre y Salpêtière y más tarde por Tuke (1732 – 1822) en Inglaterra. Se promociona cambiar el sofocante aislamiento y tortura de los alienados por tratamiento médico y humanitario. Pero Foucault nos recalca, desde otra visión más crítica que lo que se formula por Pinel sobre curar y bien tratar no coincide con lo que se evidencia en la práctica, estrategias

pedagógicas moralizantes, gobierno de la conducta, imposición severa de un orden disciplinar. El evangelio nos anuncia que seremos juzgados por nuestras obras. Pinel: ¡Fariseo!, Tienes a los enfermos mentales en la boca y en tus escritos, no en tu corazón.

En el siglo XIX el sujeto con enfermedad mental queda hospitalizado por una doble razón, “el de la locura, natural, y el de la interdicción, jurídico, que le hace caer bajo el poder de Otro: otro en general, representado, en el caso, por el curador”. Este discurso, homologa la locura con la enfermedad (Foucault, 1986, p 210). En cambio durante la época clásica, la alienación, estaba inscrita en la sin razón; por lo cual se homologa con los merecedores de una penalidad ética; ya que estuvo signada, según Foucault (1986) por:

Una toma de conciencia por la cual el loco es reconocido por su sociedad como extranjero en su propia patria; no se le libera de su responsabilidad, se le asigna, al menos bajo la forma de parentesco y de vecindad cómplices, una culpabilidad moral. Se les designa como el Otro, como el Extranjero, como el Excluido” ( p 210).

En el clasicismo es inevitable el rechazo moral de la locura por considerarse como resultante de trasgresiones a las normas éticas y religiosas. El internamiento es una penitencia para lograr la absolución social. La sinrazón es inhumana, la razón humana. No es posible entre los siglos XVI y XVIII dar un trata humano a los locos. Pero para la época de Pinel no es posible castigar la locura que no es más que un avatar sobrepuesto forzadamente sobre la razón, por lo que se indignan muchos médicos como él, ante los maltratos y abusos recibidos por sus guardianes y cuidadores. La metáfora de la frase de que Pinel libera a los locos de su cadena, no es más que la liberación de las torturas de

estos y demandar atenciones especiales dentro de los correccionales, pero se proponen maniobras de obediencia y un orden disciplinar, que no termina de entender la limitación de la enajenación mental. No se quiere castigar la culpa, se reemplaza por la corrección “pedagógica” del delirio y la conducta inadecuada. “Y he aquí lo que dice Pinel, para el cual el despertar a la verdad no tiene ya sentido en la curación, pues no conoce otro método que la obediencia y la ciega sumisión” (Foucault, 1986, p 139). Nueva forma de coacción social, con menor derrame de sangre, pero que perpetua los sufrimientos de los afligidos orates.

Sin embargo, es imposible reconocer que las condiciones higiénicas, inmobiliarias y de trato social mejoran para la mayoría de los enfermos mentales inquilinos de estas instituciones psiquiátricas. Aunque persisten severas estructuras de control y encierro para los enfermos más furiosos o que sirven de restricción de los alienados que no se someten al tratamiento moral por desobediencia opositora a las medidas pedagógicas impartidas a sus mentes enfermas. No termina de haber piedad, ni con la aparición de Pinel, para los hijos humanos de Mania. Laquesis no desenreda los hilos, sólo los afloja.

El descontrol de impulsos y la agitación psicomotriz como la registraría la fenomenología psiquiátrica más reciente, es decir, el desborde desmesurado de la vida instintiva son vistas como regresiones evolutivas conductuales a la animalidad o bestialidad. Esta última es vista en el Renacimiento como una experiencia alegórica de la sin razón; mientras que en la época clásica es lo que aleja de toda consideración humana a la locura, su percepción amoral, obnubila todo sentido de percepción patológica sobre ella. No se castiga para pagar la culpa, si no para constreñir al individuo transgresor. Benévolo

Pinel, benévolo algunos psiquiatras nosocomiales de la contemporaneidad que perpetúan aún los maltratos físicos o psicológicos o castigan con su desdén, de olvidar el tratamiento psicoterapéutico en las instituciones psiquiátricas, durante las estadías hospitalarias, descuido iatrogénico.

### **De lo Taxonómico surge la Etiología de la Enfermedad Mental:**

Desde el siglo XVI, la locura se aleja de la razón, sin abandonarla en una relación referencial que la acredita y la contrapone; aunque permanece encerrados en la sinrazón que los esconde y difumina entre el conglomerado de parias del destino. Sin embargo, sobre esta verdad acontecimiento, se va plasmando una verdad demostrable, que se van dando durante el siglo XVIII, a través de los diversos intentos de clasificación de las enfermedades mentales con consideraciones netamente metafísicas y teológicas. Esta tarea taxonómica proseguirá en el siglo XIX con un carácter más científico positivista.

No se observan los signos de la locura en los siglos XVI y XVII, sólo se puede identificar al loco por su accionar al margen de las reglas sociales convencionales debido a que su pensar sigue dictámenes con una lógica fuera de este mundo, su lenguaje verbal y no verbal diferente al de los otros exteriores (personas sanas). No concuerda sus conductas con la de los hombres “normales”. Lo taxonómico se evidencia en el siglo XVIII donde se estructura un orden de enunciados que arborizan el árbol de la locura, sin poder aún acceder a su definición o génesis

Bernard Le Bovier de Fontenelle (1657 – 1757) es un filósofo mencionado por Foucault, que establece la necesidad de comprender la pluralidad de los mundos al ser aprehendidos desde distintas ópticas del conocimiento. Foucault (1986, p 286) nos refiere, que siguiendo la óptica de este autor, la locura tiene una doble esencia, se encuentra como una opuesta a la razón, con una razón propia diferente a la de los otros (verdad demostrable) excluida de toda racionalidad; y a su vez se encuentra subordinada en una relación negativa moral con la razón, por no cumplir con lo razonable y consensuado socialmente (verdad acontecimiento). La locura queda segregada y sometida a la razón, por presentar conductas diferentes a las personas “sanas” y desaprobadas socialmente

La primera vertiente originará un discurso que intenta ser objetiva evaluación de la enfermedad mental, el discurso médico que va ocurriendo tras las murallas de los internados. Es lo que se va hilvanando en el discurso propio de la historia de la ciencia. Mientras que el enunciado de la locura como realidad no razonable justifica una aprehensión moral sobre ella, un detenerse a conocer la interacción entre los enfermos con sus cuidadores, médicos y la sociedad. De aquí, Foucault pretende adquirir contenidos para formar su historia atípica de las ideas, su arqueología del Saber y Poder psiquiátrico (Foucault, 1986). Se integran estas dos realidades y esto ocurre por:

...un deslizamiento de las perspectivas gracias al cual las estructuras de lo razonable y las de lo racional se han insertado las una en las otras, para formar finalmente un tejido tan denso que durante largo tiempo ya no será posible distinguir las. Se han ordenado progresivamente a la unidad de una sola y misma locura percibida toda en conjunto por su oposición a lo razonable, y por lo que ofrece de sí misma a lo racional (p, 288)

Pero a partir del siglo XVIII, en el discurso médico, que no guarda relación siempre con la praxis médica, aunque a veces intente darle soporte, esta consideración negativa moral sobre la locura es desplazada por una búsqueda de positividad de signos conductuales para poder identificarla y categorizarla; ya que, está claro ya, que la locura es la ausencia de razón, no una variedad de la razón paralela a la razón misma. “El loco, por lo tanto, no puede ser loco para sí mismo, sino solamente a los ojos de un tercero, que, tan sólo él, puede distinguir de la razón misma el ejercicio de la razón” (Foucault, 1986, p 290)

En la época clásica, la locura es vista como una experiencia de negatividad de la razón, pero que repite el contenido de la razón, sin lógica y fuera del contexto sociocultural compartido por los otros exteriores. La locura es “el vano simulacro de la razón” (Foucault, 1986, p 290). El pormenorizar las expresiones sintomáticas de la enfermedad mental en el campo médico, es la exploración de este contenido ausente y presente en la razón, por el cual se interesaran muchos psicopatologos del siglo XVIII y XIX.

Francois Boissier de Sauvages (1706 – 1767), médico botánico francés, siguiendo el interés clasificatorio del botánico Linneo, crea la primera taxonomía médica, donde enumeración de los síntomas positivos y los estructura en base a género y especies, es decir, categorías y subcategorías nosográficas. Además muestra poco interés por lo deficitario o negativo como síntomas a tomar en cuenta en estas nosografías. Son muchos los intentos clasificadores de la enfermedad mental que se inscriben en esta primera iniciativa médica: Plater (1609), Jonston (1644), Sauvages (1763), Linneo (1763) y Weickhard (1790)

En todas ellas, se enmarcan con frecuencia, la presencia de alteración de las ideas en su calidad y en su contenido, pero también las nociones de verdad de estas experiencias. Por otro lado, se evidencia, que aunque, algunas taxonomías persisten estructuras de concepción negativa morales de la enfermedad mental, la mayoría y en orden de progresiva aparición en el tiempo, se centran más en crear categorías de contenido positivo psicopatológico

También estas taxonomías van haciendo cada vez más un tenor etiológico en la percepción de nuevas nosografías, si derivan de la imaginación, del cerebro, en los sentidos, en el alma, etc.), es decir, causas físicas y causas psicológicas. Sobre todo se centran en excesos de la pasión y de, la imaginación, o provenientes del delirio. Todavía no se realizan ninguna consideración sociogénica de la enfermedad mental. Estas clasificaciones que se centran en determinar lo etiológico, no guardan relación con la terapéutica rudimentaria que se aplicaba a la enfermedad mental. Persiste un vacío entre el discurso médico que se centra en las formas de la locura y los acontecimientos de su trato social en las instituciones psiquiátricas

En la época clásica se establece la génesis de la enfermedad mental en causas próximas referidas a la traducción de experiencias espirituales a modificaciones estructurales físicas en órganos sensoriales y sistema nervioso central. En el siglo XVIII se asoman iniciativas de corroboración en estudios anatomopatológicos Se va dando simultáneamente un discurso médico versado en las causas lejanas de la enfermedad mental: obstrucciones intestinales, alimentos de mala o extraña calidad, acontecimientos amorosos negativos que

afectan el alma, otras pasiones, condiciones climáticas, lunatismo, herencia, enfermedades venéreas, hasta condiciones en la vida en sociedad etc. (Foucault, 1986, p 344-348).

Los eventos sociales que suelen ser relacionados en la génesis de la enfermedad mental, suelen estar referidos a eventos microsociales o de la vida cotidiana (exceso de lectura, exposición a obras teatrales, abuso de bebidas alcohólicas o placeres sexuales, etc.). Pero no revisten más que un carácter prejuicioso y opinático de algunos médicos. Todavía no se asoma una mirada sociológica en este panorama genésico. Y no es, sino hasta el final del siglo XVIII, tras reformas de las instituciones asilares, que se relacionan estas condiciones adversas sociales con la etiopatogenia de la enfermedad mental (Foucault, 1986, p 347)

El delirio por estar presente siempre en la mayor cantidad de taxonomías nosográficas psiquiátricas pasa a ser el síntoma cardinal y generativo de la mayor parte de las enfermedades mentales (frenesí, melancolía, demencia y manía, etc.). El delirio es el equívoco de la razón fraguado en el cerebro que atormenta al alma, es el lugar común en el pensamiento médico del siglo XVII y XVIII. En el siglo XIX se superaron estas disquisiciones teológicas del alma. Ya Voltaire en el siglo XVIII nos anunciaba el cambio de la psiquiatría espiritualista (alma) y sensualista (sentidos) a una psiquiatría materialista (cerebro), enunciado discursivo aceptado mayoritariamente en el discurso médico del siglo XIX.

El delirio en el clasicismo se origina de la presión generada por un temor desmedido sobre las fibras medulares, que se va haciendo más grande, en la medida persiste la pasión

suscitada por una situación ambiental o, tal como lo plantea Sauvages en el siglo XVIII (Foucault, 1986, p 358). Lo ambiental y lo emocional (pasión) que media entre el alma y cuerpo, queda sutilmente esbozado que la fuerza de la exposición a factores causales lejanos. Habrá que esperar con frustrante paciencia hasta los finales del siglo XIX y albores del siglo XX, para poder escuchar las propuestas teóricas psicosociales y sociopsicológicas, donde se detallan más la sociedad como causa “lejana” de la génesis de la enfermedad mental.

También el delirio es una perpetuación de una imagen mantenida obsesivamente por el enfermo por largo tiempo. Son visiones que provienen de la imaginación y son erradamente entendidas como nociones reales, tal como lo plantea Zacchias (Foucault, 1986, p 364). Es una explicación psicologicista, la mente distorsiona la realidad bajo la égida de las pasiones.

La locura es internada por estar confrontada con la razón, pero en la época clásica se difumina dentro de los centros correccionales, mientras pasa, poco a poco, a ser representada como la falta de razón. La locura en la época clásica “ha dejado de ser el signo de otro mundo, y que se ha convertido en la paradójica manifestación del no-ser” (Foucault, 1986, p. 388). ¿Se puede discriminar, encerrar, aniquilar lo que se ha convertido en la nada? Este encierro de tres siglos, le permite a la locura redefinirse, de manera más discreta y humilde, para ser merecedora de algún vano reconocimiento por la razón

Habrá que esperar a que Foucault nos explique en sus Cursos de Collège de France, el crecimiento exponencial de la nosología psiquiátrica a expensas, de nuevos descubrimientos o esferas sociopsicológicas patol gizantes, que extienden el patrimonio clínico del Saber y Poder Psiquiátrico. Pero en la opinión definitiva foucaultiana, la génesis de la enfermedad mental, no estará tan basada en el “vértigo del error, sino como insurrección de fuerzas” (Gros, 1997, p 72).

### **Los diferentes Rostros de la Locura:**

En el capítulo III de la segunda parte del libro “Historia de la locura en la época clásica” (1962), Foucault nos pasea por la diferentes y principales categorías nosológicas psiquiátricas del clasicismo, donde nos muestra siempre la locura alejada de la razón, La sinrazón es percibida como una realidad negativa de toda racionalidad, bordeada de expresiones variopintas positivas, que terminan de especificarlas de manera ideográfica, hasta que queden sometidas a la perspectiva positivista del siglo XIX.

#### **a) Demencia**

Designada de diversas maneras (demencia, amencia, estupidez, morosis, fatuidad) es reconocida en el siglo XVII y XVIII como la expresión máxima negativa de la locura, sin dejarse nunca delimitar por sus contenidos positivos. “De todas las enfermedades del espíritu, la que permanece más cercana a la esencia de la locura” (Foucault, 1986, p 392). La negatividad está dada por los errores y desordenes de pensamiento de la no razón. Puede presentar todas o cualesquiera de las manifestaciones psicopatológicas. Se

presupone una afectación del cerebro y de los espíritus, con todas las expresiones anatomopatológicas en exceso o déficit que se registran como pruebas de su génesis orgánica o perturbación de los espíritus. Se le adjudican como etiologías: causas hereditarias, congénitas, tóxicos animales, vejez, opio, fiebres, tumores, gusanos que acceden al cerebro, Todo esto culmina en “la ruptura del espíritu con el mundo exterior” (Foucault, 1986, p 401) que terminan provocando calor o frío excesivo o deficitario a estructuras y fibras nerviosas por excesivo o falta de circulación de la sangre, lo que ocasiona una inhibición de la razón. Para el imbecil, como se le denominaba al retrasado mental, esta inhibición de la razón es por una parálisis del entendimiento que obedece, a temprana edad, a las mismas razones que en la demencia. Es una concepción orgánica incipiente, pero, aún, guarda un carácter especulativo

**b) Manía y Melancolía:**

Se dan todas las temáticas posibles en el delirio, pero sin perturbación del discernimiento, provocado por un humor alterado hacia lo positivo o negativo, con recurrentes e interminables pensamientos fijos, permaneciendo su génesis explicada por desequilibrios de los cuatros humores hipocráticos hasta inicios del siglo XVII, que enfrían o calienta los canales cerebrales para el paso de los espíritus, o vapores que suben por la sangre y perturban al cerebro. Lo que es explicación lógica etiopatogénica para la Melancolía se contraponen a la de la Melancolía, y viceversa. Génesis especulativa y abstracta basada en conjeturas sobre lo observado sobre piezas anatómicas de cadáveres de orates. Para el siglo XVIII se deslegitimizan los espíritus causales pero persisten los líquidos o sólidos corporales etiológicos

**c) Histeria e Hipocondría**

Algunos autores no las ubican como enfermedades mentales, sino como espasmos o debilidades nerviosas, respectivamente. También, son consideradas condiciones opuestas o diferentes no relacionadas entre sí. Los espíritus son muy calentados (histeria) o sólo irritados (hipocondría). Pero a finales del siglo XVIII las anudan en una etiología contrapuesta e inversa, pero que se unifican progresivamente en el campo de la taxonomía y se consideran como enfermedades mentales. Las asemeja la queja somática y las difiere lo paroxístico de la primera frente a lo continuo de la segunda en su presentación clínica. Se dan los mismos elementos explicativos de los otros trastornos mentales, mencionados anteriormente: estancamientos de sangre, bloqueo del paso de espíritus, resequedad o calor versus humedad y frío excesivo de estructuras cerebrales. Nunca se considera la teoría del movimiento uterino hipocrático como base genésica de la histeria, sino la inhibición del paso de líquidos uterinos, y de sangre por el hipocondrio para la hipocondría.

El dar explicaciones etiopatogénicas corporales a las enfermedades mentales, es un denominador común del discurso médico de la época clásica. Sin embargo, se plantean algunos asideros microsociológico en la histeria. Al observar que es más frecuente en las mujeres de elevada fortuna y comodidad, donde el ocio y los privilegios sociales, parecen hacerlas más permeables a los espíritus. Las mujeres sometidas al trabajo duro eran menos susceptibles, sus corazones endurecidos ante las mortificaciones del mundo, aumentan su densidad moral y la resistencia de sus órganos; a diferencias de las damas llenas de muchas debilidades de su entereza moral por una ociosidad relajada (Foucault, 1986, p

450), por una “sensibilidad simpática de su organismo, que vemos en cualquier parte del cuerpo”, sobre todo de las mujeres (Foucault, 1986, p 456). Lo moral, lo social vulnera o fortaleza, incipiente concepción sociogénica de la enfermedad mental que nos permite entender el mayor alcance epidemiológico de la histeria en determinados grupos sociales, aunque la base genésica responda más a contenidos éticos, que sociales. El siglo XVIII no escapa aún de lo meramente filosófico, la importancia de lo social queda relegada para los próximos siglos.

### **La Maniafobia o Dementofobia Social los encierra y los libera:**

Es en el siglo XVIII, que desde el encierro y olvido social de la locura de los dos siglos precedentes, esta emerge con gran interés social como verdad acontecimiento. Ya la obra de Denis Diderot, “El sobrino de Rameu” lo anuncia, cuando el alienado personaje satiriza el desdén social hacia una manera diferente de razonar a la razón misma, la sin razón. “Prefiero ser, y aún ser un impertinente razonador, que no ser” (Diderot, p 433), donde también se delata que la “presión de ser en la sinrazón, la imposibilidad de mediación” (Foucault, 1986 – Vol II, p 15). No se aproximan la razón y sin razón, persisten paralelas sin comunicación ni comprensión, pero si guardan relación de subordinación jerárquica la segunda de la primera.

El miedo social a la locura, que nos es más que el miedo a los locos por su peligrosidad latente en conductas desbocadas de violencia y rebeldía, se tuerce en sí mismo, mostrando su reverso, como hilos del hades en manos temblorosas de Laquesis, y toma un nuevo cariz, el miedo a todos los males que emanan del encierro prolongado de la locura, una

maldición que se esparce hacia el resto indolente de la sociedad, preocupada por ella misma con exclusión de los hijos de Lisa y Manía (diosas primigenias de la locura). Se cree que el escorbuto de la negligencia alimenticia de las víctimas del encierro se puede propagar fuera de estas prisiones.

Los asilos psiquiátricos asumen de nuevo la representación de los leprosorios, donde tardan en morir los reclusos, pero su prolongado existir los confina a extremadas concentraciones del mal que proviene de su sinrazón, de su oposición al mundo de los otros, los sanos. A quien se pretende contagiar. Todo este miedo persiste, a pesar de los informes de las autoridades y médicos, niegan la existencia de infecciones epidémicas o condiciones insalubres generalizables dentro de estos recintos. Estos rumores infundados no se acallan, crecen en el imaginario, pero las revisiones oficiales terminan reconociendo las condiciones insanas de los desgraciados residentes de estos hospicios (Foucault, 1986 – Vol II, p 28-30)

Se llama a los médicos para reparar las faltas sociales, o las suyas propias por el descuido alterofóbico hacia los alienados. No hay indulgencia con la sin razón hasta finales del siglo XVIII, pero esta aparente compasión e interés guarda un interés soterrado altruista. Se intenta una reforma asistencial basada en el saber acumulado por médicos que se encargan de estudiar, clasificar y tratar a los enfermos mentales (verdad demostrable). La pobreza, corrupción y enajenación amenazan con escapar de los hospitales psiquiátricos y esparcirse por toda la comunidad, como venganza demasiado diferida de la segregación, a través de vapores imaginarios que invaden las almas y los cuerpos. Pero, Foucault (1986 – Vol II) nos refiere.

que el homo medicus no haya sido convocado como árbitro en el mundo del confinamiento, para hacer la separación entre aquello que era crimen y lo que era locura, entre el mal y la enfermedad; más bien fue llamado como guardián, para proteger a los otros del peligro confuso cuyo transpiración atravesaba los muros del confinamiento (p, 31)

Por esta reflexión crítica de que la praxis médica no fue dirigida por un formal Saber psiquiátrico acumulado (verdad demostrada) e intenciones caritativas y bondadosas de los médicos hacia los recién descubiertos enfermos mentales, tal como nos los proponen las gloriosas páginas de todos los libros de historia de la medicina o de la psiquiatría, sino que obedecen a intenciones altruistas y benevolentes que delatan su alterofóbica y falta de la neutralidad afectiva que tanto Lain Entralgo (1969) nos recalca para la práctica médica. Este hallazgo de la arqueología del saber sobre el quehacer temeroso de la práctica médica, lo hace merecedor de toda antipatía y menosprecio apolíneo médico

No en vano logra esta reacción de animadversión psiquiátrica; porque no sólo denuncia todos los ideales médicos, rompe el mito pineleano creado por Esquirol, sino que lo hace a mediados del siglo XX cuando Henry Ey (1996) plantea una sólida base organicista (teoría organodinámica), que unía la psiquiatría y la neurología; y Jacques Lacan fundamento una psicoterapia institucional neofreudiana con una base sólida de sostén estructuralista. (Roudinesco, 1992, p 9- 13). Foucault irreverente, como buen hijo de Laquesis, viene a plantear un origen cultural a la enfermedad mental

Sin embargo, este encuentro azaroso entre la medicina y la locura en el espacio social donde quedo reducida esta última, ya hace mucho más tiempo antes de ser propuesta por

Foucault; ya que, todo ese conocimiento adquirido en el siglo XVII y XVIII sobre la enfermedad mental se puso al servicio de estos pacientes y que el positivismo que se anuncia para el siglo XIX logró “valorar la sinrazón, o más bien va a descubrir una razón nueva para defenderse de ella” (Foucault, 1986 – Vol II, p 32)

Pero este saber no elimina las casas de aislamiento social de la locura, la sanean, la ventilan y mejoran sus condiciones ambientales, higiénicas y de dirección. Algunos de estos centros terminan a la disposición de espectadores domingueros que acuden como espectadores de los excesos del libertinaje en la juventud, al ver los pacientes expuestos al público como maniobra pedagógica moral aleccionadora. (Foucault, 1986 – Vol II, p 34)

La enfermedad mental aún se mantiene en el limbo entre el ámbito de la moral y de las ciencias médicas.

### **Sociogénesis de la Enfermedad Mental:**

La no razón o delirio cerebral o enfermedad mental del positivismo es el anverso de las madejas de hilos que la inefable diosa devanea, de la sinrazón o problema de moral o locura del clasicismo. Hay que esperar, hasta finales del siglo XIX, ha que aparezca la psicología; para poder dejar atrás esa condición antiética de la enfermedad mental, para poder verla desde una perspectiva psicopatológica más que moral

A principios del siglo XIX, comienza el reconocimiento de la acción de la sociedad sobre la génesis de la enfermedad mental, “cuando el hombre parece insuficientemente contenido por los frenos sociales” (Foucault, 1986 – Vol II, p 42). Este es el enunciado

discursivo que explica el incremento desde finales del siglo XVIII de la cantidad de enfermos mentales. El autor también nos plantea que nos encontramos atrapados “en una sociedad que ya no frena los deseos, una religión que ya no regula el tiempo y la imaginación, una civilización que no limita ya los saltos del pensamiento y de la sensibilidad” (Foucault, 1986 – Vol II, p 42)

Ya se hablaba, en el siglo XVIII, de las condiciones sociales como el ocio y exceso de comodidad de las mujeres pudientes eran mediadoras de los cuadros histéricos, “donde la riqueza y el progreso aparecen como elementos determinantes de la locura” (Foucault, 1986 – Vol II, p 43). También se considera factor generador de patología psiquiátrica a la libertad de conciencia que se propaga en las sociedades modernas. Sin embargo, la libertad queda confiscada por los intereses mercantiles de un floreciente capitalismo industrial instaurado

Por otra parte, la religión crea “un espacio ilusorio favorable a todas las alucinaciones y todos los delirios” (Foucault, 1986 – Vol II, p 45-46) que puede vincularse al fanatismo o a la temática recurrente de los fenómenos adventicios psicopatológicos; o una excesiva formación religiosa nos hace proclives a estados melancólicos; o el desacato a la religión, consecuencia de los nuevos tiempos liberales, constituye una causa sociogénica de la aparición de la enfermedad mental, por la disminución de la contención social y moral que ella prodigaba. También el descuido a la realización de ceremonias y rituales religiosos, que solían marcar por ocupación su tiempo de existencia, dejaba a la sociedad muy libre y vulnerable al ocio y pecado (Foucault, 1986 – Vol II, p 48)

También se le adjudica poderes deletéreos sobre la salud mental, al creciente progreso de la civilización, que nos lleva a una vida muy cómoda, sedentaria y la excesiva presión que el desarrollo de la ciencia y el estudio somete al cerebro, sobre todo en las ciencias que hacen más uso de la abstracción que de los datos sensibles sobre la realidad; y la exposición a medios y eventos culturales que exaltan las emociones con excesiva intensidad, etc. (Foucault, 1986 – Vol II, p 49)

Todas estas manifestaciones sociales terminan estructurando condiciones sociales desencadenadoras de la enfermedad mental, a pesar de basarse en razonamientos poco rigurosos y sin evidencia empírica. Pero nos asoma la inquietud para tiempos futuros de que la sociedad nos enferma. “Sin duda, es esta sencilla dialéctica del bien y del mal, del progreso y de la decadencia, de la razón y la sinrazón, es muy familiar al siglo XVIII” (Foucault, 1986 – Vol II, p 56-57)

Desde la biología (Bichat, 1777- 1802) formula que todo lo que nos vulnera, se encuentra fuera de nosotros y nos amenaza con matarnos, Este enunciado se anuda, por sortilegio perverso de Laquesis, con lo que en el campo de la filosofía; Hegel (177 – 1831) ve como causa de la alienación mental, ese proceso de extrañamiento como consecuencia de la acción de las mediaciones (Foucault, 1986 – Vol II, p 59). Foucault como hijo de Laquesis, visibiliza los enunciados del discurso de la época clásica sobre cómo se comienza a pensar en el campo científico sobre la génesis social de la enfermedad. La sociedad tiene la potencialidad de alienarnos, de enfermarnos o eliminarnos.

Por partir de archivos históricos sustentados en un juego de desplazamientos estructurales, Foucault plantea una historia sociocultural que delimita una explicación sociogénica de la enfermedad mental. Por lo que se gana el reproche de los historiadores de la psiquiatría “Él no sólo les había robado el objeto de los deseos, sino que incluso amenaza con dejarlos sin lugar de ser” (Roudinesco, 1992, p 14). Por persistir, en su afán prometeico arqueológico de la sociopsicología, como base genésica de la enfermedad mental, Foucault no se conmueve ante los gritos de los psiquiatras que le denominan como intrusivo o expansivo.

Por otra parte, es importante resaltar la figura de Benedict Morel (1809 – 1873) fue un médico con gran influencia en la psiquiatría. Dio importantes recomendaciones para el saneamiento hospitalario en su época. Crea la teoría de la degeneración, en la cual, plantea que la enfermedad mental es el resultado de un proceso de deterioro mental que se inicia en la infancia y obedece a causas hereditarias. Pero luego, también reconoce la acción perniciosa y “profundamente desmoralizadora que ejerce la miseria, la falta de instrucción, la falta de previsión, el abuso de bebidas alcohólicas y los excesos venéreos, la insuficiencia de la alimentación...” (Foucault, 1986 – Vol II, p 62). La riqueza y la pobreza se unen en esfuerzo sociogénico de la enfermedad mental.

En el siglo XIX se analiza el elemento económico en relación las fuerzas económicas. Por lo que los intentos de tiempos anteriores de crear hospitales para quienes no pueden trabajar por motivos físicos; y asilos psiquiátricos para los incapacitados laborales por motivos psicológicos. Los nuevos intereses capitalistas e industriales no pueden conformarse, hay que lograr que los “extraños”, los siempre segregados locos, se puedan convertir en fuerzas de trabajo. Por lo tanto, estas instituciones psiquiátricas o de sujetos

de la sinrazón constituyen grupos humanos incluíbles desde la frontera de la exclusión, por motivaciones económicas, nada filantrópicas. Los alienados con capacidad laboral pueden ser liberados de la confinación y trabajar en las cercanías de los centros que ya no los excluyen, pero no los liberan. Impera un razonamiento instrumental.

Hubo algunos psiquiatras o psicoanalistas, que trataron de validar a Foucault en lo posible, como nos refiere Roudinesco (2007, p 126), autores como Henri Ellenberger y Jan Goldstein. Ellenberger en su libro sobre “El descubrimiento del inconsciente” en 1972, publicado mucho después de la historia de la locura de Foucault, propone una historia de la psiquiatría donde se acepta el origen cultural de la locura, pero sin descartar que también deriva de errores de la naturaleza. Pero que sólo se manifiestan como diversidades de expresiones socioculturales. A Foucault no le interesa la historia psicológica de la enfermedad mental, sino exhumar las verdades ontológicas de la misma (Roudinesco, 1992, p 22).

El libro “Consolar y Clasificar. Los errores de la psiquiatría francesa“ de 1987 de Goldstein, narra la historia de la psiquiatría francesa desde finales del siglo XVIII hasta el XX, donde valora los aportes foucaultianos sobre la diferencia entre la razón y sinrazón, el encierro de los locos, etc (Roudinesco, 2007, p 127). Dos funciones como consolar y clasificar sintetizan la evolución del Saber psiquiátrico. El consolar deriva de la compasión de la Iglesia prestada a la locura, hasta que ésta se desprende de los demonios. Los pacientes quedan al resguardo de los psiquiatras, quienes intentan su cura y defienden los valores de la ciencia, por lo que se inicia la taxonomía. Pero banaliza la coerción pineleana y lo coloca como un mediador de tratamientos posteriores más humanos y

científicos. También explica cómo surge la especialidad en medio de los debates de la Restauración y luego la monarquía de Julio, dando lugar a la Ley de 1838, que estructura los servicios asistenciales psiquiátricos (Roudinesco, 2007, p 28-30).

Se establece un debate entre los psicofisiologicistas (Broussais, Gall, Esquirol y Comte) y los doctrinarios (Jouffroy, Cousin), donde los primeros se autodenominan progresistas y se afianza en explicaciones fisiológicas que determinan la desestructuración mental; mientras que los segundos tienden a defender posturas psicologicistas, en torno a patologías como la monomanía y la histeria. Hoy en día, se mantiene la misma pugna, en torno a la depresión (Roudinesco, 2007, p 131-132) Sin embargo, muchos pensadores importantes contemporáneos mantuvieron una concepción negativa sobre Foucault (Deleuze, Derrida, Sartre, Althusser, etc.)

La etiología de la enfermedad mental es principalmente de naturaleza social; ya que esta aparece como consecuencia de una sociedad burguesa abusiva; que no permite que aquellas personas con vulnerabilidad previa de orden personalista o hereditaria, eclosionen la cristalización concreta de los desvaríos del delirio, los avatares de los estados de ánimo y los conflictos derivados de instintos no encauzados socialmente, desbordándose todo en una conducta, que el positivismo la ordenara como enfermedad mental. El enfermo mental es la apoteosis de este conflicto. La enfermedad deriva de las contradicciones sociales en las que el hombre está inmerso históricamente forzado a una alienación ineludible. Critica la visión positivista que impera en la primera mitad del siglo XX, que intenta la reducción de la experiencia fenomenológica tan rica y propagadora de las dificultades vivenciales de los pacientes, cuyo registro discursivo no debe perderse, para poder mantener un asidero historicista interpretativo de toda arqueología del Saber, historia de la psiquiatría y base

comprensiva de las psicoterapias. Y todo esto, solo, en aras mezquinas y reduccionista, de que predominen los procedimientos más tecnológicos, taxonómicos y psicofarmacológicos. Foucault nunca niega la existencia de la enfermedad mental como realidad médica, sólo que deriva su génesis, su platoplastia y cosificación objetual a lo social.

### **Los psiquiatras no son tan malos, sólo que también le temen a la locura:**

Surge a finales de la época clásica, la necesidad de reformar y reestructurar estos centros de internamiento y aparecen reclamos de querer darle el estatus médico de enfermos o los sin razón que por negatividad moral se les identifica como los locos. La disciplina psiquiátrica aparece como respuesta médica a la locura, con pretensiones de medicalizarla y acapararla como un nuevo orden de Saber y Poder médico. Estas iniciativas se observan, ya antes de los tiempos de la Revolución Francesa y se expanden como consecuencia de esta última.

Este proceso de apropiación médica pre-revolucionaria de la medicina sobre la locura, se debe a desplazamientos internos, tras murallas, de decantación de la población loca del resto de los sin razón: libertinos y demás marginados sociales. Se intenta una nueva separación de los alienados, pero esta vez, no es de carácter abstracto o estético, como la sin razón de la razón; sino separarlos de los personajes de conducta criminal por motivos antisociales. Lo asocial de la locura los confundía en una sociedad pretérita injusta, ignorante y poco solidaria. El desorden moral comienza a separarse del desorden mental.

No le hacen falta más castigos para expiar sus culpas, sino terapéutica para exorcizar los efluvios trastornados que surgen de su cerebro.

Pero como paradoja, se pretende un traspaso de dominio, más que una liberación de inocentes. El psiquiatra y sus asistentes y demás cuidadores sustituirán a los jueces, policías y vigilantes torturadores y atropelladores clásicos de los enfermos mentales. A razón de que se detendrán más en la asistencia cercana de estas personas. Nueva tentativa altruista pero no profundamente humana. Se intenta legitimar nuevos áreas del saber y poder médico, la psiquiatría, y reducir cargas económicas estatales, más que reivindicar a los perseguidos sin razón. El enunciado discursivo que lo sostiene es “que algo de esencial está sucediendo, que aísla a la locura y empieza a hacerla autónoma con relación a la sinrazón, con la cual se encontraba confusamente mezclada” (Foucault, 1986 – Vol II, p 74). La locura era sólo reconocida en la época clásica inicial; pero se intenta conocerla sólo a finales de la misma.

Pero los psiquiatras realizan varios deslizamientos poblacionales intra-asilares, los sujetos criminales o libertinos de los orates; los sujetos peligrosos según su nosografía etiológica, de los débiles mentales o benignos delirantes sin trascendencia explosiva; y los que se someten o no al sistema disciplinar institucional, es decir, los que requieren vigilancia permanente o no, aislamiento forzado o no, mayor o menor empeño disciplinar, etc. Todo esto ocurre sin que las categorías nosológicas, que como abstracciones surgen de la razón médica, coincidan con las improvisadas institucionalmente, emergidas de una razón meramente instrumental.

Los locos se dividen en imbéciles y furiosos, que requieren vigilancia, pero no revisten el mismo grado de peligrosidad. Se consideraran a todos los inquilinos permanentes de esta instituciones hospitalarias como insensatos, en vista de compartir realidades delirantes; pero discriminados como alienados o insensatos propiamente dichos; ya que los primeros carecen de toda razón o posibilidad de reconocerse a sí mismos y el entorno (demencia) y los segundo que todavía le es posible reconocerse. Esto los tamiza, a la hora de dedicárseles o no tratamiento. “El alienado está totalmente del lado del no sentido; el insensato es la inter-versión del sentido” (Roudinesco, 1997, p 34)

Para Foucault la necesidad prolija de clasificaciones psiquiátricas durante el siglo XVIII y XIX, obedece a la frustración médica de no poder conciliar la teoría médica y la experiencia psiquiátrica nosocomial). Esto se observa desde los trabajos de Pinel (1745 – 1826) hasta Bleuler (1857 – 1939), tal como lo registran las diferentes nosografías (Foucault, 1986 – Vol II, p 85)

No obstante, el siglo XIX es considerado el siglo de oro de la alienación mental porque ocurren incursiones humanitarias de mejores tratamientos y trato social, como el tratamiento moral propugnado por Pinel (Francia), quien es representante de la Revolución Francesa de la asistencia psiquiátrica y William Tuke (Inglaterra); el primero aplicándolo en ambientes asilares y a través de una severa disciplina y manteniendo cierto nivel de represión en los pacientes opositoristas a ultranza; mientras que el cuáquero y filántropo inglés, a través de estimular el fluir de las emociones y la estimulación de la autoestima en su granja “Retiro de York”. Los psiquiatras atienden a sus pacientes pero no dejan de tenerles miedo a los violentos

Esta dicotomía de atención propicia que condiciones sociales (excesiva disciplina y hacinamiento hospitalario) puedan constituir condicionantes estructurales sociales para mantener evoluciones tórpidas de la enfermedad mental, sustracción de derechos humanos a la felicidad y calidad de vida. “Así como el internamiento, finalmente, es creador de pobreza, el hospital es creador de enfermedad” (Foucault, 1986 – Vol II, p 120).

Otra nueva separación que subrepticamente se va instaurando en el siglo XVII es la que existe entre los pacientes que pueden constituir una fuerza de trabajo, por el menor o más benigno deterioro mental y los irrecuperables en términos ergonómicos. Esta nueva necesidad de delimitación surge en el contexto de aumentar la expatriación de mano de obra hacia las colonias de América con la fundación de la Compañía de Occidente en 1717 (Foucault, 1986 – Vol II, p 98). Buena y benévola excusa para reducir la carga asistencial, deshacerse de los parias no locos confinados, de los alienados violentos, de los enemigos políticos y de los enfermos mentales aprovechables por el imperialismo colonial pre-revolucionario. El médico es expuesto nuevamente a ser el artífice de la nueva separación social. Los locos también le temen a los médicos, pero, a veces, los acatan; y otras, se rebelan

### **La libertad no es más que un delirio más de la locura:**

Todos los integrantes de los hacinados asilos de la sinrazón fueron saliendo de estos, por las puertas de la ley para transferirlos a cárceles, por migraciones forzadas a las colonias americanas, por decesos mediados por Tanatos (dios de la muerte), o Medusa (diosa de la enfermedad física) o Poros (diosa del hambre y la pobreza), etc. En cambio,

los enfermos mentales “verdaderos” quedaron rezagados y confinados como invitados de piedra, liberados de los cuestionamientos morales recibidos por la sinrazón y las torturas desmedidas, pero abandonados de la razón y sometidos por tamizaje al castigo y mayor encierro, a los cuales intercede su buen sometimiento al tratamiento moral. Laquesis, benévola diosa, deja de torcer tanto los hilos hacia la siniestra. Aflojas por momentos las madejas de hilos, para más tarde retorcerlas más o cambiar de dirección la torcedura.

Foucault plantea que este proceso de rescate de la locura como un espacio social específico deriva azarosamente por una serie de iniciativas sociopolíticas y económicas que tratan de reducir las exclusiones sociales, tales como, reducción del número de nuevas internaciones, la Declaración de los Derechos del Hombre por la Asamblea Nacional que se opone al encerramiento de los ciudadanos sin previa autorización legal basadas en juicios o decisiones judiciales, puesta en libertad de los encerrados no locos sin condena previa legal. “El internamiento quedó, por tanto, de manera definitiva, reservado a ciertas categorías de justiciables, y a los locos “(Foucault, 1986 – Vol II, p 127). Es la diosa Tique (diosa del Azar), la cuarta parca o mejor dicho la falsa parca, que irrumpe intempestivamente fraguando eventos humanos no preconcebidos por las diosas del destino. Tique sabotea el trabajo tortuoso de Laquesis, deshebrando algunas de sus madejas siniestras, pero no lo suficiente para que la locura quede despojada de la confinación. Tique, sólo es traviesa pero no compasiva, también le niega la libertad a la locura.

Paradójicamente terminan encerrados con nuevos criminales o perseguidos políticos en las mismas instituciones anteriores, o algunos enfermos nuevos asignados a prisiones. No

hay hospitales específicamente destinados a los enfermos mentales. Continúa la execración dentro de la execración, exclusión dentro de la exclusión, encerrar y aislar

La metafórica liberación de Pinel de los locos encarcelados se refiere a un aflojamiento de las medidas punitivas disciplinarias sobre estos infelices, mediatizar la aplicación de la misma en base al éxito alcanzado por el tratamiento moral. La soledad de estos desamparados no ocurrirá nunca, siempre estarán acompañados de nuevos verdugos, con nuevas máscaras, decires y procederles. La libertad no es más que un delirio más de la locura.

El tratamiento moral nuevo control social postrevolucionario. ¿Cómo liberarlos? No es la pregunta que se hace la sociedad y el estado a finales del clasicismo, ni en el siglo de oro de la alienación, sino más bien, ¿Cómo no encerrarlos a priori? La nueva selección estará regulada por la legislación vigente fundamentada en el saber psiquiátrico científico alcanzado (Ley de 1830). Se regulara quienes deben ser internados, tratamiento a recibir y tiempo de permanencia asilar.

Sin embargo, es ingrato dejar de reconocer que las iniciativas de Pinel y Tuke representan el “advenimiento de un reconocimiento positivo de los alienados” (Foucault, 1986 – Vol II, p 131) y esta incursión médica que arroja a estos desdichados, permite delimitar un nuevo espacio social para los enfermos mentales, un espacio médico, un espacio de mayor valoración pero sin libertad. Es además un lugar común de la no razón sin vinculación a personas reprobadas moralmente o criminales. Surgen los hospitales

psiquiátricos, que se distancian más socialmente que físicamente; ya que se emplean algunos de los antiguos asilos de los sinrazón

Pero este anhelado encuentro entre la medicina y los enfermos mentales que se difiere hasta finales de la época clásica, no ocurre por una toma de conciencia ética de la medicina sino como resultado de una segmentación psicológica, moral y social que reduce la población asilar. Además, Foucault (1986 – Vol II), nos afirma que la enfermedad y la pobreza por primera vez en el mundo cristiano se volvían cosas privadas, no perteneciendo más que a la esfera de los individuos o de las familias, la locura requiere un estatuto público y la definición de un espacio de confinamiento que proteja a la sociedad de esos peligros (p, 135).

Hubo, sin embargo, intentos de devolución de los alienados a sus familiares, a través de la vigilancia de las autoridades municipales. Pero la sociedad alterofóbica se ve más tentada a proseguir en tentativas de supervisión, mejora y aseo de los sitios de encerramiento, que darle la libertad definitiva a la locura. “Formarían en su microcosmos, independiente, una imagen invertida de la sociedad: vicio, coacción y castigo reflejarían así como en un espejo la virtud, la libertad y la recompensa que hacen la dicha de los hombres” (Foucault, 1986 – Vol II, p 137). Estos son los anuncios de iniciativas humanitarias de los próximos siglos de las prácticas psiquiátricas.

Para Foucault (1986 – Vol II, p 143) esta asistencia intramuro cumple doble papel, por un lado nos garantiza la protección de los derechos humanos concedidos por la Revolución a los niños e insensatos, es decir, seres humanos que no son capaces por sí mismo de proveerse su cuidado y manutención. Pero también como protección de la

sociedad ante la posible violencia de la alienación mental. Como resultado los internados se transforman en centros de curación que requieren la reclusión.

La reestructuración (arquitectónica, disciplinaria, ética, terapéutica y administrativa), que ocurre desde adentro de las casas de internación, se va dando paso a la inserción de la medicina como vehículo que legitima el nacimiento del asilo. No es la iniciativa filantrópica médica (como la historia oficial de la medicina nos quiere hacer ver) la que inicia el nacimiento del asilo psiquiátrico, es el nacimiento del asilo, el que se convierte en el requirente de lo médico. Se le desprende de las cadenas a los enfermos mentales, y se les dispensa buen trato aunado al desarrollo de dispositivos de disciplina que castigan o recompensan. Dios cuide a los más persistentes en sus conductas furiosas extraviadas.

Cabanis (1757 – 1808), médico, filósofo y político, que escribe para la Asamblea, de quien forma parte como diputado el libro “Observaciones sobre los hospitales” (1790) realiza consideraciones importantes sobre el proceso de alienación que estos centros ocasionan sobre los locos y los que no lo estaban a su ingreso. Foucault recalca la influencia condicionante social de los asilos psiquiátricos sobre la génesis de la locura o de más locura de sus ingresados (Castel, 2009)

Los nuevos asilos psiquiátricos garantizan el principio de beneficencia de la revolución con los enfermos mentales, seres desamparados que por estar deficitarios de la razón, también se les empieza a considerar sin responsabilidad legal de sus actos. Nuevo anudamiento laquesiano maligno para estos desdichados, por ser la justificación cabaniana perfecta para alcanzar el retiro de la libertad a estos enfermos mentales. “Si la

irresponsabilidad se identifica con la ausencia de libertad, no hay determinismo psicológico que no pueda librarse de responsabilidad, es decir, no hay verdad para la psicología, que, al mismo tiempo, no sea alienación para el hombre” (Foucault, 1986 – Vol II, p 153). Primer indicio de lo que será en un futuro cercano la psiquiatría forense, extensión del saber y poder psiquiátrico

Sólo se encerrara a los locos que puedan significar un peligro para los demás o para ellos mismos, herencia del reconocimiento de los Derechos Universales del Hombre. Pero, aún la medicina no dialoga con la locura, no hay diálogo, solo disciplina moral con Pinel, aunque existe un reconocimiento parcial del loco como otro, que debe ser atendido y ayudado a mejorar. La locura no sólo se contrapone a lo que debe ser el hombre, nos dice en murmullos algo sobre el hombre (Foucault, 1986 – Vol II, p 159). Pero la medicina no quiere escucharlo.

La arqueología de Foucault pretende desenterrar estos alternativos significados sobre el hombre. Se detiene a escucharlo en lo mitológico, artístico, leyes promulgadas, escritos, textos, diarios hospitalarios, registros administrativos, etc. A través de todo esto, Foucault nos fundamenta su “idea de la locura como portadora de un lenguaje perdido, silenciado y, en principio, inaccesible para el hombre moderno” (Novella, 2009, p 96)

Esta sordera de lo humano, vivencial del sufrimiento humano, mantiene a la medicina aséptica de la subjetividad, alejada de los miserables acontecimientos, para poder dedicarse a la excelsa atención de las abstracciones intelectuales sobre el nuevo objeto de estudio positivista, la locura. Por lo tanto, la locura deja de ser una realidad humana y se

convierte en objeto de estudio, donde la enfermedad mental como la sinrazón en el pasado próximo se ven como fenómenos negativos morales que se le vienen atribuyendo a la locura. La diferencia, es que el siglo XIX los avala “científicamente”. Las nuevas verdades psicológicas que se van revelando, no liberan de la eterna culpa moral, sino que le aseguran su confinación diferencial, según el grado de irresponsabilidad sobre su conducta. No merecen la libertad, no se les puede otorgar

Pero esta locura sin responsabilidad podrá ser extendida al campo de los homicidios pasionales, locura transitoria será esgrimida como salvedad de responsabilidad legal, nueva extensión del saber y poder psiquiátrico (Foucault, 1986 – Vol II, p 182). Podemos también decir que este ámbito del saber y poder psiquiátrico se redimensiona en un equilibrio entre las formas de liberación parcial que la sociedad, el estado y la familia quieren cederle a los enfermos mentales, pero fortaleciendo sus estructuras de protección contra los peligros representados por ellos. “Ese doble movimiento de liberación y de servidumbre constituye las bases secretas sobre las que reposa la experiencia moderna de la locura” (Foucault, 1986 – Vol II, p 185).

Convocando, nuevamente a Gros (1997, p 39) podemos aseverar que los enunciados discursivos que prevalecen en la época moderna o siglo XIX (siglo de oro de la alienación mental, según Castel (2009) está dada por una conciencia analítica, donde la locura se coloca fuera de la razón, en una superficie de objetividad. Se organiza el Saber en relación a tratar de delimitar la normalidad de lo patológico. Además, cómo la enfermedad mental ya está considerada dentro del reino de las anormalidades, recibe un control social, más

benigno que en épocas anteriores, por lo que aún la encierra, pero con el pretexto de tratar de curarla.

El positivismo psiquiátrico se expande y crece, no en aras de satisfacer un incremento del conocimiento del hombre alienado mental, sino para colocarse por encima de este y poder alcanzar un mayor control disciplinario sobre la locura. El enfermo es el medio para llegar científicamente a la enfermedad. Foucault nunca les reconoce a los médicos físicos ni mentales predominio de sentimientos fraternales ni caritativos, sólo filantrópicos. El altruismo es una moneda de dos caras, se da algo a una persona o nos ocupamos de alguien, pero sólo para lograr algo más, que es considerado como mucho más importante que el sujeto-medio utilizado. Por eso, Foucault (hijo desdeñoso y despectivo de Laquesis), es que no te quieren ni te ganas la simpatía del gremio médico.

### **¿Nunca renunciaremos o superaremos la Maniafobia Social?:**

Se le quitan las cadenas a los enajenados más peligrosos y se les brinda la oportunidad de reivindicar su naturaleza mental negativa, por medio del sometimiento al tratamiento moral. De no lograrse, serán nuevamente encerrados sin torturas, confinados dentro de la misma confinación hospitalaria, pero con mayor aislamiento. El éxito terapéutico quedara labrado desde lo que si obedecieron y se plegaron a la disciplina asilar, no de los que no pudieron desde el predominio positivo de síntomas de su enfermedad. Quizás esa significación ineludible que la sociedad ha dado a lo largo de la historia a la enfermedad mental, corre y prosigue hasta nuestros días; a pesar de un mayor alcance de liberación de

estos pacientes por los aportes de la farmacoterapia y psicoterapia actual. Nunca renunciaremos a la ageatofobia social, estatal, médica y psiquiátrica.

A pesar de toda la realidad arqueológica develada por Foucault con respecto a la enfermedad mental, Este filósofo reconoce cierto grado de generosidad médica. El nombramiento de Pinel por el nuevo gobierno revolucionario como director del Hospital de Bicétre “prueba por sí sola que la presencia de locos en Bicétre ya se había convertido en un problema médico” (Foucault, 1986 - Vol II, p 198). La medicina y la locura se anudan a pesar de Laquesis o por algún interés perverso, aún no confesado por esta hades.

Los hospitales aún permanecen llenos de otros miserables indigentes, enemigos políticos apresados, etc. Pinel también esconde a los enemigos de la revolución (sacerdotes y algunos nobles) y más tarde a los que pasan a ser considerados enemigos del nuevo gobierno. Por esto último lo trasladan al Hospital de Salpêtriêre. Todo esto por interés humanitario, y no repara en hacerlos pasar por enfermos mentales. La simulación alienista marca posibilidades de interdicción y de alienación de los no alienados. Nueva advertencia de la sociogénesis de la enfermedad mental fundamentadas en influencias externas de coerción social

La mejoría que se describe de muchos de los pacientes que ingresan a la granja de York del cuáquero Tuke, ambiente de libertad y naturaleza; parece delatar “que la locura, según las ideas del siglo XVIII, es una enfermedad no de la naturaleza ni del hombre mismo, sino de la sociedad” (Foucault, 1986 – Vol II, p 203). Para la vertiente humanista de la

locura, se ata a la sociogénesis; mientras que la vertiente positivista – asilar francesa, se anuda a la consideración genésica de la enfermedad mental en errores de la naturaleza

Se da una realidad “retruécana” y contrapuesta. Los que más dan trato humano al alienado, mitifican su condición, dejándola sin asideros terapéuticos confiables; mientras los que hilvanan propuestas más racionales y operativas de tratamiento, mantiene un trato deshumanizado con sus pacientes. Los pensadores de la sociogénesis de la locura alegan efectos mágicos curativos de la naturaleza por medio de la “similitud, acercamiento y misteriosa penetración, mientras se encuentra conjurado todo lo que la sociedad ha podido poner al hombre de contranatura” (Foucault, 1986 – Vol II, p 205), lo cual se contrapone dialécticamente con la perspectiva positivista de la maniagénesis, francesa, anclada en que la alienación deriva de la perturbación de la naturaleza corporal (cerebro). Por lo que tiende a rechazar las posturas mitológicas de los cuáqueros y desde una base objetiva plantear la locura como la desviación de la razón del hombre y debe ser recobrada esta para poder dejar la condición alienada. Entonces, confía en que sólo el mayor conocimiento “científico” sobre la enfermedad mental, aumentara la posibilidad de su curación.

La principal intención de Pinel con su tratamiento moral no es lograr una curación definitiva, sino reivindicar las posibilidades de existencia social de sus pacientes, a través de un dispositivo disciplinar amable, en primera instancia, que permita al enfermo mental alcanzar “su estabilización en un tipo social moralmente conocido y aprobado” (Foucault, 1986 – Vol II, p 215). Es una liberación mental, más allá de las cadenas. Lo que tiene como lastres Pinel para no poder reconocer el fracaso en los pacientes furiosos de sus

métodos, son dos condiciones: la herencia de la época clásica al considerar la locura como una condición negativa moral (ya no imbricada en la sinrazón, sino en la razón); y la falta de reconocimiento, todavía para esta época de la sociogénesis de la enfermedad mental marcada por las influencias frustrantes de la pobreza, marginación, falta de apoyo familiar, solidaridad social y nivel educativo; y el desconocimiento para su época de las alteraciones psiquiátricas que responden a perturbaciones de bases orgánicas (macro y micro-estructurales) del cerebro inmodificables y sólo atenuables por medio de fármacos (ateroesclerosis, tumores cerebrales, esquizofrenia, etc.)

Desde el accionar cuáquero de Tuke, los enfermos mentales a quienes prefiere llamar alienados, reciben un trato considerado, pero constreñido por amenazas de castigo sin desobedecen e imposición de reglas morales, a través del trabajo, como buenos seguidores de un cristianismo protestante. El exceso de libertad para delirar, queda reducido por la atención enfocada al trabajo, con lo cual acceden a la mayor consideración de los otros (la necesidad de autoestima). Los procederes de los cuidadores, aunque impregnados de buenas intenciones, se delatan como benevolentes, ya que “donde la libertad del enfermo, dominada por el trabajo y por la consideración de los otros, estaba incesantemente amenazada por el reconocimiento de la culpabilidad” (Foucault, 1986 – Vol II, p 227).

Por otra parte, es importante resaltar que la relación entre los enfermos y los médicos o cuidadores no estaban basados en el diálogo, sino en la mirada constante sobre la conducta emitida por los pacientes. La psiquiatría positivista no será más que la “ciencia de la observación y clasificación” (Foucault, 1986 – Vol II, p 228). Habrá que esperar hasta los inicios del siglo XX, cuando la psicoterapia psicoanalítica inicio la escucha parcial del

enfermo y desplace la mirada. No ocurrirá lo mismo en las terapias conductuales. La psiquiatría se vuelve una disciplina médica de la disciplina misma y la vigilancia de los alienados en el siglo XIX, época de oro del alienismo mental según Castel (2009)

Se intenta con estos tratamientos morales “asegurar una continuidad ética entre el mundo de la locura y el de la razón” (Foucault, 1986 – Vol II, p 239) desde una visión teológica (Tuke) o secular (Pinel), pero que incrustan de manera más notable la noción ética sobre la génesis de la enfermedad mental. Afortunadamente, el siglo XX, con los aportes de la psicología y sociología logran desplazar por lo menos en el discurso, esa engañosa connotación ética de orden genésico. En nuestras representaciones, imaginarios, núcleos inconscientes o arquetípicos, desde donde quiera vinculárselo, permanece en nuestro horizonte social, lo antiético como probable basamento de una aparentemente insuperable y esperemos que no, eterna saturnofobia. Por favor, Laquesis no devanes más los hilos de la locura

### **El Eterno Retorno de la Locura:**

Pinel y Tuke creen ilusamente haberles dado la libertad a los enfermos mentales, cuando más bien, logran mantenerlos más encerrados tras las murallas invisibles disciplinares de nuevos círculos antropológicos que con intenciones benévolas los mantienen atados al nuevo orden dictado por el positivismo de las ciencias de la conducta (psicología y psiquiatría)

Foucault reconoce como único momento de libertad del enfermo mental, cuando se encuentra en víspera de recibir el castigo o reprimenda por no acatar los acuerdos disciplinarios asilares. El alienado decide el desacato o la obediencia, según le preste a su corazón o a su falta de razón irremediable. Todo el resto de sus espacios están confinados. Los asilos siguen siendo en el prometedor siglo XIX de las ciencias positivista, un recinto de la locura y su larga cola: maldad, castigo, libertinaje, inmoralidad y corrección, herencia antropológica y cultura del clasicismo. Continúa la preocupación ética sobre la locura

La experiencia humana de la locura vista como un proceso de la sinrazón paralelo a la razón, durante la época clásica, la mantiene amarrada a una consideración ética, de falta social, lo que sustenta una maniafobia social, que nos permite mantener encerrada, retenida y contenida a la locura. El Saber médico científico que se instaura a finales del siglo XVIII y siglo XIX, intenta liberarlos. Desgraciadamente, las buenas voluntades no aseguran el éxito de las iniciativas. Más se constriñe la libertad de la locura, al tratar de liberarla moralmente, se reconoce y remarca su falta de moralidad.

“Al no ser amos de sus voluntades y al carecer de juicio y libertad” (tal como lo dice San Vicente de Paul), no deben ser liberados, sino salvaguardados de la peligrosa libertad. Pero el “alienismo de oro” les concede un espacio libre de no verdad, que constituye una verdad propia, exclusiva de la enfermedad mental. ¿Una libertad que está más encerrada, liberada de la criminalidad asociada antaño pero que le permite una existencia renovadora? (Foucault, 1986 – Vol II, p 268). Pero a expensas de una alienación, a su mayor cosificación como portadores de enfermedad, llenos de culpas morales

inconfesadas y en la conformidad de continuar descuidados de la medicina y de la sociedad como humanos sufrientes. Esto los encierra más, en diferentes círculos antropológicos, de la sinrazón a lo razón, de la inmoralidad a la irresponsabilidad que no les permite reivindicarse moralmente, de la libertad confusa y compartida con los libertinos a la alienación médica benevolente, etc.

Ahora, el reconocimiento de la irresponsabilidad que conlleva toda no razón (locura sin delirio), error de la razón (delirio) y la persistencia de obsesiones, las monomanías (resistencia de sinrazón), nos permite retomar donde comenzamos después del Renacimiento. El eterno retorno de la locura, signada por una moral perennemente cuestionada. Esto no permite asomar el interés humano médico a la locura, de manera más profunda y comprensiva. Ni siquiera, el descubrimiento de la parálisis general por Little en 1862, que le brinda un asidero orgánico irreprochable social o legalmente, logra menoscabar el desprecio y temor generado por una sinrazón que se reactualice como error, distorsión de la razón o no razón, Por eso, Foucault, la denomina irónicamente “la buena locura”. Luego viene el descubrimiento de la demencia sifilítica por Kraepelin (1856 – 1926), le devuelve o confirma la duda “razonable” de la restricción moral inherente a la locura.

La culpabilidad de la locura será enmarcada en la falta de delirio de algunas conductas criminológicas psicopatológicas, en los dudosos cuadros histéricos, en la teoría degenerativa que la remite por la herencia hasta los ancestros, en la búsqueda de traumas infantiles por el psicoanálisis (especialmente de sexualidad mal encaminada), todo remite a afirmar la culpa principalmente del padre, del médico, de la familia, de la sociedad, etc.

Pero compartida con el principal cómplice, el propio enfermo mental. Pero se planteara, más tarde y progresivamente en los siglos XIX y XX, un deslizamiento de lo que se consideraba como asidero etiológico de la enfermedad, las conductas moralmente cuestionables hacia interpretaciones personales e interpersonales fraguadas en la dinámica disfuncional familiar (primer grupo social de apoyo); o eventos sociales mediadores de la psicopatología, que se les denominara elementos psicosociogénicos o sociopsicogénicos, respectivamente, de la enfermedad mental

Sin embargo, todas estas reflexiones y definiciones científicas y experiencias derivadas de la relación médico-paciente, en torno a la enfermedad mental le acondicionan un espacio a la relación de la locura con la verdad del hombre. La época clásica reducía la locura a su propia verdad, silenciosamente ignorada. Pero la locura pasa ahora a hablarnos de todos nosotros, de todos los hombres. La locura no es sólo una “dimensión negativa, porque es una prueba a contrario de lo que, en su naturaleza positiva, es la razón” (Foucault, 1986 – Vol II, p 270), sino también porque representa la pérdida parcial de la razón, “la contradicción en la razón que aún existe” (Foucault, 1986 – Vol II, p 277), por lo que se hacen los enfermos merecedores de un mejor trato médico, aunque se tengan que conformar en el siglo XIX con el “tratamiento moral”.

El “Sobrino de Rameau” de Diderot (1883) escrito como crítica a la Ilustración (1877) por medio de un personaje que está loco, y reivindica las bondades de la falta de razón, frente a la razón más elogiada socialmente, la de los intelectuales petulantes y engréidos de la Ilustración. Nuevo retorno a vivencia de la sinrazón de la locura, más confinada aún; ya que los otros compañeros de la sinrazón han sido desalojados. Pero ahora la locura ya

no se calla, dialoga incesantemente, a pesar de los oídos psiquiátricos taponados de abstracciones reflexivas sobre la locura, su presentación clínica y sus sabias taxonomías confeccionadas.

Desde que la locura se delata como una verdad del hombre, sus deseos o instintos primitivos, la reducción de la capacidad de disfrute y extensión del sufrimiento, los automatismos no delirantes inexplicables, etc. Por todo esto, Foucault (1986 – Vol II) nos dice:

Ahora se le contempla, a la vez, con más neutralidad y con más pasión. Más neutralidad porque en él se van a descubrir las verdades profundas del hombre,..... Y también más pasión, porque no se le podrá reconocer sin reconocerse a sí mismo, sin oír subir dentro de sí las mismas voces y las mismas fuerzas, las mismas luces extrañas (p 273-274)

La locura habla del hombre mismo, de cómo pueden algunos de ellos, quedar atrapado por experiencias singulares fuera de las cotidianas vivencias tenidas por todos. La locura es expresión orgánica de nuestra naturaleza y resultante avasallador de las influencias coercitivas de la sociedad y cultura que persigue a la humanidad desde las sombras más antiguas del mundo. La locura siempre presente en el hombre, delatando su eterno retorno a su primitivismo, a la infancia regresiva, a quizás, a nuestra esencia, cuando no se había desarrollado la razón. La locura, colocada dentro de la sinrazón o de la no razón, siempre constituye una experiencia relacionada a la razón, nos habla del hombre, de su verdad acontecida como “experienciante sufriente”; o de la verdad descubierta por los psiquiatras en su análisis, clasificaciones y tratamientos, y de las verdades de la sociedad que lo tiende a excluir o temer.

La época clásica hace pasar a la locura de la sinrazón a la alienación, en un intento de reivindicarla, los alienistas cosifican la enfermedad mental al tratar de objetivarla, y se olvidan de los hombres que la padecen en su experimentar subjetivo. Sin embargo, tenemos la ilusión que la biotecnología actual y la consideración del alienado como persona enferma, lo libere. Pero cómo se le libera a alguien o se le desculpabiliza de las supuestas faltas morales, si no se le expresa ningún interés o escucha. La ingenua desigmatización de los antipsiquiatras al negar su hospitalización y tratamiento es un exceso en sobreprotección para compensar puerilmente el abandono del sentido humano de quienes padecen una enfermedad mental por su familia, sociedad y sus médicos. La locura “es inocente porque no es lo que es; es culpable de ser lo que no es” (Foucault, 1986 – Vol II, p 288)

Habrá que esperar, mayores espacios de escucha y diálogo entre la razón y la no razón en las propuestas psicoterapéuticas iniciadas por el psicoanálisis a inicios del siglo XX. Pero el círculo antropológico se ensancha, en la época de oro del alienismo, al estar formado por “tres términos – el hombre, su locura y su verdad – ha sustituido a la estructura binaria de la sinrazón clásica (verdad y error, mundo y fantasma, ser y no-ser, día y noche)” (Foucault, 1986 – Vol. II, p 279) Sólo el escuchar sin miedo ni reparos morales, el dolor, el sufrimiento y respetar la lógica sin asideros reales de los enfermos mentales se podrá humanizar la práctica psiquiátrica, aunque el lastre de prejuicios alterofóbicos de siglos anteriores sobre los hijos de Saturno todavía tardan en disolverse. Enredadora y siniestra, Laquesis, que se te paralicen tus manos y cesen tus devaneos

#### **IV. EL ANORMAL CRECIMIENTO DEL SABER PSIQUIATRICO:**

##### **Arqueología del Saber sobre la Locura:**

La “Historia de la Locura en la época clásica”, le permite a Foucault hacer incisivas críticas a las instituciones, reformas y prácticas psiquiátricas, de mediados del siglo XX; pero también develar los dispositivos del Saber y Poder Psiquiátrico, a través de un método interpretativo historicista que no permite una comprobación empírica, pero que delata los discursos de cada época que sustentan sus modos de actuar científico o social. Aunque esta propuesta en el área de la historia de las ideas e historia de la ciencia, se rebela contra la conservadora tendencia de forzar interpretaciones de los aportes realizados por filósofos, médicos, científicos, ubicándolos en continuidades temporales, que aseguran una ilusión de progreso indetenible. A diferencia de estas otras perspectivas históricas y metodológicas, su indagar arqueológico ocurre de manera cuestionadora de los tiempos, pensares y poderes y se ocupa escandalosamente de los discursos de altura (verdades descubiertas de los intelectuales) y de los que vivencia, de primera mano los problemas sociales de cada época. Sin olvidar el simbolismo que guardan al respecto, las expresiones culturales y artísticas que acaecen paralelas a las realidades sociales estudiadas

Foucault es un archivista. El lenguaje delimita las frases y su significado se pronuncian pasivamente; pero el archivo esconde las transformaciones de los enunciados mediados por dispositivos de orden sociohistórico y cultural (Castro, 2005, p 20). Su

arqueología intenta denotar los saberes que sostienen los poderes en los enunciados y discursos que marcan las racionalizaciones develadas por estrategias arqueológicas de profundizar más allá de los significados, que explicitan las instituciones, relaciones sociales, subjetividades que pueden disfrazar los funcionamientos de la sociedad o hacerlos parecer más loables o benignos. Foucault como hijo preferido de Laquesis, se atreve a deshilar o hacer girar los hilos retorcidos de la historia, para tras ver sus reversos, plantearnos las verdades descubiertas en contraposición a las verdades acontecidas.

Las estrategias de análisis hermenéuticos de Foucault se desenvuelven por fuera del lenguaje, en las prácticas sociales, poniendo de relieve las rupturas y discontinuidades, no las homologaciones y continuidades. “En la historia de la locura, aunque se utiliza abundante literatura médica, no se desarrolla una historia de la verdad científica sino una historia del silencio respecto de la locura, de lo que no se decía de ella” (Castro, 2005, p 21). Esto le da un carácter muy personalista pero que está expresado heurísticamente, lo que lo hace difícil de confrontar socráticamente, pero a su vez difícil de aceptar, a primera intención. Foucault no se cuida de ser estridentemente antipático...

Foucault no le importa seguir el registro oficial y monótono de los hechos que conforman la historia de las ideas, de la filosofía y la ciencia, titila entre los hechos, los discursos y se arroja como un águila en las grietas del acontecer histórico de la época que revisa, no le importa la extensión del conocimiento ni su validez, sino algo que se encuentra a más profundidad que el sentido, el interjuego social y cultural que originó las prácticas discursivas en torno a un evento social determinado. Por eso, a veces, se atreve

asomar, colgando de su incisivo pico, registro del imaginario colectivo o personal, como las escisiones entre razón y locura, verdad descubierta y verdad acontecida, benevolencia y filantropía, etc.; momentos históricos develados por la imaginación y creatividad del autor o representaciones sociales enmarcadas en sucesos históricos y alcanzadas por una hermenéutica arqueológica. Para decidirse, sólo falta confrontarlo con lo que detalla la historia oficial, puede no aceptarse, pero difícilmente refutársele. No busca una verdad única, sino poner al descubierto impudicamente el despliegue de verdades de cada época histórica (caiga quien caiga). Garcia del Pozo (1988) asegura que Foucault intenta siempre llevar a cabo la investigación de cada coherencia estructural histórica o episteme, respecto a las ciencias humanas, describiendo su proceso interior y la irrupción que a partir de los cambios estructurales, se produce en un momento histórico dado. Para esto, Foucault aboga por la relación temporal sincrónica, dejando en suspenso la diacrónica (p 34)

Critica en su obra “Historia de la locura en la época clásica” (1986), el tenor positivista excesivo que para su tiempo, todavía mantiene el campo de la psicología y la psicopatológica, sostenido en el hombre cuya naturaleza-razón que no termina de integrarse a la naturaleza-verdad. La primera siempre permanece oculta, tratando de enmascarar la segunda entre sus sombras. La arqueología foucaultiana pone en evidencia lo acontecido, lo que devela la racionalidad escondida. Su metodología plantea sobrepasar los lineamientos rígidamente objetivos del positivismo que sacrifican la experiencia existencial de la locura, que no nos deja escuchar los alaridos de la naturaleza-verdad, o sólo se escuchar como pequeños murmullos insonorizados por el discurso oficial y vigente

de la ciencia natural y cuantitativa que impera sobre lo social, lo histórico y lo arqueológico.

Se suma a la confrontación que en el siglo XX, tanto el psicoanálisis como la fenomenología le dan a la psicología y psiquiatría positivistas, en un intento de obtener su propio espacio epistemológico. A su vez, se le ha criticado de poca rigurosidad de su metodología basada más en la interceptación de significados del discurso de los textos, registros médicos y de las obras artísticas acompañantes de la sociedad-época explorada, que de las razones médicas diagnósticas y terapéuticas. Pero, Foucault no niega la importancia de estas experiencias, sólo las confronta con lo que se aplica en la realidad cotidiana, según el discurso de los otros protagonistas principales del elenco de la locura, los enfermos mentales, la sociedad registrada en las historias y diarios médicos y de los cuidadores, los poetas y demás artistas en los símbolos ocultos de sus obras, lo mitológico relacionable y en las actas judiciales de los locos que fueron procesados, etc. La locura siempre ha estado presente en todas las sociedades, sólo que emerge en cada una de ellas, de manera diferente en las producciones y acciones socioculturales, en el pensamiento y discurso explorado sincrónicamente. Es una nueva manera de hacer historia, de conocer los sistemas de pensamiento y lenguaje vigentes en cada época, lo formal y científico, lo informal y cotidiano o artístico. Todo para exponer las discontinuidades de la historia, o mejor dicho de la historia del pensamiento sobre los fenómenos sociales o culturales sobre los cuales pone su creativa vista aguileña.

**Los Retorcidos Hilos del Saber Psiquiátrico**

Foucault en su Curso en el Collège de France (1974-1975) sobre “Los Anormales” (1999), nos va mostrando página a página, cómo se va dando el crecimiento del Saber psiquiátrico. La psiquiatría no desaprovecha ningún nuevo espacio social, que vaya evidenciándose en cada expresión nueva de la anormalidad, del desvío de la conducta de la razón dictada por las normas sociales, para incluirlas como posibilidades de su quehacer médico y científico

Lo psiquiátrico se desliza hacia otros campos (mundos de la pedagogía, judiciales, etc.) que nos permite entrever el solapamiento de las áreas del Saber, y convierte al psiquiatra y su especialidad en un nuevo e incuestionable dispositivo de sostén de los mecanismos de Poder, lo que es frecuente en el funcionamiento político de toda sociedad. La modernidad se reparte el mundo, delimita áreas, disciplinas o campos de saber.

Ninguna autoridad ordena a quien le toca cada parcela del conocimiento. Son artífices de su conocer y hacer, por lo que desean la extensión del saber de su interés o experticia determinada. Pero este Poder puede estar basado en un saber no bien precisado, forzado o no bien delimitado por los medios y estrategias discursivas empleadas. Foucault se “pasa de la experiencia límite de la locura a las formas constitutivas del Saber psiquiátrico” (Castro, 2005, p 22). Todo es válido para alcanzar el Poder. “Me parece que desde la soberanía infame hasta la autoridad ridícula, están todos los grados de lo que podría llamarse la indignidad del Poder” (Foucault, 1999, p 26)

Pero son “los efectos de la verdad que, en el discurso, puede producir el sujeto supuesto saber” Se crea una tecnología de Poder en base a una práctica discursiva que se auto conforma a sí misma o por las instituciones que la proponen (médica, educativa, judicial, etc.). Los discursos se desdoblan, se duplican para poder fagocitar nuevos espacios de ejercicio del Poder. Por ejemplo, el discurso médico legal es un duplicación del delito, “con toda una serie de otras cosas que no son el delito mismo, sino una serie de componentes...como las causa, el origen, la motivación, el punto de partida del delito” (Foucault, 1999, p 28). Surge la pericia psiquiátrica, no como incursión intrusiva de una ciencia, sino apropiación de nuevos espacios de poder consolidados sobre un saber que se muestra pomposo e irrenunciable. Se desdobra un discurso penal en uno de carácter psicológico, asalto soterrado de un Saber que extiende no sus posibilidades discursivas, sino los espacios sociales para emplearlos. Laquesis enredando los hilos con nuevos dobleces y entramados.

Pero no sólo se duplica el fenómeno que propone como nuevo ámbito de su saber y quehacer, sino al ser actuante o afectado por esta condición social, el criminal, el loco, el educando, etc., se desdobra para castigarlo, hospitalizarlo, vigilarlo, estudiarlo o controlarlo. Se duplica como realidad, al hacer aparecer nuevas aristas o perspectivas no visibilizadas antes por las autoridades, los especialistas de otras disciplinas o la sociedad. Las estrategias para lograrlo de la reconstrucción de los antecedentes o del pasado que lo precede y lo anuncia. En el caso de la locura, los antecedentes y las experiencia previas físico, mentales, y personales, familiares y sociales, que expliquen su conducta psicopatológica. “La presencia del sujeto en la forma de deseo” (Foucault, 1999, p 33)

Los psiquiatras se convierten en jueces y mediadores de una condena, al establecer peritajes psiquiátricos; y en etiquetadores de enfermedades mentales estigmatizadoras y sancionadoras de tratamiento, cuando se descuida la vertiente humana del asistido. Al convertir al enfermo mental en solo un pasajero de la biotecnología exclusiva, a nivel ambulatorio u hospitalario, pero sin apoyo psicológico, lo encerramos una vez más en un eterno retorno a la alterofobia.

El psiquiatra se otorga por su saber, la potestad de apartar a los sujetos potencialmente peligrosos, tratar de brindarle estrategias terapéuticas que le permitan su adaptación, su acomodación a la normativa vigente socialmente, es decir, a través de una “paradójica” técnica de normalización, para poder estar acorde con una sociedad, que fue quien le propicio su falta o defecto. “Este surgimiento del poder de normalización... extendió su soberanía en nuestra sociedad” (Foucault, 199, p 38)

La enfermedad mental le plantea a los alienistas la doble responsabilidad de contener la perversión y/o la peligrosidad que se mantienen como significados petrificados en la naturaleza orgánica, social y cultural del paciente. Se emplean términos que denotan la culpabilidad moral y el sentido de irresponsabilidad, que eximen (interdicción) de responsabilidad legal pero no desculpabilizan moralmente. Este oponerse al peligro social y a la perversión, acrecienta el poder psiquiátrico por su saber sobre nosologías psiquiátricas

Pero este saber psiquiátrico no necesariamente está referido a las “verdades científicas” de las que se encuentra presuntamente impuesto por sus certificaciones académicas y

asistenciales, sino también por ser conocedor de cómo deben ser tratados moralmente, a través de la disciplina o límites psicoterapéuticos que su experiencia profesional (conocimiento empírico) le ha deparado. No importa que se haya sólo encargado de contener la locura, pero no de conocer o entender a su portador. Y lo peor, es que puede estar, a veces, muy distante del nivel gnoseológico y epistemológico de la psiquiatría

### **Las Anormalidades de Foucault:**

Este poder de normalización psicopatológica, que se confiere a la psiquiatría como depositaria del Saber sobre la anomalía psíquica y le permite a sus adeptos especialistas convertirse en una instancia de control de la enfermedad y de la anomalía. Esto trae como consecuencia, el crecimiento rápido y progresivo de los objetos de estudio, abordaje y control de la medicina del alma (sexualidad, descubrimiento de nuevas nosologías psiquiátricas no delirantes, neuropsiquiatría, criminología, etc.)

La tecnología de poder que se aplica desde la época clásica a la locura guarda un sentido negativo, como el dispensado a la peste o a las enfermedades venéreas, es a través de la confinación, marginación, exclusión. Pero esto no ocurre por miedo al contagio; ya que la Peste que asoló a Europa, desde la Edad Media, más bien recibió el dispositivo de control de carácter positivo, la cuarentena, la vigilancia epidemiológica, la cuadrícula de visitas, registros y aviso a las autoridades de los fallecidos o nuevos casos. Este trato diferencial responde a la percepción social de que la enfermedad sea de origen reprochable moralmente: los leprosos culpables de sus pecados, la locura por colocarse fuera de la

razón y quedar encerrados con otros reprochables y la sífilis por los excesos sexuales cometidos.

El control positivo nos acumula mucho el saber que proviene de las observaciones, descripciones y registros, etc.; mientras que el control negativo sólo incrementa el abandono, la exclusión y el olvido, sacrificando obtusamente el crecimiento del Saber más serio. Esto es lo que ocurre con la locura en los inicios de la época clásica. En el siglo XVIII, este modelo positivo del trato social dispensado a la peste en las ciudades en cuarentena, se desliza hacia la locura, aislada en los asilos psiquiátricos. Lo que permite un traslado de la confinación estéril a la hospitalización, pero bajo vigilancia médica, observaciones diarias que se registran en historias clínicas y diarios de las actividades y acontecimientos institucionales, con lo que se aquilata el conocimiento psiquiátrico.

Normalizar pretensión sobre fundada o sobrehumana, esperanza del poder devenido del saber psiquiátrico. En cambio normatizar a los enfermos mentales a través de la disciplina de los tratamientos morales, es una esperanza más terrenal y factible. Equiparar la conducta de los alienados lo más posible a las exigencias sociales.

Foucault está influenciado por su maestro y tutor, el epistemólogo Canguilhem (1985, p 177), quien en su obra “Lo normal y lo patológico” define la norma como una ley natural que se impone ineludiblemente, sino como una construcción sociocultural nacida de la coerción social que presiona e intenta direccionar la conducta social o individual, un ejercicio de control social sobre un ámbito determinado, por el Estado, el saber de una ciencia o técnica, poder económico, etc. Foucault (1999, p 61) nos plantea las tres

figuras que constituyen el ámbito de la anormalidad en el siglo XIX y que permitirán incrementar el arsenal del Saber psiquiátrico del siglo XIX. Estas figuras son: el monstruo humano, el individuo a corregir y el niño masturbador.

El monstruo humano cuya sola existencia quebranta las leyes de la sociedad y de la naturaleza, “combina lo imposible y lo prohibido” (Foucault, 1999, p 61). Se mantiene en el marco del poder político judicial, que se puede deslizar al campo de la sexualidad, y surgen las desviaciones o perversiones sexuales como nuevos objetos de estudio para la naciente psiquiátrica.

El monstruo se verá, primero como una figura jurídica, que luego se deslizará al campo médico. Crean los malformados, hermafroditas, siameses, etc., dificultades para el tratamiento jurídico seglar y eclesiástico sobre la persona jurídica de estos seres de manifestación anormal; hasta poder ser rescatados del castigo o pena de muerte, instaurado desde la Edad media, hasta las consideraciones éticas derivadas del mayor conocimiento biológico dado por las nociones médicas provenientes de la embriología y anatomía. Por ejemplo, desde el siglo XVII se le pide al hermafrodita que escoja un sexo y viva conforme a él. De lo contrario, recibirá un castigo. Al proseguir los siglos, de van difuminando todas las disposiciones penales en torno al monstruo humano, que queda resguardado por el asidero biológico de la Medicina. Surge el Marqués de Sade, a finales del siglo XVIII como figura emblemática, la medicina pretende liberarlo y la justicia lo mantiene atado al asilo psiquiátrico

Pero la mixtura social que se va descubriendo entre la figura del monstruo y el sujeto incorregible fragua una nueva figura descendente. El monstruo moral, que se develan en los crímenes monstruosos en los tribunales. Se consideran monstruosas por la forma estridente e inexplicable del delito. Nuevo campo para el saber y la intervención psiquiátrica. Desde entonces, cualquier criminal puede ser un monstruo, como situación sustituta de lo que ocurría en la época clásica sobre que cualquier monstruo ser criminal. La Ley desliza responsabilidades a la medicina y esta no desaprovecha, de incorporarla a la extensión del conocimiento y quehacer médico. Más Saber, más Poder

### **Los Monstruos acrecienta el Saber Psiquiátrico sobre la perturbación de los instintos:**

Hay tres celebres monstruos, que aparecen en el siglo XVIII y marcan el crecimiento en el horizonte del Saber y Poder psiquiátrico. Tanto en el quehacer como perito, como nosográficos y terapeutas. Foucault los selecciona por el escándalo que constituyeron en la sociedad y tribunales francesas de la época. El primero fue el de Henriette Cornier, que mata sin motivo a una recién nacida, hija de la vecina. El caso muestra la posibilidad de la “locura sin delirio”, extiende el saber psiquiátrico más allá de la psicosis con delirio, nueva expresión psicopatológica para acrecentar las consideraciones médicos legales, y a su vez, la taxonomía psiquiátrica

No se requiere como en la época clásica, que con constatar que era un alienado (loco con delirios que sufragaban completamente toda posibilidad de juicio). Henriette muestra la locura sin ningún tipo de “razón psicopatológica”. Quedo la ley y la medicina

sorprendida por la aparición psicopatológica de actos sin razón, crece el Saber de ambas áreas del accionar humano, y aumentan también su interdependencia. Surge la necesidad de una racionalidad que explique estos actos sin motivo, sin delirio, sin inteligibilidad, es decir, tener ahora que poder analizar en el ámbito jurídico y médico “entre un acto razonable e inteligible y un acto irrazonable y no inteligible” (Foucault, 1999, p 113).

Enfrenta conductas psicopatológicas sin poder evidenciar delirios ni demostrar demencia.

Extensión de la interdicción y práctica psiquiátrica

Marc, el médico perito de Henriette de que esta mujer estuvo llevada por un deseo o tendencia irresistible, y con esto logra la interdicción psiquiátrica basada en una conducta psicopatológica no mediada por delirio, núcleo cardinal de la enfermedad mental desde el siglo XVII; pero además su afirmación se desliza a plantear como nueva matriz psicogenética de la enfermedad mental, los instintos desbordados. Crece el campo de la psiquiatría, ahora, no sólo, saber de la conducta psicopatológica mediada por los delirios, también por el desajuste de la vida instintiva. “Del acto sin razón, se pasa al acto instintivo” (Foucault, 1999, p 127). Y se extiende, aún más, la perturbación de los instintos no sólo abarca como protectorado legal y explicativo de los crímenes o conductas de los monstruos morales, sino que le brinda basamento oportuno e igualitario a los pequeños perversos... Sade redimido, carcajada de Laquesis, mientras anuda los hilos del nuevo patchwork psiquiátrico.

Este reconocimiento del instinto representará un salto de expansión psiquiátrica, en base a la incorporación del instinto como trastorno del funcionamiento al convertirlo en un dispositivo del saber, al funcionamiento del poder psiquiátrico. Tendrá la sociedad y la

psiquiatría que buscar medios para contener estos instintos desbordados. Surge como respuesta dos tecnologías a finales del siglo XIX e inicios del XX, “la tecnología eugénica, con el problema de la herencia, la purificación del sistema instintivo de los hombres mediante una depuración racial...hasta Hitler” (Foucault, 1999, 129). Hitler, sobrino de Laquesis e hijo de Átropos (diosa que dispensa la muerte a los humanos). Pero también, se evidencia en la lucha de las pulsiones de Freud (1856 – 1939), a través de la tecnología psicológica de corrección y normalización, el psicoanálisis

### **Los Incorregibles aumentan el Saber Psiquiátrico sobre el ámbito familiar:**

Se dan tres procesos que permiten la inclusión de la psiquiatría en los mecanismos de Poder. El primero son las reformas administrativas sobre el funcionamiento de los asilos psiquiátricos, con la Ley de 1834, que pretende convertir estos espacios sociales en especializados, donde las decisiones de internación y tratamiento de la enfermedad y del peligro social que esta representen, serán de carácter médico

El segundo proceso deviene del miedo de peligrosidad de muerte para la familia de enfermo mental se hace merecedora de que el hospital los resguarde de la familia y su peligrosidad latente; y luego el entorno social de la familia se adscribirá en este reclamo. Pero se han extendidos los motivos psiquiátricos de reclusión, del delirio y la demencia, hasta la perturbación de los instintos, y dentro de estas no sólo las “monomanías asesinas”, sino también las conductas conflictivas y antisociales. Aparece el segundo anormal foucaultiano, el incorregible

El individuo a corregir, es otra de las figuras anormales foucaultiana, que aparece entre los siglos XVII y XVIII, que entra en conflicto en el ejercicio poderológico interno de la familia y de grupos sociales e instituciones que están en relación estrecha con la familia (trabajo, escuela, comunidad, etc.). Su carácter incorregible, la hace susceptible de muchas intervenciones correctivas de su entorno inmediato. Estará referido, en un principio, al sistema disciplinar familiar, pero que luego se va extendiendo a las márgenes jurídicas-legales

Con esto, se problematizan psicopatológicamente y se medicalizan todo tipo de trastorno o peligro derivado de la conducta más allá de lo que antes era considerado como alienación. Esto se extiende a las relaciones entre los miembros de una familia, quedando está confinada por el ámbito de la psiquiatría. De la intervención de la relación entre el enfermo hospitalizado y sus familiares, se desliza el Saber y Poder psiquiátrico a las relaciones intrafamiliares y las relaciones de la familia con el entorno social.

La psiquiatría comienza investigando los elementos familiares que se dan en la locura hasta terminar investigando el papel sociogénico de la familia en la eclosión de la enfermedad mental. Las conductas malvadas pasan a ser objetos a psiquiatrizar. Pero esto luego pasa a una instancia política, se espera que la psiquiatría establezca un discriminante psicopatológico entre lo político, lo ideológico, los regímenes políticos “buenos y malos”. Se duplica el poder sancionador de la psiquiatría y se puede poner al servicio de la persecución política. Foucault (1999) lo explicita así:

Luego de la tercera gran ola de reivindicaciones que sacudió a Europa entre 1848 y 1870-1871, es decir, la oleada de reivindicaciones republicanas, democráticas, nacionalistas y a veces socialistas, creo que el

discriminante que se trato de utilizar y poner en acción fue la psiquiatría y, de una manera general, la psicología (p 146)

Todo esto permitió una generalización del saber y poder psiquiátrico, a partir de convertir en problema de instancia psicopatológica, a los instintos entremezclados en la génesis de las conductas desviadas socialmente de los incorregibles

- **La conducta automática incrementa el Saber Psiquiátrico:**

Una nueva organización epistemológica de la psiquiatría, proviene de la publicación de dos artículos de Jules Baillarger (1809 – 1890), neurólogo y psiquiatra francés, donde plantea que la enfermedad mental se asemeja a un estado oniroide y de la alteración del orden de lo voluntario e involuntario. Ahora, ciertas conductas psicopatológicas y potencialmente peligrosas quedan explicadas por lo involuntario que prevalece por alteración cerebral, sobre el control voluntario. Lo paroxístico, lo automático, lo epiléptico que no conlleva solo a convulsiones, sino a la desorganización de la conducta, pasa a ser frontera común de la psiquiatría y neurología

Ahora los delirios, falta de juicio de las demencias, los automatismos, conductas incorregibles, aumentan la base psicopatológica que explican conductas psicopatológicas criminales o no. Aumenta mucho más los hilos retorcidos de la parca, se incrementa el Poder psiquiatrizador sobre la conducta humana que inoportuna, reduce la producción y funcionamiento social. Se incrementa el Saber y Poder Psiquiátrico

A partir de ahora, toda conducta emitida puede ser examinada por la psiquiatría. “La psiquiatría ya no necesita la locura, ya no necesita la demencia, ya no necesita los delirios, ya no necesita la alienación. Puede psiquiatrizar cualquier conducta sin referirse a la alienación” (Foucault, 1999, p 153). Los alienistas del siglo XVIII y XIX ayudan a Laquesis a delimitar nuevos nudos nosológicos, con lo que la ayudan a aumentar, en pormenorización de su ámbito de acción, el poder de la maligna diosa. El aumento del poder se basa en el del saber, al descubrirse nuevas formas de presentación clínica de la patología psiquiátrica, o más bien, se develan más los retorcidos hilos de la locura, sin nombre y anónimos de etiopatogenia, pero ya previamente existente, en la historia de la loca humanidad

Pero esta búsqueda de equivalente epiléptico que da sostén a síntomas psiquiátricos expresados, no sólo aumentan el espectro de explicación de la enfermedad mental, sino que también le brinda un asidero somático. La enfermedad mental empieza a somatizarse, a tener un soporte más evidenciable, medible y positivista. El Saber Psiquiátrico crece en su área de conocimiento, accionar terapéutico y prestigio científico.

- **El Déficit de Inteligencia incrementa el Saber Psiquiátrico:**

La expansión del Saber psiquiátrico se extiende a la infancia por otra vía de corrección, los débiles mentales también serán psiquiatrizados, pero se iniciara a nivel de consultorio a finales del siglo XIX y la anamnesis psiquiátrica revelara la asociación entre la infancia y locura, en el eslabón taxonómico de los deficitarios de inteligencia

Esquirol (1772-1840), psiquiatra, definirá la idiotez como un estado mental donde no se ha logrado un desarrollo suficiente (Foucault, 1999). Esta concepción de desarrollo le brinda a la psiquiatría la posibilidad de incrementar su saber, a través de la exploración longitudinal o cronológica de la biopatografía personal, para descubrir su falta de pasado, lo permanente de su condición clínica e inhabilitación social. Las causas y los síntomas ya vienen marcados desde el pasado. Surge nuevo asidero, lo deficitario del desarrollo, como noción a investigar e investir al Saber Psiquiátrico de la extensión de sus fronteras. La ausencia de desarrollo (razón negativa), lo anuda a las dificultades de los instintos (razón positiva), con lo que los enmarca como enfermos mentales.

A diferencia de Esquirol, Seguín (1812-1880), médico que trabaja con niños mentalmente discapacitados, particulariza los déficit de inteligencia; ya que considera que el idiota está detenido en su infancia o alcanza algunos estadios del desarrollo muy lentamente, sin posibilidades de futuro, pero no lo considera un enfermo, sino un ser incompleto o por debajo de la norma, de forma definitiva. No usa la discapacidad como elemento negativo, para patologizarlos.

Se confisca esta anomalía por la psiquiatría, pero a pesar de las discrepancias que se suscitan entre considerarlos enfermos mentales o no (conocimiento científico), surge una corriente de orden institucional (acontecimiento social), que reclama la incorporación de estos enfermos mentales al espacio psiquiátrico. La Ley francesa de 1838 de ordenación de las instituciones psiquiátricas ordena la internación de los idiotas con el resto de los alienados. Estos débiles mentales pasan de lo extra-asilar a lo asilar, porque el estado y la familia consideran que estorban a sus padres en el cumplimiento de su jornada laboral al

tener que cuidarlos (Foucault, 2007, p 245- 249). Los hospitales psiquiátricos se vuelven, una vez más, en ámbito de desecho social y la psiquiatría no desaprovecha, una vez más, la posibilidad de incrementar el volumen de su Saber y la ambición de Poder. Esta maniafobia responde más a intereses económicos, que educativos o médico. Pero el pecado de omisión de esta última disciplina prosigue hasta tiempos más contemporáneos.

Se puede inscribir en el ámbito de las monstruosidades, por la connotación implícita de estar en el orden de la imperfección; pero también se encuentra reunido con los incorregibles por sus persistentes actitudes negativistas y conductas opositoras. Esta figura mixta de linaje ontológico y clínico, aumenta el conocimiento de la psiquiatría hacia nuevas parcelas cognoscibles

### **La sexualidad anormal incrementa el Saber Psiquiátrico**

La sexualidad también será insertada en el patchwork psiquiátrico y explicada ciertas conductas desde las teorías hereditarias y de la degeneración y hasta planteada como el principio genésico de todas las patologías mentales. Foucault establece como inicio de este anudamiento sexual-psiquiátrico, que “en Occidente, la sexualidad no es lo que callamos, no es lo que estamos obligados a callar, es lo que estamos obligados a confesar” (Foucault, 1999, p 159). A través de la confesión religiosa institucional y colectiva (desde, se le da acceso al conocimiento sobre la sexualidad de sus sacerdotes y feligreses a la Iglesia Católica. Aunque esta ritual religioso existe desde la Edad Media, pero durante los siglos XVIII y XIX, se instituye con nuevos procedimientos institucionalizados, es decir, que reclaman su exigencia obligatoria, de imposición de penitencia tarifada (se cuadrícula

la penitencia según la falta), de ordenación periódica temporal de su realización (anual para los laicos y mensual para el clero) y de acceso ilimitado a las maneras de tener sexualidad, etc., a fin de obtener la absolución. Por tanto, "...hay una obligación de regularidad, de continuidad y de exhaustividad" (Foucault, 1999, p 165)

Comienza a perseguirse el deseo y el placer del cuerpo de los otros, de los que no se encuentran sometidos al voto de castidad y celibato. Extensión proyectiva de lo reprimido, se diría desde el psicoanálisis, A partir del siglo XVII, como consecuencia de interpretaciones religiosas, la lujuria, pecado voluntario por satisfacción de deseos "malvados" explican por analogías carnales, las convulsiones, contracturas y conductas de supuestas posesiones diabólicas; a diferencia de que en la Edad Media, las posesiones eran impuestas por el demonio sin la voluntad de la víctima, pero igual se torturaba al siniestrado, para sacarle los demonios. "Lo que la brujería fue en el tribunal de la Inquisición, la posesión fue en el confesionario" (Foucault, 1999, p 199)

Las conductas auto-eróticas, expansión de la satisfacción del deseo privado y discreto, fuera de la vigilancia pública o institucional, pasan a ser consideradas como causa de problemas espirituales (posesiones) y su traducción somática (efectos o lesiones físicas deladoras, tales como convulsiones, lesiones de piel, conversiones histéricas, posturas catatónicas, etc.). Pero el saber médico, desde el siglo XVIII intenta dar explicaciones psiquiátricas a todas estas manifestaciones corporales y mentales, alejándolas de la connotación teológica, o mejor dicho, tratando de expandir su saber, sobre el terreno eclesiástico. Surge toda una mitografía corporal y mental, de supuestas evidencias que se

asoman en el pecador onanista, que sirven como contención ética heterónoma (religiosa y social), que termina deslizando al campo médico

Este crecimiento de las formas de presentación legítima de la psicopatología no alienada (automatismos, conductas involuntarias, descontrol de los impulsos, etc.; permiten que, desde el siglo XVIII, “el sistema nervioso ocupe con pleno derecho el lugar de la concupiscencia” (Foucault, 1999, p 209). El masturbador pasa a ser la tercera figura de anormalidad foucaultiana y la medicina por ambición desmedida de poder, asume nuevas parcelas del saber. El saber médico comienza a perseguir a los niños y adolescentes masturbadores para reconciliarse con la Iglesia, no más bien para asegurar su expansión del saber y poder

Pero este masturbador surge en el seno de la familia, en el espacio circuncidado a sus supervisores ascendientes y cuidadores, que intentan reprimir una sexualidad que no desiste en su intento natural de expresión. Aunque todas las personas se masturben, sobretodo los adolescentes, se piensa deben ser vigilados; ya que liberarlos de estas prácticas consideradas nocivas, les evita todo tipo de enfermedades nerviosas, psicológicas, corporales y hasta aberraciones sexuales, a futuro. Su aparición como preocupación médica, se establece en una redistribución del poder basado en una nueva expropiación del saber, la conducta sexual

Esta incursión sexofílica de la psiquiatría y la religión, se amplía en el campo pedagógico infantil, a través de los sistemas disciplinarios escolares y las campañas antimasturbatorias, que nos muestran la “ficción de la enfermedad”, es decir, somatización

de la masturbación, como estrategia de crecimiento del saber y poder, se visibilizan en toda la literatura médica anti-masturbatoria, donde se le adjudica a esta práctica humana, el origen de casi todas las enfermedades físicas y mentales

Se coloca a los padres a vigilar la privacidad de los dormitorios de los niños y adolescentes, como cuidadores preventivos de futuras enfermedades a evitarse en sus hijos, se le adjudica en el discurso una culpabilidad al niño, que permite su vigilancia permanente, y a sus padres (como culpables externos) a través de la seducción (incesto físico o voyeurista) y hasta se llega a registrar interés por él. “deseo de los adultos por los niños, esto es el origen de la masturbación” (Foucault, 1999, p 230)

La prevención de la responsabilidad de los padres en esta vigilancia parental, vigilancia del vigilante es un nuevo desliz de la psiquiatría, para adquirir mayor poder por el saber sobre la familia. Las prácticas de la psiquiatría infantil y psicoanálisis surgen de esta necesidad de expansión de la especialidad médica a nuevos ámbitos de la vigilancia humana, crece el poder controlar más la sociedad; ya que asume la potestad de establecer cuáles deben ser las relaciones familiares permitidas y prohibidas. “La familia medicalizada funciona como principio de normalización” (Foucault, 1999, p 240). Finalmente, de la mixtura figurativa del niño masturbador y el monstruo, surge el perverso sexual futuro, objeto de psiquiatrización indeseable; y la perturbación de los instintos sexuales pasara a formar parte de la génesis de la enfermedad mental, desde su génesis microsocia (familia) y macrosocia (pornografía, libertinaje sexual, drogas, etc.) formaran parte ineludible de la trama laquesiana de la psiquiatría.

Estas tres figuras, cuyo interés se enmarca con énfasis, en el siglo de oro del alienismo, fomentarán el crecimiento de las fronteras del saber psiquiátrico, más allá de una primigenia ciencia en torno al delirio, se apropia de otros surcos de la mente, de la conducta, de la sociedad y de la naturaleza. El saber y poder psiquiátrico no se escapan del espacio asilar de la locura, sino que también incursionan intrusivamente en una nueva jurisdicción extra-asilar, la de la anormalidad. Las diferentes formas de incorporación a la psiquiatría de estas figuras de la anormalidad, nos dan ejemplo de “la generalización, la difusión y la diseminación del poder psiquiátrico en nuestra sociedad” (Foucault, 2007, p 261)

Foucault no pretende hacer una historia sociológica de la enfermedad mental, sino una historia de la tecnología del Poder psiquiátrico sustentado y sustentador en un Saber sobre la enfermedad y sus olvidados padecientes. Los hilos de Laquesis se retuercen y recombina cada vez más, unos con otros, haciendo el entramado más complejo, interesante y dador de poder, por la extensión del saber psiquiátrico y de otras ciencias o inéditas subdisciplinas, tales como la psiquiatría forense, la criminología, sexología, etc.

## **V. EL SOBERBIO PODER PSIQUIÁTRICO:**

### **La Psiquiatría y la Microfísica del Poder:**

“Para Foucault, el poder no es una forma ni una confluencia de formas como el Saber. En el Saber se conjugan lo visible y lo enunciable. El Poder, por el contrario, no es algo singular, ni bipolar sino múltiple. Se trata de un juego de fuerzas” (Castro, 2005, p 101)

La mirada médica sobre su objeto de estudio, debe basarse en criterios de validez y objetividad, que requieren la ordenación previa de las relaciones del tiempo, espacio de los individuos (pacientes) con quien va a relacionarse. Pero estas regulaciones ocurren en una realidad disimétrica entre el médico y sus enfermos, donde se le dispensa a estos últimos una serie de reglamentaciones disciplinarias sobre sus cuerpos y conductas

Pero el poder no le pertenece a una persona o grupo social, se dispersa por redes y sistemas sociales, pero deviene del Saber médico psiquiátrico, que proviene de los médicos, vigilantes, cuidadores y sirvientes de los asilos psiquiátricos. Pero toda la información es revertida al médico tratante (Foucault, 2007, p 18 – 20). Pero este poder médico se ejerce contra un “poder amenazante que es preciso dominar o vencer” (Foucault, 2007, p 22), el poder del loco y su potencial peligrosidad. Por eso, el autor agrega que:

La terapéutica de la locura es “el arte de subyugar y domesticar, por así decirlo, al alienado, poniéndolo bajo la estricta dependencia de un hombre que, por sus cualidades físicas y morales, tenga la capacidad de ejercer sobre él un influjo irresistible y modificar al encadenamiento vicioso de sus ideas” (p 24)

La terapéutica de inicios del siglo XIX no se basa en el diagnóstico nosográfico, ni medicaciones, sino en el tratamiento moral, donde se enfrentan dos voluntades, la del

médico y la del enfermo, entre el pensamiento o conducta psicopatológica y el miedo al castigo hasta el reconocimiento del paciente de este extravío. Pero la disciplina encargada de lograr este dominio y control, la psiquiatría aparece con carácter especializado hacia 1834. Se usa la fuerza física contra la desobediencia, no hace muy humanística la práctica de la terapéutica moral, porque está llena de violencia.

Pero esta violencia es más un juego de oposiciones entre el médico y paciente, de imposiciones contra resistencias psicológicas y físicas; que junto con la institucionalización psiquiátrica de mediados del siglo XIX; y la introducción del modelo relacional humano de la familia en la institución familiar o del estado, es decir, el modelo de los padres cuando disciplinan a sus hijos, o el soberano cuando gobierna a su pueblo; conforman la microfísica del poder, las tácticas de estas prácticas de poder y las estrategias de estas relaciones de poder, respectivamente. Esto constituye la arquitectura del Saber y Poder psiquiátrico

El Poder como interjuego de fuerzas, excede a la violencia. La violencia se desplaza a la destrucción o cambio de objetos o situaciones. El Poder foucaultiano, son fuerzas que se dirigen a otras fuerzas. Le interesa la relación entre las fuerzas y los forzantes (Castro, 2005, p 101). Además, Foucault (2007, p 44) plantea la existencia de dos tipos de poder: a) microfísica de la soberanía del Rey, donde hay un sometimiento a priori con docilidad y b) microfísica del poder, donde el poder del soberano se transforma en el poder disciplinario que se lleva a cabo en instancias menores a las del soberano, con la cual se logra la sujeción de una obediencia bajo amenazas de castigo. Foucault (2007) lo define así, como:

cierta forma terminal, capilar del poder, un último relevo, una modalidad mediante la cual el poder político y los poderes en general llegan, en última instancia, tocar los cuerpos, aferrarse a ellos, tomar en cuenta los gestos, los comportamientos, los hábitos, las palabras (p 59)

El poder disciplinar deviene del poder soberano, pero constituye una microfísica de poder, siendo un poder de menor escala político-social, pero de acción más incisiva y sometidora del cuerpo, los enunciados discursivos, las ideas y las conductas, etc. En base a lo expresado por Foucault (2007, p 72-76) se puede esbozar el siguiente cuadro diferencia de los dos tipos de poderes. Se puede sintetizar la teoría del Poder de Foucault, en estas afirmaciones, según Castro (2005):

El poder pasa a través de dominados y dominantes. No es una propiedad, es una estrategia; no se posee, se ejerce, Poder y saber son de distintas naturaleza pero interactúan. El Poder, en esencia, no es represivo. Es productivo (p 102)

### **Tipología del Poder: Poder Soberano. Poder Disciplinario**

Es el poder que permite al soberano sustraer productos, parte del tiempo o servicio de algún súbdito, y dispensar gastos para el bienestar de sus ciudadanos, donde predominan los primero sobre lo segundo Implican una sustracción total de productos, tiempo y servicio del cuerpo y conducta del individuo a disciplinar

<b>Poder Soberano</b>	<b>Poder Disciplinario</b>
Es el poder que permite al soberano sustraer productos, parte del tiempo o servicio de algún súbdito, y dispensar gastos para el bienestar de sus	Implican una sustracción total de productos, tiempo y servicio del cuerpo y conducta del individuo a disciplinar

ciudadanos, donde predominan los primero sobre lo segundo	
Su genealogía deviene de un don divino, victoria gloriosa o actos de declarada fidelidad de sus súbditos, o derechos de sangre, etc. Requiere ceremonias o rituales de sumisión intermitentes	No requiere de rituales de sumisión discontinuos, sino que mantiene permanentemente bajo su mirada a los sometidos a la disciplina
Las relaciones de soberanía no son heterotópicas, están tan entrecruzadas que no hay un orden jerárquico con subordinados y superordinados.	Las relaciones del orden disciplinar son isotópicas, tiene elementos subordinados y superordinados; y cada uno de estos dispositivos relacionales están articulados entre sí.
Tiene un carácter subyugador de la sociedad completa	Es individualizante en su proceder, pero prescriptor de normas universales
Se ve en la relación del Rey con sus súbditos	Se ven en el campo de la policía, taller, escuela y hospitales psiquiátricos, etc.

Además, el poder disciplinario se caracteriza por ser empleado para anomizar o normalizar el conductor, es decir, crear, restablecer o facilitar la adquisición o adaptación a las reglas o normas sociales previamente establecidas o renovadas, Pero el ejercicio de la mirada médica requiere el don de la ubicuidad, estar en todas partes, registrar todos los “actuares, decires y pensares” de la locura, lo cual se logra por la vigilancia permanente, exhaustiva y compartida con el médico por todos los cuidadores y vigilantes del asilo, una verdadera mirada disciplinaria permanente, democrática (por ser compartida como responsabilidad), algo muy de corte jesuita.

Esta observación multilateral y central sobre los posibles infractores a ser disciplinados se formaliza con la utilización del panóptico, de Jeremuy Bentham (1795), un modelo arquitectónico, que facilita el todo mirar, construcción de seis pentágonos centrados alrededor de un pentágono central desde donde se centra todo poder de vigilancia

compartida por los responsables de la institución penal o asilar, o creación de hospitales o instituciones educativas o protectorados indígenas jesuitas, con habitaciones de grandes ventanales de acceso a las miradas que custodian, o construcción de dormitorios de tamaño suficiente para ser funcionales o registrados completamente con una sola mirada desde la puerta, con lo que se puede reducir la necesidad de ventanas. Desde la arquitectura queda asegurada la mirada panóptica (de todo y todo el tiempo) sobre los orates, con lo que se queda enriquecido el saber y poder psiquiátrico.

### **Microfísica del Poder Asilar Psiquiátrico:**

El asilo psiquiátrico en nombre de la curación, desarrolla como dispositivos de poder: el aislamiento, la medicación, las coerciones disciplinares de cumplimiento de reglamentos y los métodos punitivos de castigo físico o moral. El enfermo mantiene una relación con el médico y demás cuidadores asilares, de carácter desequilibrada, inequitativa en poderes y desproporcionadamente eliminadora de la libertad del paciente, con lo que se incrementa el Saber y Poder Psiquiátrico.

Para lograrse este absoluto sometimiento a la única realidad que es la voluntad del médico, que como la familia se instituye en un ente de poder soberano-disciplinar; se requiere enfrentar los elementos omnipotentes de la locura, que mantienen al enfermo desprovisto de libertad, el delirio y su potencial peligrosidad. Contra la omnipotencia del delirio, se confronta con la intensificación de la realidad del médico (Foucault, 2007, p 175). Por tanto: “A partir del siglo XIX, el psiquiatra es, entonces, un factor de intensificación de lo real y el agente de un sobrepoder de lo real, mientras que en la época

clásica era, en cierta manera, el agente de un poder de irrealización de la realidad”

(Foucault, 2007, p 156)

El poder psiquiátrico se impone a través de intensificar la necesidad de libertad y satisfacción de necesidades básicas de existencia (alimento, baño, etc.) del paciente, que para obtenerla, debe irremediable subyugarse a la voluntad del médico. Pero esta política de carencia genera dos consecuencias, una mayor alienación social que lo aleja de su alienación mental; y una preparación disciplinaria para el trabajo dentro del asilo o fuera de él, si logra con su buen proceder y remitir el delirio u otras expresiones psicopatológicas, el exitoso egreso institucional.

Por lo tanto, la máquina asilar asegura un régimen disciplinario permanente, un sentido infundado de trabajar con o sin motivación para ello, un poder repartido de manera disimétricas y a expensa de pérdidas para solo una de las partes, y un sometimiento irreductible a una verdad impuesta administrativa; que determina finalmente una verdad acontecimiento, que si bien es cierto, nos habla de una realidad ineludible y dolorosa que debe ser vivenciada por los enfermos mentales, pero que no nos habla de su enfermedad ni su experiencia subjetiva sobre esta. Es sólo una realidad registrada, recogida por la mirada de toda la red panóptica asilar (cuidadores, vigilantes y sirvientes) que como red de información, le llega al médico lo visto e interpretado de la conducta y discursos enunciados por los paciente, pero desde la perspectiva de los supuestos sanos, que conforman las redes sociales de vigilancia y disciplina. “Es el enunciado de verdad de una locura que acepta reconocerse en primera persona en una realidad administrativa y médica determinada, constituida por el Poder asilar” (Foucault, 2007, p 191).

Pero también la confesión de la propia de locura, por parte de los pacientes a su médico, a través de la entrevista clínica, donde se indaga lo sintomatológica, pero se le niega ningún tipo de apoyo psicoterapéutico, es deleznable en los tiempos actuales. Porque en su omisión de lo humano, se homologa a los tratamientos morales “bienintencionados”, pero de benévolos procederes. ¿Qué diferencia ética se puede establecerse entre la omisión de conductas terapéuticas o terapias desproporcionadas en punibilidad, como los antaños tratamientos morales? Los psiquiatras deben recordar siempre la propuesta de terapia racional reiliana y tomar en cuenta, que si bien el uso de la psicofarmacología despeja los eventos adventicios perturbadores de la conciencia de los pacientes, no debe descuidarse el apoyo psicoterapéutico que brinda terreno de apoyo de la condición humana de experienciante, sufriente y excluido social, que alberga como una maldición parca, los pacientes psiquiátricos. ¡Basta ya de alterofobia!

Este desdén y olvido del enfermo, en aras de incrementar un poder médico, que ampliara ambiciosamente el poder asilar, descuida ignorantemente una realidad interior de los otros- internados que asegurarían un mayor tenor de conocimientos para el Saber Psiquiátrico. Lo importante es garantizar un Saber fácil e inmediato sobre la práctica psiquiátrica. Pero es tal la premura que se sacrifican nuevos linderos del Saber, que no reducirían el Poder Médico, lo ampliarían hacia la frontera de los deseos, necesidades y subjetividad de los enfermos mentales. Tal vez, el problema no esté en el incesante relación de reciprocidad entre el Saber y el Poder, sino mantener esta sin inmolar nuestra perenne maniafobia. Sentirnos más poderos ante lo que le tenemos miedo, la locura.

Laquesis, condenada enredadora de hilos de alteridad rechazada, aunando hilos de ambición de Poder, necesidad de Saber, y el placer de despreciar alterofobicamente

### **El Poder médico psiquiátrico:**

El poder basado en el saber no es simplemente un mecanismo de control social negativo, de represión de los deseos y las conductas, representado a un nivel superestructural. Es más bien una dispositivo de control positivo, que preserva, en un nivel estructural, la protección social, de quienes pueden o enfrentan dilemas sociales, cuya mirada continúa nos permitirá crear y aumentar un saber específico que le conferirá poder a quien lo porte o acapare. Por eso, Foucault (1999) concluye que:

Lo que el siglo XVIII introdujo mediante el sistema disciplina con efecto de normalización..., me parece que es un poder que, de hecho, no es represivo sino productivo; la represión no figura en él más que en concepto de efecto lateral y secundario, con respecto a mecanismos que fabrican, mecanismos que crean, mecanismos que producen (p 59)

Con esta aseveración en su Curso de 1973, Foucault no se contradice con sus críticas sobre las limitaciones que producen los tratamientos morales a los enfermos mentales; ya que, continúa denunciando que la práctica psiquiátrica no sólo objetualiza y desdeña sus posibilidades de abordaje subjetivo y trato más humano; sino que intenta develar también otros significados más importantes, el interés filantrópico médico por los alienados, para acrecentar como efectos de ganancia primaria no declarada, el aumento del saber y consecuencial poder psiquiátrico, como disciplina de la locura, de la anormalidad y de la desviación social.

A diferencia de los inicios de la época clásica, donde el papel del médico en el proceso de confinación multitudinaria de los individuos sinrazón, fue muy exiguo, que no pasaba de visitas esporádicas o intermitentes para revisar a los enfermos que se enfermaban; se transforma en la figura central del asilo a finales del siglo XVIII y siglo XIX (Foucault, 1986 – Vol II, p 252). El médico asilar se convierte en un ser omnisciente y omnipotente, decide a quien ingresa o no, a quien cura o no, cómo hace el diagnóstico y tratamiento. Sin embargo, es bueno aclarar con las palabras de Foucault (1986 – Vol II), que:

La intervención del médico no se realiza en virtud de un saber o un poder medicinal, que él tuviera como algo propio, y que estaría justificado por un conjunto de conocimientos objetivos. No es en su calidad de sabio como el homo medicus posee autoridad dentro del asilo, sino como prudente. Si se exige la profesión médica es como garantía jurídica y moral, no como título científico (p 253)

El saber médico no está restringido a la verdad descubierta desde la óptica científica en el discurso médico, sino en la verdad acontecida por los enfermos y su entorno social, que son quienes le confieren el poder al psiquiatra, más por el sortilegio mágico de una transferencia de poderes presupuestos en quien dirige la institución. Este poder infundado, o más bien, insuflado por sus pacientes proviene del saber psiquiátrico obtenido no durante sus estudios o por su elocuente y científico discurso, sino por la praxis médica basada en una cotidianidad experiencial de trato con los locos y los otros interiores (enfermos, familiares, cuidadores y vigilantes, etc.). El médico determina hacia donde se va en el asilo y la vida de los alienados, aunque no se vaya a ninguna parte

Para Foucault (1986 – Vol II, p, 254) fueron Tuke y Pinel los artífices del ingreso del médico como la persona de mayor influencia en el hospital o asilo psiquiátrico, por constituirse en mediadores morales y sociales de la enfermedad mental, no por la ciencia que representaban. No se pretende que el médico conozca la enfermedad, sino que la domine, la someta, la controle, la cure o la estabilice.

“El médico se convierte en el operador casi mágico de la enfermedad y toma la figura del taumaturgo” (Foucault, 1986 – Vol II, p 256), quiera o no hacerlo (se los permita o no el positivismo al que están anclados), se le ha impuesto por el estatus desempeñado, más que por sus logros. Freud se encargara en el siglo XX de estudiar estos extraños e innegables procesos de la relación médico-paciente y darle explicaciones más mágicas aún, al derivarlas del inconsciente. Pero esa mediación, hoy llamada psicoterapéutica, mantiene un lugar de primacía en la buena práctica médica, aún en los pacientes con trastornos de índole más orgánico que funcional, y aunque algunos psiquiatras se olviden de ejercerla al conformarse sólo con el uso de la tecnología biomédica. Tampoco es ético usar esta ineludible influencia mediadora de la salud – enfermedad para sugestionar o forzar al paciente a estrategias exclusivamente biológicas, con descuido de paciente como humano. El prestigio social que la diosa Acceso (hija de Esculapio, dios de la Medicina) es una metáfora de ese influjo esotérico y de naturaleza sugestionable, que los pacientes le confieren con humildad, a sus médicos tratantes

**El Poder Psiquiátrico devenido de la Familia se extiende a lo Social:**

La familia para Foucault (2007, p 104) guarda un Poder de soberanía, los padres como figuras centrales e irremplazables de la estructura familiar, a quien deben estar sometidos los hijos, mantienen perenemente un sentido de dominio y pertenencia de todos los demás miembros de la familia. Pero este “dispositivo de soberanía, es la bisagra, el punto de enganche absolutamente indispensable para el funcionamiento mismo de todos los sistemas disciplinarios. De esta manera, se asegura la disciplina de los hijos, lo cual si ocurre de manera sobre intensa y desmedida, terminara actuando con una fuerza inaudita de coerción social que como condicionante social puede mediar en la socio génesis de la enfermedad mental

Pero esta bisagra social que representa la familia, puede constituirse en el punto de encuentro o sostén de diferentes dispositivos disciplinarios (médico, militar, escolar, policial y legal, etc.). Y además, en “una sociedad como la nuestra en que la microfísica del poder es de tipo disciplinario, la disciplina no ha disuelto la familia; ésta se concentró, limitó, intensificó. El Código Civil en vez de reducir el poder de la familia, la delimita y empodera como espacio nuclear social. El estado a través de los dispositivos de trabajo (entramado disciplinario) social puede reemplazarla o ayudarla a reestructurarse, por contener un poder de soberanía mayor (Foucault, 2007, p 105 – 109)

Sin embargo la familia permanece permeable a nuevos dispositivos disciplinario que intenten sustituirla o redimensionarla como unidad social más longeva y funcional, lo que legitimara deslices sociales de la función psicológica, psiquiátrica, psicoanalítica, psicología forense, etc. La familia queda atrapada por la intrusión del discurso, de las

instituciones y de los especialistas que conforman estas áreas del saber, con lo que se amplía este último y su poder derivado

El niño y la niñez como recuerdo de la infancia, se convierten, el primero en blanco de la revisión vigilante de la familia; y tanto el primero como el segundo, en objeto del deseo de Saber y Poder de la psiquiatría y psicología. Se cierra la bisagra entre la soberanía familiar y la disciplina asilar o de consultorio

Esta función “psi”, como la denomina Foucault, se extiende en una extensa y tortuosa telaraña de Saber y Poder a todos los sistemas disciplinarios engranados en la unidad familiar social (militar, escuela, trabajo, etc.). Esto significa que la familia, “...que desempeña el papel de disciplina para todos los indisciplinables.... Es el discurso y la introducción de todos los esquemas de individuación, normalización y sujeción de los individuos dentro de los sistemas disciplinarios” (Foucault, 2007, p 111)

El símbolo Psi ( $\psi$ ) es la vigésima tercera letra del alfabeto griego, que fue sustituido por el diágrafo (psi) de los romanos, que significa “alma”. Este icono se asemeja a una mariposa con las alas extendidas; ya que los antiguos griegos creían que al morir, salía expelida por su boca, en una exhalación, el alma del mortal fallecido. Los términos psicología, psiquiatría y psicoanálisis emplea este prefijo “psi”; ya que tratan sobre el estudio del alma, medicina del alma y análisis profundo del alma, o de la mente. La mariposa es una alegoría a la unión de Eros (dios del amor) y Psiquis (diosa del alma) en la versión de Apuleyo en su obra “El asno de oro” (1988,. Eros era alado y alzaba en vuelo a Psiquis para llevarla a su escondite de amor o para abandonarla en la frontera de la

desesperación, fuera de su reino. Pero también, podemos recordar por analogía, al tridente de Poseidón (dios del mar) con el cual provocaba grandes terremotos y maremotos; o puede revolver hasta el cansancio las mismas profundidades, que se pueden homologar las profundidades del mar a las del alma o la mente.

Desde una perspectiva foucaultiana, utilizando su mirada arqueológica, podemos atrevernos a decir, este tridente se nos revela como las ciencias de la conducta (psicología, psiquiatría, y psicoanálisis); que se esparce en el espacio del Saber y del Poder, sobre el pensamiento, afectividad y conducta. La mariposa representa la libertad que otorgan estos especialistas a condición de un sometimiento absoluto a las normas y las disciplinas. Así como le pasaba a Psiquis, que en su locura libertaria desobedecía los mandatos de su amante Eros, y terminaba castigada por este, con el ostracismo y la soledad. No en balde, siempre se dice sobre esta unión romántica entre el amor y la locura, que Eros sin Psiquis, la desolación, y Psiquis sin Eros, la locura.

El tridente de Poseidón, que por analogía, se homologa al símbolo “psi”, podría significar que así como el dios de los mares se extiende por todo el planeta en una magnitud inmensa, los saberes de la mente o el alma, se podría dicotomizar simbólicamente, es decir, la psicología extiende horizontalmente, de manera exhaustiva su campo de estudio a todos los confines del planeta (a todos los dispositivos sociales de ordenación disciplinaria sobre la conducta normatizada (psicología organizacional, educativa, clínica, ambiental, jurídica, deportiva, social, etc.); mientras el psicoanálisis y la psiquiatría se profundizan verticalmente a mundos en penumbras y menos visibles a la comprensión de la razón (psicosis, neurosis, automatismos, vida instintiva, instancias

inconscientes de la personalidad, etc.), para normatizar la conducta desviada o indisciplinada. Quizás los arpones del tridente representen lo punitivo, es decir, las mortificaciones físicas y mentales de los mal llamados “tratamientos morales”.

Al adoptar la soberanía familiar el ser dispensadora de disciplina, queda también provista de una mirada pseudopsiquiátrica o pseudopsicológica, que remeda las disciplinas, que vigila la conducta (personal, social y sexual) de sus integrantes, en particular de los niños y adolescente, con lo que pone en aviso al resto de dispositivos sociales disciplinarios que se encuentren engranados a la familia como fuente primigenia de los desordenes que en ella ocurran (autoridades, policía, médicos, psiquiatras, etc.). La familia es la gran vigilante no sólo del crecimiento ponderal, educación, alimentación y modales de sus hijos, también de lo psicopatológico, de lo particular que se desvía de lo normativo. Y por este servicio, puede ser recompensada en los casos de no control sobre el cuerpo y mente de sus miembros, con un deslizamiento de responsabilidades hacia las redes sociales que la apoyan y que siempre se nutren su saber y poder de ella (hospitalización psiquiátrica o médica general, prisión, detención policial y tribunales, etc.). La microfísica del Poder familiar se ha ganado el derecho al auxilio en caso de desbordes anómicos disciplinarios.

**La Psiquiatría como rama bastarda de la medicina para la conducta humana:**

La psiquiatría aparece como parte de la medicina general, a finales del siglo XVIII e inicios del XIX. Y hacia 1850, ya funciona como una rama más de la higiene pública, no como una rama ya especializada del Saber médico. La semiología, nosografía y terapéutica todavía se está conformando por el siglo de oro del alienismo. Mientras tanto, se “institucionalizó como dominio particular de la protección social, contra todos los peligros que pueden venir de la sociedad de la enfermedad mental” (Foucault, 1999, p 115). La psiquiatría actúa, primero, como dispositivo de control y vigilancia y después como saber médico. El interés poderológico de los médicos interesados en la mente no se puede sustentar en conocimientos teóricos o empíricos, por lo abandonado y alejados que están los locos, durante la época clásica. Es a finales del siglo XVII, que surgen las primeras clasificaciones

Tarda pero se va formando todo un saber sobre la sintomatología, clasificación, pronóstico, observaciones, historiales clínicos, etc., desde que se alejan a los verdaderos enfermos mentales del resto de los sin razón, al mermar los confinamientos en el siglo XVIII, se visibilizan los locos, se les toma en cuenta, se les trata “moralmente”, etc. Sin quitarle todos los atisbos de maniafobia que viene heredando socioculturalmente desde el clasicismo. Laquesis no baja en fuerza, su opresión malintencionada de los hilos de la locura.

Entre los médicos físicos, dueños de un Saber legítimo, basado en la demostración científica, y los psiquiatras, es que estos últimos ante la locura, aún no demostrada fisiopatológica ni anatomopatológicamente, de manera completa, por los alienistas del siglo de oro; y ni siquiera de forma última y exhaustiva en los próximos siglos hasta la actualidad. Sin embargo, la psiquiatría reclama su espacio como disciplina, defiende su

verdad, aún no legitimada y se constituye en una verdad a medias, una disciplina a media, una rama bastarda de la medicina, como lo son para la misma los mismos enfermos mentales alejados siempre del respeto a la alteridad. O por lo menos, por ahora no hay una verdad definitiva demostrable por criterio de verificación empírica, Foucault (2007) nos describe magistralmente el enlace que hace la medicina entre la higiene mental y la medicina mental

El médico es el intermediario, la persona ambivalente que, por una parte, mira del lado de la realidad y la manipula, y por otra, mira del lado de la verdad y el error y se las ingenia para que la forma de la realidad se ponga a la altura del error a fin de transformarlo en verdad (p 155)

Es importante reconocer, que aunque, la psiquiatría surge como disciplina médica forzada parcialmente como verdad científica, pero validada por una semiología, nosografía psicopatológica exhaustiva y un esbozo terapéutico que intenta abordar y eliminar ese real que representa la locura, que la sociedad espera pueda desaparecer; ya sea por curación, internamiento o disciplina. La verdad se fragua no desde el éxito de la terapéutica, sino desde la práctica psiquiátrica de tratar de alcanzarla

Todo esto ocasiona un inevitable proceso de que el psiquiatra, para consolidar la realidad de lo que estudia, la locura, imponerle el poder de su Saber, “y a la inversa, quien debe sacar a la locura el poder de extraerse de lo real (Foucault, 2007, p 156). No podemos olvidar que la principal diferencia de la psiquiatría con el resto de las especialidades médicas, es que su objeto de estudio, el alma o la mente, es intangible, inteligible y percibido con parcialidad sensorial. Podemos ver las conductas y escuchar los discursos, pero sólo inferir los pensamientos y sospechar las emociones acompañantes.

Así, como Psiquis sólo podía amar con parcialidad sensorial en el anonimato de la oscuridad a su amante misterioso, Eros; porque este no se dejaba ver por su amada, sólo tocar y escuchar, por lo que la visitaba en el bosque, únicamente en las noches del tiempo, que intentaba reparar la soledad y el desamor que arrastraba Psiquis desde el seno de su desalmada familia. (Apuleyo, 1988)

Para Foucault (2007, p 157), el Poder Psiquiátrico es definido “como el complemento de Poder en virtud del cual lo real se impuso a la locura en nombre de una verdad poseída de una vez por todas por ese poder con el nombre de ciencia médica, la psiquiatría”. Todo el haber acumulado por los alienistas sobre los aspectos clínicos, evolutivos, clasificatorios, pronósticos y hasta los intentos torpes y fallidos de ayuda terapéutica con medicamentos y tratamientos morales, no se desperdician epistemológicamente, se equiparan por analogía al del discurso médico habitual, y aparece por sortilegio de deslices foucaultianos, una nueva verdad médica, no demostrada (bastarda) pero verdad discursiva, la verdad psiquiátrica.

Podemos concluir, que este soberbio Poder que la medicina desplaza hacia la psiquiatría, con lo que logra expandirse ella misma sobre los factores psicosociales y sociopsicológicos que intervienen en la génesis de las enfermedades físicas, sino que también aumentan las fronteras medicas más allá de lo corporal, hacia lo mental, incorporándolos como nuevo objetos de estudio médico, a pesar de lo inédito de su naturaleza intangible y limitada mensurablemente. Todo ejercicio del Poder es siempre altruista, algo bueno para los demás siempre deviene en algo bueno para quien lo otorga. Finalmente, Foucault (2007) nos permite culminar con esta idea ilustrativa de que:

El Poder Psiquiátrico dice esto: entre la locura y yo la cuestión de la verdad nunca se planteará por una razón muy sencilla, a saber: que yo, psiquiatría, ya soy una ciencia. Y si como tal tengo derecho a interrogarme a mí misma sobre lo que digo, si es cierto que puedo cometer errores, de todos modos me toca, y me toca a mí sola, en cuanto ciencia, decidir si lo que digo es verdad o corregir el error cometido. Soy dueña, si no de la verdad en su contenido, al menos de todos los criterios de la verdad” (p, 159)

### **Los Psiquiatras son hijos de Pinel por analogía, pero por la verdad son de Reil**

Sin embargo, Foucault no nos habla de Johan Cristian Reil (1759 – 1813) considerado como el padre de la psiquiatría. Era anatomista, médico y psicólogo, que en su famosa obra “Rapsodias sobre la aplicación de los métodos de tratamiento a los espíritus desorganizados” (1803) donde no solamente acuña la palabra, por primera vez, de psiquiatría; sino que también aboga porque la psiquiatría no sea sólo una parte de la medicina general, sino que se entrenen médicos de manera especializada en esta nueva disciplina médica. Criticaba a Pinel por su exceso de disciplina en el tratamiento moral y proponía un tratamiento más racional con respeto a los intereses de la dignidad de los pacientes mentales.

A inicios del siglo XIX, Antoine Bayle (1799 – 1858), médico que trabaja en el asilo psiquiátrico de Charenton, describe la parálisis general con que terminan o se relaciona la demencia. Esto presta un prodigioso y necesario asidero anatómico a la psiquiatría, pero restringida a las fronteras neuropsiquiátricas. Así como hay intentos de legitimación de la verdad médica de la psiquiatría por descubrimiento de bases empíricas, sensoriales

develadas por cuadros de trastornos orgánicos cerebrales, durante el siglo XIX, también ocurren avatares deslegitimadores de la especialidad de la mente, como son los cuadros histéricos, considerados como simuladores por sugestionabilidad de cuadros físicos, simulaciones de la locura, hazmerreir de la psiquiatría. Y lo peor, que constituye una fuente perversa de sospecha de la locura como saber basada en una verdad no demostrada sino simulada, de la psiquiatría. Paradójicamente “la mentira de la simulación, la locura que simula la locura, fue el antípodo de los locos frente a poder psiquiátrico” (Foucault, 2007, p 162). Sólo a finales del siglo XIX, algunos médicos como Charcot, Freud intentarán, que las histerias, sean expropiadas como caudal de acrecentamiento de un nuevo ámbito de Saber y Poder descendiente de la psiquiatría, el psicoanálisis. La histeria como probable delatora de falta de verdades comprobables, no constituye sólo la gran enfermedad del siglo XIX, sino también es “un síndrome correlativo al poder asilar o el poder médico” (Foucault, 2007, p 163) que intenta el primer sabotaje despsiquiatizador de la historia; ya que los movimientos antipsiquiátricos, serán el segundo intento fallido

Por otra parte, la psiquiatría mantuvo siempre, desde su origen epistemológico en la higiene pública y en la especialización reiliana del saber médico, que la enfermedad mental mantiene una génesis social, sin negar las raíces biológicas, hereditarias y anatómicas. Reil plantea la enfermedad mental como un desequilibrio de las funciones mentales secundario a condiciones devenidas de la sociedad y de los atropellos de los avances de la civilización. Por lo tanto, es fácil plantearse que la psiquiatría a diferencia de la psicología, navega con entusiasmo y familiaridad en el campo de la condición genésica de su objeto de estudio, la enfermedad mental, en el ámbito de la sociopsicología. Lo psicopatológico y biológico son extensiones del saber médico desarrolladas desde el

siglo XIX hasta la actualidad, lo social estuvo primero como consideración epistemológica de la psiquiatría. Y también se puede considerar como una disciplina médica que desde sus inicios, tiene una connotación biopsicosocial, como la que le viene por impregnación de origen reiliano.

Los psiquiatras son hijos legítimos de Reil, como intento de consolidación de esta disciplina del Saber y Poder en el entrenamiento técnico operativo en los hospitales psiquiátricos, en la especialización científica y en la formalidad de lo educativo. Pero en este origen de la psiquiatría y metamorfosis desde una parte de la higiene pública hasta convertirse en una docta y magna especialización médica, se da un anudamiento doble laquesiano y foucaltiano. Foucault (1999) lo explica mejor:

Al mismo tiempo hubo que codificar la locura como peligro, es decir, que fue preciso hacerla aparecer como portadora de cierto número de peligros, como esencialmente portadora de riesgos y, por ello, la psiquiatría, en la medida en que era el saber de la enfermedad mental, podía funcionar efectivamente como la higiene pública (p 116)

Por eso la psiquiatría es garante de vigilar la enfermedad mental, tratarla y contenerla, pero también se encarga en descubrir los misteriosos crímenes que se originan en la locura. Por eso la psiquiatría como rama ornitológica del saber, siempre está interesada en la locura que mata o en el que se mata llevado por la locura

Foucault detalla todo evento social, desde una mirada fijada en la noción de Poder. “Saber y Poder forman un par mutuamente implicado, que se articula en el discurso. El Poder se ejerce a través del Saber, y el Saber se mueve por ambición de Poder”

(Vethencourt, 1992, p 15). En el caso de la Psiquiatría fue la necesidad de obtener crear un superpoder que intensificara lo real de la locura y de esta manera validarse la posibilidad de que todo un saber acumulado por los alienistas no se perdieran por rendijas epistemológicas, sino que se salvaguardaran con la esperanza de que en los próximos tiempos se ensancharan las bases positivistas de esta ciencia médica. Pero la Psiquiatría, todavía hoy, a pesar del avance biotecnológico diagnóstico y terapéutico, está más cercana a lo hermenéutico, subjetivo y pospositivista, que a la referenciación positivista, objetiva y fenomenológica. La psiquiatría como toda bastarda, en los tiempos contemporáneos, exige dejar de ser tratada y denominada así y se coloca en una interface científica-humanística, que reclama su reconocimiento de la sociedad y del resto de la ciencia, como una hija igualmente legítima de esta.

Además, “la visión foucaultiana de la ciencia ubica la fuente de legitimización epistemológica en la voluntad de Poder. Con la relación entre Ciencia y Poder, Foucault adelanta la caracterización postmoderna del conocimiento que lo concibe como un acto performativo” (Vethencourt, 1992, p 16)

### **Las Verdades del Poder Psiquiátrico:**

El Saber y Poder Psiquiátrico no se funda en la práctica terapéutica, sino en el funcionamiento disciplinario, que se da en la práctica de interacción cotidiana con el paciente asilar, a través de rituales confesionales como el interrogatorio, no para conocer las verdades subjetivas del paciente, sino para captar el discurso y accionar que delata la

locura, convirtiéndose este interrogatorio en la fase inicial del método disciplinario. Otros rituales disciplinares son la hipnosis y los tratamientos biológicos. Pero en toda práctica humana de salud, hay verdad, sea una verdad científica o una verdad de acontecimiento derivada de la interacción paciente con el médico, familia y otros cuidadores. Aunque nadie este absolutamente calificado para detentar una verdad única y absoluta, tampoco nadie está descalificado a priori para sustentar sus verdades

La verdad científica es considerada como una verdad demostrativa o prueba, por ser construida o verificada, a través de una tecnología de demostración. Pero existe, otra verdad dispersa, anclada en los acontecimientos históricos de la humanidad, de manera discontinua, que tiene sus momentos emergentes de eclosión (ej, prácticas oraculares delficas de curación, las prácticas alquímicas, el mesmerismo como tratamiento de las histéricas, etc.) A esta última verdad, le denomina verdad acontecimiento. Los operadores de cada una de estas verdades las ponen de relieve en sus enunciados y prácticas discursivas o gestos rituales. La primera nos habla de lo que es y la segunda de lo que sucede. La verdad demostrativa ha tratado permanentemente, a través de lo largo de la historia, de solapar o ningunear a la verdad acontecimiento, empoderada en su función instrumental y de constatación que desdeña a la verdad relativa a rituales o sucesos emergentes de lo social. La verdad demostrativa guarda un carácter apofántico, es decir, se basa en enunciados de afirmación o negación de la realidad. Y además, es una verdad de relación del objeto y sujeto que aporta un saber formal. En cambio, la verdad acontecimiento nos habla de los acontecimientos, de lo que ocurre en la cotidianidad, en el devenir humano social, en las relaciones de dominación y sometimiento, etc., más allá de todo interés de elaborar un conocimiento o juicio.

Pero tanto esta verdad acontecimiento como la verdad demostrada están implicadas a la hora de tratar un historiador de dar cuenta de un fenómeno humano a estudiar. La historia de la medicina o de la ciencia trata de centrarse exclusivamente en la verdad demostrada, hilvanada en una línea gloriosa y enriquecedora de proposiciones de diferentes autores y protagonistas científicos sobre el proceso salud – enfermedad. Todo encuadra, se formaliza y se vanagloria. La historia del pensamiento trata de hacer lo mismo pero en un sustrato superior, en lo filosófico, aprehensión última de todo saber, de su origen gnoseológico y epistemológico

En cambio, la historia del pensamiento sobre la enfermedad física o mental foucaultiana, pretende un explorar arqueológico de los discursos, interacciones humanas, conocimiento científico, relaciones de poder, muestras pictóricas o literarias, etc., acontecidas en determinadas épocas. Son verdades que emergen inusitadamente o se desplazan por intereses altruistas nada ingenuos, en donde intermitentes discontinuidades históricas revelan las diferentes prácticas discursivas ocurridas en un mismo y determinado momento; y la primacía de una sobre otra.

Aunque Foucault (2007, p 274) nos revela que el abordaje “...de la verdad acontecimiento, eso es lo que llamaré arqueología del saber”, considero que su propuesta metodológica es mucho más abarcativa epistemológicamente. Es una propuesta de historiografía creativa, inusual y dinámica, donde se toma en cuenta, tanto las verdades descubiertas, apofánticas, constatadas, de relación de conocimiento o demostradas (verdad nube); y las verdades acontecidas, rituales, relación de poder, o de choque (verdad rayo).

Y hasta las relaciones de solapamiento, confrontación, sometimiento o dominación de una y otra. A Foucault le gusta poner al descubierto como la tecnología consecucional de la verdad acontecimiento termina siendo rechazada, encubierta, desechada, desdeñada o reemplazada por la prevalencia de la verdades científicas. Mostrar como la verdad demostrativa confisca y ejerce una relación de poder sobre la verdad acontecimiento, recibe la denominación de genealogía del poder. Esto le gana la antipatía fácil y constante de los especialistas poseedores del saber y poder formalizado socialmente, cada vez que este arqueólogo impertinente y sus retorcidas intenciones laquesianas, tratan de irrumpir sus narices en la práctica profesional o social de los empoderados oficiales del Saber y Poder. ¡No te queremos hijo de Laquesis!

El saber médico en el siglo XVIII aún no logra constituirse en relación a una verdad demostrada, por falta de una tecnología de constatación eficiente que la pueda sustentar. Por lo que “esa tecnología de la verdad prueba o la verdad acontecimiento permaneció durante mucho tiempo en el corazón de la práctica médica” (Foucault, 2007, p 280). Falta probarlo. Entre tanta anudación de Laquesis se pierde el recorrido de los hilos

La prueba de realidad psiquiátrica se sostendrán en el afán disciplinar asilar, en la doble realidad administrativo médico, es decir, decidir quién ingresa o egresa, quién es portador o no de enfermedad mental, reestructurar la demanda de ayuda familiar o social en síntomas de enfermedad. Es todo un recorrido hermenéutico de construcción social y científico de una disciplina especializada para contener a los locos y proteger a la sociedad. Pero también, ocurre un proceso desde el paciente que significa al médico como su cuidador. Foucault lo ilustra bien, cuando asegura “...tenemos un prodigioso

superpoder del enfermo, pues es él quien, precisamente según su manera de sufrir la prueba psiquiátrica, su manera de salir de ella, va a entronizar al psiquiatra como médico” (Foucault, 2007, p 308).

A través de tres técnicas, lograra la psiquiatría, a través de la prueba de realización de la enfermedad mental, para validarse: primero, el interrogatorio de la entrevista médica, que le permite sustentar con los antecedentes personales y familiares, los factores hereditarios y medioambientales que intervinieron en el origen de la enfermedad; segundo, la farmacoterapia, que le extiende el quehacer médico al propiciar tratamientos rentables en la mejoría clínica; y tercero, la hipnosis que delata la aparente simulación de las histerias como trastornos funcionales, que engrandecen el arsenal taxonómico de la psiquiatría, a expensa de confiscárselas a la neurología, que queda frustrada ante no poder evidenciar ninguna realidad confirmatoria, sino de represión de la sexualidad, la cual termina sustituyendo en importancia y operatividad de accionar a la misma hipnosis. “Las histéricas, para el mayor de nuestros placeres, pero sin duda para el peor de nuestros infortunios, pusieron la sexualidad bajo la férula de la medicina” (Foucault, 2007, p 381). Estos tres elementos engrandecedores del Saber y Poder Psiquiátrico funcionan hasta la actualidad

Foucault nos habla de que las prácticas médicas se orientan en torno a la noción de “crisis”, que es la eclosión de la enfermedad, sucede al haber riesgo de muerte o cuando pasa de su súbita presentación clínica aguda a la cronicidad; y el médico debe esperar el momento de la crisis para reforzar la naturaleza de la enfermedad, para que esta triunfa sobre la otra. Se desarrolla, entonces, una tecnología de crisis, donde el médico no es un

agente terapéutico, sino un facilitador de la equilibración entre fuerzas naturales que se encuentran en conflictos entre sí, donde el médico más que curador, es un juez que devela la naturaleza culpable de la enfermedad, con lo cual logra apropiarse del enfermo y de su enfermedad a través de esta verdad prueba, la verdad acontecimiento. Se origina un Saber Médico que comenzara a ambicionar el Poder

El ansia de Poder en base a este nuevo saber empírico, le da soporte a una transformación de la tecnología de la verdad. Este paso de la tecnología de la verdad acontecimiento a verdad demostrada, ocurre por la acción de dos dispositivos tecnológicos: la pesquisa y la escasez de conocimientos (Foucault, 2007, p 289). La pesquisa ya había sido usada desde la Edad Media en otros campos humanos (pesquisa fiscal, pesquisa policial, etc.) y constituye el informe que circula por todo el mundo médico y que informa los hallazgos, para ser discutidos, rechazados o refrendados en una generalización del conocimiento. Estas informaciones médicas se tornan muy valiosas en un terreno inseguro y de ignorancia de muchas enfermedades aún no codificadas, registradas ni adjudicadas a causas precisas. Se requiere una formalización del sistema médico, para universalizar este nuevo Saber y Poder que emerge. Surgen las universidades, sociedades científicas, revistas médicas con los pacientes, la especialización. Ya ocurrió un desliz de trasposición de verdades, de confiscación de las verdades médicas objetivables, que no se interesan por las verdades subjetivas de los padecientes. Se atiende a los síntomas, etiologías y tratamientos de la enfermedad, y se descuida al enfermo.

El médico se convierte en el paladín de este conocimiento universal, al especializarse y formarse académica y asistencialmente. Es el sujeto universal de este Saber y Poder

Médico. Aparecen los registros estadísticos, los conocimientos que provienen de la fisiopatología y anatomía patológica, en el siglo XIX, lo que refrenda estas verdades demostradas en el ámbito de lo corporal, de forma más completa, y en lo mental, de manera parcial. Se consolida este Saber y Poder Médico.

En el caso de la psiquiatría no se requiere para legitimarse como ciencia, de la prueba de verdad o solo parcialmente; ya que los hospitales psiquiátricos son sistemas disciplinarios o de contención de la crisis, no hay lugar para estos eventos generados del saber por su pesquisa. También podemos considerar el poco asidero orgánico que los estudios anatomopatológicos dieron a la patología mental (aunque queda la sospecha de que la verdad de los locos esté en sus cerebros). Pues a finales del siglo XIX e inicios del siglo XX, surge la anatomía patológica que nos permite poner en evidencia tangible la lesión localizada en el cuerpo, muestra de la enfermedad como una realidad contundente. Por otro lado se intensifica la relación entre la criminalidad y la psiquiatría (siglo XIX), ya que se intenta atribuir el crimen a la locura o la locura como un crimen. En “esa atribución de locura al crimen, está la voluntad de los psiquiatras de fundar su práctica en una defensa social, puesto que no puede fundarla en la verdad” (Foucault 2007, p 2979). Un retorno a su origen de la higiene, para expandirse mucho más, después de agarrar impulsos epistemológicos más fuertes.

El complot de estos tres factores, hace que se extienda la base del Poder Psiquiátrico sin requerir de una contrastación definitiva, que se acepta postergar para poder deslizar responsabilidades sociales, legales y estatales a la medicina menta. Y que esta aprovecha para empoderarse y validarse con una verdad demostrada a medias. La Psiquiatría por

ambición del Poder, difiere y promete a futuro, la obtención de un Saber Positivista, que lo equipare nomotéticamente a las otras áreas serias de la Medicina; pero esta disciplina tomara como sostén otras áreas del Saber que la diferenciaran ideográficamente de forma poco habitual en la praxis médica

Los asideros positivistas de la psiquiatría contemporánea se basa en las respuestas clínicas a los tratamientos, el empleo de modelos mentales para explicar la etiopatogenia biológica probable de la enfermedad mental y algunos hallazgos anatómicos y fisopatológicos, o neuroimágenes que explican los trastornos mentales orgánicos (frontera neuropsicológica). Por ahora. Y enriquece sus incompletudes, basándose en verdades acontecimientos que derivan de la relación médico paciente (psicoterapia), que sale al encuentro de lo humano, lo existencial y lo subjetivo. Se valida lo científico, desde un espectro de saberes más extenso, lo positivista y post-positivista, lo objetivo y lo subjetivo, lo tecnológico y lo humano, lo tangible y lo intangible, lo biológico y lo psicosocial, etc.

La psiquiatría nace de la higiene, contención asilar y la ergoterapia (lo social), del tratamiento moral, del tratamiento racional, del psicoanálisis y otras psicoterapias (lo psicológico) y de la psicofarmacología y otras terapias biológicas, lo para clínico de los trastornos mentales orgánico (lo biológico). Tiene un origen mixto en el planteamiento de la génesis de la locura, pero que no se diversifica en particularidades genésicas o de tratamiento; sino que, más bien, se integra en una concepción biopsicosocial (herencia reiliana). Eros es un dios olímpico, Psiquis una mortal, avenida por amor, a diosa, lo inteligible de Eros impregna a Psiquis y la desincorporaliza parcialmente (quizás de manera temporal), mientras la dota de intangibilidad inmortal para que pueda ser aceptada

por los tres dioses más clarividentes del orden y el saber: Atenea (diosa de la sabiduría) e hija de Mentis (Mente) y Zeus (Dios de la Equidad y la Ética) y Apolo (Dios de la Estética y Armonía por el orden), padre de Esculapio (Dios de la Medicina), entonces, abuelo putativo de los médicos; y Hermes (Dios de la Interpretación, El Lenguaje, la Anamnesis y los Discursos (Hermenéutica de las Ciencias Sociales y Médicas)

## **VI. FOUCAULT Y EL MOVIMIENTO ANTIPSIQUIÁTRICO**

Además de los aportes de autores celebres de la antipsiquiatría (Cooper, Laing y Szasz) se le ha acusado con frecuencia a Foucault de abrir esta posibilidad epistemológica, por las fuertes críticas a la praxis psiquiátrica, preocupación por los enfermos mentales y develación pública de secretos de la familia médica sobre la “incompletud” de origen epistemológico de la psiquiatría. Es difícil apreciarte cuando eres psiquiatra o psicólogo. Por eso, no es de extrañar que uno de sus tutores, Daniel Lagache (historiador de la filosofía y psicólogo) de la tesis “Locura y Sinrazón: Historia de la locura en la época clásica” trago saliva cuando aprobó su defensa. Lagache quería realizar una historia de la psicología de continuidades que llevara a denotar el carácter unitario de la misma. Posiblemente, esta tesis de Foucault cuestionara. Foucault se siente ofendido cuando se le intenta asimilar a este movimiento psiquiátrico. El no pretende o propone destruir la especialidad, sólo explicar el desarrollo socio histórico de la psiquiatría, las relaciones del Saber y Poder de esta y la concepción epistemológica de la enfermedad, desde el clasicismo hasta la actualidad, desde la perspectiva de una mirada arqueológica.

Foucault quería identificar las condiciones sociales e históricas estructurales conformadoras de la locura, la praxis psiquiátrica y las disciplinas de la conducta humana (psicología, psiquiatría y psicoanálisis). Esta obra logra la estimulación de una conciencia histórica de la relación del enfermo mental con su médico y la sociedad; que logra darle más impulsos a críticas sociales que en los 60 y 70 del siglo pasado se estaban planteando a los hospitales psiquiátricos y las propuestas consecuenciales de reformas médicas, políticas y administrativas, que se cernían sobre estas. Por otra parte, los simpatizantes del movimiento antipsiquiátrico suelen colocar como un factor motivador y que sembró inquietudes en algunos psiquiatras e intelectuales de la después de la reveladora lectura del libro, que se enarbola para muchos como la primera piedra teórica de esta actitud cuestionadora contra la psiquiatría.

Además, Foucault sostiene que las condiciones sociales estructurales provocan eclosión de las enfermedades mentales, pero mediadas por las vulnerabilidades psíquicas y personalísticas pre-existentes, tal como lo formula en su primer libro “Enfermedad Mental y Personalidad” (1954), donde se mantiene más apegado a lo psicopatológico; mientras que en esta segunda obra enfatiza más en los elementos sociales e históricos que presionan al futuro alienado, para condenarlo al encierro y exclusión social. Lo social pasa a tener primacía sobre lo psicológico, en la génesis de la enfermedad mental (alienación primaria). Y además, como el asilo y sus tratamientos lo alienan más (alienación secundaria) con una evolución clínica mucho más deteriorada y desgraciada

La crítica de la enfermedad mental y el cuestionamiento de la psiquiatría como factor etiopatogénico de la misma enfermedad (alienación terciaria), se había iniciado, antes de

la aparición del texto de Foucault, en 1959. “En Inglaterra, California e Italia, la impugnación de la psiquiatría había surgido en el terreno del asilo y la práctica política...la antipsiquiatría tenían como puntos de anclaje en países donde el psicoanálisis no se había “normalizado”...” (Roudinesco, 1992, p 13). Sin embargo, la obra de Foucault en la colección “Estudios en el Existencialismo y Fenomenología” dirigida por Ronald Laing y David Cooper. Este anudamiento laquesiano, mantiene a Foucault atado como supuesto precursor (Pastor y Ovejero, 2009, p 296)

La ambigüedad de Foucault, hace que el movimiento antipsiquiátrico esto le pueda simpatizar, siempre está en la búsqueda de fuerzas del discurso que originen nuevos archivos arqueológicos del Saber. Pero, puesto en riberas reflexivas, no auspicia ningún texto que sirva formalmente de piso epistemológico del movimiento antipsiquiátrico. No hace muchos aspavientos, ya muchos intelectuales franceses lo habían acusado de hitleriano, maoísta, islamista, etc. Un hilo más para el displicente hijo de Laquesis. No en balde Veyne (2009, p 148) considera a Foucault, un samurái, un ser peligroso por la espada de su lengua y la concentración de sus reflexiones

Foucault no cree en la ingenuidad epistemológica, siempre sospecha ocultas intenciones altruistas fraguadas por fuerzas sociales contrapuestas. Por eso simpatiza con diversas ideológicas, pero un rato nada más. Luego se sofoca de tantas miradas transversales, que lo llevan a archivos alterofóbicos encubiertos, que se le impregnan en sus retinas arqueológicas del Saber y Poder, que desiste y se encierra en su confortable y nunca contaminable libre pensamiento humanista. Para Pastor y Ovejero (2009, p 297),

Foucault no deja ídolo bien puesto, así como criticaba a Pinel y Tuke, lo hace también con los hospitales ingleses de Cooper

Además, según Pastor y Ovejero (2009, p 297), Foucault comparte con el movimiento antipsiquiátrico su percepción sobre el poder alienante de la institucionalización y práctica asistencial imperante en el siglo XX. Realidad que está, apenas ligeramente modificada en la actualidad. También como los médicos psiquiátricos, está de acuerdo, con el interés sociogénico como modelo de explicación de la enfermedad mental, y la creación de propuestas terapéuticas renovadoras (psiquiatría social, psiquiatría comunitaria, psicoterapia sistémica, etc.). Pero como Borges, ante senderos que se bifurcan, se asoma por los que brinda el diálogo, las reformas y las reflexiones de las ciencias humanas. Pero nunca escoge la protesta beligerante ni el nihilismo materialista sobre las instituciones, eliminación absoluta de prácticas profesionales; y mucho menos la negación del fenómeno social mismo a estudiar, desde la perspectiva social y cultural, con diversas metodologías. Para él, la arqueología del Saber. Podemos concluir que "...mientras a Foucault le interesa el Nietzsche anterior a su derrumbe esquizofrénico en Turín, a los antipsiquiatras les interesa, por el contrario, el Nietzsche posterior a su derrumbamiento; mientras Foucault habla de genialidad artística, los antipsiquiatras hablan de esquizofrenia" (Pastor y Ovejero, 2009 p 298)

Aunque parece que Foucault coquetea con la antipsiquiatría, por influir en la traducción al francés de la obra del más negador de los autores antipsiquiatras Thomas Szasz; y acude a varios debates con Laing, Basaglia, Cooper, etc. (Pastor, y Ovejero, 2009, p 298). Pero reunirse y dialogar con los poetas malditos de la psiquiatría o malditos psiquiatras de la poesía, no lo bautiza de antipsiquiatra. No se le puede delimitar dentro

de este movimiento médico-social porque compartan espacios totémicos del pensamiento sobre los trasfondos políticos del Saber y Poder psiquiátrico; ya que su verdadero interés es mantener una protesta intelectual permanente contra toda posibilidad de establecerse nuevos ordenes opresivos por las fuerzas sociales y culturales siempre en juego y espera de la aparición de espacios sociales y tiempos históricos para cristalizarse como emergentes Saberes y Poderes, ingenuamente idealizados en su inicio, para luego intentar mantenerlos en obediencia a inconfesables intereses.

## **LOS ANTIPSIQUIATRAS**

### **HIJOS DE ATROPOS**

#### **I. LA ANTIPSIQUIATRIA COMO INTENTO EXPLICATIVO SOCIOGENICO Y RE-ETIQUETIZADOR O HASTA NEGADOR DE LAS ENFERMEDADES MENTALES:**

Para Pastor, J y Ovejero, A (2009, p 3), la antipsiquiatría es un ejercicio de autocrítica por parte de la misma especialidad médica; pero que cuestiona la existencia de la enfermedad mental, la manera de realizarse la práctica psiquiátrica; el accionar político como mediador del control y orden social, el descuido o desasistencia humanitaria de los

pacientes, la acción delimitadora psiquiátrica entre lo normal y enfermedad, etc. Todo esto los hace parecer nomotéticamente muy parecido a Foucault. Pero en general, colocan a los enfermos mentales, en medio de luchas sociales, tratando infructuosamente de revertir su condición de dominado por el abusivo sistema capitalista, donde la norma social imperante es la productividad económica

Pero no consiste sólo en un movimiento de protesta a la psiquiatría de la década de los sesenta del siglo XX, sino también de nuevos proponentes y propuestas prácticas hospitalarias y clínicas, de teorías despatologizadoras y psiquiatricidas, para dismantelar a la joven especialidad de su abolengo médico y denunciar impudicamente, su origen ceniciento y bastardo, según las concepciones epistemológicas de bajo arraigo en el pseudo-positivismo del siglo XIX y su formación ilegítima, gracias al interjuego de prácticas discursivas para conformar un inexpugnable Saber y Poder médico, la psiquiatría alcanza un protagonismo de huérfano a lo Oliver Twist, dentro de las Ciencias de la Conducta y de las Ciencias Médicas. En estas últimas, dentro del ámbito más ilegible e intangible de la Medicina, según la perspectiva foucaultiana. La antipsiquiatría es un salto a un desfiladero epistemolítico, donde se pretende “normalizar” y negar el objeto de estudio sustentador, incuestionable e inteligible y evidente de la medicina mental, la enfermedad mental, a través de la desestigmatización y negación de que existan las enfermedades funcionales (psicosis y neurosis), al considerar que no son enfermedades mentales, sino condiciones particulares conductuales o existenciales, la psiquiatría queda mutilada y reducida por Átropos y su prole.

Los antipsiquiatras tienden a constituirse en un grupo de aves de rapiña, que depredan su propia legitimidad social y profesional, al atacar los intereses más sagrados y megapoderológicos de la medicina, es decir, desempoderarla del control totalitario, de todos los desencuentros del cuerpo y el alma. Pudieran ser considerados también los pájaros dodos de la psiquiatría, que sobrellevados por buenas intenciones, o con ingenuidad humanitaria, o hasta psicosis latentes, invitaron a sus colegas a un salto epistemológico al vacío. Antipsiquiatras, nihilistas hijos de Átropos, que cortan los intangibles hilos de la existencia de los humanos, animales y ahora te antojas de la destrucción de los objetos de abordaje epistemológicos. Pero no se puede dejar de reconocer que demostraron una lucha justa y ardua, inicialmente vista como quijotesca, pero que terminó derivando en exigir y lograr una práctica psiquiátrica más humanitaria y que descosificaran al enfermo mental. Esto está en la conciencia de todos los psiquiatras, aunque algunos mantienen doble discurso, mantienen ya no prácticas de torturas pero sí maniobras coaccionadoras inmorales o un desdén maniafóbico sutilmente expresado en poco compromiso, político, social y ético. Pero esto no significa que todos los psiquiatras por seguir derroteros de accionar más humanitarios, se hayan lanzado al precipicio epistemológico, la mayoría persisten en sus quehaceres, con renovadas prácticas con ética y uso de tecnologías psicoterapéuticas y psicofarmacológicas con responsabilidad profesional y se relacionan más con la subjetividad del enfermo sin dejar de abordar lo objetivo de la enfermedad, es decir, que los psiquiatras se encuentran, actualmente, guindados de los hilos de la rueda de Cloto y de las vara de devanear los hilos de Laquesis, y tratando de alejarse de Átropos, aunque esta logra atrapar a muchos en su red de persuasión, a través de los cantos de la maligna ninfa Péito (diosa de la oferta engañosa, la

seducción teogolatra). Cloto y Laquesis aseguran benévolamente una existencia epistemológica plena y duradera

El término antipsiquiatría lo acuñó David Cooper en su obra "Psiquiatría y antipsiquiatría" (1967), pero Lemoine (2005) ubica el inicio de este movimiento protestatario contra la psiquiatría en 1957 cuando el psiquiatra norteamericano Thomas Szasz plantea en su obra "El mito de la enfermedad mental" que la enfermedad mental no existe. No sólo crítico las prácticas psiquiátricas tradicionales, sino también la noción de enfermedad mental, objeto de estudio sobre la cual se apoya, la psiquiatría, desde mediados del siglo XIX" (Lemoine, 2005, p 1). La anti psiquiatría obtiene un mayor despliegue publicitario con los eventos del Mayo francés de 1968, donde se aúna a la crítica social contracultural suscitada por la juventud disconforme con la autoridad y sus maniobras represivas, donde se homologa en la crítica, la reclusión psiquiátrica antihumanitaria garantizada por el Saber y Poder Psiquiátrico hipertrofiado. Ya se habían formulado reclamos desinstitucionalizadores, pero después de este suceso protestatario, se incremento el interés de la opinión pública, movimientos sociales contestatarios y corrientes políticas, que lo tomaron como bandera de lucha

La antipsiquiatría logra con sus feroces voces reivindicativas y replicantes, la eliminación de muchos centros psiquiátricos, aunque sería ingenuo pensar que este fue el único factor determinante de este proceso social sanitario. Ya el sistema estatal capitalista venía evaluando el incrementado progreso del costo, estadía hospitalaria y poca resolución definitiva de los cuadros clínicos y trato reprochable no humanitario, que se encontraba fuera del ampliado marco de los derechos humanos posterior a la segunda guerra mundial,

que los internamientos hospitalarios prodigaban. En contraste con el surgimiento de nuevos tratamientos farmacológicos más efectivos (factor biotecnológico), aplicación de psicoterapia grupal (factor psicotecnológico), posibilidad estatal y del gremio médico de evitar el descrédito de su práctica profesional (factor poderológico médico) y de enfrentar las protestas legítimas de grupos sociales y políticos contra condiciones inhumanas de inatención y maltrato hospitalario (factor político-social). Por lo que el sistema político utiliza, con altruismo benevolente, los discursos de Foucault y de la antipsiquiatría y los nuevos aportes de la neurociencia para dar soporte sociocultural a la reducción de gasto económico público y revitalización política, social; a través de reducir y mejorar las prácticas hospitalarias e incrementar las comunidades terapéuticas y tratamiento ambulatorio y regular las acciones sociales y legales de la práctica médica

Las nuevas prácticas tecnológicas reducen costos y aumentan beneficios sociales, pero una vez lograda la conquista reivindicativa de la antipsiquiatría, paradójicamente no se requiere de los planteamientos teóricos exclusivos de sociogénesis de la enfermedad mental (modelo social), ya que a finales del siglo XX comienza a reemplazarse el modelo biomédico y psicologicista (psicoanalítico) como propuestas unicasales y sesgadas al campo disciplinar de donde provienen (médico físicos versus médicos mentalistas y psicólogos psicósomático) por el modelo multidimensional (biopsicosocial) imperante hasta la actualidad. Ni tampoco tuvieron éxitos sus propuestas teóricas y psicoterapéuticas antipsiquiátricas para enriquecer la torre de babel epistemológica de las escuelas psicológicas, porque estas propuestas alternativas, aunque basadas en una corriente aceptada como la psicología existencial, resultaron estridentes, especulativa, fantasiosas, ingenuas o legitimadoras a priori de conductas desviadas o hasta considerarlas como

normales y sanas; mientras que la población considerada sana es vista como la alienada bajo concepciones superideologizadas o fantasiosamente existenciales. En el fondo, se exagera en el intento proteccionista del enfermo mental, al negar o cambiar etiquetas sin que se observaran mejoras o curaciones tan ofertadas. Negar a la enfermedad, no hace que esta desaparezca, y los cambios de nominales no constituyen más que camuflajes no resolutivos. Además de que estas propuestas podrían poner en peligro el poder constituido y recibe una clara aversión de los psiquiatras que ven en peligro el cambio de rol jerárquico alcanzado como médicos, por uno, de carácter horizontal en la relación médico-paciente, más democrático pero de menor tenor poderológico social. Tanto Saber para equipararse a sus pacientes. Por eso, la psiquiatría le dice: “Hasta nunca Átropos, madre de los antipsiquiatras”.

Entre las críticas que se le han planteado al movimiento antipsiquiátrico, tenemos las siguientes: dudosa base científica de sus argumentaciones, poca orientación terapéutica; y escasa atención prestada a las otras enfermedades mentales diferentes a la esquizofrenia. Si bien es cierto que la virulencia antipsiquiátrica de la década de los sesenta se ha diluido, se han logrado ciertas reivindicaciones derivadas de los aportes de la antipsiquiatría: modernización y humanización de los hospitales psiquiátricos, estructuración de la asistencia psiquiátrica, protección de los derechos de los enfermos mentales, creación de centros de atención primaria al paciente portador de enfermedad mental para su seguimiento a nivel ambulatorio, hospitales día, etc.

Según Vallejo (2004, p 47) las premisas fundamentales de este movimiento ideológico están referidas a que se considera exclusivamente una génesis social para la enfermedad

mental; critica severamente a la psiquiatría por haber perpetuado un deterioro social y psicológico de estos pacientes por el efecto deletéreo de sus acciones terapéuticas; rechazo de las taxonomías, análisis semiológico, terapias biológicas y psicoterapéuticas de los pacientes portadores de supuestos nosografías mentales; y preconizan el compromiso político para lograr destruir el orden psiquiátrico actual. Y nos refiere, además, que:

Las ideas básicas del movimiento antipsiquiátrico pueden ser sintetizadas en los siguientes puntos: 1) La enfermedad mental tiene una génesis fundamentalmente social; 2) La psiquiatría tradicional ha sido la culpable, a través de su doctrina y de sus actuaciones prácticas, de la perpetuación de un estado de represión ante el paciente psiquiátrico; 3) Rechazo hacia toda la estructura que sustenta y se deriva de la psiquiatría tradicional: clasificaciones psiquiátricas, terapéuticas ortodoxas (biologicistas, conductistas, psicoanalíticas), fenomenología clínica, hospitales psiquiátricos, etc..; 4) La solución se enfoca a través del compromiso y praxis política que corre en paralelo al desmantelamiento de la psiquiatría tradicional (p, 48)

## **II. CORRIENTES PARADIGMATICAS DE LA ANTIPSIQUIATRIA**

La antipsiquiatría tiene como premisas principales el poder alienante de las clasificaciones y diagnósticos psiquiátricos (Basaglia, 1972). Basaglia planteó además la lucha política como agente liberador de la locura (Cooper, 1976), mientras que Szas (1961) enfatizó en la necesidad de abolir la intrusión diagnóstica y terapéutica psiquiátrica de las enfermedades mentales.

La antipsiquiatría puede subdividirse según Fábregas y Calafat, como es citado por Vallejo (2004, P 50) en tres corrientes del pensamiento: corriente fenomenológico-social, corriente político-sociológico y corriente ético-sociológico:

**a) Corriente fenomenológico-existencial:**

David Cooper (1931- 1986), Aaron Esterson (1923 - 1999) y Ronald Laing (1927 – 1989), fueron los iniciadores y máximos representantes de esta corriente en Inglaterra. La locura es ponderada como una forma natural y positiva de enfrentarse a la patología social. La familia es vista como ente patologizante a priori, sin que intervenga ningún otro factor biopsicológico. La familia se considera como estructura microsocial moldeadora que vehiculiza las contradicciones sociales y políticas, que se observan magnificadas en el seno de las familias. Este juego perverso de las relaciones intrafamiliares como génesis de existencias poco exitosas para la sociedad, les lleva a predicar la necesaria muerte de la familia (Cooper, 1976) y los tratamientos en instituciones psiquiátricas adaptadas a condiciones más humanas y cercanas al tratamiento moral. Entonces, ¿sino existe la condición patológica, sino una variedad ontológica existencial válida socialmente, ¿Por qué proponen tratamientos y hospitalización? ¿Los antipsiquiatras ingleses quieren quitarle el poder a los psiquiatras, pero no perderlo ellos? Médicos con discursos filosóficos antimédicos, pero actuaciones médicas y psicológicas sobre lo patológico, como son el uso de maniobras terapéuticas (psicoterapia, mínima medicación, institucionalización, etc.). Sin que dejemos de considerar su importante aporte para el mejoramiento del trato de los médicos y resto del equipo médico hacia los pacientes. A veces, cuando el diablo (léase Átropos) mete la cola, algo bueno puede emerger. ¿La

inombrable corta los hilos taxonómicos de la enfermedad mental, y como efecto reactivo o colateral, pregona una mejora de la atención médica psiquiátrica y disminuye la maniafobia social?

Estos autores coinciden en la sociogénesis de la enfermedad mental (evitando esta etiqueta nosográfica) y la plantea a un nivel sociofamiliar, a través de un juego interpersonal de doble vínculo comunicacional (donde los familiares emiten al paciente dos mensajes contradictorios que los confunden), y que se desarrolla a lo largo de la historia personal del paciente en forma de disputa dialéctica. En este nivel microsocial se ven magnificadas especularmente las contradicciones y oposiciones de la sociedad. Se empeñan en tratar de demostrar que el comportamiento clínicamente sintomático de la esquizofrenia no era más que el resultado exclusivo de interacciones sociofamiliares, desdeñando la participación de otro tipo de factores mediadores.

#### **b) Corriente político-social:**

Esta corriente conecta lo individual y lo social, la alienación mental y la alienación social, por lo que la enfermedad deja de ser una situación personal para convertirse en fruto de las contradicciones internas de la estructura social en que aparecen. El fundamento de esta corriente es la obra de Marx, aprovechando, entre otros aspectos, el que trata del origen económico de la alienación (Vallejo, 2004). Son los representantes más conocidos: Franco Basaglia, David Cooper, Gilles Deleuze y Félix Guattari. Basaglia atendió especialmente a la filosofía del poder que se crea entre el médico y el paciente, y

canaliza la relación terapéutica, que mantiene según él, un estado de violencia donde la exclusión de un miembro sobre el otro se da sistemáticamente

Gilles Deleuze y Felix Guatari en su obra “El Antiedipo. Capitalismo y Esquizofrenia” (1973), analizan la esquizofrenia como el universo de las máquinas deseantes, productoras y reproductoras, donde los delirios tienen un contenido histórico, mundial, político y racial y son la matriz general de toda catexis social inconsciente. Proponen el “esquizoanálisis” (psicoanálisis político y social) como alternativa al psicoanálisis tradicional, al que atacan ferozmente, acusándole de estar al servicio de la ideología burguesa represiva, ya que trata la enfermedad como algo individual que se sustrae de lo social y de los poderes políticos y económicos

No obstante, muchos otros psiquiatras intentaron abordar los aspectos sociales de la enfermedad mental, sin seguir la corriente antipsiquiátrica ni marxista, solo pocos se preocuparon por estudiar una relación significativa entre clase social y prevalencia u origen de trastornos mentales. Harry Sullivan (1892 – 1949) y Adolf Meyer (1866 – 1950) se interesaron por los factores sociales además de los de carácter psicodinámicas para comprender la conducta humana, pero no se plantearon relación alguna entre clase social y aparición de trastornos mentales. Meyer es considerado el padre de la terapia ocupacional y acuñó el término de “higiene mental” (Kaplan y Sadock, 2009). Hubo que esperar, entonces, hasta que Hollinghead y Redlich (1958) diseñaran estudios que establecieron que las clases socioeconómicas bajas sufrían de psicosis como la patología mental más frecuente y expresaban menor búsqueda de ayuda terapéutica, a diferencia de las clases socioeconómicas altas, presentaban mayor frecuencia de diagnósticos de

trastornos neuróticos y mayor búsqueda de atención médica. Actualmente, se evalúa que la psicosis de los proveedores principales reduce la situación socioeconómica familiar. Emile Durkheim estudia las relaciones entre clase social, variables sociodemográficas y conducta autoagresiva y heteroagresiva (Ritzer, 1960). Levinson y Gallagher estudiaron la relación de la concepción del rol con la personalidad, la pertenencia a una clase social y el desempeño del rol del enfermo mental (Levinson y Gallagher, 1964, p 60). Sin embargo, son los antipsiquiatras los únicos que predicen una sociogénesis exclusiva de la enfermedad mental, desde el ámbito médico.

La virulencia de la antipsiquiatría de la década de los sesenta se ha diluido, de forma que el único vestigio real de esa época es la todavía vigente Ley de 1978 en Italia, que ha recibido una innumerable serie de cuestionamientos éticos, mientras por otra parte también ha sido reconocida por ser la posición más vanguardista de defensa de los derechos humanos de los enfermos mentales

### **c) Corriente ético-sociológica:**

. Thomas Szas, psiquiatra norteamericano de origen rumano, es el representante más destacado de esta propuesta liberal y no libertadora de la enfermedad mental. Niega la existencia de enfermedad mental y la cuestiona como un mito en su libro “La mitología de la enfermedad mental” (1961) por carecer la psiquiatría de un sólido fundamento científico de corte positivista, basándose en que no se ha legitimado un explicación anatómica y fisiopatológica última. Sin embargo, refiere a toda ultranza que los psicofármacos dañan el cerebro, aunque no se han encontrado evidencias físicas de esto, lo

que no significa que deban recibir como cualquier medicación una estricta farmacovigilancia. Considera a la Esquizofrenia como el símbolo sagrado de la psiquiatría funcional a descalificar también a las otras conductas psicopatológicas, neurosis y psicosis, considerándolas como conductas que no deben ser protegidas por los psiquiatras; y más bien derivadas a otros áreas del Saber (sociología, filosofía, ética y derecho). Es una propuesta muy destemplada y radical de corte no marxista, sino más de carácter liberal spenceriano. Fue muy famosa la polémica que mantuvo Thomas Szas contra Martin Roth en 1976 en la revista British Journal of Psychiatry, sobre el internamiento o no de pacientes psiquiátricos en crisis agudas (Vallejo, 2004).

### **III. ALGUNOS HIJOS DE ÁTROPÓS**

#### **1. RONALD LAING:**

##### **1. A. BREVE RESEÑA BIOGRAFICA:**

Nace en la localidad de Glasgow en Escocia en 1927 y muere en 1989. Psiquiatra que siempre ha sido considerado como antipsiquiatra, aunque el mismo fue reticente a esta etiqueta. Plantea la génesis social de los trastornos psicóticos crónicos no orgánicos, donde la familia es generadora de la enfermedad. Forma parte de una tendencia que se inicia en 1958, del estudio del tipo de comunicación de las familias de pacientes psicóticos en Inglaterra, bajo las premisas de la Escuela de Palo Alto (California) Pero, se contradice

al tratar condiciones clínicas psicopatológicas, negando que sean enfermedades, sino condiciones existenciales de inseguridad ontológica; que podrían ser curadas por métodos psicológicos y sin o con mínimo uso de tranquilizantes. Para su época de ejercicio profesional, el arsenal terapéutico está reducido a algunos tranquilizantes neurolépticos (con poco efecto incisivo sobre los síntomas adventicios psicóticos) y otros tratamientos biológicos cruentos y riesgosos (insulinoterapia, electroshock sin medidas anestésicas, etc.).

Sigue la tendencia psicológica existencialista de Karl Abenheimer (1898 – 1973) y Joe Shorstein (1909 – 1976), para convertirse en una de las figuras más destacadas de esta corriente. Trabajo en el hospital psiquiátrico de Glasgow y se formo en psicoanálisis en el Instituto Tavistock de Londres. Inicia un proyecto psiquiátrico en 1956 en el Hospital Kingsey Hall donde los pacientes y médicos compartían una relación de amistad y convivencia. Entre sus obras, destacan “El Yo Dividido” (1960); “Cordura, Locura y Familia”, con Aaron Esterton (1964); “La Política de la Experiencia” (1967); “El Yo y los Otros” (1969); “Las cosas de la vida” (1976); y “La Voz de la Experiencia” (1982). Funda la Asociación Filadelfia en 1964, que todavía busca hospedaje, brinda ayuda económica y terapia a pacientes pobres y dicta cursos de formación. Esto último también lo hace en Londres la Nueva Escuela de Psicoterapia y Asesoramiento

## **1. B. CONDICIÓN DE INSEGURIDAD ONTOLOGICA COMO SUSTITUTO NOMINAL DE LA ENFERMEDAD MENTAL:**

Ronald Laing (1994, p 14) preconiza que la terminología psiquiátrica y psicoanalista mantiene alejado al enfermo mental del médico y de la sociedad, al confinarlo a un ser portador de una entidad psicopatológica. Considerar sus actuaciones conductuales como una enfermedad, lo cosifica y aísla socialmente, como si con sólo el cambio semántico, se pudiera liberar al paciente de los temores y desaprobación social (maniafobia) de la sociedad, sin cambiar los aspectos actitudinales y cognitivos, consensuados socialmente, como anormales. Se pretende ingenuamente que al cambiar de términos nominal de las enfermedades mentales por condiciones ontológicas particulares, y con el rechazo de las concepciones patologizantes, esto hace que desaparezca la condición nosográfica excluyente y surja espontáneamente la comprensión y solidaridad de sus congéneres. Critica los términos psiquiátricos como abstractos, excluyentes, divisorios y aislacionistas

Sin embargo, a lo largo de toda su obra, habla de la condición esquizofrénica o psicótica. Y considera que “solo el pensamiento existencial ha intentado captar la experiencia original de uno mismo en relación con los otros...como su ser en el mundo” (Laing, 1994, p 159). Hace una serie de interesantes aproximaciones a la experiencia psicótica, desde una perspectiva fenomenológica existencial y analítica, que nos denotan un acercamiento a la subjetividad hombre investido de enfermedad mental pero negando su condición psicopatológica. A diferencia de otras escuelas psicológicas no se interesa por la conducta encubierta o manifiesta, sino por la experiencia existencial narrada por los pacientes, a las cuales da una validez objetiva y literal total como vivencias que explican no sólo las reacciones del paciente, sino que las justifica en las acciones malintencionadas de los familiares que siempre son considerados en complot contra el paciente, al tratar de ejercer presiones latentes siempre desenmascaradas por las intuiciones del paciente

analizado. Llega a asegurar “Yo no experimento tu experiencia. Pero te experimento mientras estás experimentando. Me experimento a mí mismo como experimentado por ti. Yo te experimento a ti sintiéndote experimentado por mí. Y así, sucesivamente” (Laing, 1978, p 17).

Pero pienso que no debemos aproximarnos al hombre, olvidando su enfermedad, ni tampoco ocuparnos de su enfermedad, olvidándonos del hombre. Esta postura existencialista tiene un carácter válido de reclamo humanista, pero una connotación nihilista de la enfermedad mental que no se rentabiliza en búsqueda de curación, asimilación sanitaria, inclusión social ni aumento de calidad de vida. Ver al hombre, exclusivamente, como una máquina o sistema orgánico, nos lleva ineludiblemente a “la inveterada tendencia a despersonalizar o a reificar a las personas” (1994, p 19). La visión de Laing es dicotómica (objeto orgánico-mecánico/despersonalización-reificación versus ser experiencial-existencial/persona-ser humano). ¿Por qué no ver al enfermo mental en su perspectiva multidimensional (biológico-psicológico-espiritual-social-ético-existencial-humano) donde una arista no predomina sobre otra en orden jerárquico ni poderológico en la comprensión y quehacer médico? El evaluar e intervenir lo psicosocial (accionar psicosocial) puede ir junto al diagnosticar y tratar (accionar sobre lo biológico) en la enfermedad mental. Los planteamientos antipsiquiátricos son, a mitad del siglo XX, una reacción legítima y radical ante el modelo biomédico que predominó desde el siglo XVIII hasta mediados del siglo XX, mientras el modelo biopsicosocial es reconocido a partir de la segunda mitad del siglo XX hasta la actualidad, como invitación de dejar de aproximarnos a la etiopatogenia y abordaje terapéutico de las enfermedades físicas y mentales desde una sola vertiente (biologicista versus psicologicista versus sociologicista)

Pero Laing nos plantea que, en términos relacionales, no es lo mismo percibir conductas atípicas o fuera de las normas sociales no criminales, como signos de enfermedad, que considerarlas como expresión existencial. Se puede comprender toda la semiología psicopatológica de las enfermedades mentales, sin comprender a un solo enfermo mental. Solo amerita, olvidarnos del ser humano. Pero esto representaría una perspectiva médica sin ética, no una condición médica imperativa e ineludible por ser de carácter científico natural. Pero este autor, como todos los antipsiquiatras, nos plantea siempre el todo o nada como elección relacional con el paciente mental. Laing (1994) lo plantea de manera tajante, al decirnos:

...sino podemos comprenderlo, no nos encontraremos en condición de amarlo de manera efectiva. Se nos manda a amar a nuestro prójimo. Sin embargo, no podemos amar a este prójimo, en particular, por sí mismo, sin saber quién es. Sólo podemos amar su humanidad abstracta (p 31)

Para este autor, una persona con esquizofrenia o psicosis no es un enfermo mental, sino simplemente una persona con un sentido de inseguridad ontológica primaria, es decir, que se siente como un ser incompleto, no vivo, no real. Lo contrario es un sujeto sano mentalmente. Se mantiene la delimitación sano/enfermo, sólo se modifican los términos, no las realidades. Una construcción más humanitaria sobre el problema de salud, no es construida por meros cambios semánticos, sino actitudinales y perceptivos, que no sean negadores de realidades inexorables, sino recreadores de construcciones sociales más operativas, nutritivas y éticas.

Estas personas con inseguridad ontológica primaria, es decir, con “inexistencia parcial o casi completa de las seguridades derivadas de la posición existencial” (1994, p 35)

pueden ser más frágiles a las circunstancias de la vida cotidiana, todo amenaza su existencia, lo hace sentir irreal, muerto o incompleto como persona. Esto lo expone a la pérdida de su autonomía e identidad. Y, en algunos casos sentirse tragados por los otros o el entorno con el que se relaciona. Este análisis fenomenológico existencial de las vivencias psicóticas, puede permitirnos comprender las vivencias subjetivas de la persona que vivencian un proceso psicótico. ¿Qué lo diferencia de las explicaciones psicopatológicas de la fenomenológica de Jaspers sobre la despersonalización y desrealización de un paciente psicótico? Jaspers nos intenta describir la enfermedad mental sin negarla, a riesgo de reificarla. Laing evita la reificación, negándola. Átropos corta los hilos existenciales de la vida, niega la taxonomía y psicopatología, pero no evita que Cloto y Laquesis hilvanen y retuerzan nuevos hilos fenomenológicos psicopatológicos, ni evitan que se nominalicen persistentemente como enfermedad mental. La negación de un problema no hace que desaparezca el problema.

La manera como el ser con inseguridad ontológica primaria debe enfrentarse a sí mismo, ocasiona una escisión de su mente, en cuerpo y mente, en un yo encarnado y un yo no encarnado (fuera de su cuerpo). La persona encarnada se siente real, sustancial y circunscrita temporalmente. El Yo no encarnado está muy consciente de su cuerpo como un objeto en el mundo (Laing, 1994, p 65). Pero “la división en la experiencia del ser de uno, como si constara de partes encarnada y no encarnadas, no es índice de psicosis latente al igual que la total encarnación no es garantía de cordura” (Laing 1994, p 64). Todas estas vivencias de disociación afectiva están constreñidas de su esencia psicopatológica y considerada como particulares formas de experiencias ontológicas, que no ameritan

ninguna exposición estigmatizadora derivada de alterofóbica intentos médico taxonomizadores.

Este yo encarnado se enfrenta al mundo exterior como un falso yo, con lo que logra evadirse de la identidad conferida por los otros, le permite mostrarse como lo espera la sociedad, sin poner en riesgo a la exhibición su identidad para sí mismo, el yo interior dedicado a la fantasía y observación, “ocupado en mantener su identidad y libertad siendo trascendente, no encarnado y, de esta manera, imposible de captar, fijar, ser atrapado, ser poseído. Su meta es ser un puro sujeto, sin ninguna existencia objetiva” (Laing, 1994, p 90).

La experiencia del yo, no se encuentra en el interior de nuestra mente, sino que está toma cuenta de este devenir existencial en el otro, que se encuentra por fuera de nosotros. Por lo tanto “si nuestra experiencia está destruida, nuestro comportamiento será destructivo” (Laing, 1978, p 24). Son los otros los que provocan nuestras acciones. Además, Laing (1978) trastoca el ámbito de lo normal y lo patológico, al invertirlo panegíricamente, es decir realza lo psicopatológico como normal y viceversa:

Lo que nosotros llamamos normal es producto de una represión, negación, disociación, proyección, introyección, y otras formas de acción destructiva en la experiencia. Está radicalmente alejada de la estructura del Ser...La condición de estar alienado, dormido, inconsciente, de estar fuera de la propia mente, es la condición del hombre normal (p 24-25)

Los psicóticos presentan además una hipertrofiada consciencia de sí mismo, ya sea que es muy sensible a sus percepciones y sentimientos, o sentirse como objeto de interés o

deseo de los otros más de lo que en realidad es (Laing, 1994, p 102). Pero no lo considera como la base comprensiva del proceso psicopatológico generador de las ideas delirantes paranoides o erotomaníacas, sino como experiencias particulares legítimas derivadas de un ser inseguro de su posición en relación consigo mismo y achacada a los otros. Se explica el proceso psicótico desde una perspectiva fenomenológica existencial, sin asideros en el inconsciente, ni en lo patológico, son consideradas como variantes existenciales del ser, analizado desde la perspectiva psicológica existencial. Se eliminan las significaciones psicopatológicas pero no las etiquetas, que ahora, aparentemente son inocuas para la maniafobia, ya que quedan al resguardo benigno del existencialismo psicológico. ¿Pero todas estas aproximaciones psicológicas existenciales significan que Laing descuida toda consideración social en la génesis de la etiología de este proceso esquizoide?

### **1. C. SOCIOGÉNESIS DE LA INSEGURIDAD ONTOLÓGICA NO CONDICIÓN PSICOPATOLOGICA Y NO CONDICION SANA**

Laing considera que la esquizofrenia y los otros trastornos psicóticos es más un problema relacional y no de naturaleza biológica; es decir, que reconoce la exclusiva sociogénesis de la enfermedad mental. Esta condición de inseguridad ontológica no psicopatológica ni completamente sana deriva de las dificultades para la adaptación al medio social. Pero circunscribe el origen de esta condición ontológica al medio microsocia, el ámbito familiar y comunitario en el que vive el sujeto. En su libro *El Yo y los otros*, refiere que “el yo no experimenta la experiencia del otro directamente. Los hechos acerca del otro asequibles al Yo son acciones del Otro experimentadas por el Yo”

(Laing, 1998, p 18). Rechaza que la experiencia pueda darse a nivel inconsciente. Pero considera que se trata de “una experiencia interna o externa; del propio cuerpo o de los cuerpos de otros; real o irreal; privada o compartida” (Laing, 1994, p 21). Estas son inferencias sobre la experiencia de los Otros, mejor dicho, de lo que percibimos atributivamente que supuestamente experimenta el Otro.

Pero no se puede experimentar lo que experimenta el otro, ni directa ni indirectamente, sólo se puede intentar llevar cuenta del Otro, por su discurso o conducta. Laing intenta legitimar las experiencias delirantes y falsas percepciones psicóticas referidas a los Otros, pero experimentada por el paciente psicótico, como experiencias válidas por un supuesto carácter reactivo social, develado por lo experimentado por el paciente con tendencias esquizoides. El autor nos propone el término “colusión” que proviene del latín “ludere”, es decir, juego. La colusión es el juego entre varias personas que se engañan a sí mismos, creyendo esconder sus verdaderos sentimientos por los Otros. Sin embargo, estos son develados por la experiencia del sujeto esquizoide, quien experimenta cuando es confirmado o rechazado. Estas acciones representan influencias sociales que constituyen medios de contención o reactivas de la emergencia de respuestas psicóticas (Laing, 1994, p 104). Se proyecta totalmente la génesis de la conducta psicopatológico a los Otros, a lo social, a lo relacional.

Este antipsiquiatra realiza un análisis psicológico existencial de las incitaciones y coacciones manifiestas u ocultas, compatibles o incompatibles, que una persona puede hacer a otra y de los muy diferentes modos en que la segunda puede experimentarlas y reaccionar a ellas (Laing, 1994, p 106). Pero este elemento relacional microsocioal devenido

de la interpretación delirante, puede permitirnos, conquistar un peldaño más de la torre de babel que representan las diferentes escuelas psicológicas con propuestas epistemológicamente irrefutables sobre las vivencias o experiencias de la enfermedad mental. Sin embargo, Laing se atreve a considerar estas experiencias psicopatológicas (fuera de juicio) como ancladas en la realidad y que explican la conducta psicopatológica y colocan lo social como el único y exclusivo factor que interviene en la génesis de la enfermedad mental. Por otra parte, hace elucubraciones de las experiencias psicóticas expresadas por el paciente en base a sus relaciones interpersonales y familiares, pero no como intuiciones a ser contrastadas dialécticamente con las percepciones de los familiares del paciente.

Estas presiones percibidas por los pacientes, a partir de las experiencias de los otros, constituyen “una relación personal que no es sólo transaccional, es transexperimental, e incluso, una cualidad humana específica. La transacción sola sin la experiencia carece de connotaciones personales específicas” (Laing, 1976, p 47). Laing da por hecho, que las percepciones engañosas de las personas psicóticas entrevistadas y fuerza que la interpretación de los diálogos de los familiares entrevistados, siempre termina reforzando su teoría comunicacional coactiva de los esquizoides. Pero va más allá, al considerar que esta es la causa última y primigenia de la enfermedad mental. Nunca se plantea que estas interacciones podrían permear otras fragilidades previas o concurrentes del paciente. La estructura ontológica insegura sólo proviene de la inestabilidad familiar que se opone a la seguridad ontológica del paciente. Así, se evidencia en el análisis de 11 familias de pacientes esquizofrénicos, como nos lo intenta demostrar en su libro “Cordura, Locura y Esquizofrenia” (Laing y Estertor, 1967)

Lo sociopsicológico provoca la reacción directamente sin acción mediadora o desencadenante de procesos patobiológicos. Las intenciones opresoras y desvalorizadoras de los familiares intuitas por transacciones trasexperimentales (lo microsocioal) repercuten de manera coaccionadora sobre la psiquis del paciente con inseguridad ontológica (lo psicológico), impidiendo que pueda alcanzar el desarrollo pleno de su Ser. Por otro lado, Interpretar literalmente las pseudopercepciones nos lleva a exabrupto de tomar la consecuencia como la causa, el entorpecimiento de lo relacional ocasionado por lo psicopatológico como la causal primigenia de la experiencia del ser, y no al contrario, que es como lo suele plantear la psiquiatría. Aunque, desde el ámbito médico mental también sería inacertado no reconocer que los factores o hechos sociales juegan un papel mediador importante (contributivo o desencadenante) de la eclosión de conductas psicopatológicas en estructuras biológicas y/o psicológicas vulnerables (condición psicopatológica primaria) o influir de manera negativa, al forzar evoluciones clínicas tórpidas y de falta de adherencia a los tratamientos (condición psicopatológica secundaria). Las experiencias de inseguridad ontológica y de experimentar cierta coacción de los otros, es factible que intervenga como un factor mediador de la génesis primaria o secundaria, de la enfermedad mental, o como una experiencia consecencial de todo el proceso psicopatológico. Más, independientemente de que lo social forme parte siempre de la génesis o consecuencia conductual y ambiental de la enfermedad mental, nunca actúa de manera exclusiva o únfactorialmente. Lo biológico, psicológico y social fragua el destino de la salud o enfermedad. Quizás las Parcas no hayan desaparecido, y se perpetúen en nuestras vidas en tiempos contemporáneos, pero enmascaradas con camuflajes, como factores causales o consecuencias biológicas, psicológicas y sociales

## 1. D. CURACIÓN DE LA PSICOSIS CRÓNICA FUNCIONAL:

Se cosifica al paciente psicótico o neurótico cuando se trata de “explicar su presente como una resultante mecánica de un pasado inmutable” (1994, p 29). Plantea la posibilidad de estrategias de psicoterapia para revertir este proceso microsocioal, basadas en la aplicación de las concepciones de la escuela de Palo Alto (Bateson, Aekland y Jackson) imperantes en la década de los 60 del siglo pasado, y en relación al “doble vínculo” como base explicativa de la génesis de la Esquizofrenia; y los conceptos provenientes de la filosofía existencialista de Jean Paul Sartre (1905-1980), Para lograr la adquisición de estrategias y rituales que le permitan la adaptación (sobrevivencia) a sus familiares, hasta alcanzar desarrollo sociopsicológico requerido para su emancipación familiar.

Laing como el resto del movimiento antipsiquiátrico inglés ponía en duda el diagnóstico de psicosis crónicas (creían que en el desarrollo de esta categoría desempeñaba un papel fundamental la institucionalización del paciente), pero, sin embargo, aceptaban la existencia de las "psicosis agudas", en las que había que respetar su evolución normal que debía ir hacia la curación. (Lemoine, 2005, p 4). Por lo cual, explicaba la sintomatología psicótica como una experiencia literal (no alegórica) de “viaje”, donde el terapeuta y otros participantes de la terapia grupal debía acompañarlo, una vez estimulada por el psicoterapeuta el inicio de esta experiencia liberadora de la inseguridad ontológica. Estos debían realizarse en varias oportunidades hasta la “curación” del paciente. Representa un proceso de mistificación de la experiencia, donde los otros deben ser experienciados como

compañeros de viaje que animan, con su presencia y silencio, la expresión de frases inconexas, delirantes, confusas, etc. “Para volver a lo que el ego es, a lo que la realidad actual lo relaciona estrechamente, hemos de aislarlo, des-personalizarlo, des-extrapolarlo, des-abstraerlo, des-objetivarlo y des-reíficarlo; así volveremos a ti y a mí, a nuestro lenguaje y modo particular de relacionarnos en el contexto social” (Laing, 1978, p 60). Reconocer la temática de los delirios como contenidos existenciales exclusivamente explicativos de la génesis de la psicosis y negar su carácter metafórico nos puede llevar a excesos interpretativos o hasta salvajes.

Considera que “la conducta y experiencia denominadas esquizofrénicas no son más que una estrategia especial inventada por la persona para poder vivir en una situación insoportable” (Laing, 1978, p 101). Este “viaje” ocurre sin estimulación por drogas o fármacos, es el imaginario del paciente expandiéndose en el medio que le propician los otros (médico y otros pacientes). Le denomina a esta experiencia delirante “metanoia”, palabra que proviene de los Evangelios y significa “transformación espiritual”. Las experiencias de viaje psicótico por LSD o ayahuasca, son provocadas por las sustancias. La metanoia es autoinducida por el paciente esquizofrénico en pleno episodio psicótico agudo, sin recibir medicación antipsicótica y le permiten una conversión espiritual hacia un posicionamiento existencial más seguro, y propiciado por un medio social beneficiosa (terapia grupal existencial laingiana) y fuera del medio adverso familiar.

La psiquiatría considera estos viajes como delirios de transformación cósmica y eventos de despersonalización y desrealización, que revelan elevados niveles de dopamina y ceden con medicación neuroléptica. Sin que esto signifique que la causa de la

esquizofrenia o psicosis funcionales estén restringido a la causalidad biológica exclusivo. Los factores psicosociales adversos pueden hacer emerger una respuesta biológica. El paciente debe recibir tratamiento farmacológico y psicoterapéutico que de contención a todos los elementos intervinientes, prevengan recaídas y deterioro mental acelerado. Todas las enfermedades crónicas evolucionan a estados secuelares, pero sin tratamiento, es más rápido. Laing creía que los fármacos y ambiente familiar cronificaban la enfermedad esquizoide hasta la esquizofrenia. Proponía tratamiento rirualistas existenciales donde los fenómenos adventicios psicóticos resultan exaltados, como si aplicara un método catártico a problemas de índole neurótico, con lo cual pensaba lograr curación. Sin embargo, sus pacientes dados de alta, volvían a ser hospitalizados tras efímeras mejorías ontológicas (posibles estados intercrisis psicóticas propias de las enfermedades crónicas que evolucionan de manera intermitente) Este viaje provocaría un viraje del yo interno verdadero que se encuentra detrás del falso yo exterior (Laing, 1994, p 75). Sin embargo este mal interpretado intento de tomar más en cuenta la subjetividad del enfermo, que comete el dislate de hacer en momentos agudos delirantes y tomar estos como experiencias panegíricas, nos lleva a la invitación a no seguir tomando, tanto al paciente psicótico hospitalizado como objeto pasivo receptor de tratamientos biológicos, sin apoyo psicoterapéutico, y considerarlo como una persona activa de su tratamiento. La psicoterapia para la época del autor estaba proscrita, generalmente, en los pacientes psicóticos. Actualmente deben acompañar a los medicamentos a lo largo de su evolución asintomática, y evitarse en fase aguda psicótica

Laing en 1985 logra inaugurar una comunidad terapéutica, el Hospital Kingsley Hall para personas psicóticas, inicia con 20 pacientes esquizofrénicos. Se les pretendía ayudar

fomentando en la terapia grupal, un ambiente protector para que emprendieran sus viajes metanoicos, regresiones y renacimientos, con lo cual se intentaba dejar atrás el pasado y recuperar el yo verdadero. Se vivía en un ambiente comunitario solidario y con respeto a la autonomía personal y sin imponer ningún tipo de disciplina. de las personas etiquetadas de esquizofrenia. Los pacientes más adaptados y funcionales apoyaban y asistían a los más rezagados, pero a decisión personal. Existían un personal mínimo de cuidadores, que no medicaban, ni ordenaban a nadie, eran sólo acompañantes. Cada paciente colaboraba económicamente a sus posibilidades. La organización se disperso por falta de apoyo económico. Los pacientes presentaron, no obstante, múltiples recaídas (Lemoine, 2006, p 6)

En su libro “Las cosas de la vida” (1977) propone que las experiencias traumáticas del proceso de nacimiento podían estar implicadas en la génesis de la inseguridad ontológica. Denuncia la interferencia tecnológica del parto asistido o cesárea como causales de estos daños psicológicos. Estas experiencias suelen “aparecer en sueños, mitos, fantasías...o de muy diversas maneras” (Laing, 1977, p 87). Por lo que propone una terapia con rituales que remedan el propio nacimiento del paciente, junto a la psiquiatra norteamericana Elizabeth Fehr, realiza talleres de renacimiento en 1979, donde se pretende una re-experimentación del nacimiento

## **1. E. LA REDUCCION DEL PODER PSIQUIÁTRICO:**

Laing niega la posibilidad de una mirada objetiva médica que provenga del análisis la conducta o discurso del paciente, porque considera que la mirada científica “no tiene existencia objetiva y por ello no posee valor epistemológico. Ninguna oscura existencia, que pueda serle cautelosamente otorgada, tiene existencia real en el tiempo y espacio objetivos” (Laing, 1983, p 34). Con esto nos muestra su tendencia nihilista al solicitar un cambio radical de la concepción psiquiátrica puesta en la mirada del terapeuta por una mirada reemplazante puesta sobre la experiencia psicótica que se vierte sobre la conciencia del paciente y que deviene de ser compartida por el terapeuta, pero sin hacer abstracción de que dicha experiencia ocurre ajena a un juicio mental, sino que toma lo que expresa el paciente como hechos irrefutables o incontestables. Esta reducción del papel del médico frente al paciente, de analizador-evaluador-terapeuta contenedor a acompañante-validador-terapeuta facilitador de la expresión sintomatológica esquizoide, es un desplazamiento de la relación jerarquizada a horizontal que hiere el orgullo médico, pero que puede ser beneficioso para el paciente sino se excede a la legitimización sociopsicopatológica de la enfermedad mental como una realidad existencial incontestable.

Para este autor, toda acción terapéutica que argumente en contra de la expresión ontológica psicótica constituye un acto intrusivo, arrollador de otro tipo de existencias no alienadas a las existencias conformes a lo que la sociedad suele establecer. Entonces, el terapeuta más que asistir al enfermo, queda al servicio de la experiencia psicótica, no puede intervenir para abortar la experiencia ni enmascararse tras miradas objetivas que no logran más que la reificación del enfermo y su supuesta enfermedad, lo cual queda certificado cuando refiere “el significado está desprovisto de significado. No hay

experiencia ni significado alguno en el orden objetivo porque el orden objetivo es el modo en que aparece el mundo, sustraído a la experiencia significativa (Laing, 1982, p 45). Con esto, queda desechada todo el quehacer médico y consecuentemente su poder social sobre las enfermedades mentales, tanto desde una perspectiva positivista y biologicista, como desde la visión postpositivista y psicosocial, si desde esta última, no se acepta una hermenéutica exclusivamente existencialista, nihilista y centrada en la voz de la experiencia del enfermo mental como objeto de estudio único a abordar epistemológicamente. “El sufrimiento mental y emocional de una persona puede estar más allá de lo que yo pueda concebir, imaginar, soñar, con lo que pueda identificarme, simpatizar, explicar o comprender” (Laing, 1982, p 65). Además crítica el exceso de poder del psiquiatra al decir quien está enfermo o de qué, cuándo cree que no existe la enfermedad mental. Muestra más poder que un juez es su comparación lapidaria (Laing, 1987, p 21)

Sin embargo, es imposible reconocer que esta mirada antipsiquiátrica pretende restaurar la humanidad de la persona enferma, salvarla de esta vivencia dolorosa y de la visión diagnóstica psiquiátrica objetivadora, reificadora, despersonalizadora, excluidora e institucionalizadora del paciente esquizoide. Sólo que esta bienintencionada liberación del enfermo psiquiátrico lo intenta realizar desde un método que rechaza lo analógico, metafórico de la experiencia y toma la experiencia psicótica de forma literal y restringida a un solo paradigma psicológico, una psicología existencial pero de corte nihilista, existencialista, transexperiencial y laingiano como única opción. Laing (1982) no sólo legitima la experiencia metanoide (experiencia extraña), sino también la experiencia ectópica (antes del nacimiento o después de muerto, bajo anestesia, etc.) y transgresiva

(traspasa los límites inmediatos de la realidad, como la telepatía, etc. (Laing, 1987). Se defiende:

Nunca me he llamado a mí mismo antipsiquiatra...No obstante, estoy de acuerdo con la tesis antipsiquiátrica de que la psiquiatría, en general, funciona para excluir y reprimir a aquellos elementos que la sociedad desea ver excluidos y reprimidos. Si la sociedad exige semejante exclusión entonces habrá exclusión, con o sin la ayuda de la psiquiatría (p 19)

## **2. DAVID COOPER**

### **2. A. BREVE RESEÑA BIOGRAFICA:**

Cooper nació en 1931 en Ciudad del Cabo, Sudáfrica y muere en París en 1986. Se graduó de médico en 1955 y después se trasladó a Londres para lograr su especialización psiquiátrica. Influenciado por el pensamiento de Jean Paul Sartre y Herbert Marcuse y con unas inclinaciones políticas cercanas al anarquismo, comienza a desarrollar una teoría y praxis propias, manteniendo una concepción existencial y fenomenológica de la locura, pero combinado a un llamamiento radical revolucionario, utópico y de clara disidencia política. Consideraba que la enfermedad mental era producto de la sociedad y su curación dependía de una salida política revolucionaria

Trabajó en varios hospitales psiquiátricos de Londres, hasta lograr dirigir una Unidad especial destinada a jóvenes esquizofrénicos, denominada Villa 21 en 1962, que

constituye un modelo de ruptura del tratamiento convencional que solían recibir este tipo de pacientes; donde se prohíbe todo tipo de violencia psiquiátrica, pero se permite una absoluta libertad de horarios, práctica sexual, consumo de drogas y psicoterapia sin imponer restricciones, lo cual termino generando un caos, que termino cerrando el centro asistencial, bajo múltiples imputaciones y polémicas, en 1966.

Colabora con Laing en la creación en 1965 de la Asociación Filadelfia de ayuda a pacientes con enfermedad mental y desprotegidos socialmente, con fuerte apego a los fundamentos marxistas-existencialistas. Fue director del Instituto de Estudios Fenomenológicos en Londres Entre sus obras destacan: “Razón y Violencia” (1964) escrita con Laing; “Psiquiatría y Antipsiquiatría” (1967), “La muerte de la familia” (1971) y “El Lenguaje de la Locura” (1978).

## **2. B. LA ANTIPSIQUIATRÍA COMO PROPUESTA POLÍTICA Y SUBVERSIVA:**

Cooper define la antipsiquiatría como una propuesta "política y subversiva, por su misma naturaleza, con respecto al represivo orden social burgués" (Cooper, 1972, p 85); ya que “la psiquiatría del último siglo... está excesivamente al servicio de las necesidades alienadas de la sociedad” (1972, p 8). Y considera, además, que un antipsiquiatra debe estar siempre:

...dispuesto a correr los riesgos involucrados en alterar progresivamente y radicalmente la forma en la que vive..., a abandonar los mecanismos de seguridad de la propiedad (más allá del mínimo necesario), los juegos monetarios explotadores y las relaciones estáticas, confortables, de tipo familiar, oponiéndoles la solidaridad y la camaradería.... Debe estar dispuesto a ingresar en su propia locura, quizás hasta el punto de ser invalidado

socialmente, ya que si así no lo hace, no estará capacitado (p, 112)

Esta propuesta antipsiquiátrica enfatizo mucho sobre la etiquetación y atención a la esquizofrenia. Como Laing niega lo nosográfico, al considerar que es representa un enfoque cuasi-médico; ya que no existe una evidencia última de la etiopatogenia. Nuevamente, Átropos a través de sus hijos replicantes, reclama a sus hermanas la consagración social de una disciplina epistemológicamente cuestionada por su bastardía positivista, la psiquiatría. Sin embargo, propone su reemplazo por condición existencialista no nosológicas, es decir, que en vez de reclamar la importancia del abordaje de la subjetividad de la persona enferma como elemento insoslayable del abordaje de la enfermedad mental; trata más bien de asumir la subjetividad de las vivencias psicóticas como verdades absolutas e innegables (la no razón) y las coloca en el mismo nivel ontológico de la razón. Retorno al libertario y utópico reconocimiento de la locura acaecido durante el Renacimiento. Además, realizó muchas consideraciones ético-sociológicas sobre la relación médico-paciente deshumanizada, que compara con la de un verdugo y sus victimarios por el control del poder (Cooper, 1972). También reflexiono éticamente sobre la psiquiatría institucionalizada

Las ideas delirantes son definidas “como una idea verdadera del paciente, que de manera delirante, el psiquiatra toma de forma literal” (Cooper, 1972, p 39). Es un verdadero intento insurreccional y revolucionario extremista, el proponer una inversión de la interpretación psiquiátrica por la antipsiquiátrica, de los fenómenos adventicios apercebidos por el esquizofrénico. Liberemos a los criminales porque su conducta estaba subrogada a las presiones legales penales de la sociedad. Por otra parte, “La ilogicidad del

esquizofrénico tiene su origen en la enfermedad de la lógica de otras personas” (Cooper, 1972, p 37), representa una premisa que sustenta y legitima la conducta psicótica, primero al ser negada de naturaleza psicopatológica y segundo al ser reactiva a los otros. Este nivel relacional e intersubjetivo es sustentable desde un enfoque existencialista, pero reduce toda la variopinta propuesta por otras escuelas psicológicas, al plantear sólo este tipo de aproximación nihilista y radical como válida; y además, nos solicita el reconocimiento de la esquizofrenia como una posibilidad ontológica sana y aceptable socialmente. Por consiguiente, la resolución terapéutica no es volver al conformismo a las normas sociales imperantes, sino trascender hasta la formación social y radicalizar más el compromiso político revolucionario de médicos y pacientes. Átropos libertaria, anárquica y revolucionaria.

Cooper distinguía tres tipos de locura, pero vistas como posibilidades ontológicas que no requieren tratamiento: 1) Locura Social (guerras, desastres ecológicos, etc.), fruto del capitalismo y de mercantilismo de nuestra sociedad; 2) Viajes personales, que los reconoce como experiencias de desestructuración personal, que se requieren para la construcción personal de un nuevo ser; y 3) Las tendencias esquizofrénicas que derivan de entornos familiares psicotizante por estar inscrita en una sociedad patriarcal y sometida a la restricción del deseo y la opresión política capitalista. (Lemoine, 2006, p 3)

## **2. C. SOCIOGÉNESIS DE LA ENFERMEDAD MENTAL:**

Cooper considera que los enfermos mentales “fueron precipitados a la situación psiquiátrica por terceros, casi siempre por su familia” (Cooper, 1972, p 9). Plantea que la necesidad que tiene toda sociedad de deshacerse de los menos capaces ergonómicamente, lo lleva a generar señalamientos a minorías que serán invalidadas, utilizando la vía de mayor aceptación social, “la bendición de la ciencia médica” (Cooper, 1972, p 9), para luego iniciar su exclusión social y hasta propiciar, más tarde su exterminio. “Sartre lo dijo en innumerables ocasiones: el orden burgués, el orden de los «justos», necesita proyectar ineludiblemente hacia fuera el mal. Y el mal tiene incontables presentaciones” (Cooper, 1976, p 5). En este caso la maniafobia es considerada como el motor genésico de la etiqueta de enfermedad mental, en vez de considerar esta alterofobia como el resultado de los infructuosos intentos de su control social inadecuado por medio de la acción médica, familiar o social. Considera a la violencia psiquiátrica como una extrapolación que tiene la sociedad contra los orates. Por otra parte, nos invita a la hora de reconocer la sociogénesis como único factor comprometido en la causalidad de la mal llamada enfermedad mental, que debemos centrarnos en el microgrupo que es la familia para llegar al macrogrupo social. Al definir la esquizofrenia en su obra “Psiquiatría y Antipsiquiatría” de 1967; ya nos plantea una génesis social de la esquizofrenia, la cual define como, en la edición de 1972, como:

...una situación de la crisis microsocia en la cual los actos y la experiencia de cierta persona son invalidadas por otros, en virtud de razones culturales y microculturales (por lo general familiares) inteligibles, hasta el punto de que aquella es elegida e identificada de algún modo como “enfermo mental” y su identidad de “paciente esquizofrénico” es luego confirmada (por un proceso de rotulación estipulado pero altamente arbitrario (p 14)

Argumentar que la esquizofrenia es un producto del fracaso social pudiera ser válido como factor contribuyente en una multicausalidad de esta condición, pero negar que constituya una condición psicopatológica, no le incrementa sus límites existenciales, le acorta la posibilidad de ser oferente de nuevas posibilidades terapéuticas que redimensionen su funcionamiento psicosocial y/o laboral.

David Cooper propone que en el caso del abordaje epistemológico de la enfermedad mental no podemos basarnos en una racionalidad analítica, que pretende establecer la realidad exterior como criterio de verdad, lo que sólo es posible en las ciencias naturales. Pero negando la esquizofrenia como enfermedad, no se le puede utilizar este método de abordaje; sino una racionalidad dialéctica, que si le es posible comprender las relaciones de intersubjetividad entre el paciente y el médico, o entre el paciente y los familiares. La racionalidad dialéctica permite “la aprehensión de estructuras inteligibles en su inteligibilidad” (Cooper, 1972, p 20). Lamentablemente, Cooper no establece esta aproximación existencial dialéctica como una posibilidad de engrandecer el ámbito postpositivista presente de manera ineludible en todo enfermo mental: ya que tan importante como evaluar la sintomatología que define la enfermedad mental, también es comprender las vivencias de la persona que la padece; y que de no abordarlo, nos convertiríamos en médicos inhumanos e incompletos. El autor plantea una dicotómica decisión epistemológica, o se emplea una racionalidad o la otra, solo una de ellas representa un acceso ético de apoyo.

Al igual que Laing, reconoce el efecto de la comunicación inefectiva intrafamiliar por medio del “doble vínculo” como lo planteaba la Escuela de Palo Alto (Bateson, 1972), quedando la conducta desviada del esquizofrénico subrogada a las intenciones malsanas

de los otros, el resto de los familiares. Esta corriente antipsiquiátrica puede considerar “La locura como una forma peculiarísima de liberación” (Cooper, 1976, p 7), de las imposiciones familiares colusivas que son resentidas por el paciente y hasta pueden justificar una violencia reaccionaria del paciente a la violencia originaria familiar.

Comparte la mirada existencialista proyeccionista hacia los otros de Laing, pero no la desarrolla hacia vertientes especulativas, fantásticas y místicas, sino hacia espacios más políticos que llamen a la disidencia política y lucha social.

Cooper (1972, p 52) nos recuerda que la noción original de Hegel sobre la alienación estaba referida al campo de la conciencia que se sentía presionada por realidades externas no humanas y autónomas. Luego, Marx se la adjudica a la condición social, como estar sometido a un Estado que garantice la dominación de una clase social sobre otra. La alienación mental es una alienación social impuesta por la familia y comunidad (escuela, policía, etc.) que trata de conculcarnos las normas sociales, que deben ser modeladas vicariamente desde la infancia. “La alienación, entonces se refiere a la acción y al acto de negar la acción en un grupo, y a los resultados de esta acción. Por extrañamiento entendemos la experiencia de este resultado de la acción alienada” (Cooper, 1972, p 50). Al ser sometidos al extrañamiento sociofamiliar, el paciente puede responder a través de la negación o evasión de la situación.

Es una propuesta difícil de dirigir, desde la perspectiva de la sociología de la desviación y desde la psicopatología. Para la primera, se le da cuenta arriba, el tener que asumir las posibilidades de aceptación de conductas desviadas por respeto a sus márgenes de acción liberadora, y mucho más, cuando representan una extensión de la tolerancia

social hacia las conductas anómicas (promiscuidad, incesto y adicción). A los hijos de Átropos, les gusta subvertirlo todo, ser reaccionarios y opositorista a ultranza y paradójicamente, terminan liberando, pero atando más. ¿La negación de la esquizofrenia como entidad médica, no la expondría a perder los fueros de inimputabilidad penal vigente en casi todos los países del mundo, reduciría la responsabilidad estatal de prodigarles beneficios sociales y asistencia sanitaria; y les generaría la recepción de un mayor grado de alterofobia por su consecuencias psicosociales y legales que derivarían de sus conductas psicopatológicas que les adjudicarían mayor responsabilidad personal y legal?, ¿Cómo se liberaría la locura en una sociedad anarquista?. Este tipo de sociedad comunitaria esperaría ingenuamente un compromiso solidario de participación social igualitaria para todos sus miembros, eximir a los esquizofrénicos de total cooperación es crear un grupo con privilegios especiales, que podría socavar las bases comunitarias y crear necesidad de formación de nuevos subgrupos especiales o elevar tendencias alterofóbicas ergonómicas no mercantilistas. Por otra parte la alienación mental es vista desde la psicopatología fenomenológica clínica (Jaspers, 1969), como la condición forzada del paciente psicótico de cumplir las órdenes o cumplir una conducta enajenada por la falta de juicio para poder delimitar la improbabilidad de realidad de los fenómenos adventicios que enrarecen su conciencia. Desde una perspectiva psicosocial, médica y racional, se hace limitada la posibilidad de aceptar una mirada sociopsicológica, antimédica e irracional. ¿Cómo que los hijos de Esculapio (dios de la medicina) y nietos de Apolo (dios del orden, la estética y la armonía) son los equivocados, están detrás de los límites de insania mental y alienados a la sociedad, mientras sus rotulados pacientes se encuentran del lado sano, no alienado y libertario? Sólo a una vieja demente como Átropos y su hijo disperso, se les puede ocurrir eso

La conducta psicótica se le atribuye un efecto sociopsicológico de liberación, que requiere fraguar el ser humano más hábil “para vivir una realidad invivible, era porque ella misma apelaba a una desestructuración de esa realidad para así enfrentar la existencia inhumana que soporta el hombre normal. (Cooper, 1976, p 8). Esto sustentaría la base política para impugnar la familia de modelo burgués, patriarcal y monogámica, de una estructura represiva y vicaria, en lo ideológico y psíquico, del modelo político imperante internalizado. Es importante resaltar, no obstante, que no lo plantea como una posibilidad de cambio estructural a través de modificaciones paulatinas concepcionales y/o actitudinales por medio de una educación política e ideológica; sino de forma nihilista, espartana y anárquica, declarando la muerte de la familia y su sustitución “en un contexto pre-revolucionario reside en proponer algunos prototipos aislados, que sólo se desarrollarán socialmente de modo masivo dentro de un contexto post-revolucionario” (Cooper, 1976, p 34).. Esto debe iniciarse en la clase obrera de países industrializados o no para revertir la falsa conciencia de sometimiento social al capitalismo. Esta invitación atropofílica de Cooper fue tomado como exaltación demasiado ruidosa que se contraponía a la ideología capitalista y a las teorías psicológicas (psicodinámicas, sistémicas y cognitivo-conductuales) que prevalecían y coincidían en abogar por una lucha por una mayor funcionalidad psicosocial familiar, sin negar el efecto pernicioso de la familia en la génesis de la enfermedad mental, pero siendo visto no como un efecto determinante absoluto y exclusivo, sino como de acción contribuyente de otros factores de naturaleza no social; y no era imputado a la familia per se, sino a la dinámica inefectiva de algunas de ellas

El poder de la familia alienante está dado por el interés de mitigar el sentido de insuficiencia social (soledad) aumentando el control de los hijos, castrando su autonomía social y preparándolo para reforzar el poder de la clase dominante en la sociedad, como sustituto de sus padres en la familia. No realiza ninguna consideración afectiva psicopatológica sino que solamente propone explicaciones sociogénicas exclusivas. Y agrega que pertenecer a una familia, nos constituye en un ser sin autonomía, “una persona de familia, alguien que encuentra la primacía de su existencia en la imagen que refleja el espejo y no en el que es reflejado” (Cooper, 1972, p 50).

Lo más panegírico de la corriente fenomenológica de Cooper es que llega a decir que la “paranoia” (ideas delirantes de persecución sin base social) son metáforas de protesta poética contra la invasión familiar, educativa y práctica psiquiátrica, que recibe el paciente esquizoide (Cooper, 1976, p 16) que pretenden inducir un conformismo político y social mediante la socialización de los niños. Esto ocurre a través de un progresivo proceso de transformación (metanoia) que le permite al sujeto avanzar desde un posicionamiento primitivo (eknoia) que significa “estar fuera de sí” y viene dado por el sentirse uno mismo en su relación subrogada con los otros, representa un condicionamiento social inconsciente. Pero, por medio de sentimientos de culpa y duelo, pasa el paciente a posicionar otro nivel (paranoia), que significa “estar cerca de sí” con lo que logra una proximidad consigo mismo al develar todos los peligros y males del entorno, y poder sentir la presencia activa del ser y sus nuevos proyectos semiconscientes. Más tarde, el sujeto puede rebelarse a las experiencias familiares y filtrarse fuera del contexto familiar, para lograr el próximo nivel de desarrollo (noia) que significa “ser”, es decir, lograr ser libre de la familia al seguir la invitación del mundo a dejar de preocuparse por sí mismo.

Y termina el ascenso existencial al alcanzar la condición de antinomia, que significa “no ser”, a través del movimiento fluido trascendente de sí mismo que termine confundándose con el mundo. Estas transformaciones metanoicas pueden ser propiciadas por las drogas psicodislépticas, situaciones que generen amenazas de terror, y estado psicóticos agudos espontáneos sin que se le asignen intrusiones neurolépticas (Cooper, 1976, p 21-27).

Estas explicaciones que entran más en el mundo de la espiritualidad zen, hace que Cooper se asome a precipicios epistemológicos, que lo alejan de las formulaciones postpositivistas de hermenéuticas no tan difusas en ininteligibilidad. Una cosa es proponer la meditación zen como medicina complementaria y otra usarla como un asidero epistemológico científico. Pero se excede más, cuando intenta consolidar a través de un discurso post-racional y religioso de la sabiduría, el realce social y epistemológico de la locura como condición existencial ideal, a la cual debemos lanzarnos en su búsqueda, es una solicitud de revalidación ontológica excesiva (Cooper, 1976). ¿Cómo forzar a las Parcas a que nos permitan ser psicóticos? Ellas son miserables, no atienden solicitudes, pre-establecen sus designios- Disculpen por formular la pregunta, pero suena demasiado hebefrénico, ¿Cómo no quedar perplejos, ante enunciados tan pueriles y psicodélicos?, como este de Cooper (1976):

Si debemos seguir considerando la paranoia como un estado enfermizo lo es en este sentido: creo que el único lugar donde se puede hallar como problema social es en las mentes de los policías, los administradores de la ley y el consenso de los políticos de los países imperialistas. Estas desgraciadas personas materializan los superegos proyectados por todos nosotros, hasta tal punto que las internalizaciones de las partes autopunitivas de nuestras mentes los desposeen de todo tipo de existencia humana propia. (p 33)

Plantea también el efecto castrador de la familia sobre el amor; ya que no podemos amar a los otros, sino nos amamos primero, para lo cual debemos tratar de expresar al máximo, sobre todo, los instintos, sobretodo sexuales (desde la masturbación hasta las relaciones sexuales) con el objeto de incrementar la plenitud orgásmica en nuestras vidas, en donde ubica la felicidad del hombre y requiere para su manifestación de vivir en comunidades no jerarquizadas ni ordenadas por convencionalismos sociales, sólo dirigidas por el instinto de salvación (Cooper, 1972, p 47), Esta sexualidad debe ser vivida sin tabúes ni prejuicios, “hacer el amor es bueno por sí mismo, y tanto mejor cuantas más veces se haga, de cualquier manera posible o imaginable, entre el mayor número posible de personas y durante la mayor cantidad de tiempo posible” (Cooper, 1976, p 48) para poder terminar de diferenciarse de su familia a través de la unión sexual con diferentes parejas y esto debe iniciarse desde el embarazo con el feto, mediante la práctica sexual frecuente en este periodo. (Cooper, 1976, p 101)

## **2.D. VILLA 21: NUEVO TRATAMIENTO MORAL Y HUMANITARIO DE LA ENFERMEDAD MENTAL**

El nuevo tratamiento consiste en estimular la ideologización marxista, los deseos separatistas y la desaprobación total, afectiva y sociopolítica, de la familia. Y el rechazo de vínculos entre esquizofrénico y terapeuta personal. Pero lo lleva a cabo por medio de estrategias de encontrarse para separarse, es decir, a través de terapias grupales que abogan por la disolución total de sus vínculos familiares, con el terapeuta y la institución hospitalaria. Crea comunidades terapéuticas para asistir pacientes internos y externos,

considerándolos como “...lugares para ser, y no para ser tratado” (Cooper, 1976, p 70) y donde no se debe “...privar a nadie de nada” (Cooper, 1976, p 71). El paciente que antes era confinado a un orden disciplinario estricto y hasta violento, ahora queda a “*laizzez faire*” (dejar hacer) y se les invita a criticar a su familia y desarrollar conciencia de clase oprimida. “Estamos condicionados para soportar la interferencia de otros...sólo sobre las bases de una adecuada capacidad para estar solos podemos encontrar una manera de estar con los otros” (Cooper, 1972, p 86). Propuestas pueriles, insostenibles por las múltiples recaídas de los pacientes egresados, pero que suenan con apariencia como muy honestas, inteligente y factibles.

Propone una experiencia semejante a la de los cátaros, que se opusieron drásticamente con su propuesta estoica de ascetismo, vegetarianismo y castidad, que contravenían a las normas religiosas y sociales medievales imperantes, viviendo de manera comunitaria (sin agruparse en forma de un conjunto de grupos familiares) en castillos o propiedades de algunos señores feudales. Pero terminaron masacrados de forma genocida y total por sus detractores. Por cierto, esta secta religiosa era tejedora. Quizás por eso, Átropos la fragua y luego propicia su ruptura. ¡Qué Señora tan benévola! La propuesta cooperiana es un remedo pseudo-cátaro en la contemporaneidad, pero de motivación política y hedonista, con la que la antipsiquiatría pretende liberar al enfermo mental de la maníafobia social y replantear su utilidad social hacia fines políticos de lucha de clases. Es un intento de escape en movimiento de péndulo de reloj, es decir, las situaciones extremadamente injustas (familias y sociedad disfuncionales e injustas) pueden ocasionar como reacción adecuada en contenido, pero inadecuada en proporcionalidad (nihilismo familiar y anomia social). Esta propuesta antipsiquiátrica podría considerarse ajustada reactivamente a la

determinación forzada que los poderes políticos, económicos y sociales sobre las familias para generar miembros adoctrinados políticamente y entrenados socialmente a contribuir a mantener el sistema y sus normas convenidas; pero su manera resolutiva resulta estridente y fuera de la cultura occidental. La sociedad ateniense de la antigüedad con su valoración de la familia, la individualidad y la racionalidad es la que mantenido su influencia hasta los tiempos de hoy, mientras la sociedad comunitaria y militar espartana no ha sobrevivido

Cooper analiza su experiencia al frente de "Villa 21", un pabellón para jóvenes esquizofrénicos que creó en un gran hospital del noroeste de Londres, y que fue inaugurado en 1962. En este pabellón, los pacientes gozaban de una total libertad, sin normas ni imposiciones, y existía una participación activa de los pacientes en las cuestiones del centro, organizándose en asamblea junto a los miembros del personal. La selección del personal que trabajó en este pabellón se realizó buscando a aquellos "enfermeros y personas más jóvenes cuya actitud hacia el trabajo era menos probable que hubiera sido deformada por la institucionalización" (Cooper, 1985, p 96-97). Había un encuentro diario de toda la comunidad y varios encuentros grupales con distintos fines (terapias, grupos de trabajo, encuentros grupales del personal...), en donde se intentaba mantener una relación más abierta y participativa con los jóvenes ingresados. Esta relación tan especial entre personal y pacientes producía, en muchos casos, un alto grado de desconcierto e inseguridad en los cuidadores tradicionales. Cooper pensaba que en la institución psiquiátrica tradicional, el personal presentaba. Y le llamaba "irracionalidad institucional a las defensas del personal en cuanto ellas se erigen contra peligros que son más ilusorios que reales" (Cooper, 1972, p 99); ya que pensaba, que "la conducta violenta

de los pacientes mentales "es directamente reactiva a la restricción física" (Cooper, 1972, p 1000) que se les fuerza al asilarlos.

"Villa 21" fue una experiencia pionera en la que fueron cayendo una serie de prejuicios mantenidos por las prácticas psiquiátricas tradicionales inhumanas y mortificadoras (imposiciones horarias, sexuales, terapéuticas...), pero donde aparecieron otra serie de contingencias, fruto del nuevo tipo de relaciones establecidas, como elevar la posibilidad de eventos transferenciales y contratransferenciales, llamado mayor al desorden y los trabajadores del pabellón mostraban incertidumbre y escépticos de su papel intra-institucional. En lo que se refiere al balance final de la experiencia, Cooper expone que sin la aplicación de métodos tradicionales terapéuticos, con utilización de medicación mínima, terapia conjunta de familia y medio, se consiguieron iguales o mejores resultados terapéuticos que con cualquier otro medio. Como utiliza fundamentos existencialistas míticos y marxistas, nos brinda una salida de catarsis esotérica y adoctrinamiento político, eludiendo el uso de terapias psicológicas existencialistas formales (Binswanger, Minkowski, Rollo May, etc.), Sin embargo, a este antipsiquiatra se le enredan los hilos parcos de su discurso. Por un lado muestra interés por la lucha por una sociedad que puede ser políticamente mejor, pero ¿Para quién? Si desdeña de todo, de la familia y de la sociedad, nos avizora un destino cioriano, nos invita a destruir para construir pías humanas comunitarias; ya que por un lado crítica a la familia y sociedad como generadores benévolos de la existencia esquizoide como condición social producida, y luego ensalza esta condición ontológica como libertaria. Mientras por otra parte, habla de que la naturaleza humana es mezquina y se muestra desesperanzador. Nada más escuchen esto: "Desde luego las personas son cerdos. Por supuesto, las instituciones humanas son

pocilgas, o granjas de cerdos, o mataderos de cerdos” (Cooper, 1976, p 90). ¿Qué doble vínculo o anudación de hilos comunicacionales tan atropianos?

### **3. E. EL PODER PSIQUIÁTRICO MARXISTA:**

Cooper ve la relación médico – paciente bajo una mirada ideológica marxista. El la ve como una relación de intersubjetividad dialéctica y la compara con la del amo y el esclavo como lo hace Hegel. Considera que “ambos se necesitan, no son nada la uno sin el otro y viceversa, el psiquiatra y el loco surgen históricamente como el tipo y el contratipo de la individualidad burguesa” (Cooper, 1976, p 6). Este poder psiquiátrico no deviene de un saber y se ejerce de manera altruista bienintencionado, sino que representa una salida social alterofóbica del individuo poco o nada rentable, un poder ejercido sólo para satisfacer una necesidad excluyente de la sociedad sobre una minoría rechazable, que se viene dando de forma sutil o estridente, psicológica o por excesivo control social y aislacionismo, sometimiento farmacológico y psicoterapéutico o maltrato físico y verbal, etc. “La humanidad alienada del loco es inseparable de la contrahumanidad alienante del médico” (Cooper, 1976, p 5)

El supuesto enfermo mental debe enfrentar “la no locura compulsiva de los sanos“ (Cooper, 1972, p 28); ya que refiere que el pregonado éxito terapéutico psiquiátrico está más basado en su fracaso de lograr un conformismo forzado intrahospitalariamente; ya que los psiquiatras por falta de preocupación en adquirir una conciencia de lucha de clases, se resignan a ser utilizados como perpetuadores de coaccionadores de la libertad de

los otros, de los otros enajenados y rechazados por el sistema capitalista por su falta de producción. Este autor confunde los fundamentos marxistas de la alienación social que contribuirían junto con otros, en la construcción del mapa de factores sociales que explican la maniafobia social, con la causalidad primaria y exclusiva de la enfermedad mental, y desde una única mirada de las aristas poderológicas, políticas y sociales comprometidas.

Entonces, se pretende reivindicar la condición ontológica libertaria del malintencionadamente rotulado como esquizofrénico, en que debe escoger entre dejarse someter por los abusos de poder de su familia e instituciones psiquiátricas o dejarse llevar por una conducta desviada, según los patrones establecidos por la sociedad, que le ocasionarían “la angustia de presenciar la devastación profetizada de los otros y la lucha con la culpa que se ha sembrado en él con un cuidado tan afectuoso” (Cooper, 1972, p 33). La institución psiquiátrica deshumanizada imperante que es difícil de defender por los mismos psiquiatras, es vista como una estructura social reproductiva de las disfuncionalidades patologizantes de la familia sobre el paciente. ¿Se puede validar o justificar, en vez de comprender, una conducta desviada en base a la culpa puesta sólo en los otros y redimirla de toda etiqueta médica para potenciar la libertad social?, ¿En que mejora la calidad de vida de los pacientes, al convertirlos en luchadores contra una conflictividad social?

No propone la hospitalización, sino que utiliza la Villa 21 como espacio de proselitismo y lucha político. No hay relación médico/paciente, sino, sino facilitador existencial-ideologizador/viajero existencial-ideologizado. Sin embargo, en este proceso inducido de

recuperación del Yo verdadero. ¿No se fomenta el Poder Psiquiátrico?, ¿Quién pidió ser ideologizado?, ¿Qué diferencia ponderológica se guarda con respecto a los tratamientos psicoterapéuticos convencionales?, ¿Podría ser un viraje de la reificación mercantilista tecnológica (a nivel psicológico y biológico) hacia una reificación libertaria (a nivel existencial y político-social)?, ¿Quien atiende al ser humano que vivencias las mortificantes vivencias psicóticas?, Se atiende a la enfermedad del paciente portador y la industria farmacéutica o se recluta a un luchador político una vez liberado y metanoicamente configurado para el mundo (salida positivista cosificadora versus salida ideologizada mistificadora). Ambas vías de aproximación se homologa totémicamente en lo utilitario y en el descuido alterofóbico del enfermo mental. Preocuparse de lo que tiene o es una persona, sin ocuparse de la persona, es una benevolente y altruista accionar de los asesores “humanos” que se muestran interesados por la enfermedad mental o el enfermo, respectivamente. Átropos, benévola diosa, no sólo te encargas de romper los hilos, sino que algunos de ellos, los dejas, adrede, atados al huso maligno de tu hermana, la hacedora de destinos enfermizos y dolorosos.

#### **4. THOMAS SZAS:**

##### **3. A. BREVE RESEÑA BIOGRÁFICA:**

Nace en Budapest (Turquía) en 1920 y muere en Nueva York en el 2012. Trabajo como profesor de la Universidad de Siracusa en Nueva York. Se dedicaba a la crítica feroz de los falsos fundamentos éticos y epistemológicos de la psiquiatría, a pesar de ser

psiquiatra de profesión. Por lo que se convierte en uno de los más destacados representantes de la antipsiquiatría.

Su postura de rechaza del tratamiento y hospitalización involuntaria por pacientes esquizofrénicos es consecuencia de sus tendencias hacia un liberalismo clásico y el principio ético de que cada persona tiene jurisdicción sobre su propio cuerpo y su mente. Por lo que sostiene que los tratamientos y mitologías médicas pueden ser asumida por decisión personal y fuera de toda iniciativa estatal.

Entre sus obras más conocidas, tenemos: El Mito de la Enfermedad Mental (1961); La Fabricación de la Locura: un estudio comparativo de la inquisición con el movimiento de Salud Mental (1970), Ideología y Enfermedad. Ensayo sobre la Deshumanización Psiquiátrica del Hombre (1970), La Teología de la Medicina (1977), Esquizofrenia. El Símbolo Sagrado de la Esquizofrenia (1979), Nuestro Derecho a las Drogas (1992), y Libertad Fatal. Ética y Política del Suicidio (1999); con los cuales aboga a favor de la epistemolisis e evitación de la intrusión de la psiquiatría en las conductas personales singulares desviadas socialmente

### **3. B. DESMITIFICACIÓN ZSASIANA DE LA EXISTENCIA DE LA ENFERMEDAD MENTAL**

Thomas Szas intenta delatar el mito positivista de la enfermedad mental. Parte de la denuncia de los primeros doctores Franksenstein que, según él, crean la criatura mitológica, la psicopatología: Eugenio Bleuler (1857-1939), Emile Kraepelin (1856-1926) y Sigmund Freud (1856-1939) que impusieron la imagen de enfermedades

mentales funcionales, con lo cual queda "...desplazado lesión por lenguaje, enfermedad por desacuerdo, fisiopatología por psicohistoria y, en general, histopatología por psicopatología."(Szas, 1979, p 19); ya que hasta hoy no se han evidenciado lesiones anatomopatológicas o fisiopatológica última que la sustenten como enfermedades del cerebro. La psiquiatría reemplaza a los anteriores médicos mentales o alienistas y toman su papel de controladores de los locos, en aras de sus enfermedades mentales mitológicas. Este antipsiquiatra, también banaliza la sintomatología psicótica o neurótica, y por tanto, no debe recibir ninguna práctica intrusiva para resolverla. No hay nada que curar, no hay enfermedad, sólo respetables conductas peculiares y extrañas por criterio estadístico. No todo lo anormal debe ser considerado patológico ¿Y las consecuencias psicosociales y afectivas para el paciente, su familia o la sociedad? Más, lo que la psiquiatría ve en la práctica es que el deterioro mental de estas enfermedades, conlleva a la mayor discapacidad social y laboral y una disminución del nivel socioeconómico y calidad de vida del paciente y sus familiares; y reconoce las influencias de factores sociales en la aparición y evolución de la enfermedad mental.

Szas (1961, p 14-15) refiere que las áreas del saber que sustentan la medicina, tales como la biología, física y química prueban definiciones por medio de la verificación de sus procesos; mientras que la psiquiatría que dice formar parte de la medicina, no lo cumple, basa sus definiciones en falsas premisas no comprobadas. Por lo cual, Szas coloca a la psiquiatría en el espectro del conocimiento al lado de la astrología y la alquimia, como pseudociencias. Al considerar que la psiquiatría inventa sustantivos sin conocer los procesos, es decir, que no se sustenta seriamente en elementos psicosociales planteados de forma operacional y registrada de manera objetiva por la observación y

medición; sino que sus definiciones conductuales se basan en meras intenciones valorativas subjetivas. No hacen más que describir conductas particulares, que pueden ser desaprobadas socialmente pero sin ningún sostén biológico para patologizarlas.

Se denota aquí la influencia de las teorías conductistas de la psicología norteamericana y un retorno positivista extremo y causalidad sociologicista exclusiva, un retorno al pensamiento durkheimiano; ya que a semejanza de este sólo toma en cuenta los factores sociales inmediatos y rechaza toda perspectiva historicista explicativa. No acepta que la psiquiatría pueda ir más allá la denotación por el lenguaje de conductas que no merecen, a su parecer, ser consideradas como psicopatológicas. Considera que las definiciones psiquiátricas son subjetivas y por su posición materialista las desdeña y juzga de carácter manipulativas. Por otra parte, nos participa con alerta, que alienista e interesados en la medicina mental encontraron atajos mitológicos como Freud y su psicoanálisis, que da cuenta de supuestas determinaciones inconscientes de la conducta humana, sobretodo de la conducta anormal, la cual patologiza para ponerla al servicio de la medicina y su posterior medicalización sobreimpuesta de manera innecesaria. Estas experiencias inconscientes derivan de situaciones traumáticas inaccesibles a la observación y valoración de su magnitud física. Lo ocurrido en el pasado, preestablece la conducta del futuro. Considera a esta causalidad basada en una psicología profunda como un mito, que pretende colocar la conducta humana como determinada exclusivamente por una causa precedente. Para Szas, los psiquiatras, de forma analógica, casi quedan como enfermos mentales (psicosis orgánicas, por supuesto, pues no cree que existen las de origen funcional) con delirios premonitorios dispensados por fuerzas invisibles que provienen del

mismo centauro Quirón (dios de la premonición y el pronóstico médico); ya que es uno de los dioses primigenios de la medicina occidental.

Finalmente, termina acusando a la psiquiatría de una práctica ilegítima; ya que “lo que motivó la búsqueda de la causalidad física de muchos fenómenos llamados psicológicos puede ser la necesidad de prestigio de los investigadores más que el deseo de lograr claridad científica”. (Szás, 1961, p 94). Szás, el más férreo antipsiquiatra atropiano, toma las tijeras de su benevolente madre y procura que todo tipo de ataduras epistemológicas fraguadas previamente por las otras dos Parcas, sean objeto de una ruptura, convirtiéndose en un auténtico y completo psiquiatra epistemolítico, antihistórico, antimarxista, antipsicopatológico y antipsicoterapéutico y antipsicologicista. Considera que todas las explicaciones psicopatológicas, de naturaleza psicologicista, psicosociales y sociopsicológicas son productos mitomaniacos o imaginarios de los psiquiatras. Szás (1961) nos recuerda y ejemplifica de forma analógica, que fue el mismo Freud, quien

Atribuyó la fe religiosa a la incapacidad del hombre para tolerar la pérdida del mundo familiar de la infancia, simbolizado por el padre protector..., crea un «padre en el cielo» y una réplica del juego protector de la infancia para reemplazar en el aquí-y-ahora al padre y a la familia perdidos. Desde este punto de vista, la diferencia entre religión e historicismo político reside solo en las identidades específicas de los protectores (p 18)

Los protectores en el caso de la religión, Dios y sus líderes religiosos, el estado totalitario y sus líderes para el marxismo, y para las escuelas psicopatológicas, sus falsos profetas consagrados por escuelas inventadas por ellos mismos. Pero, como todo fundamentalista, Szás es iconoclasta, derriba los ídolos ajenos y lo intenta sustituir por su

metafórico ídolo, que se concretiza nominalmente, la conducta personal singular no patológica, que puede ser considerada en algunos casos, como que está desviada y de la cual la ética y las ciencias sociales (lingüísticas, sociales y legales) se deben encargar de ella. Esta conducta personal conlleva un protolenguaje que cumple tres tipos de uso (promotor, afectivo e informativo) de su sufrimiento pero lo vehiculiza de forma no discursiva a su entorno, con fines manipulatorios y bajo conductas verbales y no verbales de fingimiento (Szas, 1961, p 145-148). Con esta teoría intenta deslegitimar la conducta psicopatológica y evitar dejarla en el terreno de la nada, al contrario la banaliza y deriva la responsabilidad a otros agentes sociales diferentes al médico. ¿Por qué se le enreda la serpiente de su caduceo asclepiánico a Szas? Más adelante, develaremos estos benévolos accionares contra la terapéutica médica mental. Pero en su afán desmitificador, Szas origina nuevos mitos, conductas personales particulares no convencionales y no psicopatológica, y las deshonra moralmente, al considerarla como fingidas, y con esto fagocita tanto la a la conducta neurótica, como psicóticas

Además, Szas considera que personas como Joseph Breuer (1842-1925) y Sigmund Freud (1856-1939), utilizan atajos postpositivista para acceder a la creación de sus propios mitos y extender las fronteras de la psicopatología más allá de los límites de la neurología y la paresia sifilítica. Cual Homero y Hesíodo entretejen un falso y mítico fundamento en el inconsciente (el averno de los psicoanalistas) para que no haya manera de acceder científicamente (léase positivamente) para verificarlo. Afirma que la esquizofrenia es una enfermedad falsa, que se oculta tras el abanico caleidoscópico de múltiples interpretaciones fantasiosas y cuestionables. Para más tarde traspasárselo este descredito a las otras variedades conductuales, particulares infectándolas del mito psicopatológico.

Toda una propuesta nihilista para destruir el símbolo sagrado de la psiquiatría, la esquizofrenia, y todas las otras enfermedades psiquiátricas menos sacras quedan cuestionadas. Incluso, Szas se entromete en los sueños, las deslustra de material inconsciente y los traduce como simples lenguaje icónico (Szas, 1961, p 245). Y se lamenta de que prometeicamente, Freud logrará el reconocimiento médico y social de un tratamiento psiquiátrico, el psicoanálisis. Para este autor, una falsa enfermedad, requiere falso tratamiento. Entonces, los psiquiatras y los psicólogos, al esconderse tras el caduceo de Asclepios y de Hermes, respectivamente; logran, quedar legitimados fraudulentamente por la terapéutica indebida.

Szas (1961) le desconoce igualmente a la histeria y otras neurosis, cualquier tipo de aval médico, y junto con el resto de las enfermedades catalogadas como funcionales y las simplifica a meras conductas personales no patológicas; que se manifiestan siempre, en el plano psicosocial, como una:

- 1) Forma de comunicación no verbal, que utiliza un conjunto especial de signos; 2) sistema de conducta reglada que utiliza..., desvalimiento, la enfermedad y la coacción;
- 3) un juego que se caracteriza..., por las metas finales de dominio y control interpersonal, y por las maniobras del engaño (p 22)

No sólo desacredita a las diversas nosografías psiquiátricas, sino también a todas las teorías psicopatológicas que pretende comprenderlas y describirlas al tacharlas de prácticas discursivas babelianas para confundirnos más y dejarnos atrapados en el mito de la enfermedad mental. Sin embargo, Szas plantea una nueva teoría de la conducta personal para explicar lo que se considera aún del ámbito psiquiátrico. La psiquiatría siempre ha

estado sometida a lo paradójico, y como vemos aquí, la antipsiquiatría también. Sólo quiere desempoderar al psiquiatra y transferir estas conductas ya alejadas de toda consideración alienante hacia otros científicos sociales que mostrarían un interés ético, legal, político y sociológico. Estos dos últimos en un nivel observacional no hermenéutico, restringido al nivel conductual. “Sí un fenómeno llamado psicopatológico se parece más a un problema lingüístico que a una enfermedad, se deduce que no podemos hablar en forma significativa de tratamiento y de cura” (Szas, 1961, p 24).

Por otra parte, Szas se opone al resto de los antipsiquiatras (Laing Cooper y Basaglia) porque los acusa de tratar de dar un tratamiento psicológico existencialista a la esquizofrenia, institucionalizados o no, al considerarla como condiciones ontológicas que requieren atención vehiculadoras a formas existenciales más libertarias o auténticas (Szas, 1979, p 41). Aunque se les homologa, por ser identificados a menudo como los enemigos comunes de toda la psiquiatría, para Szas, este tipo de abordaje constituye nuevas maneras de rendirle tributo al símbolo sagrado de la psiquiatría, la esquizofrenia y de prolongar el supuesto tratamiento moral pineleano camuflajeado por los psiquiatras. Se sigue rindiendo culto, pero se cambia el nombre de los hilos. Una práctica de sincretismo epistemológico que remeda al sincretismo religioso que ha ocurrido, en algunos momentos de la historia, con inconfesables intenciones de sobrevivencia de su accionar profesional. En el fondo, los hijos de Átropos, se disputan el mayor protagonismo, en base a quien, de entre ellos, llega a ser más efectista (no efectivo) en la construcción de la Torre del Saber de Babel, o quizás su madre los crío enseñándole sus proceder separatas, logrando en su progeie putativa, egos hipertrofiados por espacios de rivalidad, fomentados en espacios gnoseológicos en colmena.

Cuando los antipsiquiatras existencialistas dan explicaciones sociogénicas a la esquizofrenia, o cuando refieren que el loco es sano y que la sociedad es demente, reafirman su existencia vital bajo nuevas etiquetas, sólo hablan retóricamente con nuevas y metafísicas jergas sobre el mismo mito, la enfermedad mental, aunque también niegan su existencia (Szas, 1979, p 46). Predican un nihilismo que no terminan de ejecutar. Szas considera, además, que todo el resto de los antipsiquiatras suenan muy superfluos e ideologizado, al plantear la enfermedad mental en términos de jerga política, de índole marxista, por lo que les imputa un carácter superfluo, sesgado, y banalizado; ya que nos obliga a pensar que todo el mundo está atrapado en un sistema capitalista occidental, cuando no es más que un intento adoctrinarnos a sus valores políticos fanáticos. “La jerga política de Laing tiene las mismas características: “nosotros” somos malos, y “ellos” son virtuosos” (Szas, 1979, p 50). Por lo que también rechaza esta división de los médicos y pacientes, en los malos y los buenos, cuando estos representan, más bien, participantes atrapados de manera voluntaria o forzada en el proceso de sacralización de la enfermedad mental que persiste desde hace más de dos siglos.

Para Szas (1979) el modelo médico de la esquizofrenia es atractivo y no ha surgido ningún otro modelo que lo pueda superar en validación social. Pero Szas piensa que esto debería cambiar, que la psiquiatría no debe seguir dispensando de responsabilidad a los mitológicos pacientes. Y agrega que:

...los “psicóticos” no deberían esperar que los mantuvieran los psiquiatras como pacientes, sino que deberían mantenerse a sí mismos por medio de un trabajo salarial en el mercado. En la medida en que las mujeres y los

psicóticos no puedan, o no hagan por liberarse a sí mismos, permanecerán esclavizados a los hombres que las “aman” y a los psiquiatras que los “tratan (p 211)

### **3. C. TODO POR LA LIBERTAD. DEFENDAMOS NUESTRO DERECHO A UNA SINGULAR CONDUCTA PERSONAL, CUALQUIERA QUE ESTA SEA**

Según Szas, la gran paradoja del accionar psiquiátrico hasta nuestros días, es que mientras por una parte, propicia la liberación de los enfermos mentales más severos de sanciones de la justicia por haber ejecutado conductas personales mal llamadas conductas psicopatológicas y adjudicándole, por tanto, inimputabilidad legal total o parcial, o causales de excepción laboral; por otro lado, la psiquiatría ha confinado, aislado y maltratado a su protegidos judiciales y renuentes del trabajo. Es fácil siempre recordar que quien te ama demasiado, también puede querer destruirte con pasión desmedida. Otra alienada paradoja más en el ámbito de la locura, es que la psiquiatría, en general, ha tendido en muchos momentos histórico, a exponer a sus “pacientes” al cumplimiento benévolo de solicitudes altero fóbicas de la sociedad (maniafobia social): segregación, exclusión, hacinamiento, abandono social y hasta genocidio (psiquiatras nazis)

La antipsiquiatría szasiana suele sostener que la psiquiatría no debe hospitalizar, diagnosticar ni intervenir terapéuticamente a las personas mal consideradas: como psicóticas. Sin embargo, su tendencia ultraliberal, lo lleva a plantear que esta innecesaria práctica psiquiátrica puede permitirse en toda sociedad libre, siempre y cuando se respete el derecho de autodeterminación del oferente del servicio psiquiátrico, es decir, que debe

estar mediado siempre por el consentimiento del pretendido enfermo neurótico y psicótico. Niega, entonces que se pueda hospitalizar y tratar a un paciente con pérdida de su capacidad de juicio y autocrítica. La sociología funcionalista parsonsiana plantea que toda acción voluntaria deviene de un valor cultural y de estructuras sociales que restringen las elecciones personales, lo que determina las acciones sociales (Garrido y Álvaro, 2007, p 189). Para mantener una funcionalidad social que permita lograr un orden estable dado por las acciones en el sistema social, cultural y personalidad para permitir un ajuste de la conducta personal hacia la adaptación social (Ritzer, 2003, p 116). Sin embargo, no se contrapone a estas premisas funcionalistas, sino que plantea que todo programa de reestructuración social de corte funcionalista, en el caso de salud mental, no debe ser ejecutado por los médicos o instituciones psiquiátricas, sino por otros actores sociales. La sociogénesis de estas conductas personales desviadas y anti-éticas no deben ser amparadas /maltratadas por la psiquiatría. Una simple solicitud de que el poder cambie de manos. Se reduce el costo de los tratamientos psiquiátricos, y la atención ambulatoria médica, la confinación de los intratables en las prisiones, que aunque represente un costo económico y de responsabilidad para el Estado, es mucho menor que el de los programas de atención psiquiátrica.

Para esta corriente ética radical antipsiquiátrica, se contrapone al pensamiento psiquiátrico imperante de que se justifica la intervención terapéutica (biológica y psicológica) por la mejoría que se evidencia en una mayoría de casos sin necesidad de dar cuenta de la fisiopatología última. Se usan justificaciones éticas para intrusiones sobre conductas personales, en nombre de mitológicas enfermedades. Se toma una premisa ética por un incuestionable conocimiento científico. Esto muestra una posición escéptica a

ultranza, no sólo por aferrarse exclusivamente a bases positivistas del conocimiento sino porque mantiene una absoluta linealidad de pensamiento validador de lo científico, donde la verificación de una causal natural es la única manera de reconocer como aceptable un saber determinado. Esta postura dicotómica: existencia de enfermedad (base biológica) / inexistencia de enfermedad (base psicosocial no validable, sólo mitología) requiere decapitar otros hilos parcasianos del saber: lo histórico, hermenéutico, psicosocial, subjetividad, experiencias de vida, y la reflexión filosófica, etc. Entonces, toda estrategia o posicionamiento epistemológico desde la vertiente postpositivista no sería válida para acceder al abordaje o conformación de ningún conocimiento relacionado a la enfermedad. Esto se contrapone a la escuela del pragmatismo de John Dewey (1859 – 1931) donde este autor nos plantea que “el conocimiento no es algo separado y que se baste a sí mismo, sino que está envuelto en el proceso por el cual la vida se sostiene y se desenvuelve” (Garrido y Álvaro, 2007, p 188). Szas nos arrebató la posibilidad de conocer la enfermedad mental y la experiencia vital del enfermo (la subjetividad) como vías de conocimiento. Quedamos presos en las cavernas de Platón, mirando las sombras de lo que la sensorialidad nos estimule a una percepción aparente. Se deslegitima la posibilidad de obtener conocimiento certero de las causas por medio de la experiencia y la reflexión, tal como lo propone la perspectiva platónica-aristotélica; ya que la visión epistemológica debe tomar en cuenta, tanto los modelos instrumentales y matemáticos, observaciones, reflexiones lógicas y experiencia, contexto sociocultural, etc., es decir, los aspectos lógicos, físicos y estéticos. Una manera de acceder al conocimiento no invalida a la otra. El conocimiento biológico no existe independientemente de los otros elementos de la vida humana, y puede apoyarse en asideros positivistas o postpositivista según las posibilidades epistemológicas que brinde cada época histórica. El saber psiquiátrico, en aras de filantropía benévola o

antropofílica auténtica, se ha apoyada unas veces en una u otra matriz epistémica; ya que su objeto de estudio es dual, humano, doloroso e intangible, por lo que no se puede atender solo al objeto y sujeto cognoscible o al sujeto conocedor, al enfermo mental y su enfermedad, y al psiquiatra que trata que los trata, estudia e investiga.

La única vía szasiana que se requiere transitar para poder identificar enfermedad, no está puesta en ofertar efectividad, sino que requiere consentimiento. Mientras todas las terapias médicas físicas modernas en las sociedades libres, llevan incuestionablemente la exigencia del consentimiento. La única excepción es la terapia psiquiátrica en psicóticos en fase aguda. La etiqueta psiquiátrica exime la libertad personal. ¿Quién autoriza?, la sociedad, el estado. Pero sobre que evidencia comprobable y de tangibilidad se sostiene que estamos ante la presencia de un enfermo mental. No hay interdicción posible ni de absolución ante el arrebato de la libertad por argumentos mitológicos. “Solo el consentimiento justifica tratamiento y evita control o tortura. De la misma manera, si no hay psiquiatría, no puede haber esquizofrénicos” (Szas, 1979, p 166). Y agrega que nadie obliga a nadie a ser verdugo o víctima, a ser psiquiatra o paciente (Szas, 1979, p 25). Esto se acepta voluntariamente pero subrogado a una sociedad, estado o institución, es decir, legitimación de iniciativas maniafobias contra excluidos sociales. La psiquiatría involuntaria como una coerción escandalosamente explícita, es la principal diana de la crítica de esta antipsiquiatría norteamericana “Toda coerción es mala; es necesaria condenarla sistemáticamente y desecharla” (Szas, 1979, 26). Pero en los centros de emergencias psiquiátricas no se inicia tratamiento involuntario para satisfacer deseos alterofóbicos, sino para prevenir lesiones auto y heteroagresivas con prácticas de contención comedidas de toda querer iniciar maniobras de tortura. Szas teme que esta

zona limítrofe moral del accionar médico pueda constituirse en una “pendiente resbaladiza” donde de lo pequeño y sutil (contención) se legitimase por extensión a institucionalizaciones innecesarias, estadías hospitalarias excesivamente longevas, eutanasias (nazis), maltratos y abusos. Consideramos que esta preocupación ética es valioso tenerla presente para mantener un constante exigir ético de la práctica médica por el estado, institución médica, paciente y su familia, gremios médicos, instancias judiciales, escuelas de medicina, la conciencia de los médicos en ejercicio, y la sociedad. Pero evitar una acción médica en los casos de estados psicóticos graves acarrearía consecuencias físicas y psicosociales que pueden ser más devastadoras sino recibe una asistencia subrogada temporal y limitada sobre el paciente. Solo mientras su condición mental alienada a eventos adventicios de la conciencia no le permita tener ningún tipo de conciencia de su enfermedad o padecer manifestaciones psicopatológicas que son percibidas de manera tan nítidas, que no les permite refutar sus faltas de asideros reales. Szas no niega lo que está ocurriendo a nivel de la conciencia, sino que no puede serle imputado ninguna intención patologizante ni la recepción asistencial médica, sino que debe ser resuelto en otras instancias, que no serán más benévolas que la psiquiatría (decisiones judiciales, cárceles, policía, etc.). Esta propuesta liberal puede atender a deseos malintencionados maniafóbicos, o representa una postura ingenua, al pensar que otros agentes sociales serán menos benévolos que los psiquiatras. Sin embargo, Szas (1979) rechaza el término de antipsiquiatría. Más bien, plantea no se puede ser antipsiquiatras si esta no existe como disciplina del saber científico, sino de la mitología.

Yo rechazo el término antipsiquiatría porque es impreciso, lleva a la confusión, y es una manera burda de autoexaltación... estoy en contra de la psiquiatría involuntaria, o violación psiquiátrica del paciente por el

psiquiatra— pero no estoy en contra de la psiquiatría voluntaria, o de las relaciones psiquiátricas entre adultos que consienten (p 40).

### **3. D. SOCIOGENÉISIS DE LA CONDUCTA EXTRAÑA Y PECULIAR MAL LLAMADA ESQUIZOFRENICA U OTROS TRASTORNOS MENTALES:**

Si estos psiquiatras predecesores hubiesen tomado en cuenta las consideraciones Virchowiano de la enfermedad y los factores sociales que las determinan (desnutrición, pobreza y exclusión), no las considerarían como enfermedades, sino como conductas no aceptadas socialmente. Esta es una crítica acérrima szasiana. Los antipsiquiatras confunden las consecuencias con las causas y se aplica a todos los casos o se asume con determinismo absoluto que la condición social siempre es causa suficiente y única para la génesis de la enfermedad mental (desviación social). Entonces, ¿En las clases sociales más privilegiadas no hay enfermedades mentales severas como las psicosis? Esto no quiere decir que el trato recibido por los pacientes psiquiátricos ocurra de manera diferencial, con mayor exposición a la exclusión, maltrato y confinamiento de los pacientes de bajas clases sociales. Ya lo denota el escritor inglés Lewis Carroll, de pensamiento socialista, en su “Alicia en el país de las maravillas”, donde de manera velada y metafórica delata la sociogénesis clasista de la enfermedades mentales; ya que, mientras los personajes relacionadas con las clases privilegiadas muestran conductas neuróticas e histéricas, los personajes como el sombrerero y sus amigos representan a los obreros expuestos inmisericordemente a psicosis orgánicas profesionales (psicosis

secundaria a mercurio, plomo y otros tóxicos, etc.), durante la benévola Revolución Industrial.

Para Szas “la Esquizofrenia es una palabra —una idea y una “enfermedad”— inventadas por Eugen Bleuler, así como psicoanálisis es una palabra - una idea y un tratamiento - inventada por Sigmund Freud” (Szas, 1979, p 9). No pasa de ser una entelequia, una idea, no es una enfermedad identificable ni anatómica ni fisiopatológicamente demostrable, los psiquiatras aún hoy hablan de ella sin demostración anatómica, ni por evidencias por neuroimágenes, ni de orden bioquímico definitivo. Se crea la enfermedad, sólo basándose en datos obtenidos por la observación de la conducta, en grupos estadísticos específicos, discurso que muestran patrones recurrentes que los fuerzan a taxonomías categóricas que no atienden a ninguna etiopatogenia última reconocida, y por la respuesta empírica a tratamientos biológicos que producen cambios conductuales impuestos autocráticamente por los médicos, para revertir supuestas desviaciones sociales, cuando no son más que variantes socioculturales conductuales. Sólo se basa en los cambios conductuales secundarios al uso de medicación, a modelos mentales que intentan remedar la fisiopatología cerebral comprometida, a una semiología fundamentada en la fenomenología aportada por los propios psiquiatras (Jasper, Kraepelin, Bleuler, etc.) e interpretaciones desde las diferentes teorías psicológicas que intentan analizar los significados de los discursos neuróticos (prohibiendo, en general, el análisis del lenguaje psicótico, para evitar linderos especulativos demasiado bizantinos) y proponer pautas psicoterapéuticas de tratamiento. Por lo que, la esquizofrenia, para este autor se instituyó bajo coordenadas ético-sanitaristas y de carácter político, más que sustentarse en pivotes claramente científicos. Por eso la enfermedad mental ocupa el lugar

que antaño detentaba con arrogancia la neuropsiquiatría y la psicosis sífilítica. Szas es todo un antipsiquiatra positivista, ¡Que espécimen tan raro! Átropos, pérfida diosa, también provocas la ruptura de los hilos de los discursos, que se plantean en el campo de las ciencias, al tensar demasiado los hilos., con exigencias epistemológicas muy rígidas y estrechas

Ya que no existe una base histopatológica demostrable, se usa un discurso psicopatológico, que no significa que estas variantes del pensamiento y lenguaje no ocurran, sino que su registro no legitima la patologización de la conducta. .”El pensamiento del esquizofrénico es, por lo tanto, anatomizado y patologizado para crear una ciencia de la psicopatología” (Szas, 1979, p 15). ¿Pero no debería importar el incremento de la socialización, funcionamiento sociocultural y laboral, ni la calidad de vida del paciente y sus familiares, para que podamos aceptar la esquizofrenia como enfermedad? Los médicos suelen utilizar como elementos diagnóstico de las enfermedades físicas, los siguientes criterios: clínico, epidemiológico, paraclínico y respuesta terapéutica. Pueden emplearse todos o sólo algunos de estos criterios, según cada caso. Los psiquiatras frente al diagnóstico de las psicosis funcionales emplean todos los criterios menos la prueba irrefutable de la comprobación tangible de una lesión orgánica cerebral. Para Szas, ver es creer. Es un verdadero hijo de Átropos en versión cristianizada y apostólica, el Santo Tomas de la Psiquiatría, quien no se sacio hasta realizar un chequeo de verificación en el costado de Jesús. Podemos proponer a Santo Tomas, como protector de los científicos y antipsiquiatras positivistas.

Para Szas (1979, p 18) las metáforas del discurso esquizoide son tomadas por la psiquiatría convencional en sentido literal, como lo haría la Iglesia Católica con el misterio de la transustanciación. En cambio, si Bleuler hubiera sido protestante, se aceptaría lo inverso, la metaforización de lo literal, buscar siempre significado al lenguaje. La psiquiatría tiene a mantener la semiología jasperiana de corte fenomenológica, que desdeña lo metafórico; mientras que la psiquiatría existencialista (Binswager, Minkovski, Binswager, Abenheimer y Shorstein, etc.) que se preocupa más por desmenuzar, a través de una fenomenología hermenéutica, el significado de los significantes psicóticos., Como todo antipsiquiatra considera legítima las metáforas psicóticas. Pienso que el abordaje ecléctico, por ambas vías de intento de comprender el discurso psicopatológico, no son excluyentes una de la otra; sólo que la fenomenología nos da criterios claros, precisos, operativos y dicotómicos que nos permiten un diagnóstico categorial, sincrónico o de corte transversal para un abordaje de la identificación de la presencia o ausencia de una enfermedad, Las clasificaciones psiquiátricas internacionales son herederas de esta tradición, que universalidad y homologa la comunicación científica y clínica mundial. Conformarnos con esto, es realizar una psiquiatría exclusivamente positivista al aproximarse únicamente a lo conductual, aunque utilicemos categorías devenidas bajo un enfoque postpositivista fenomenológicamente. Por lo que se atiende a la enfermedad y no o poco al paciente. Mientras que la aproximación postpositivista que emplee una hermenéutica (existencialista, analítica, cognitiva post-racional, cognitivista racional, logoterapia o híbridos, etc.) que nos garantizaría que no se descuide a la persona que padece la enfermedad, sus vivencias, significados, constructos, actos fallidos, etc.; no son tomadas en cuenta en la formulaciones clasificatorias. Aunque todas las corrientes

psicológicas contemporáneas ofrecen estrategias psicoterapéuticas para pacientes psicóticos crónicos.

En resumen, la propuesta szasiana es que “los antipsiquiatras han aceptado el papel central de la esquizofrenia en la psiquiatría. Lo que han hecho, en esencia, es invertir su posición y significancia, culpando a la familia y la sociedad en lugar de culpar al paciente y su enfermedad (Szas, 1979, p 56). En cambio, la psiquiatría pretende seguir dándole interdicción social y legal a los mitológicos esquizofrénicos y otros trastornos mentales, para mantener a través de un Saber bastardo un Poder opresor pero refrendado por la sociedad. Esta propuesta liberal, es decir, que libera a la sociedad y estado del deber de dar apoyo a las personas psicóticas y exponerla a las altas demandas psicosociales y socioeconómica de la sociedad actual. Además, Szas (1961) critica el benévolo amparo social, que a través de la psiquiatría, se pretende dar no solamente en el trato médico sino en sustentarlo a nivel de teorías sociopsicológicas o psicosociales proteccionistas. Esto queda reflejado, cuando nos dice:

La tesis de que una persona puede utilizar los conflictos interpersonales —o las desdichas pasadas— como medio para no enfrentar las dificultades interpersonales y sociopolíticas, de la misma manera que puede emplear estas dificultades para eludir el enfrentamiento con aquellos” (p, 128)

Que cada quien se defienda como sea, los hilos de las parcas ya permanecen irreversiblemente hilvanados desde antes del nacimiento de aquellos desdichados mortales que deberán transitar a lo largo de sus vidas por estos renglones torcidos del destino.

### **3. E. DESEMPODEREMOS A LA PSIQUIATRIA:**

Entonces conductas desaprobadas y extrañas (catatonía, hebefrenia y paranoia) pasan a instituirse en una enfermedad, la esquizofrenia, el símbolo sagrado de la psiquiatría, lo que afianza la extensión de saberes de la psiquiatría, de las psicosis orgánicas (o secundarias a enfermedades físicas, sustancias psicodislépticas o efectos indeseables de medicamentos, etc.) a las psicosis funcionales (de aparición espontánea e intermitente sin causalidad localizada). Pero para Szas, al plantear que esta nosología mitológica es un delirio místico espectral bleuleriano y kraepeliano, que no se sustenta en ningún criterio anatomopatológico, sino en meras evidencias epidemiológicas que denotan conductas singulares, que sólo el deseo de empoderamiento disciplinar la aúpa a terrenos olímpicos de consagración social. Para que finalmente se pueda "...contemplar al psiquiatra como médico, al esquizofrénico como paciente, y a la prisión, en dónde el primero confina al último, como un hospital" (Szas, 1979, p 14). Para el autor dar un cheque en blanco, a los psiquiatras hasta que puedan corroborar de manera definitiva el origen anatomopatológico y neuroquímico, corresponde más a la aceptación por la fe una postura dogmática eclesiástica, que a mantener la creencias sobre algunas enfermedades mitográficas, en base a una duda razonable a dilucidarse. Así como Bleuler patologiza la medicina mental, su amigo Freud medicaliza la psicología, con la finalidad de empoderarlas sin asideros no míticos. Pero, Szas (1979) reconoce que

Esta desmitificación de la psiquiatría minaría y destruiría la psiquiatría como especialidad médica, de la misma manera que la desmitificación de la eucaristía minaría y

destruiría el catolicismo romano como religión”.....pero permanecería el mal comportamiento de los esquizofrénicos... pero estos comportamiento constituiría un problema para la ética y la política, la semántica y la sociología —y no sería jurisdicción del control de la medicina y la psiquiatría (p 30)

Uno no puede leer esto, sin que Poncio Pilatos se asome a nuestra imaginación.

Desalojar a los médicos de la asistencia a los enfermos mentales o conductas desviadas singulares, no es lo mismo, que exigirles una atención más holística, es decir, que no se descuide la subjetividad del enfermo, por tratar meramente la enfermedad portadora. ¿Se pueden destruir las instituciones y ministerios, sin tener que cambiarlas por otras formas de expresión u organización social? Seguramente el cristianismo católico se redimensionaría de otra manera, formulación de nuevos dogmas, rituales, e instituciones eclesiásticas. Pero la atención o cuidado de los pacientes que muestren conductas desviadas no criminales, ¿Podría quedar a la deriva, y bajo que programa de aceptabilidad o tolerancia social?, o quedarían ¿Expuestos a prácticas más nihilistas y maniafóbicas, como un exterminio masivo? ¿Cómo se podría incrementar su funcionalidad sin la aplicación de los tratamientos psiquiátricos actuales? Creo que la locura está encerrada siempre (como un destino parcasiano) en una paradoja existencial, inocente pero vista culpable; condición libertaria que se distancia del mundo homogéneo compartido por los otros, pero en desolación y abandono perpetuo; exposición a tratamientos morales, pero subrogados a una coerción ineludible; objeto de interés y atención médica, cosificación positivista mitológica; apoyo psicoterapéutico que permite aflorar la subjetividad de las vivencias de enfermos, nuevas y sutiles formas de subyugación forzada a la protección altruista de los especializados otros. Cuidado con las propuestas altruistas a ultranza, puede consistir en una salida benévola y nihilista definitiva. El mismo Szas nos los dice,

paradójicamente, cuando critica a los otros antipsiquiatras, con esta frase elocuente “...aquél que nos libera despóticamente de otro déspota, sobrepasará en su crueldad las peores crueldades de su anterior antagonista” (Szas, 1979, p 51). La psiquiatría no puede dejar de enmarcarse en una epistemología de doble hélice con interdependencia comunicativa mutua del asidero positivista y biologicista de una hélice con la otra hélice postpositivista, que se devanea a su vez, en un hilo psicosocial y otro sociopsicológico. Ambas hélices se intercomunican por puentes de consistencia ética irremplazables. La negación de la enfermedad mental puede llevarnos a precipicios éticos mayores

En apariencia la crítica epistemológica de Szas puede sonar coherente, como buen sofista del Saber psiquiátrico; ya que sus argumentos éticos radicales reclaman la pertinencia de un accionar profesional y poderológico sobre las personas y sus conductas singulares que se les ha asignado etiquetas médicas sin basarse en diagnósticos anatomopatológicos finales. Pero si se matiza a la hora de dar fundamento a la existencia de una profesión en base a la satisfacción de necesidades sociales e individuales de ayudarlos en su derecho de lograr una mejor calidad de vida. Pero esto bajo una estricta vigilancia ética para evitar los abusos que promueve el poder, representa una salida epistemológica al conocimiento de la enfermedad y el enfermo mental. La antipsiquiatría nos lleva a salidas epistemológicas (Szas) o doxológicas (Cooper y Laing)

Szas intenta desempoderar a la psiquiatría, no sólo por la negación de la existencia de la enfermedad mental sino porque además sostiene que en “una sociedad libre, ni la enfermedad, ni el tratamiento, justifican la intervención médica, sólo el consentimiento entre las partes a quienes concierne, lo justifica” (Szas, 1961, p 233). Y nos enfatiza con

que “...en una sociedad libre, las relaciones entre los expertos y los clientes deben ser contractuales al máximo, y coercitivas al mínimo”. Szasz nos seduce con argumentos muy coherentes, pero que suenan bien en la teoría, pero cuando pensamos llevarlo a la práctica, es imposible que no nos suscite un sentimiento de temor ante su solicitud de cambio de agente social, es decir que los enfermos mentales bajo el cuidado de los psiquiatras como agentes sociales pasen a otros agentes sociales no médicos.

Talcott Parsons (1902-1978) propuso el concepto de “Rol del Enfermo” en su obra “La Estructura Social” para considerar el papel del paciente en relación a la funcionalidad del sistema social a que pertenece, donde “el enfermo debe buscar la ayuda de un profesional y colaborar con él” (Parsons, 1951, p 275) pero quedaría exonerado por interdicción en caso de enfermedad mental. “El rol de enfermo evoca una serie de expectativas que definen las normas y los valores apropiados en la situación de enfermedad, tanto para el individuo como para los otros que entran en contacto con él” (Cockerham, 2002 p 183). ¿Pero cómo puede decidir el paciente inmerso en psicosis activa, sus expectativas de conducta de salud?, ¿Cómo puede no quedar comprometida la percepción de control de salud durante una psicosis aguda? Parsons también reconoce que la relación médico-pacientes tiene un desnivel de poder a favor del médico, a pesar de que ambos se correspondan en las expectativas de conductas (Parsons, 1951, p 282). Y este desnivel es ampliado, en el caso de la alienación mental. Esto acarrea que la medicina se constituya ineludiblemente en un instrumento de control social. Por lo tanto la atención médica se ha ido desviando de asistir únicamente a la función corporal disfuncional hacia ocuparse también del sufrimiento, discapacidad y calidad de vida. Todo esto es argumentado por la medicina en la actualidad para brindar atención subrogada a la familia y médico, en los

casos de los niños y enfermos mentales. Sin embargo, si tomamos Szas de manera matizada, es justo aceptar que también la medicina tiende a considerar la desviación y la enfermedad en un mismo plano y les dispensa a ambos el tratamiento médico (Cockerham, 2002, p 186). Esta tendencia a denotar siempre que lo anormal es patológico es un error reconocido por los médicos, pero mantenido de forma ingenua o malintencionado por la soberbia médica. Esto ha sido denominado “medicalización médica” por Ivan Ilich (1926-2002) en su obra “Némesis Médica” (1975). Némesis es la diosa griega de la venganza. Pero eliminar la psiquiatría más que una salida nemésica contra los abusos médicos, es una salida a un callejón sin salida para los enfermos mentales, accionar maniofóbico encubierto. Átropos se enmascara para evitar la mínima posibilidad, de que el mortal con inefable destino de enfermo mental, pueda obtener algún beneficio de calidad de vida por la incursión esculapiana, siempre intrusiva contra los destinos parcasianos de nosografías que contaminan el devenir del hombre.

Szas intenta elaborar argumentos muy elocuentes para diluir el Saber y Poder Psiquiátrico, atacando de manera apasionada, polémica y a veces hasta puerilmente a la psiquiatría institucionalizada y al movimiento en defensa de la Salud Mental comparándola a la “Santa Inquisición Católica” (1184 – 1821) que asesinaron y torturaron a los herejes de la cristiandad; ya que considera a los psiquiatras y trabajadores de la Salud Mental son los modernos cazadores de brujas, como lo plantea en su libro: “La fabricación de la locura” (1970). También utiliza planteamientos éticos radicales de corte liberal. Por ejemplo, en su obra “Nuestro Derecho a las Drogas. En defensa de un mercado libre” en 1992, donde considera ineficaz e ilegítima las leyes y la atención psiquiátrica relacionadas al consumo de drogas. El consumidor no debe estar bajo la tutela

del médico, debe respetarse su derecho a disponer de sí mismo y el derecho a la propiedad, es decir, a tener, comerciar y consumir droga. No es una invitación al consumo como alternativa existencial enriquecedora, es más bien, tolerar la conducta personal inadecuada y singular de quienes quieran consumir. “Bajo esta cruzada gubernamental maquillada de iniciativa terapéutica se esconde la eterna dicotomía entre autocontrol y coacción estatal, en definitiva, pone en peligro de supervivencia de una sociedad que tiende a delegar sus responsabilidades” (Szas, 2001, p 21) al Estado y la Medicina.

También nos muestra su pensamiento subversivo liberal en su última obra “Libertad Fatal. Ética y Política del Suicidio” en 1999, planteando el irrestricto respeto a la decisión personal de suicidio y evitar todo tipo de control social o médico, político o terapéutico, preventivo o curativo. “Propone que se puede hablar tranquila y racionalmente y aceptarlo como un aspecto más de la condición humana” (Szas, 1999, p 209). Esta obra es una defensa a ultranza al derecho de darse muerte voluntaria y desconoce toda psicopatología asociada a esta singular conducta personal. Los psiquiatras no sirven para nada, no se deben meter con las drogas, el suicidio, ni la enfermedad mental, constitúyanse en una iglesia nueva que atraiga con su mitología a los que quieren ser tratados como feligreses voluntariamente. Parece que Szas da un eterno retorno hacia la era medieval, cuando las enfermedades eran vistas como castigo de Dios por los pecados cometidos. Por lo cual toda incursión empírica terapéutica era considerada una herejía, lo cual mantuvo en cautiverio el desarrollo de la medicina hasta el siglo XV. Así mismo pretende prohibir la psiquiatría por meras consideraciones mitológicas de la enfermedad mental. Átropos corta los hilos de los saberes e impone los hilos de las creencias como corolario disolutivo de la psiquiatría y con esto termina con el sabotaje perenne de esta disciplina sobre destinos torcidos por las Parcas.

Sin embargo, la realidad es que la antipsiquiatría hace muchos años que agotó sus posibilidades y se ha ido extinguiendo paulatinamente a lo largo de los años ochenta, pero se han tomado sus aportes para humanizar la práctica psiquiátrica y el cuidado de los pacientes institucionalizados. Debemos considerar que hasta ahora que las diferentes teorías explicativas de las bases sociales de la conducta humana parecen haberse detenido o haber sido aplanada por una ola de escepticismo que surgiera de las concepciones estridentes y radicales del movimiento antipsiquiátrico (concepción mitológica de la enfermedad mental por Szasz), o por haber estado sesgadas a consideraciones de economía política e ideologizantes del marxismo sobre la enfermedad mental (Cooper, Laing y Basaglia). Por lo que subestima y detiene todo intento teórico más creíble o ponderado que brinde asideros más racionales y validados por la comunidad científica y los intereses socioeconómicos imperantes en la actualidad. Aunque existen muchas nuevas teorías sociológicas contemporáneas que se podrían aplicar para conocer la sociogénesis de la enfermedad mental; se evidencian pocos sociólogos intentando hacer estudios sociogénicos de la enfermedad mental. Pudiera ser que las radicales, poco creíbles e ingenuas propuestas de la antipsiquiatría, hayan contribuido a reducir el interés de dar nuevas explicaciones sociológicas, es decir, del papel mediador de lo social en la aparición y evolución de la enfermedad mental (psiquiatría sociológica o sociología de la psiquiatría), conformándonos con los aportes de la antipsiquiatría hacia generar una atención psiquiátrica más humana, ética y democrática (psiquiatría social). Esta menor prestación de atención de los científicos sociales y médicos en el papel mediador de lo social en la aparición y evolución de la enfermedad mental, a pesar del reconocimiento actual y generalizado de que la génesis de las enfermedades físicas y mentales es de

carácter biopsicosocial, es debida a lo hipertrofiado del haber y accionar de las agencias terapéuticas ofertadas por la biomedicina, que intentan incrementar más y de manera cada vez más específica el arsenal terapéutico (industria e investigación psicofarmacológicas) y conocer la etiopatogenia última de la enfermedad, accediendo a través la investigación neuroquímica, la implicación de los diferentes receptores neuroquímicos cerebrales en cada trastorno mental de las neurociencias) y la necesidad de solventar la posibilidad de hacer más tangible los cambios fisiológicos funcionales a nivel cerebral, a través de incremento del uso de las neuroimágenes e intentos de aumentar el poder de resolución de estos. La agencia psicológica se ha elevado en un número creciente de propuestas psicoterapéuticas y teorías psicológicas; pero también la diversificación del accionar de la psicología hacia campos vetados anteriormente, psicología de la salud, psiconeuroinmunología, psicología comunitaria y participación en los equipos de salud de la psiquiatría de enlace. La promesa de la psicología de poder estimular el autocontrol, asertividad, autoestima, autoeficacia, adherencia al tratamiento, percepción de control de salud y hábitos y estilos de personalidad favorecedores de la salud y prevención de las enfermedades, representa una oferta de inversión socioeconómica menos costosa (medicina preventiva y medicina psicológica) de prevenir enfermedades, en contraste con las prácticas de intervención curativa de la biomedicina, mucho más costosas. Todo esto nos lleva a obtener más éxito socioeconómico y capitalista, por medio del ejercicio privado, mercadeo y rentabilizar a través de la mejoría clínica, las fuerzas laborales aprovechables. A pesar del aumento del costo económico y responsabilidad no desligable del Estado. Ante una iniciativa social en el medio capitalista, siempre alguien se beneficia más que otro

#### **4) FRANCO BASAGLIA:**

##### **4.A) BREVE RESEÑA BIOGRAFICA:**

Franco Basaglia nace en Venecia en 1924 en una familia de buen nivel económico y muere en 1980 por un tumor cerebral. Psiquiatra italiano que resulto el más destacado de esta tendencia, antipsiquiátrica (aunque nunca uso ese término) que denuncia las condiciones inhumanas de los nosocomios psiquiátricos y la violencia interna de estos. Logra la estructuración de las prácticas psiquiátricas en Italia, lo que culminó con la creación de la Asociación llamada Psiquiatría Democrática, un partido político. Este movimiento ha tenido estrecha relación con la evolución político-social del país, y sus objetivos prácticos se centraron en el desmantelamiento de la institución psiquiátrica. El impacto social y político de sus teorías quedó reflejado en la Ley 180 de 1978 o “Ley Basaglia”, que fue aprobada por el Parlamento italiano y estaba dirigida, especialmente, a regular y reducir los internamientos psiquiátricos (Vallejo, 2004, p 54). Se caso con Franca Ontaro, colega y militante de las ideas de su esposo. Fue catedrático de la Universidad de Padua donde estudio y director del Hospital psiquiátrico de Gotitzia y de Trieste; y Coordinador Regional de los servicios psiquiátricos en Lacio

Se apasiona por la filosofía que estudia autodidácticamente, en especial la fenomenología y el existencialismo y trata de incorporarla a la psicopatología. Es

considerado como un psiquiatra que se interesa en la filosofía, pero también como un filósofo que trabajo en el área de la psiquiatría (Colucci y Di Vittorio, 2006, p 7)

Es importante destacar las comunidades terapéuticas de Basaglia en las ciudades de Gorizia, Trieste o Parma que no son solo cambios de atención psiquiátrica institucional a comunitaria, sino que van a ir a la raíz del tratamiento psiquiátrico intentando transformar radicalmente roles, prácticas terapéuticas y relaciones de poder. A través de su partido político que accede al Parlamento consiguió en 1978 que el Parlamento italiano aprobase la “ley 180” que proclamaba la supresión de los hospitales psiquiátricos e integraba a la psiquiatría dentro de unos reformados Servicios Sanitarios. (Pastor y Ovejero, 2009, p 8). Escribió muchos artículos y realizo numerosas conferencias en Brasil, México e Italia. Entre sus obras más conocidas están: “¿Qué es la Psiquiatría?” (1967), “La Institución Negada” (1968), “Los crímenes de la Paz” (1971) y “La condena de ser loco y pobre” (2008)

#### **4. B) VIOLENCIA PSIQUIATRICA COMO TRATO SOCIAL A LOS ENFERMOS MENTALES**

Basaglia considera como dos instituciones refrendadas por la sociedad y el estado para provocar violencia, tanto a la cárcel como los manicomios. Confiesa que su preocupación social por estos condenados parte de su experiencia personal, por haber sido encerrado durante su lucha fascista y ver las condiciones de opresión y violencia, de los presos, las cuales ve reemerger otra vez durante sus trabajo psiquiátrico nosocomial. “La cárcel

protege a la sociedad del delincuente, el manicomio protege a la sociedad de la persona que también se desvía de la norma” (Basaglia y cols, 2004, p 13)

Con estas experiencias de intitucionalizador e intitucionalizado, el autor pudo conocer desde todos los ángulos la realidad del enfermo mental hospitalizado y sensibilizar se más con respecto a ellos. No hay rehabilitación ni para los presos ni para los enfermos mentales. “Ambos responden a una exigencia del sistema social, quiero decir del sistema social que tiene como fin ultimo la marginación de quien rompe con el juego social” (Basaglia y cols, 2004, p 17). La institución psiquiátrica sirve para dar contención a los pacientes, pero los destruye por su condición marginada e improductiva. El altruismo benévolo que sostiene todas las formas de maniafobia social. Átropos conspira a través de sobreponer el asilamiento hospitalario como estrategia obstaculizador de cualquier intento de la sociedad, los médicos y los pacientes de contrarrestar su primigenio destino de la locura. La institución nosocomial niega toda posibilidad de escapatoria

Para Basaglia no se trata de mejorar las condiciones de estos centros asistenciales, sino de la liberación real de los pacientes, para que los pacientes puedan recuperar sus vidas y las esperanzas de mejorar de sus enfermedades, a través de una red de servicios de ayuda, los espacios comunitarios. Sin embargo, Basaglia crítica las nosografías psiquiátricas porque estas responden a necesidades organizacionales y no a mejorar a sus inquilinos, sino que los mantiene devastados de toda posibilidad de futuro (Basaglia y cols, 2004, p 18) Y alejar de toda violencia indebida, desde los maltratos y abusos físicos, mentales y sexuales, hacinamiento, abandono, aislamiento, hasta el encarnizamiento farmacológico, etc. (Collucci y Di Vittorio, 2006, p 84)

En 1977, la Asociación Psiquiatría Democrática logra el cierre de varios hospitales y en 1978 la Ley 180, que es la primera ley que regula la asistencia psiquiátrica, donde se reestructura la manera de brindar esta y se prohíbe el encierro involuntario de pacientes psiquiátricos, salvo excepciones reglamentadas en esta ley, tales como episodios psicóticos agudos con agitación psicomotriz, pero de manera breve (hospitales de agudo)

Desde la perspectiva marxista, se preocupa por esa relación clasista de dominadores y dominados que modela vicariamente la institución (hospitales y ambulatorios) y práctica psiquiátrica (relación médico-paciente jerarquizada). Este tipo de relación se sostiene sobre la violencia humana, que no es declarada por los verdugos o víctimas, y para la cual no hay interés de la sociedad, estado y familia de vigilarla y oponerse. Que se retenga en esas instituciones a los no productivos, premisa clásica psiquiátrica institucional, a la cual se contraponen Basaglia con su propuesta de lucha prometeica de desinstitucionalización y democratización; y su consigna antorcha libertaria “la libertad es lo que cura”.

#### **4. C. SOCIOGÉNESIS DE LA ENFERMEDAD MENTAL. EXPLICACION IDEOLOGICA POLITICA**

Basaglia considera que la sociedad está hecha a la medida de los hombres con mayor nivel productivo. Por lo que, aquel que no participe en este juego social, queda marginado y la sociedad tiende a excluirlo y apartarlo, en algunos casos, a través de una altruista y engañosa hospitalización, con lo que lo expone a la violencia institucional como medio

sistemático y progresivo de destrucción social, mental y física (Basaglia y cols, 2004, p 17). La sociedad y la institución lo marginan y realizan un eterno retorno a las condición de la época clásica de la locura, del rechazo a la locura como condición de no razón, en oposición a la razón, la exclusión de lo que se reprueba moral y socialmente por estar fuera de las normas sociales imperantes

Pero, para Basaglia, la enfermedad mental nace de la opresión familiar y social, pero, a un nivel política. La revolución política, al mismo tiempo que la disolución del asilo son las solas respuestas a la enfermedad mental. La influencia política de Basaglia en Italia fue muy fuerte ya que ella fue el origen de la ley que cerraba los asilos. Posterior a esto, los enfermos mentales italianos se encontraban en las calles o estaciones de ferrocarril en situación de total desamparo, y tenían que ser tratados para sus episodios agudos en los hospitales generales, le trajo innumerables críticas.

A la antipsiquiatría se le atribuye un carácter anárquico y utópico, porque rechaza cualquier método que requiera etiquetas médicas, y rechaza definiciones taxonómicas, que los aleje del acercamiento a lo imposible. Esto la coloca “al lado del Mal, esto es, fuera del dentro que es la ciencia” (Basaglia, 1972, p 11). Esto dificulta tomar en serio sus definiciones sociogénicas de la enfermedad mental. Aunque, este antipsiquiatra no niega de manera tajante la existencia de enfermedades mentales, piensa que al democratizarse, desintitucionalizar los pacientes psiquiátricos, se revertirá la alienación mental y representaran un modelo de subversión marxista social para estimular la ruptura del resto de relaciones clasistas de poder y opresión política que se ve en muchas instancias y ambientes de la sociedad. Liberen y cambien las condiciones sociales y económicas y se

reduce o desaparece la enajenación. Basaglia (1972) no es un antipsiquiatra que como los otros realiza explicaciones exclusivistas de sociogénesis de la enfermedad mental, lo asume pero sin negar los asideros biopsicológicos y no se apresura a formular una negación de la existencia de la enfermedad mental. Quizás la difiere para mejores momentos políticos e históricos. Por lo que termina agregando que:

Bien y Mal, Racionalidad e Irracionalidad, Saber y No Saber, Conciencia e Inconsciente, Razón y Locura, Normalidad y Anormalidad son los dos lados – el derecho y el revés – del signo que escinde; son el dentro y el fuera que separa el signo; son definitivamente, lo incluido y lo que se excluye (p 14)

Las instituciones sociales (familia, medio educativo o laboral) se encargan de repartir los roles sociales a jugar, escindidos en los que detectan el poder y los que no lo poseen, y de allí la violencia de los poderosos sobre los sin poder, quienes terminan siendo excluidos (Basaglia, 1972, p 14). Entonces, el diagnóstico y tratamiento es una proyección violenta desde el espacio social donde se posiciona quien tiene el poder y se percibe en la inclusión. Los tratamientos comunitarios y en libertad para la atención psiquiátricas son vistos como temporales hasta que se reviertan las condiciones sociogénicas de la enfermedad mental

#### **4. D) CURACION DE LA PSICOSIS CRONICA FUNCIONAL. DE LO PUNITIVO A LO LIBERTARIO:**

En Italia, a mediados del siglo XX, hay dos tipos de psiquiatría, la de las clínicas universitarias que estudian o se hace más interesante estudiar los casos clínicos de mayor atractivo sintomatológico; y la psiquiatría hospitalaria que confina a los enfermos más peligrosos para alejarlos de la sociedad (Colucci y Di Vittorio, 2006, p 16). La gran psiquiatría que es la practicada en los asilos psiquiátricos por los psiquiatras menos destacados; mientras en la pequeña psiquiatría de las clínicas universitarias es donde se forman más los grandes psiquiatras (Basaglia, como es citado por Colucci y Di Vittorio, 2006). Por eso el paso de la docencia universitaria de Basaglia al trabajo hospitalario lo impactó tanto; y le permitió evaluar el gran divorcio italiano entre el Saber universitario y el hospitalario. La única manera de salir de ese sopor de perplejidad ante la realidad miserable sufrida por los alienados, fue enfrentar junto a ellos, la lucha por la curación en libertad de sus enfermos, un salto cualitativo increíble por encima de fariseos tratamientos morales pineleanos, o tratamientos racionales reilianos de moderada coerción social

Entonces, se pretende que la asistencia psiquiátrica no sea mediatizada por una ideología de curación, sino por una ideología de castigo. Por tanto, esto causa la lógica maligna de las intervenciones institucionales (Basaglia y cols, 2004, p 19). No es que lo punitivo al servicio de la terapéutica, sino del control social por intermedio del accionar médico

El psiquiatra nosocomial no puede escoger entre curar o custodiar a sus enfermos. Sólo puede hacer de custodio regente que coordina al resto de los vigilantes de la institución; ya que una institución cerrada puede prestar alguna acción terapéutica, coartando la libertad y atropellando los derechos humanos (Basaglia y cols, 2004, p 21). Propuso como

alternativas: comunidades terapéuticas de trabajo en el día (no internados), talleres artísticos, cooperativas de pacientes productores de manufactura, trabajos de aseo hospitalarios remunerados, hospitales abiertos, asambleas de pacientes, etc., es decir, prácticas que humanizaran la psiquiatría y que se generalizaron a otros centros de salud mental y países del mundo. La modernización y humanización del trato psiquiátrico a los pacientes, permite la reivindicación lógica de la psiquiatría. Por lo que se ha dado un tránsito desde la antipsiquiatría hasta la psiquiatría comunitaria.

Sin embargo, sobrevienen críticas a la desintitucionalización psiquiátrica masiva, por parte de psiquiatras que hablan a favor de una reforma psiquiátrica no radical que se base en el desarrollo de una nueva estructura organizativa de los servicios de salud mental, adopción de medidas de protección dirigidas a mejorar los derechos civiles y legales de los pacientes psiquiátricos y la promoción de actitudes más positivas hacia la enfermedad mental y sus tratamientos, sin caer en los excesos de la antipsiquiatría de la “no institucionalización” del enfermo mental, ni siquiera en los estados más perturbados de la evolución de su enfermedad (García y Vásquez Barquero, 1999)

Para Basaglia “El acercamiento al pensamiento fenomenológico existencial constituye en efecto un interés privado, difícilmente conciliable con la estructura doctrinal de su escuela de especialización” (Colucci y Di Vittorio, 2006, p23). Basaglia queda seducido por la fenomenología, porque parte de la descripción de las experiencias subjetivas de los enfermos. Y en su artículo “El incomprensible mundo del esquizofrénico a través del análisis del dasein (existencia). Presentación de un caso clínico” de 1953 (Basaglia, como es citado por Colluci y Di Vittorio, 2006) señala que la investigación fenomenológica nos

permite la descripción más aproximada a las experiencias subjetivas del enfermo y poder clasificarlas y no hacerlo desde el mirar al paciente desde el exterior, clasificarlo y abandonarlo. Por eso, se apasiona por Karl Jaspers, por lo que ya no importa explicar las conductas y fenómenos psíquicos sino comprenderlas.

Para la fenomenología, desde Wilhem Dilthey (1833-1911), importa captar un fenómeno pero por fuera de la conciencia, sino a partir de la vivencia (erlebnis) experimentada por el actor social, se interesa por el cómo se experimenta, no por las causas determinadas por “objetivación” positivista. Importa la comprensión y no la causalidad. Pero, para Jaspers la relación de comprensibilidad queda rota con un paciente psicótico; ya que esta forma de acceso requiere gran participación afectiva y se tiende a pensar que los fenómenos adventicios de la conciencia en personas psicóticas interfieren toda posible accesibilidad e identificación con el terapeuta. Por eso Basaglia termina su luna de miel jasperiana, al criticar a Jaspers en este artículo de haber abandonado al esquizofrénico en el mundo de la incomprendibilidad. Sin embargo, los conocimientos y descripciones fenomenológicas forman hoy día el tintero con que se inscriben las categorías diagnósticas utilizadas en las internacionales clasificaciones psiquiátricas (DSM V, CIE-10, etc.)

Basaglia se empeña en el camino de la comprensibilidad de la esquizofrenia y no se conforma con la falta de sentido de los delirios y considera que el subjetivismo fenomenológico es tan estrecho como el positivismo. Se deja anclar por la fenomenología existencial (Ludwig Binswanger, Edmund Husserl y Martin Heidegger), al considerar que lo que importa es conocer como el mundo se da en la conciencia o la conciencia sigue al mundo, es decir, como La vivencia se dirige a la esencia del objeto, subjetividad autónoma

e intencional. Estudia a los autores más destaca. Finalmente, Basaglia asume la metodología del análisis existencial o *dasein* heideggeriano, metodología que propone “superar la escisión entre el sujeto y el objeto del conocimiento, vicio de origen de cualquier psicología naturalista, a través de una descripción existencial del hombre en su estructura originaria de estar-en-el-mundo” (Colucci y Di Vittorio, 2006, p 29). De esta manera, Basaglia se interesa por la totalidad del hombre enfermo, por su antropología fenoménica. El delirio no es un no sentido, una sin razón, tiene en su aparente incomprendibilidad un sentido, la expresión de la manera existencial del delirante sobre su mundo, una razón existencial propia y diferente a la de sus interlocutores. El eterno retorno a la sin razón como otra razón y alejamiento de la consideración común de la locura como la no razón. Pero esta validación de todas las modalidades existenciales constituye un puente resbaladizo a desconocer la distinción normal/patología, sano/enfermo, sendero común a todas las bifurcaciones antipsiquiátricas que se han realizado. Final de la psiquiatría. Invitación atropiana de que la psiquiatría se aparte de su tendencia compulsiva a fragmentar la realidad del paciente en trastornos, síndromes y síntomas y tomar en cuenta los sentidos en contexto del mundo de la vida. ¿Más dejar de conocer, los médicos, las diferentes formas de presentación y expresión en el mundo del sufrimiento de los pacientes? Tentadora propuesta, que puede estar minada de la posibilidad de anulación de todo el Saber y Poder de la Psiquiatría. Precaución, psiquiatras del mundo, Átropos y sus intenciones psiquiatricidas se enmascaran con la benévola ampliación de los sentidos de la locura

El análisis existencial o *dasein* le da gran importancia al examen del lenguaje para acceder a la existencia de la persona, “...como se concibe el mundo, como se excluye del

mundo” (Colucci y Di Vittorio, 2006, p 32), es decir, que conocer la visión del mundo del sujeto “enfermo” nos restablecer la relación médico y paciente. Hay en Basaglia una ambigüedad psiquiatra/antipsiquiatra, no nos desanima a usar los tratamientos biológicos y psicoterapéuticos, sino evitar usarlos de manera coercitiva, desmedida y sobremedicalizada como maniobras maniafóbicas; sino para mejorar al paciente; pero por otro lado, nos anima a sobrevalorar los diferentes sentidos del lenguaje del psicótico que terminaría diluyendo la práctica psiquiátrica actual. Una cosa es que no debemos desconocer el sentido dado a los significantes en el discurso del paciente, y otra cosa es tomarlo como verdades absolutas, exceso de la psiquiatría, mina auto colocada por la antipsiquiatría.

Por otra parte, Basaglia también muestra interés por otro existencialista, Eugene Minkowski (1885-1972), considerado como el padre de la fenomenología psiquiátrica, quien partiendo de la psicología comprensiva jasperiana y de la intuición racional propuesta por el filósofo francés Henri Bergson (1859-1941) como medios para aproximarnos a la conciencia a través de la intuición percibida por los datos inmediatos de la conciencia. Se puede, entonces, conocer la aparente incomprendibilidad del psicótico, a través de los elementos en común y lo singular de nuestra existir en el mundo que hay entre el paciente y el médico. Para Basaglia, como es citado por Colucci y Di Vittorio (2006) en un primer encuentro entre estos, se da la intuición pre-reflexiva, de manera que la

...patogénesis de la enfermedad no está en un supuesto trauma, sino en una alteración de este encuentro, o sea, en aquéllos móviles psicológicos que perturban el contacto entre el individuo y su ambiente y que tiende a repetirse,

dando razón de la insatisfacción del enfermo consigo mismo” (p, 34)

Pero, Mikowski, establece que después de esta primera fase compensación afectiva, deviene una segunda parte, donde el terapeuta debe centrarse en el desarrollo de este conflicto afectivo prolongado en el tiempo y como va resintiendo la estructura existencial del enfermo, por lo que la denomina fase de compensación estructural. Más Basaglia no se conforma con enfrentar y resolver los síntomas, sino en el retorno de este a su ambiente social del que fue excluido: sociedad, comunidad y familia.

Esta ambigüedad concepcional de abandonar de la estructura fenomenológica (influencia de Binswager) versus mantenerse asido a ella (propuesta de Mikowski), explica la ambigüedad de Basaglia de no rechazar abierta y explícitamente la nominaciones de enfermedad mental, o quizás de diferir esta, hasta que se den los cambios políticos sociales que premognitan sus fundamentos ideológicos marxistas. Las propuestas democráticas de comunidades terapéuticas, hospitales día, constituirían una transición inevitable, pero un buen inicio libertario, como prácticas asistenciales más democráticas y liberadoras de la opresión clasista sufrida por los que transitan los reglones torcidos de Dios. “Se niega a considerar incomprendible la producción del psicótico...pretexto para excluir el loco del mundo” (Colucci y Di Vittorio, 2006, p 38)

La psiquiatría sostiene su discurso sobre la racionalidad y la técnica y resta importancia a la irracionalidad, atiende lo real, descuida lo irreal, lo que no asume le busca salidas biológicas; pero Basaglia no cesa en su empeño de ocuparse del sentido de lo psicótico, atendiendo la totalidad del enfermo para reducir la necesidad de salidas médicas, por medio de utilizar estrategias psicológicas existencialistas que incorporen los elementos de

la intersubjetividad suscitados entre el médico y paciente; y medidas sociales de reestructuración de la práctica psiquiátrica por vías liberadoras, democratizadoras y que finalmente devengan a la resolución de propósitos políticos.

La psiquiatría rechaza esas vivencias del mundo que se sustentan sobre una base perceptiva perturbada y enrarecida por una falta de juicio, que lo hace padecer vivencias inusuales, extrañas y fuera de su realidad inmediata. En su artículo de 1955 “Con respecto al Pensamiento deurístico. Consideraciones sobre el concepto del distanciamiento de la realidad” (Basaglia, como es citado por Colucci y Di Vittorio (2006), donde refiere que:

El pensamiento deurístico es la locura en sentido lato o, mejor, la sinrazón, lo que la razón mantiene fuera de sí para confirmarse en tanto razón...es el del delirio, pero también el del sueño, de los estados crepusculares y del propio simbolismo que se encuentra en algunas formas de neurosis, simbolismo que representaría la satisfacción de deseos insatisfechos. Es también el pensamiento inconsciente (p 36)

Entonces, ¿Este prestar atención al lenguaje, a la vivencia de estar en el mundo, de los enfermos mentales significa que Basaglia no atiende la sociogénesis?, “¿Atender la comprensibilidad de la locura, elude la causalidad?, ¿El abordaje existencialista es un acceso psicologocista no sociológico? Al contrario, Basaglia al enfatizar en su *dasein* del enfermo, nos está planteando una perspectiva psicosocial, le importa mucho descubrir los sentidos que le da cada paciente a sus vivencias pero no niega que estas devienen del entorno social, estos significados del incomprensible lenguaje del psicótico provienen de su estar-en-el-mundo, es decir, que son sus construcciones personales del entorno social que lo presiona y sus vivencias son reactividades personales a influencias sociales; pero la

base psicológica existencial de carácter intuitiva racional le brinda más fundamento a constituirse en una propuesta psicosocial que sociopsicológico; ya que, parte del procesamiento de lo acontecido en su medio ambiente, pero mediatizado por intuiciones, primero por lo afectivo y más tarde lo ideático (racional), herencia de la hermenéutica bergsoniana.

Sin embargo, Basaglia no desconoce ni rechaza las propuestas etiológicas biológicas ni psicodinámicas, o funcionalistas, sino que su interés por el sentido de los significados lo lleva a tratar de reivindicar esta arista del conocimiento, para no descuidar el abordaje de la subjetividad y frenar que la existencia humana sea cosificada desde una aproximación exclusiva positivista. A pesar de que este antipsiquiatra no pasa a tratar de legitimar el abordaje existencial del delirio, o quizás lo difiera, porque no lo cuestiona enfáticamente, si nos invita a una mirada existencialista del delirante. Además, reconoce que todo tipo de mirada sobre la enfermedad mental y el enfermo no puede desvestirse de algún tipo de ropaje ideológico

También se preocupa por la vivencia del cuerpo; ya que reconoce la subjetividad nunca objetivable del cuerpo para mí, de que mi cuerpo me recuerda la existencia y nos relaciona con el entorno. Aunque estas nociones fueron descuidadas por Heidegger, Basaglia las asume por la influencia de los existencialistas franceses (Jean Paul Sartre (1905-1980) y Maurice Merleau-Ponty (1908-1961)). De hecho, Sartre (1993) refiere, que a:

...partir de la experiencia que los médicos han podido hacer sobre mi cuerpo significa partir de mi cuerpo situado en el mundo tal como es para otros. Mi cuerpo tal como es para mí no se me revela en el mundo (p, 378)

En su artículo publicado en la revista *L'Evolution Psychiatrique* en 1965: "Cuerpo, mirada, silencio. El enigma de la subjetividad en Psiquiatría", reconoce que la experiencia de corporalidad nos aproxima a la subjetividad y la alteridad. Ya que siempre requerimos mantener una cierta distancia para distinguirnos de los otros, sino perdemos la condición de alteridad y quedamos subsumidos en la alienación (Basaglia, como es citado por Colucci y Di Vittorio, 2006, p 51). La vergüenza del neurótico se equipara a la experiencia de sentir ser demasiado observado por los demás del psicótico. Ambas experiencias existenciales suscitan una angustia de exposición desmedida e incrementada por el silencio indolente del médico positivista que no explora las vivencias del enfermo. La conjugación de estos elementos es la cosificación positivista más completa del enfermo y su enfermedad mental. Los manicomios y sus maltratos, la indolencia de no ocuparse de los pacientes, aislamiento social y hacinamientos nos aseguran el aniquilamiento definitivo del sujeto. Y todas estas condicionan reducen al ser humano improductivo para el sistema, y este no se ocupa de su existir, sino que benévolamente espera con la resignación altruista su último final. Pero afortunadamente a Basaglia le interesa "un pensamiento empeñado en las cosas del mundo, que ayude a contener al hombre en su cansancio de existir" (Colucci y Di Vittorio, 2006, p 55). Átropos se asoma con sus tijeras para producir la ruptura fatal del destino de los enfermos mentales, pero algunos de los hilos los deshilvana rizomáticamente, en intereses altruistas antipsiquiatría que podrían poner en peligro el Saber y Poder Psiquiátrico establecido, mientras otros hilos representan salidas intermedias proteccionistas humanas, y otros hilos mantienen epistemológicamente las malas intenciones de algunos positivistas a ultranza que perseveran indolentes en la confinación del enfermo y la cosificación de la enfermedad,

por el que se mantiene el inconfesable interés de una destrucción masiva, pero que lentamente se lleva a cabo sobre la humanidad y luego sobre la vida de quienes se le designa parcasiamente el transitar desolado de la enfermedad mental.

Podemos concluir que tanto en la sociogénesis como la definición de la enfermedad mental deben tomarse en cuenta la interacción de diversos elementos devenidos de la experiencia existencial, atropellos capitalistas del sistema social y positivistas del sistema médico, los valores culturales y la ideología dominante. Basaglia nos invita a seguir una utopía noble por los intereses humanos y democráticos que defiende, pero riesgosa por las pendientes resbaladizas que podemos encontrar en el camino ante interpretaciones existenciales demasiado ideologizadas, míticas o negadoras de la enfermedad mental. El enfermo mental no es más que el producto injusto e histórico de la burocracia hospitalaria, de la opresión clasista y de la racionalidad deshumanizadora que nos viene de la modernidad. Quizás la psiquiatría se mantenga demasiado atada a la modernidad, resolviendo sus traumas epistemológicos de bastardía; o ya aprendió el camino enmascarado, a través de la postmodernidad, de validarse en la experiencia estética mejorada por los cambios de sus prácticas asistenciales, sin que se remuevan de manera sustancial o definitiva la carencia de compromiso ético con sus pacientes, como todavía se ve hoy en día en algunos de sus practicantes.

#### **4. E) LUCHA CONTRA EL PODER PSIQUIÁTRICO:**

Basaglia lleva una incesante crítica y denuncia de la psiquiatría, pero su radicalismo está puesto en propiciar una lucha persistente contra las prácticas terapéuticas ortodoxas y oferta como alternativas la desinstitucionalización y democratización de la atención psiquiátrica. Estas iniciativas conllevan a desempoderar al psiquiatra y permiten un mejor posicionamiento social al enfermo. Este autor no niega la nosografía ni los tratamientos, sino que analiza como la manera de utilizarlos en el accionar psiquiátrico cosifica al enfermo y su enfermedad, para elevar el poder psiquiátrico sin importar que grado de violencia deba usarse

Los psiquiatras y el resto del equipo de salud mental terminan enfermándose de frustración ante la impotencia de no creer poder modificar las condiciones sociales de los pacientes institucionalizados. Por lo que utiliza como mecanismo de defensa, la confrontación y negación, creando un muro invisible infranqueable entre él y los enfermos. El trato violento y sádico es el medio de ejecución de estos mecanismos “injustamente defensivos” de los victimarios contra las víctimas. Aunque, ambas partes del dúo compartan la desconfianza y los mismos valores tanatofílicos y alterofóbicos (Basaglia, como es citado por Colucci y Di Vittorio, 2006, p 20)

Con la Ley Basaglia se logra el cierre paulatino de hospitales psiquiátricos, renovando la psiquiatría pero reduciendo el Poder Psiquiátrico ortodoxo; ya validado socialmente sobre una base antiética de confinar a los no productivos psicóticos, creando estructuras intermedias libertarias, democráticas y humanas, Pero considera que esta salida semi-institucional y abierta no es más que un nuevo enmascaramiento del problema de objetivización de la enfermedad y separando de los sanos. La utopía siempre anhelada y

no alcanzado, la persecución inútil del arcoíris epistemológico como puerta de entrada al trato más humano, el que se acompaña de una inconmensurable libertad que evita que la existencia quede atada a una realidad ideológica. Este accionar nuevo de la psiquiatría social y de la psiquiatría comunitaria es un desplazamiento pragmático hacia la utopía esperada, donde el psiquiatra “debe representar para el paciente, la presencia de la realidad con todas sus contradicciones y estará en él hacer sentir los límites más allá de los cuales el enfermo deberá enfrentarlos sin escaparles o dejarse atropellar por ellos” (Basaglia, como es citado por Colucci y Di Vittorio, 2006, p 62) pero debe estar acompañada de encuentros interdisciplinarios para el estudio del enfermo y su enfermedad que no descuide la subjetividad sostenida por el sentir existencial de los sufrientes

Pasa Basaglia el Saber y Poder Psiquiátrico no puede seguir sustentándose en hospitalización de los enfermos para proteger a los sanos, de los desviados de las normas sociales, como si se trataran de delincuentes. No importa el hombre enfermo, sino la ganancia ponderológica médica consecuenencial. Por eso en la formación universitaria de médicos y psiquiatras no puede seguir basándose en el temor de que los profesores pierdan Poder institucional y burocrático al entregar todo su Saber. Pero resulta, lo contrario, la transmisión de conocimientos muertos, ocasiona una elevación del Poder en sus estudiantes, pero no por adecuación a un Saber enriquecido, sino por simple identificación con quien ha detentado el poder y lo quiere sustituir (Basaglia y cols, 2004, p 22 y 23). He aquí, la transmisión de los mecanismos de violencia hacia los pacientes a quienes no se les ha aprendido a reconocer como coetáneos y tener afecto por ser las personas cuya psicopatología, y no su sufrimiento iatrogénico, son los que empoderan al psiquiatra al tener que aumentar sus esfuerzos de estudio, investigación y accionar contra la

enfermedad mental, lo cual va siempre de la mano del respeto a la dignidad y existencia del sufriente.

Basaglia hace como Heidegger un “epojé husserliana”, es decir, una ruptura en el indagar incesante existencialista de la subjetividad del enfermo mental, superar la reflexión entregada a la racionalización universitaria sobre las experiencias de los psicóticos. Todo esto para retomar, en el nivel de la práctica hospitalaria psiquiátrica (alejada de la clínica universitaria), para reencontrar las fuerzas iniciales de la filosofía al enfrentar la existencia de los seres a quienes se pretende acceder. Y lo ejecuta de manera operativa, a través de una práctica de transformación institucional que permita la lucha política desde el interior mismo del sistema Saber y Poder. Con esto se lograría la superación del modelo positivista exclusivo de acercamiento, pero no encuentro con el enfermo mental. La comprensión de la locura por medio de la interpretación del sentido del lenguaje psicótico no nos permite la liberación y desestigmatización de la enfermedad mental, pero si lograr una mirada a la problemática humana de los enfermos y acompañarlos en los momentos en que se constituyen sus experiencias humanas Para Colucci y Di Vittorio (2004, p 72), Basaglia logra una ruptura epistemológica universitaria y luego una ruptura practica institucional y el abordaje positivista y fenomenológico sólo instrumentos para no afrontar el problema humano que restaría cuotas de Poder médico. De allí, nace la consigna de los esposos Basaglia “Poner entre paréntesis la enfermedad mental”, para lograr un cambio institucional radical, ético y propuestas alternativas de asistencia

La crítica a la institucionalización psiquiátrica, parte de las luchas y denuncias de la antipsiquiatría en tiempos posteriores a la segunda guerra mundial, donde participaron desde distintos nortes psiquiátricos y antipsiquiátricos para solicitar modificaciones sustanciales a la forma convencional de la atención psiquiátrica (González, 1990). Por lo que este movimiento termino:

...teniendo como precursores a la psiquiatría fenomenológica de Jaspers (1913), Minkowski (1927) y Biswanger (1951)...Las contribuciones teóricas de las últimas cuatro décadas, entre las que se destacan Goffman (1961) con su obra "Internados", Foucault (1963), Laing (1965), y Cooper (1967) han consolidado la crítica manicomial. A lo anterior se agregan las propuestas de la psiquiatría francesa del sector (1975), la comunidad terapéutica de Maxwell Jones (1952), el movimiento de desintitucionalización norteamericano (1990), y el movimiento de reforma italiano encabezado por Basaglia en 1968 (p 10)

Por eso, se inicia un proceso de generalización de la reestructuración de la práctica psiquiátrica, auspiciado por la Organización Mundial de la Salud (O.M.S) y Organización Panamericana de la Salud (O.P.S) que auspician en 1990, la Conferencia Regional de la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica, del 11 al 14 de Noviembre de 1990, en la ciudad de Caracas. "Allí, se debatieron los principios que la sustentan, así como las estrategias de implementación" (González, 1990, p 4). Y se realiza la "Declaración de Caracas" donde se reconoce la necesidad de la reestructuración de la atención psiquiátrica hacia una práctica comunitaria, descentralizada, participativa, integral, continua y preventiva; y el establecimiento de los Sistemas Locales de Salud (SILOS) para facilitar el logro de estas metas.

**LOS ENREDADOS HILOS DE LAS PARCAS**

**SE ANUDAN Y SE SEPARAN**

## **(LO NOMOTETICO Y LO IDIOGRAFICO)**

### **I. LO NOMOTETICO Y LO IDIOGRAFICO:**

La epistemología es por analogía, un jardín de pensamientos con múltiples senderos que se bifurcan. Las diosas griegas del destino son tres, pero de diferentes maneras entretajan el destino inexorable de la locura. Cloto, Laquesis y Átropos podrían representar simbólicamente, en la contemporaneidad, la taxonomía de las enfermedades físicas y mentales. Los hilos blancos, negros y dorados que crea Cloto (deidad adolescente) marcan las categorías nosográficas que permiten identificar la sintomatología que estará presente en cada trastorno o enfermedad; las anudaciones provocadas por Laquesis (deidad adulta) sirven de metáforas para los siniestros pronósticos, evolución (favorable o siniestra) y marca las características singulares de cada entidad patológica

que nos permitirá un diagnóstico diferencial. Átropos (deidad adulta mayor) representas las complicaciones, secuelas derivadas de la evolución ineludible de la enfermedad y la muerte derivada de este avanzado proceso. También puede representar la disminución del funcionamiento psicosocial y laboral de los enfermos. Pero las Parcas pueden servir, de metáfora a la etiopatogenia de todo tipo de enfermedades. Cloto tejen los hilos genéticos de las enfermedades de evolución crónica, dispensando mayor cantidad de hilos negros (mayor grado de penetrancia genética de las enfermedades) que hilos blancos (aconteceres de la vida cotidiana) o hilos dorados (grandes éxitos en la vida); mientras Laquesis hace numerosos o pocos nudos intrincados para augurar numerosos o escasos avatares psicosociales o estilos de vida poco o muy saludables, a ser enfrentados o ejecutados, respectivamente, por el mortal a lo largo de toda su vida. Átropos decide el terrible final y cuán terrible será, sin contemplaciones o con muestras piadosas: muerte agonizante o una dulce muerte. La locura estará signada por elementos genéticos, psicológicos y sociales, que pudieran simbólicamente estar dados por estas benévolas diosas.

Las dos más jóvenes diosas del destino, Cloto y Laquesis tienden a andar más unidas en sus caminos y decisiones. Son diosas productivas y reproductivas de elementos positivos que denotan la enfermedad, o situaciones psicosociales que favorecen la aparición de la enfermedad, respectivamente. Les encanta provocar disminución del funcionamiento psicosocial y laboral y de la calidad de vida, rechazo social y exclusión, etc., pero no le dan muerte al enfermo, lo requieren vivo para que cumpla sus funestos designios. Átropos elimina al enfermo o le reduce a lo indecible, por el deterioro orgánico y psicosocial tan avanzado. Pero no significa que las tres hermanas no entren en complot contra los mortales juntas a la hora de decidir el sino de cada mortal sano o enfermo, Las

tres hermanas son creativas (diversidad de manifestaciones y formas de vivenciar humano de la enfermedad, lo ideográfico), creadoras (originan formas de presentación de síntomas, evolución y fenomenologías que se da como denominadores comunes en los padecientes, lo nomotético), o recreadoras (evolución tórpida y recurrente de las enfermedades y sufrimiento). Las nociones de nomotético e dio gráfico utilizadas están referidas a la concepciones de Wilhelm Windelband (1848-1915), donde la búsqueda de lo nomotético se refiere a tratar de identificar lo generalizable de una situación o proceso para elaborar un sistema de ley general en base a lo que se da en común en la mayoría de los casos, por lo que requiere el uso de el método deductivo; mientras que la atención particular a los elementos psicosociales y culturales (sucesos cambiables), que requieren para indagar las particularidades el método inductivo, sería lo ideográfico (Garrido, A y Álvaro, J, 2007, p 42). Lo biológico requiere la indagación de lo nomotético, las ciencias sociales se sienten más cómodas desde lo ideográfico. Lo nosográfico, la exclusión social, la maniafobia social y el sufrimiento personal son haberes nomotéticos, mientras que la vivencia existencial, el dasein, lo hermenéutico y la subjetividad personal es lo ideográfico dispensado por las diosas.

## **II. LOS RETORCIDOS HILOS DE CLOTO Y LAQUESIS:**

### **LO NOMOTÉTICO (SE ANUDAN LOS HILOS):**

#### **1. LA INTELIGIBILIDAD DEL OBJETO DE ESTUDIO:**

El objeto de estudio de Durkheim es la moralidad de una sociedad, pero por su carácter inteligible, el autor la explora de manera indirecta, a través de la medición de las variaciones de frecuencia de conductas desviadas socialmente, tales como las enfermedades mentales, el suicidio, etc. Los hechos sociales son maneras de pensar y actuar de los individuos pero percibidas como externas, pero que a pesar de su inteligibilidad, se pueden constatar en los resultados que provoca de coerción social en las conductas sociales. Esta inteligibilidad pretende estudiarla de manera objetiva, por lo cual requiere cosificar al hecho social que aborda. Por eso cuando intenta investigar la enfermedad mental, la cosifica y se centra más sobre la relación causal eficiente, Para luego, intentar “descubrir los modos que hacen que los hechos sociales sean observables y medibles” (Campbell, 1981, p 170), herencia del empirismo de Hume; ya que lo inteligible viene de lo sensible.

El objeto de estudio de Foucault es la mirada de las prácticas discursivas, “el imaginario anudado alrededor de la figura del loco y las estrategias sociales para hacer invisible la locura”, se interesa por el interjuego entre el Saber y Poder Psiquiátrico, realidades inteligibles a las que accede por medio del método arqueológico, develando los enunciados de las prácticas discursivas y los contextos socioculturales en los que estos se dieron

Comparten, ambos autores, un parámetro sociológico idealista; ya que atienden los contenidos de la conciencia, los hechos sociales (pensamiento, sentimiento y accionar) de Durkheim, y la ontología histórica, para identificar los modos de conocimiento,

imaginación y prácticas discursivas de una época, obtenidas a través del archivo de la historia formado de materiales culturales, documentos legales y estadísticas, etc., para explicar las transformaciones acaecidas en el Saber y Poder. Para aceptar tanto una realidad aparente como real, emplean una postura dualista filosófica (idealismo materialista) Una explicación sociológica de la conducta humana sociológicamente, desde la perspectiva durkheimiana, se basa en una racionalidad de la relación entre la ciencia y la religión; y desde la mirada foucaultiana deviene de una racionalidad de la relación entre la arqueología y los discursos.

## **2. EL AGELECISMO DE LAS REPRESENTACIONES COLECTIVAS Y CONSTRUCCIONES ARQUEOLOGICAS:**

Las representaciones colectivas provienen de las conciencias individuales que están combinadas de una tal manera que surge la vida social y la explicación de la misma. De la asociación de las almas individuales se origina un ser psíquico colectivo que influye coercitivamente sobre toda la sociedad y constituye la causa determinante de los hechos sociales (Aron, 1985, p 196). La sociedad es explicada, a partir de un psiquismo colectivo y no de la simple adición de las conciencias individuales. Estas explicaciones idealistas son herencia comteana.

El término agelecismo es acuñado por Emile Benoit-Smullyan, para referirse al efecto causal del grupo social per se, donde precede y prima al individuo y lo conforman. El grupo social es visto como fuente de cultura, valores y normas, etc., que no pueden ser afectados por los deseos de cada individuo. Esto deriva de las concepciones

tradicionalistas y fideístas de De Bonald y De Maistre, contestatarios de la Ilustración y Revolución Francesa; y empleada por esta socióloga para caracterizar a la Teoría de Durkheim, pero sin tomar en cuenta las consideraciones católicas iniciales de los tradicionalistas. (Benoit-Smullyan, 1968, como es citado por Martindale, 1968, p 101) quienes consideraban que las verdades generales son de naturaleza moral y social, aportadas por Dios a la sociedad por medio del lenguaje; mientras que las verdades particulares son físicas, falsas e individuales (Palacios, 1949, p 1732). Lo nomotético habla de lo que asumimos en sociedad, no de lo que nos planteamos en lo personal, pero delimita nuestras conductas sociales. La conciencia colectiva durkheimiana tiene vida propia como superestructura de creencias y pensamiento de todos los individuos y no la suma de los deseos de cada uno de los individuos. Estas representaciones sociales guían ageleccísticamente las conductas sociales para no ser desviadas a las normas sociales o derecho vigente

Esto queda ejemplificado en el interés de Durkheim en la tasa de suicidio, Durkheim no ve la conducta suicida como algo de carácter individual, sino que depende de factores sociales a ultranza. Para este autor “la sociedad es algo más que la mera agregación de individuos y que existe por encima a las personas, dejando sentir su influencia en acciones individuales” (Collar, 2007, p 118). La concepción idealista durkheimiana del grupo social se acrecienta al formular las representaciones colectivas, donde se coloca el origen de la religión, conocimiento, valores y la moral. El grupo social queda dotado de una hiperespiritualidad para Benoit-Smullyan (Martindale, 1968, p 104)

Por otro lado, Michel Foucault, también nos aporta una teoría filosófica de la sociogénesis de la enfermedad mental con una perspectiva agelecística, ya que este filósofo se dedica a excavar arqueológicamente, para “estudiar los modos históricos de configuración de determinadas espesuras discursivas, de diferentes objetos de análisis” (Savater, 2010, 374). Igual que Durkheim le interesa lo cognitivo. De hecho, “Durkheim afirma que el pensamiento depende del lenguaje, y este de la sociedad” (Martindale, 1968, p 104). El agelecismo no sólo puede ser usado desde una visión positivista, sino desde una mirada arqueológica. Esto es una categoría sociológica que caracteriza la explicación de los aspectos ideativos de la teoría, no definen per se la vía epistemológica de acceso al conocimiento. Las categorías cognitivas alcanzadas no son más que categorías que hablan del control social o construcciones del Saber y Poder Psiquiátrico que constriñe a la sociedad o, por ejemplo, a los enfermos mentales, Por medio de este agelecismo, Durkheim deduce la existencia de un control social que demarca las conductas como normales o anormales, y dentro de estas las psicopatológicas, según se aproximen las normas o convenciones sociales instituidas; mientras Foucault nos devela lo consecencial del interjuego del Saber y Poder que se da en cada época y como este determina la práctica de una disciplina (la psiquiatría), el trato social recibido por los enfermos mentales, y la construcción social de lo que se considera enfermedad mental

### **3. PUEDEN EXPLICAR LA ALTEROFOBIA A LOS ENFERMOS MENTALES, HASTA LOS GENOCIDIOS MANIAFOBICOS:**

Para Durkheim ve con ingenuidad el proceso de desregulación del control social que sobreviene ante cambios tecnológicos, demográficos o socioeconómicos que reducen el

nivel de cooperación social de los miembros de la sociedad, pero no se interesa por ir más allá, los sustentos interesados que provocaron estos cambios sociales. Sólo describe las características y génesis de una sociedad anómica, en base a la ausencia del orden normativo y confía en el progreso a la instauración de ese orden, a través de la activación del control social, adaptación y especialización a las nuevas demandas sociales de división del trabajo social, que nos encauza a una sociedad de solidaridad orgánica más efectiva. Cuando no se respetan las normas o se reconocen para un determinado grupo social (enfermos mentales), se desconocen o se otorgan derechos y obligaciones, pero esta actitud de respeto a la alteridad o su negación (alterofobia) está sustentada por consenso social en las representaciones colectivas.

Cuando la conducta psicopatológica (psicosis, ansiedad, depresión, etc.) no es considerada transgresora del derecho penal o restitutivo, sino que contraviene convenciones sociales o médicas, podemos considerarla como una conducta desviada social no criminal. Y si la sociedad por consenso las empieza a denotar como que se encuentran fuera del marco legal, se les tacha de conductas desviadas sociales criminales. Pero las conductas psicopatológicas, ya se consideren criminales o no, siempre son reprobadas por diferir de las costumbres y convenciones sociales. Aunque Durkheim nunca se dedicó a estudiar la maniafobia social por medio de su teoría de control y desviación social, no dejó de interesarse por la enfermedad mental, ya que el primer objeto de estudio sociológico, y sobretodo sociogénico, que realiza es sobre “El Suicidio”, como se evidencia en su obra del mismo nombre. Su concepción sociológica, puede utilizarse para entender el trato social recibido por los pacientes psiquiátricos y otros marginados sociales. Las sanciones a que se suelen enfrentar los enfermos mentales, resultan

validada, de manera explícita o implícita, por la sociedad, lo cual delatan la maniofobia que acompaña a la enfermedad a la conducta desviada social: segregación, exclusión social, marginación, discriminación, aislamiento, confinamiento y hasta genocidio.

Foucault busca sagazmente la interesada y falsa filantropía del interjuego entre el Saber y Poder, utilizando su método arqueológico de las practicas discursivas devela la racionalidad poderológica encubierta o por lo menos no declarada en una época, sociedad o disciplina, etc. .Mientras para Durkheim, la sociedad y el Estado pueden cristalizar el rechazo o tolerancia de la enfermedad mental sustentado por la conciencia colectiva; Michel Foucault, a través de la ontología histórica, pretende descubrir cómo nos convertimos en sujetos de conocimiento en cada época, tema (la enfermedad y los enfermos mentales) y cómo nos convertimos en sujetos de acción, que intentan ordenar o controlar a la alteridad, es decir, que reconocer las prácticas discursivas de la sociedad y la medicina nos da acceso a asomarnos a que trato social se le dio y se le da a los enfermos mentales y a la enfermedad y sobre qué bases epistemológica se sustentaron. El hijo de Cloto se interesa por el orden de los hilos del destino de las sociedades y sus patologías; mientras que el hijo de Laquesis se dedica a develar los mecanismos del Poder, de la ordenación de la sociedad en un determinado momento histórico y los fundamentos siempre interesados de esta dinámica social poderológica

Varios hechos sociales (factores sociales) o mecanismos del Poder Soberano de Adolf Hitler y del Poder Psiquiátrico (microfísica del Poder) contribuyeron al exterminio de enfermos mentales en la Alemania nazi: burocratización de la medicina social, razones de higiene racial o de grupos sociales segregados por improductividad económica, prejuicios

del führer que se generalizan por medios propagandísticos, y “la mentalidad predominantemente biologicista de algunos psiquiatras influyentes..., como Carl Schneider, Heydee y Nitsche, todos hombres de la praxis, que se convirtieron en paladines de la eutanasia de los enfermos mentales” (Platen-Hallermund, 2007, p 24)

## **LO IDIOGRÁFICO (SE SEPARAN LOS HILOS)**

### **1. LA NOMOTÉTICA FUNCIONALIDAD DE LA COSIFICADA ENFERMEDAD MENTAL VERSUS LA IDIOGRAFICA GENEALOGIA Y PODEROLOGIA DE LA LOCURA, LOS LOCOS Y LA PRACTICA PSIQUIÁTRICA:**

Durkheim intenta alentarnos a la posibilidad de regeneración social de la funcionalidad de la sociedad, se puede superar una estructura enferma social, a través de fortalecer los vínculos de solidaridad social, lo que resultaría en un disminución de la tasa de enfermedad mental. Durkheim cree que los problemas sociales tienen una raíz de la misma naturaleza (desorden social) mientras que Foucault, acepta que se sustenta en condiciones socioeconómicas (primer Foucault), genealógicas y poderológicas (segundo Foucault). Durkheim espera con confiada paciencia en los reestructura social basado en la división del trabajo social, Foucault replica cual Jeremías, con estridente capciosidad, ya que sabe que la relación benévola altruista entre el Saber y Poder Psiquiátrico no es ajustable sin una lucha crítica (política y social) prolongada. Y aunque se reestructurada a beneficio del enfermo, nuevas prácticas discursivas fariseas podrían renovar o profundizar

un Saber y Poder menos benigno, al responder a nuevos inconfesables intereses. Para Durkheim, la enfermedad mental o conductas psicopatológicas serían hechos sociales, cosas. Requiere la cosificación de su objeto de estudio para poder medirlo y observarlo. Es la única manera de alejarse de un idealismo demasiado metafísico de la sociología comteana y de la psicología; y colocar a tono, la sociología con los estándares que el mundo científico, tomaba en cuenta para poder considerar a un nuevo área del conocimiento, la sociología, como una nueva ciencia. Aunque toda explicación social de un fenómeno social deba mantener relaciones sustanciales con lo social y no con lo psicológico, sin desdeñar lo segundo, “existe una homología entre la estructura social y la estructura de las representaciones colectivas” (Steiner, 2003, p 44)

Durkheim critica a Spencer, Stuart Mill y Comte porque no se ocupaban de plantear un método para el acceso del conocimiento positivista. La sociología durkheimiana se preocupa por evitar toda connotación especulativa o subjetiva y se encuentra con los hechos sociales como entidades inteligibles, pero que se deja visibilizar por su efecto de control social, materializando en el derecho reconstitutivo o penal, las convenciones sociales y frecuencias de aparición de hechos sociales (enfermedad mental). No puede aproximarse a la solidaridad social como fenómeno moral, sino por intermedio de las conductas o tasas de enfermedades donde esta se encuentra simbolizada de manera legible en las estadísticas, y objetivable por medio de la observación y medición de las conductas sociales desviadas. Indagar lo nomotético, lo que caracteriza en común la enfermedad mental es la prioridad positivista de acceso al objeto de estudio objetivable, por lo que hay de descuidar a los enfermos mentales y sus ilimitadas subjetividades vertidas

calidoscópicamente en maneras diferentes de percepción de su enfermedad y trato social recibido

En cambio, Foucault quiere indagar el devenir de la locura a través de explorar los vaivenes a lo largo de la historia que han tenido los enunciados discursivos de los pacientes, cuidadores y contexto sociocultural; con lo cual intenta dar cuenta del sujeto de conocimiento (sujeto epistemológico), de lo que fuimos y hasta de lo que seguimos siendo aún; pero también del sujeto de acción (sujeto de Poder) que siempre intenta controlar a los otros sujetos; y los sujetos morales que intentan cuidarse a sí mismos; con lo cual logra poner de manifiesto los mecanismos sociales de creación del Saber y Poder en relación a la locura y sus padecientes. Esto constituye una vía arqueológica que no sólo pone en evidencia los discursos de definición, trato social y origen de la enfermedad mental, la sin razón, la no razón y como fueron enunciados por los médicos, pacientes, sistema legal y cultural. Muchas miradas, innumerables subjetividades, múltiples realidades percibidas y diferentes construcciones sobre lo normal y anormal. Lo ideográfico es imprescindible para detectar todas estas variopintas posibilidades humanas, discursos, disciplinares, según épocas y sociedades.

**2. LA SOCIOGENESIS DE LA ENFERMEDAD MENTAL: LAS CAUSAS SE CONOCEN POR LOS RESULTADOS Y VICEVERSA. LO CONDUCTUAL NOS DEJA VER LO SOCIAL Y LO SOCIAL LO CONDUCTUAL VERSUS LA**

## **CONSTRUCCION DISCURSIVA DE LA LOCURA QUE DEVELA EL SABER Y PODER Y VICEVERSA**

El control social es un efecto de las representaciones sociales coercitivas, y se llegan a visualizar al conocer los resultados de la frecuencia de conductas desviadas, con lo que Durkheim siempre conoce la causa por los resultados. Entonces, todo cambio conductual es de origen social. Para este autor la enfermedad mental tiene un génesis exclusiva social, de manera incuestionable, es decir, que hay un desorden en la regulación social, por predominio de la individuación o la desintegración anómica. Y el registro longitudinal del progreso o descenso de las conductas o hechos sociales consecuenciales de estos cambios sociales otorga un poder pronosticador a la sociología positivista.

Por otra parte, la división de trabajo social es un proceso de diferenciación social que determina la estructura social y la disfuncionalidad que puede ocurrir en este proceso de cambio social es la causa de la enfermedad social (Coller, 2007, p 114). Si esta división de trabajo ocurre de manera intensa, brusca y profunda, al obedecer a determinadas condiciones sociales emergentes que pudiéramos considerarse como alejadas de su normal frecuencia de aparición, podrían verse afectados algunos miembros de esa sociedad, al no poder adaptarse rápidamente a nuevas condiciones psicosociales y/o laborales; por lo que podrían terminar por convertirse en portadores de conductas desviadas socialmente (conductas neuróticas, ansiosas, depresivas, o hasta criminales, etc.). Entre estas condiciones emergentes podríamos contemplar por ejemplo la adquisición de nuevas tecnologías, aumento de demandas de productos materiales por aumento de la población o grado de consumismo, crisis económicas, etc.

Para Foucault, las experiencias como la locura y su sufrimiento están asociadas, aunque no lo percibimos a primera instancia (se requiere una mirada arqueológica), al Saber y Poder en un momento histórico y sociedad determinada, que se entreteje a través de una trama de poder micropolítico que atraviesa toda la sociedad. Pero no se interesa sólo en los dispositivos de poder y exclusión social de la locura (asilos hospitalarios, sistemas legales, genocidio y exilio de los segregados, etc.) sino de cómo se originaron, de las justificaciones sociales signadas prácticas discursivas. Denuncia al sistema de control social que construye la enfermedad mental, la alimenta, alienta y transforma toda conducta anormal en patológica y remeda las relaciones del macropoder o Poder Soberano al Poder disciplinario de la sociedad, familia y práctica psiquiátrica cuya influencia coercitiva contribuye a la génesis de la locura y al incremento desmedido de la dimensionalidad de la locura y consiguiente deterioro y sufrimiento indecible de los locos

A pesar de compartir, Durkheim y Foucault, nomotéticamente una concepción sinérgica para abordar la sociogénesis de la enfermedad mental, donde las consecuencias nos hablan de las causas, al medir las últimas, se descubren las primeras. Se distinguen que, para Durkheim, la variación de la tasa de conducta desviada psicopatológica es consecuencia del excesivo o ausente control social, y viceversa; en cambio, para Foucault las prácticas discursivas que construyen las categorías sobre la enfermedad mental, son reactivas al interjuego entre el Saber y Poder Psiquiátrico en torno a la enfermedad mental. El primer autor toma lo tangible (conducta observable y medible) para conocer lo inteligible (representaciones colectivas) por medio de la deducción, mientras el segundo se aprovecha del buceo del archivo de la historia que delata arqueológicamente los discursos

sociales de una época para devela la microfísica del poder y el crecimiento del Saber, por el método inductivo. Usan métodos y se basan a paradigmas opuestos, pero indagan la causalidad social por la misma vía sinérgica

### **3. LO PATOLÓGICO COMO DESVIACION DE LA NORMA VERSUS LA CONSTRUCCION SOCIAL DE LO ANORMAL:**

Durkheim establece una de las premisas básicas del positivismo, en el área de la sociológica y que es aplicable al campo de la medicina. Lo normal es lo frecuente y lo que corresponde con lo esperado para una situación o problema determinado de una sociedad dada; y lo patológico es lo que se desvía de la generalidad que acaece en una determinada sociedad, lo excepcional. En el campo de la sociología, es la frecuencia de los hechos sociales que se registran por sus formas manifiestas, en el campo de la medicina, ocurre en base a parámetros físico-químicos y biológicos o conductas validadas socialmente como adecuadas o normales. “Si un fenómeno es normal, no hay motivo para que queramos eliminarlo, aunque nos choque moralmente; En cambio, si es patológico, disponemos de un argumento científico para justificar los proyectos de reforma” (Arón, 1985 p 76). La conducta humana individual y colectiva termina subrogándose a normas formales o informales compartidas y preestablecidas por la misma sociedad. Durkheim no desdeña la conducta individual, sólo la analiza como resultado de lo social

La enfermedad mental es vista como la falta de adaptación del individuo a su medio social, ya que nos reduce nivel de sobrevivencia y nos expone a mayor sufrimiento, dolor y discapacidad o nos aleje del cumplimiento de las normas sociales establecidas por la

sociedad o el Estado. Seguir estos parámetros nos permite establecer el límite entre la normalidad/ anormalidad de derecho; y la evidencias de manifestaciones conductuales inusuales nos permite delimitar la normalidad/ anormalidad de hecho. Durkheim le da primacía para determinar la patología social al incremento que se suscite de la aparición de enfermedades mentales que prevean el retorno desde una sociedad de solidaridad orgánica a una sociedad de solidaridad mecánica o si persiste la magnitud de la presentación de conductas psicopatológicas a los periodos de tiempo previos, a pesar de haber realizado modificaciones de los factores sociales patogenésicos

Foucault critica a Durkheim haber hecho de la enfermedad mental un resultado de la desviación y alejamiento de la media estadística, siendo los diagnósticos psiquiátricos meras proyecciones socioculturales. Al encerrar a los enfermos y nominalizar la enfermedad, se excluye al enfermo. Por otro lado, Foucault se preocupa por identificar el proceso social que ha ocasionado un estatus que lo somete a exclusión, por eso excava arqueológicamente en la cultura, registros médicos y recursos bibliográficos los discursos que legitimaron el Saber y Poder que extendió los límites del quehacer del psiquiatra, reduciendo los límites de libertad, alteridad y subjetividad del enfermo.

La etiología de la enfermedad mental es social, donde las condiciones socioeconómicas y clasistas son mediadores determinantes de la eclosión de estructura psicológica vulnerable, con lo que terminan apareciendo las enfermedades mentales, es la primera explicación sociológica de Foucault de corte marxista y psicosociológica; que pronto la modifica para extenderla ontológica e históricamente a una condicionalidad de la enfermedad mental a las construcciones epistemológicas del Saber que aumenta el Poder

Psiquiátrico y este, a su vez, promueve una mayor ambición de Saber. Bajo la mirada puesta en el Poder que se esparce desde diversas instancias sociales de microfísica del Poder a toda la sociedad, con lo cual se da el sustrato sociopsicológico y poderológico de la génesis de la enfermedad mental

### **III. LOS RETORCIDOS HILOS DE LAQUESIS Y ÁTROPOS**

#### **LO NOMOTÉTICO (SE ANUDAN LOS HILOS)**

#### **1. DEVELACIÓN DE LA MIRADA Y VIVENCIA BENEVOLA DE LA ENFERMEDAD MENTAL:**

Tanto Foucault como casi todos los antipsiquiatras (Laing, Cooper, y Basaglia) contemplan a la enfermedad mental, siempre en un contexto de control social desmedido y despiadado; ya que la condición ontológica histórica o existencial, de la enfermedad mental o inseguridad ontológica, respectivamente; se encuentra condicionada socialmente, de forma siniestra por la maniafobia que se registra siempre a lo largo de la historia, sea revisada sincrónica o diacrónicamente. Todos estos autores entran en el denominador común, de considerar que la violencia sufrida por estos pacientes a nivel social, institucional o familiar, son generadores de la locura o conducta personal singular/división del yo.

Por lo cual, todos estos autores coinciden en el accionar político, a través de estrategias afrontamiento sociopsicológicas de tenor confrontativo; ya sea reclamando, denunciando, reestructurando o resistiendo a las prácticas psiquiátricas instituidas, o de manera libertaria social, institucional y familiar: Todo esto para revertir y enfrentar la opresión de clase; luchando por el cambio de las condiciones sociales opresoras. Todos estos autores reaccionarios desconfían de las acciones altruistas para mejorar o justificar la práctica asistencial, y sobre todo de tipo asilar. Tanto Laquesis que anuda los hilos de infortunio mental con ahínco, como Átropos que asegura las condiciones sociales más indigentes e infelices, que suelen recibir los enfermos mentales, como una ruptura injusta al compararla con el trato social “más benigno” o menos coercitivo, que recibe o se espera que reciba el resto de sus coetáneos sociales, los pretendidos normales. Átropos, diosa de la discriminación social maniafóbica.

## **2. LO INSURRECIONAL COMO MEDIDA DE SUPERACIÓN DEL OLVIDO DEL ENFERMO POR ATENDER SOLO A SU ENFERMEDAD MENTAL:**

La antipsiquiatría por medio de estrategias, a veces cuestionadoras de la práctica psiquiátrica desde la perspectiva ideológica extremistas, de corte marxistas o ultraliberales, como Basaglia y Szasz, respectivamente (lo que no le suele atraer simpatías o gran poder de convocatoria); ya que son llamados insurreccionales al orden disciplinario ya establecido o desorden abandonico de los enfermos, lo que provocaría que se le pueda quitar el poder a los cuidadores, a base de empoderar a los pacientes; lo cual pretenden lograr por medio de prácticas cuestionables, es decir, por medio de propuestas místicas,

especulativas y anómicas. Esto se evidencia cuando Laing y Cooper llaman a prácticas pseudo-terapéuticas, tales como: alejamiento de la familia en todos los casos, reafirmación de experiencias y viajes psicóticos, promiscuidad y consumo de drogas, etc., que tienen como denominador común, que representan un llamado insurreccional contra la psiquiatría y sus representantes, en la nominalización, diagnóstico y tratamiento psiquiátrico. Una rebelión atropica muy convulsa.

Esta solicitud de giro político, para superar la maniafobia social, contraponiendo el respeto a la alteridad, por medio de la comprensión literal a los discursos delirantes y subjetividad psicótica. Con esto se intenta rescatar al ser humano sufriente y darle supremacía sobre la enfermedad que transita inexorablemente, negando la existencia de esta última. Y planteándose alternativas psicoterapéuticas como paradójicos tratamientos de la enfermedad. En esto se conecta directamente con el verbo crítico de Foucault que reclama la libertad de la locura, delincuencia y la sexualidad de las estrechas ataduras de la modernidad, por medio de la lucha de los interesados y la subversión de los saberes contra el discurso predominante científico positivista que pretende satisfacer intereses creados para mantener el Saber y Poder ya constituido, sin importar que se arrase con lo ético, humano y justo, es decir que el Saber y Poder instituido sobre la enfermedad mental debe estar establecido en pro de los enfermos, no sustentados salvajemente sobre estructuras opresivas y utilitarias, benévolas pero no benefactores del paciente, pero siempre el poder es confiscado por motivos mezquinos, por eso Foucault nos invita a resistir.

Por otra parte, los antipsiquiatras, excepto Szasz proponen igualmente la fenomenología como método de abordaje de esta realidad de la locura, sólo que esta vía de superación metodológica se rizomatizan en diferentes senderos epistemológicos que se bifurcan: Szasz propone la superación y no sustitución de lo fenomenológico por ninguna otra método, pues niega la existencia de enfermedad mental y la psiquiatría (no habría nada que abordar); Cooper y Laing, pretende sustituirla por un abordaje desde la psicología existencialista; ya que renominaliza la enfermedad mental como una ontología insegura. Basaglia fomenta la fenomenología existencial en sustitución a la fenomenología jasperiana, porque quiere interesarse por el sentido del lenguaje hasta ahora incomprensible del psicótico, primero llenando el vacío del conocimiento de la enfermedad mental, abocándose al sentido que se le da al enfermo delirante, y difiriendo para más tarde, legitimar el sentido del delirio. Esto último representaría una pendiente resbaladiza que nos puede llevar a desconocer la existencia de la enfermedad mental al validar socialmente como ontologías fenomenológicas particulares. Foucault propone la vía arqueológica del Saber y Poder para develar todos los intentos fariseos y benévolos plasmados en las prácticas discursivas, en torno a la enfermedad mental, sin negar la existencia de la enfermedad mental. Foucault no rechaza, ni asume la metodología fenomenológica existencialista, se entusiasma con el acceso arqueológico.

### **3. SE ENFATIZA LA IMPORTANCIA A LA DIMENSION CULTURAL EN LA ETIOPATOGENIA DE LA ENFERMEDAD MENTAL:**

Basaglia solía criticar como se ejecutaban los programas de psiquiatría social norteamericana, donde se homologan a los enfermos mentales con los inadaptados y

marginales; critica desde la óptica que relaciona la improducción con la desviación de la conducta social. Pero no descuida la dimensión cultural, en aras de buscar explicaciones socioeconómicas de corte marxista. No se niega lo cultural, ya que por su tendencia existencialista heideggeriana considera que nuestro dasein está en relación con el Uno, es decir con los otros seres del mundo. Para Heidegger, los seres humanos estamos constituidos según el entorno y todas las prácticas sociales que conforman el mundo del dasein son establecidas por el Uno. Entonces, el enfermo mental resulta arrojado a un mundo que intenta atraparlo en la tecnología carcelaria psiquiátrica, para que constituya un recurso de la terapia ocupacional o desecharlo por su improductividad social y económica hasta anularlo y eliminarlos por sutiles estrategias de abandono formalmente “no eutanásico”. El dasein de los enfermos mentales está expuesto al rechazo social devenido por el dasein del Uno (los otros): en el estado, sociedad, psiquiatría y familia. En general, para todos los antipsiquiatras, no sólo Basaglia, en el plano de las explicaciones micro y macrosociales de la etiopatogenia de la enfermedad mental está siempre inscrito el contexto sociocultural

Para Basaglia producir un epojé de la enfermedad mental debía ocurrir simultáneamente en dos planos: a nivel de la realidad científica e institucional y en otro nivel, suspender la relación entre la producción del Saber y el Poder, para evitar cambios conformacionales sociales que terminen en un eterno retorno a un Poder benévolo y altruista que sólo cambió de manos. Cooper y Laing no trabajan de manera tan lógica como Basaglia, el logro de los nuevos ambientes y practicas psiquiátricas de libertad, pero responsabilizan a la familia de modelar el contexto sociocultural capitalista y tratar a su vez de replicar las maniobras opresivas del sistema.

Para Foucault, este confinamiento y ageatofobico trato social de los enfermos mentales se sostiene en el tejido sociocultural de una determinada época y sociedad, donde los discursos sobre la locura, los vaivenes del Saber y Poder (donde uno incrementa en más al otro y viceversa) y las expresiones socioculturales de la época que delatan estos benévolos discursos compartidos socialmente, determinan la construcción sociocultural de la enfermedad mental

### **LO IDIOGRAFICO (SE SEPARAN LOS HILOS):**

#### **1. UNOS SON MÁS AMBIDIESTROS, OTROS SINIESTROS Y OTROS ULTRADIESTROS A LA HORA DE VALORAR EPISTEMOLOGICAMENTE EL DESTINO DE LOS ENFERMOS Y DE LA ENFERMEDAD MENTAL:**

Se puede estar de acuerdo parcialmente con los otros. A los primeros momentos se puede dejar tentar, por las teorías marxista, para estudiar las contradicciones entre el trato social violento que se le da al enfermo mental en una era biotecnológica tan avanzada, para luego profundizar arqueológicamente en la historia y seguir una ideología más humanista y poderológica médica, social y política sin que sean necesariamente de índole marxista (Foucault); o continuar un camino epistémico más radical que revele y se rebele a la racionalidad burguesa que sustente este maltrato social y político, desde la perspectiva del materialismo histórico (antipsiquiatras) y que demande la destrucción de las calderas del diablo fomentadoras de la alienación, tanto a un microsocio (familia), como lo plantea

los antipsiquiatras existencialistas (Cooper y Laing), o a un nivel macrosocial: sociedad e instituciones psiquiátricas (Basaglia). Foucault se pasa de una orilla a otra, plantea la sociogénesis de la locura enmarcada en un contexto de fuerte fundamento en teorías devenidas de la economía política, como el marxismo (se adentra a la siniestra de Dios Padre) para luego embarcarse en una nave de los locos oprimidas por estructuras de Saber y Poder que se desarrollan en oriente y occidente, socialismo y capitalismo (fluye de un lado a otro sin encontrar puerto, se torna ambidiestro). Los antipsiquiatras tienden a desplazarse a la siniestra (marxismo), excepto Szasz

Szasz propone un mero cambio nominal, una salida pseudoepistemológica, la conducta personal singular con la cual pretende desmitificar a la esquizofrenia y otras enfermedades mentales. Átropos, no aclares que oscureces. Este antipsiquiatra constituye el hijo más dilecto de Átropos y el espécimen más extraño epistemológicamente (no es siniestro); ya que muestra una visión antipsiquiátrica diestra y casi macabra o luciferina, es decir, se fundamenta en intereses liberales spencerianos, donde la negación de la enfermedad mental y considerar como intrusivas todas las iniciativas estatales o programas de salud mental bajo bandera médica o psiquiátrica, sólo favorece al estado al perder o reducir la responsabilidad de asistencia social y hacer exigencias ergonómicas y legales a estos ya no considerados pacientes. Que cada quien resuelva su locura mitológica. Es una propuesta tan benévola y poco liberadora, como la respuesta médica y existencialista, ofrecida hasta ahora por los otros antipsiquiatras, pero menos piadosa.

Laquesis manda a Foucault desenredar los hilos, de forma reivindicativa y cuestionadora al permitir que este revele secretos epistemológicos del Saber y Poder

Psiquiátrico Eso sí, sin liberarlos totalmente, por eso la diosa no permite que Foucault siga los pasos médicos de sus familiares. Átropos se anuda los hilos hacia la izquierda y la madeja porta muchos hilos negros, enfermedad mental segura, pero sin lo tuerce una sola vez y la madeja tiene menos hilos negros que los requeridos para la locura, en vida ese mortal será psiquiatra; si vuelve a realizar otra torcedura, termina el mortal con destino de psicólogo y filósofo; y si lo anuda por tercera vez llega a convertirse en un hijo Juan Bautista que reclama los derechos de libertad de los enfermos pero desde fuera del hospital psiquiátrico, como lo hacía en los tiempos bíblicos Juan Bautista a las afueras del palacio de Herodes, los reclamos de mal ejemplo de moralidad del Rey Herodes y su hijastra Salomé para el pueblo de Israel. Foucault reclama, resiste y delata los excesos de la psiquiatría, pero no es psiquiatra y no se le otorgan las llaves del asilo de los que deben ser liberados. Como coincidencia terrenal, Foucault anima a los movimientos protestatarios sociales y políticos pero no se compromete políticamente, de manera radical, con ellos. Átropos deja amarrado a Foucault.

Luego, sorprendentemente, la macabra Átropos quiere liberar los hilos epistemológicos que atan a la locura, pero de forma siniestra, fragua iniciativas especulativas, escandalosas, míticas, y anómicas en Cooper y Laing, con lo que termina por enredar más los hilos, al oponerse una mayor barrera social, científica y estatal de reconocimiento a descabelladas propuestas. También se plantea que solo re-etiquetando la enfermedad mental y modificando los tratos morales psicoterapéuticos pueden ser maneras diferentes de hacer lo mismo. La diosa es ambidiestra epistemológicamente y más tarde hace uso de anudaciones diestras (capitalista) para, en apariencia, demandar libertad para la locura y lo hace de la manera nihilista, indolente y enjuiciadora, al estimular propuestas de

negación de la existencia de enfermedad mental y retiro de las condicionantes médicas que sustentan en el mundo forense la inimputabilidad legal de los alienados. Aquí, mala bruja no anudas tanto los hilos para cortarlos parcialmente, más bien provocan con tus tijeras epistemológicas, la ruptura total de la sociogénesis de la enfermedad mental y de la enfermedad misma. Los antipsiquiatras diestros liberan a los pacientes psiquiátricos de las instituciones nosocomiales y los emplean utilitariamente de manera proselitista. El psiquiatra diestro los arroja a la calle indolente del sinsentido social ni político.

## **2. DESCALIFICACION DIFERENCIAL DE LA ANTIPSIQUIATRIA, LOS PSIQUIATRAS SE BURLA DE LOS ANTIPSIQUIATRAS Y MIRAN DE REOJO A FOUCAULT:**

El movimiento antipsiquiátrico fue una colectividad de médicos psiquiatras que, a finales de la década de los sesenta, va a rechazar una psiquiatría médica, a la vez que va a proponer otra psiquiatría alternativa más social y comunitaria con eliminación casi total o total de asideros psicodinámicos y positivistas biologicistas y psicologicistas. Los psiquiatras han tenido que asumir estos nuevos retos a sus prácticas humanas y profesionales, sin desapegarse a estos asideros clásicos del Saber y del Poder, para ir legitimándose progresivamente en el mundo de la ciencia. No se puede dejar perder el Saber que nos denota el Poder; ni perder el Poder que nos lleva a más Saber, sino que no se puede descuidar nunca que esto sólo será legítimo si se sostiene sobre una base sólida ética, sin pecar de ingenuidad de que existen “buenos poderes y saberes”. El Saber y el Poder serán siempre benévolamente peligrosos. Sin embargo, las propuestas nihilistas

antipsiquiatrías han quedado atrás, asumiéndose, sin embargo sus planteamientos cuestionadores humanitarios ineludibles sobre la práctica psiquiátrica

Es importante recordar que la psiquiatría en sus inicios en el siglo XVIII, por su origen cuestionable en el mundo de la ciencias naturales, ha tratado de legitimarse por medios higienistas de carácter coercitivo como el tratamiento moral; o deshumanizantes (reclusión violenta y maltratos asilares). Foucault, cual Juan Bautista en un plano epistemológico ha indagado arqueológicamente bajo las superficies de aparente brillantez y pulcritud de honorabilidad del Saber y Poder psiquiátrico, cómo se ha ido conformando más sobre una base mezquina poderológica, que sobre un interés filantrópico real. Estas develaciones foucaultianas de las prácticas discursivas médicas y psiquiátricas, hace que desde la siempre inoportuna ignorancia médica del saberes no galénicos (ciencias sociales); más el miedo gremial que protege honorabilidades a ultranza, sin reparos de legitimidad moral; además de los “intereses creados” de índole socioeconómicos inconfesables de algunos profesionales seducidos por el capitalismo feroz. Todo esto permite que se forme una matriz de estigmatización, sobre conocimientos aportados por la arqueología foucaultiana y la antipsiquiatría, con los cual los psiquiatras convencionales se protegen de lo desconocido o de lo que pudiera poner en riesgos las dinámicas sociales que han venido garantizando el prestigio y los honorarios profesionales. Por cierto, Esculapio (dios romano de la Medicina) tiene una hija llamada Eglee “la brillantez” de actitudes muy narcisistas, que nunca se preocupó por curar a nadie, pero sí de exigir prestigio social y remuneración económica para los médicos. Ante adorables criaturas mitológicas como esta, es difícil valorar y querer a Foucault. Pero si los psiquiatras conocieran más sobre Foucault, podrían darse cuenta de que no esconde intenciones epistemológicas contra esta

disciplina, si no contra la manera antiética que se fraguó en una ordenación sistemática y desmedida basada en la coacción y violencia, estructurada sobre los abusos de Poder devenidos por una extensión del Saber, a veces atropellada y no sostenida siempre por la ética. Esta práctica reificadora de la enfermedad y enfermo mental, y descuidada de la subjetividad debe ser enfrentada continuamente, para lograr una praxis médica más humana y legítima. Los médicos docentes suelen decirles a sus estudiantes “No se puede curar algo, hasta no identificarlo”. Podemos agregar “No se puede mejorar o resolver un problema sino lo conocemos en toda su naturaleza”.

#### **IV. LOS HILOS RETORCIDOS DE CLOTO Y ÁTROPAS:**

##### **LO NOMOTÉTICO (SE ANUDAN LOS HILOS)**

#### **1. LA VOLUNTAD DE TRATAMIENTO PARA LA ENFERMEDAD MENTAL:**

La necesidad de instaurar un tratamiento, constituye un denominador común de reconocer de manera implícita (antipsiquiatría) o explícita (positivismo) que existe una enfermedad que aqueja a su portador y disminuye su funcionamiento. Se intentan generar nuevos saberes y técnicas resolutivas. La locura pertenece al horizonte histórico de la razón occidental, devenido desde los benévolos intentos de tratamiento moral, tratamiento biopsicosocial e intentos exclusivos de tratamiento existenciales ideologizados. Pero

para Durkheim las enfermedades mentales son hechos sociales que representan patologías sociales, que sólo pueden resolverse al cambiar las condiciones sociales que las generaron: la anomia social, las exigencias intempestivas de división del trabajo social ante el surgimiento de emergente tecnología y consumismo, desregulación del control social por exceso de individuación por falta de integración social, o demasiada integración social o regulación social. Las enfermedades mentales y conductas psicopatológicas sólo pueden verse como hechos sociales causados por otros hechos sociales. La terapéutica sería de carácter social y dado por medios sociales de reajuste o equilibrio de las condiciones sociales que se hayan perturbado en un momento dado, reducirían la problemática de salud mental social

En cambio los antipsiquiatras, transitando por otros caminos epistemológicos, terminan llegando a la misma Roma de manifestar una tendencia terapéutica con los enfermos mentales, a pesar de que paradójicamente le proponen cambios nominales, naturaleza de la psicoterapia y abordaje hermenéutico existencialista (postpositivista). Sin embargo, tienen en común con Durkheim que la orientación de su terapia existencial es hacia objetivos de cambios sociales, pero no desde el aporte individual que la mejoría de cada paciente podría dar a las condiciones generales de salud mental de la sociedad a la que pertenecen, sino su contribución a luchas políticas de corte marxista, ya que representan nuevos miembros y modelos de lucha social (Cooper), o terapias existenciales que presenten deslastrarlo de la etiqueta médica, por negación de esta y sustitución por condición de inseguridad ontológica (Laing). Y como propuestas de terapia familiar nihilista, la emancipación familiar absoluta (Laing) o destrucción de la familia como entidad social (Cooper). Basaglia plantea también terapias grupales existenciales, pero con uso limitado

de medicación, bajo propuestas más liberadoras y democráticas, y no anómicas (hospital día, comunidades terapéuticas). Sin embargo, como los otros antipsiquiatras se muestra a la expectativa de nuevos momentos históricos, que permiten niveles utópicos de libertad más definitivos, desetiquetación de la enfermedad mental, una alterofilia social que suplante la maniafobia social. Lo sorprendente, es que presentan la misma perspectiva sociogénica exclusiva de la enfermedad mental, es decir, que terminan reconociendo que son patologías sociales o condiciones ontológicas oprimidas por un sistema, por otro que controla y destruye sin misericordias, pero plantean terapias psicológicas, lo social queda restringido en el tratamiento de estos autores, a intervenciones grupales, ideológizantes y en ambientes no cerrados. Tratan lo que no es enfermedad médica, sino considerada como patología social o dasein del ser constreñido por sociedad capitalista atropelladora.

Finalmente, aunque Szasz mitologiza las enfermedades mentales con intenciones causticas eliminadoras, las re-etiquetan como condiciones singulares personales, una connotación no existencialista (postpositivista) sino conductual (positivista), que ameritara tratamiento social por otras instancias no médicas (estado, sistema judicial, familia, policía, etc.). En fin, no las consideran o niegan que la desviación de conducta social psicopatológica no criminal, sean condición médica, pero proponen tratamientos sociales, psicológicos existenciales, compromisos políticos, etc. La terapéutica es un accionar particular de los médicos y odontólogos, desde su origen en la antigua Grecia. El símbolo de la medicina es el “caduceo de Esculapio”, una vara con una serpiente enroscada, donde la serpiente representa la enfermedad a tratar y la vara con que se intenta matar a la serpiente, significa la terapéutica. La psicología en el crecimiento de su Saber y Poder, Sigmund Freud les extiende la potestad de la terapéutica, al plantear la posibilidad de tratamientos no físicos a las enfermedades mentales. Una ampliación del Saber y Poder por medio de un nuevo

método “terapéutico”, el psicoanálisis que amplía los horizontes curativos desde la mano de un neurólogo. El uso del término terapéutica en otros ámbitos, no es más que un intento de medicalización del lenguaje, en términos de Ilichianos

## **2. ABSTRACCIONES GENERALIZADAS Y VERIFICADAS EMPIRICAMENTE:**

El mito positivista se basa en el mito asilar, el mito del tratamiento moral, mientras la medicina mental espera por el reconocimiento del positivismo, cuestionable hasta mediados del siglo XX, cuando los progresos de las neurociencias y biomedicina, han abierto fronteras, que aunque están todavía por ser investigadas a totalidad, asoman importante evidencia de etiopatogenia biológica, sin deslegitimarse las aristas sociales y psicológicas que está involucradas en la génesis de la enfermedad mental. Aún cuando no se haya terminado de escribir las bases genésicas últimas o definitivas.

Durkheim usa sólo el método comparativo o de experimentación indirecta, por su carácter objetivo, inmanente y preciso de establecer relación entre algunos factores sociales (hechos sociales) y la aparición o evolución insatisfactoria de la enfermedad mental (hechos sociales) basándose en un paradigma idealista materialista, para evitar posiciones idealistas a ultranza. No se pueden crear hechos sociales, ni visualizar las representaciones colectivas, pero se puede tener cuenta de ellas, al ver y medir los efectos de control social en la magnitud y recurrencia de un determinado problema social, tal como las tasas de enfermedad mental, conducta suicida, conducta depresiva, etc.

Durkheim no se encierra en la creación de teorías que rellenen las explicaciones genésicas

previas, plantea su objetivación, demostrar la presencia y magnitud de un hecho sociopsicopatológico, para luego analizar sociológicamente las asociaciones estadísticas registradas. De esta manera, evitar planteamientos menos verificables, aunque coherentes, como lo hace la psicología. A pesar de que no cree en la pluricausalidad, ni siquiera social, lo que constituye su principal crítica, plantea un método que legitima las bases positivistas, requeridas para su época, para el reconocimiento sociocientífico de la sociología, como ciencia de los hechos sociales. Requiere para lograr sus objetivos metodológico, el uso de abstracciones generalizables, tales como, tipos sociológicos, relación causal entre hechos sociales, sociedades de solidaridad orgánica o mecánica, división de trabajo social, control e integración social y representaciones colectivas, que son material psíquico, que puede empíricamente demostrarse su participación en la génesis de la enfermedad mental (hecho social) con un margen importante de pronóstico y ser verificado por medio del seguimiento de la evolución de un determinado fenómeno social, por medio de las variantes concomitantes delatadores de lo que ocurre y vehículo para nuevas abstracciones generalizables que surgen deductivamente y delatan la causalidad social de los eventos estudiados. El empleo de medios estadísticos nos permite una aproximación cuantitativa y demostrable por la verificación de si existe relación entre los hechos sociales que pretendemos hipotéticamente relacionar en la génesis social de la conducta psicopatológica.

La antipsiquiatría utiliza el método fenomenológico jasperiano, husserliano y heideggeriano para acceder a la comprensión de las experiencias de enfermedad y de ser-enfermo mental-en el mundo. A través de esta comprensibilidad del sentido, de la situación de enfermo, comprensibilidad de las vivencias de estar enfermo; y que se podría

extender a la comprensibilidad del sentido del lenguaje (esto último pendiente resbaladiza epistemológica) enriquece el quehacer psiquiátrico, el campo de la sociogénesis de la enfermedad mental y concientizar que el paciente es un ser humano y no una cosa que arrastra una enfermedad. Crea categorías fenomenológicas, abstracciones generalizables por vía inductiva que permiten definir y conocer la experiencia más humana de la enfermedad, el enfermar, el enfermo y su entorno. Estas experiencias pueden ser identificadas en otros pacientes, con lo cual se puede investigar más nuevas realidades o aún no conocidas e inteligibles desde la perspectiva positivista. La vía fenomenológica existencialista nos permite una vía cualitativa y demostrable por los hallazgos en las entrevistas y creación de categorías que pueden constatarse la vivencia en otros pacientes. Usar las concepciones derivadas de la psicología existencial, no es más que recorrer un sendero más del jardín epistemológico de las diferentes escuelas psicológica que han intentado explicar la génesis de la enfermedad mental desde que Freud lo inicio con el psicoanálisis. En común, Durkheim y los antipsiquiatras pretende abordar la sociopsicogénesis de la enfermedad mental usando caminos metodológicos diferentes, pero evitarlo el empleo del historicismo. De hecho, en las Clasificaciones Internacionales de psiquiatría (D.S.M V y C.I.E-10), sus criterios diagnósticos tienen una fuerte base fenomenológica. Usar una vía idealista materialista y deductiva (Durkheim) o idealista inductiva. Aunque los psiquiatras no midieron sus afanes psiquiátricas, enriquecieron el conocimiento semiológico de la disciplina. Lo que no mata, nutre. Átropos inútilmente corta los hilos hasta la eternidad, sus inefables hermanas siguen hilvanando muchos hilos más.

## **LO IDIOGRAFICO (SE SEPARAN LOS HILOS)**

### **1. VISION POSITIVISTA VERSUS POSTPOSITIVISTA**

Para Durheim la única manera científica de lograr conocimientos sociológicos es seguir metodología que está anclada a una perspectiva netamente positivista. A pesar, de parecer contradecirse, al plantear tipos sociológicos y categorías hipotéticas (idealistas), tal como, las representaciones sociales, solidaridad social, etc.; pero a través del empleo de un análisis sociológico de los resultados de los coeficientes de correlación, de preservación, etc., nos permite materializar las consecuencias sociales de las causas sociales hipotéticas planteadas. La medicina y la psiquiatría biológica siguen los pasos positivistas por la visión anatómica y fisiológica que han primada en la medicina física, desde el inicio; y en la psiquiatría donde se vinculado más tarde y creciendo exponencialmente en las últimas décadas, con el riesgo concurrente de disminuir el interés por las bases psicológicas y sociales de las enfermedades física y mentales. El positivismo ha mostrado siempre ser merecedora del reconocimiento de las ciencias y del sistema capitalista, por su importante participación en la renovación temporal de las fuerzas de trabajo. Sin embargo, el uso de la metodología positivista no puede ser considerada per se, como lo adecuado o lo inadecuado, su exitoso empleo responde, a cual fue el objeto de estudio planteado (ej. bases biológicas de la enfermedad, frecuencia o número de factores psicosociales mediadores de enfermedad, o respuesta terapéutica a psicofármacos, etc.). Tampoco puede considerarse que la medicina mental al aceptar bases positivistas para sus conocimientos, su práctica debe ser despiadada y deshumana. Esto sólo ocurre, cuando los médicos tienen una formación, concepción y actitud biologicista a ultranza; o responden a

ideologías capitalistas extremas. Pero representaría una incursión intoxicadora del ejercicio profesional, no una ineludible condición social de la medicina y psiquiatría. La psiquiatría no puede dejar de sostenerse en sus tres bases de apoyo biopsicosociales, pues representaría una práctica médica incompleta y mediocre. La medicina física también tiene las mismas exigencias, pero en la psiquiatría son de perentoria pertenencia y puesta en práctica inmediata, porque su objeto de estudio es de naturaleza intangible (la mente). Si se nos olvidan las otras bases del Saber Médico (lo psicológico y lo social), el efecto colateral que tiene el positivismo de tentarnos a revisar la enfermedad sin ocuparnos del enfermo, llevaría a los médicos físicos y mentales a la adversa reificación del enfermo; o un accionar iatrogénico, anti-ético y socialmente deletéreo.

Antes de la emergencia del modelo biopsicosocial de aproximación en el proceso salud-enfermedad, imperaba el modelo biomédico, positivista, cosificador de la enfermedad y el enfermo y exclusivamente biologicista y monocausal. Aparece como reacción, la medicina psicosomática y el psicoanálisis, que empujan con mucha fuerza el péndulo del reloj que marca la etiología de las enfermedades hacia el extremo opuesto a la concepción médica biológica extrema, por lo que los psicólogos y psiquiatras interesados en establecer bases genésicas de las enfermedades físicas y mentales, respectivamente, tratan de acaparar la génesis de las enfermedades. En cambio, autores como Durkheim, Foucault y los antipsiquiatras exploran los fundamentos sociogénicos de las enfermedades mentales, otras embestidas al reloj de péndulo, cuyos vaivenes opuestos tan extremos han ido decrementando y manteniendo en un centro más lógico multicausal y holístico. Pero con grandes tentaciones de predominar hacia lo biológico por la atracción

que la tecnología y rentabilidad económica del uso de estos recursos representa. La ética y el interés por el hombre es la contención que debe prevalecer en el quehacer médico.

Los antipsiquiatras, cual jermías replicantes nunca dejaron de abogar por la libertad y respeto a la dignidad de los enfermos mentales, intentaron escapes revolucionarios, democráticos y a veces, hasta descabellados y nihilistas. Pero esconder el abandono humano a que han estado sometido los enfermos mentales, por medio de cambios nominales, propuestas terapéuticas extravagantes (Cooper y Laing) o negación de la existencia de la enfermedad mental no contribuye a respaldar otras vías de acceso al conocimiento del enfermo y su enfermedad, desde una visión postpositivista, sociopsicológica y humana. La antipsiquiatría da un importante discurso sociológico pero de dudosa aceptación epistemológica sociogénica. De hecho, en la práctica, se evidencia una operativización de la antipsiquiatría en las comunidades terapéuticas, desintitucionalización psiquiátrica parcial o por lo menos reducida, la psiquiatría comunitaria que deriva de la psiquiatría social. Sin embargo, Átropos parece haberse salido con las suyas en estos tejemanejes nihilistas, ha cortado algunos de los hilos, parece haberse detenido el discurso socio genésico de la enfermedad mental, la sociología psiquiátrica. Hay muchas nuevas teorías sociológicas bajo las cuales se puede uno introducir para rescatar el hilo cortado, sociología aplicada a la enfermedad mental. Cloto y Laquesis conspiran para alentarnos y este trabajo es una humilde y parca invitación (espero que no sea benévola maligna), a plantear visiones exclusivas (biológicas, psicológicas o sociales) para aproximarnos a la etiopatogenia de la enfermedad mental es un exceso fatuo, y desconocer algunas de las aristas epistemológicas del Saber sobre la Salud, Enfermedad y los Enfermos, es generar una benévola incompletud. El Poder

Médico devenido de esos restringidos y manipulados saberes, resultaran siempre prácticas y discursos estrechos, no duraderos e inmoralmemente parnasianos.

## **2. LO RACIONAL VERSUS ASOMARSE A LO SUBJETIVO O AL PRECIPICIO DE LAS ESPECULACIONES:**

La propuesta durkheimiana de plantear tipos sociales, manejo estadístico de datos nos permite asomarnos, de manera restringida (sólo positivístamente), a la enfermedad mental, pero este autor temía estudiar los hechos sociales de manera que no fuera estrictamente por constatación inmanente de la realidad percibida. Hay que saber observar, más que ver y escuchar, más que oír, pero tras estrechas márgenes de validación por la aplicación de la racionalidad. Durkheim no sólo le da una base científica a la sociología, según los requerimientos socioculturales de su época, sino que dignifica el estudio de la enfermedad mental como objeto factible de abordaje positivista, aún no sustituido; pero que continúa en primacía excesiva, reforzada después de la segunda Guerra Mundial (el positivismo es francés y se impone sobre el decaído postpositivismo alemán, aunque este fue desarrollado más antes del nazismo), y se mantiene su mayor Poder en los tiempos actuales, por razones cuestionables éticamente (sobremedicalización tecnológica de la enfermedad mental)

Las explicaciones causales actuales de la enfermedad mental están más enmarcadas en una racionalidad instrumental, acorde con las agencias biológicas y psicológicas predominantes en los actuales momentos. No se ha dejado de reconocer lo social, que se evidencia en el crecimiento de la psiquiatría comunitaria, pero se descuida la sociología

psiquiátrica y su importancia para encontrar un mayor conocimiento del papel de lo sociogénico en la enfermedad mental, más allá de investigación epidemiológicas positivistas e implementación de programas de Salud Mental de corte funcionalista.

Las explicaciones de la socio génesis de la enfermedad mental, en algunos antipsiquiatras sonaron tan estridentes, ideológicas y especulativas, que fueron injustamente objeto de mofa y desdén, en toda su totalidad, por la psiquiatría convencional, sin detenerse a reflexionar sobre que, los conocimientos existencialistas, fenomenológicos y hermenéutica husserliana y heideggeriana, podrían ser aprovechables para beneficio psicoterapéutico, contribución epistemológica a la sociogénesis, mayor conocimiento sobre la relación médico-pacientes y el sentido de la vivencia de los enfermos, etc., en relación al enfermo mental y sus vivencias de enfermedad. Comprender es Saber, y Comprender es Explicar desde la subjetividad. Esto sin necesidad de arrojarnos heideggeriano pero místico, a un precipicio nihilista, psiquiatricida. La ambición de cada agenda del Saber y Poder Médico: lo biológico, lo psicológico y lo social se entrecruzan los hilos del destino, de manera spenceriana, a quienes se atrevieron a ensanchar sus horizontes del Saber, incluso siguiendo los derroteros más cuestionables o los atajos de salidas adelantadas para obtener una rápida aceptación social, mientras otros saberes, tal como la sociología, que se inicia primero en su interés por las enfermedades mentales y queda paralizada en el camino, quizás por comer, la manzana de la discordia y la racionalidad económica que impera en disposición diferencial para las disciplinas del Saber, cual tonta Blancanieves. Vayan nuestros deseos para que Blancanieves se despierte sin dejarse engañar por falsos príncipes (enmascarados por el capitalismo de la industria

farmacológica). Y por cierto, Eris (diosa de la discordia y la envidia) es medio hermana de las Parcas, según Hesíodo.

## **V. LOS RETORCIDOS HILOS DE LOS HIJOS DE ÁTROPOS:**

### **LO NOMOTETICO (SE ANUDAN LOS HILOS):**

#### **1. TODOS QUIERE NEGAR LA EXISTENCIA DE LA ENFERMEDAD MENTAL:**

Si no existe la enfermedad, no existe el tratamiento. Esto en el discurso de un paciente representa un mecanismo de defensa inefectivo, la negación. En boca de psiquiatras, suena simplista y pueril, y por lo tanto, los antipsiquiatras se convirtieron en blanco fácil de deslegitimización, lo cual no fue desaprovechado por los psiquiatras conservadores, defensores de las prácticas terapéuticas ortodoxas indefendibles y que eran el objeto de las críticas de los psiquiatricidas. Cuestionaban un sistema de maltrato y abandono del enfermo, donde la psiquiatría se aferraba a sus presas para validar su Saber y Poder, y no para curar, las prácticas terapéuticas hasta los sesenta o setenta del siglo XX, tenían poco alcance de efectividad. Sin embargo, se sobrepuso la razón y sensatez, la violencia es siempre inaceptable

Todos los antipsiquiatras quieren proteger a los enfermos, pero en un exceso afán libertario y paternalista hacia los hijos de la locura, se plantean cada uno por su parte, y en consenso general, la negación de la existencia de la enfermedad mental. Laing, quiere deslastrarlo de la etiqueta médica, para reetiquetarlos de “inseguros ontológicos”, que requieren nuevos tratamientos morales, de carácter más humano, con niveles mínimos de coerción que contrastaban con fomentar prácticas anómicas e inmorales. La negación de Laing y Cooper de la necesidad de mejorar la comunicación familiar y proponer, mas bien, la muerte de la familia como grupo primario de apoyo, no podía recibir ningún tipo de consideración piadosa de la sociedad, el Saber y Poder Psiquiátrico establecido y el proveniente de ninguna otra disciplinas del conocimiento

Esta negación de la enfermedad mental termino siendo una mala salida para los maltratados enfermos. Ptovocaría una caída vertiginosa al vacío epistemológico, sociológico, existencial y asistencial médico. Las buenas intenciones no aseguran el éxito de las estrategias implementadas, si no se sustenta sobre una base de racionalidad humana y ética. Una cosa es desestigmatizar a los seres humanos que padecen una enfermedad y promocionar un mejor trato o tolerancia social; y otra cosas es salvarlo de la maniafobia social des-patologizándolo de manera irresponsable o con fines utilitarios ideológicos (marxistas (Cooper, Laing y Basaglia) o ultraliberales económicos, (Szas) Basaglia más consciente o precavido, difiere la negación de la enfermedad mental en la lucha democrática reivindicadora de los enfermos mentales, pero no en su trabajo intelectual

**2. DEPONER UN MITO O SIMBOLO NOMINAL, PARA SUPLANTARLO POR OTRO EQUIVALENTE. LO EFECTISTA COMO ESTRATEGIA DE**

## **INCORPORACIÓN DE NUEVAS TEORIAS SOCIOGENICAS DE LA ENFERMEDAD MENTAL**

Las incesantes denuncias de la violencia psiquiátrica y la reificación del enfermo y enfermedad mental, motiva a que ciertos psiquiatras, aparentemente llevados de buenas intenciones filantrópicas, traten de negar la existencia de la enfermedad mental ¿Ingenua iniciativa para liberar del maltrato psiquiátrico hospitalario refrendado por la sociedad y el estado indolente que pretende deshacerse de sus obligaciones de brindar ayuda y asistencia humanitaria?

La crítica reflexiva siempre constituye un elemento dinamizador de las actividades sociales, profesionales y científicas; pero puede conllevar a que los nuevos proponentes sean devorados por las redes de poder del sistema social empoderado al que atacan o hacen reclamos sociales, profesiones y científicos. . La antipsiquiatria fue devorada por Saturno (dios del Poder); ya que si este dios se había atrevido a la teofagia de sus propios hijos, ¿Por qué no practicar la antropofagia de los antipsiquiatras, con mayor vulnerabilidad para ser digeridos? La historia ya nos ha dado ejemplos de cómo un sistema menor en poder, que intenta sustituir a un sistema más poderoso, es subsumido por este, a partir de los pedazos asimilables, para reconstruirse de manera mejorada o agrandada ponderalmente. Por ejemplo, nada permitió más a la Iglesia Católica en su renovación político-administrativa, ética y teológica, que el movimiento de reforma protestante. Sin embargo, a veces ocurre un proceso mitótico social que renueva el sistema viejo y permite surgir a un sistema nuevo, ambos elevados en Saber y Saber. Por ejemplo, los protestantes tuvieron más suerte que los antipsiquiatras; ya que el sistema capitalista de

los países anglosajones los absorbió con mayor facilidad, quizás gracias a que solían emplear un discurso motivador teológico a favor de la ergofilia (el trabajo y el capitalismo los pone más cerca de Dios); y porque la renovación de cuestiones teológicas revisten un carácter dogmático e intangible intercambiable con mayor factibilidad, por lo menos más desde los últimos siglos. ¿Cómo saber cuáles dogmas son más verdaderos? En cambio las propuestas antipsiquiátricas revestidas de argumentos especulativos existenciales, mitológicos, ideológicos cuestionadores (que atacan al capitalismo o favorecen el liberalismo), o teñidos de ingenuidad ética radical; son más probables de ser arrollados por resultados de una tecnología biomédica y psicosocial mejor sustentadas por asideros positivistas y postpositivistas, respectivamente. Además los discursos psicosociales suenan menos especulativas, no místicas y de una racionalidad hermenéutica más confiable. Todo esto le brinda una base epistemológica de anclaje más fuerte de aceptación en las ciencias naturales y sociales, respectivamente; y también repercute el uso de estas intervenciones médicas más rentables que las costosas, repetitivas y longevas hospitalizaciones psiquiátricas, Esto último le termino de dar la confirmación bendecida por el dios Pluto (dios de la Riqueza) y protector del Capitalismo. ¡Psiquiatras del mundo permaneced unidos a las dos brujas Parcas mencionables (Cloto y Laquesis)! No se dejen persuadir jamás por la hades innombrable (Átropos) o perderán el Poder que han sabido entretejer por la expansiva extensión del Saber hasta lograr diluir un pasado bastardo, deshumano, y ceniciento; que fue el destino fraguado por la nefasta “Poros” (diosa de la pobreza y la exclusión), una falsa Parca. Como respuesta diacrónica, la psiquiatría ha crecido hilvanando hilos de corte positivista y postpositivista, para transformarse en una especialidad médica, con asideros biológicos, psicológicos y sociales irrefutables. Su naturaleza híbrida no la hace más cuestionable, sino que aumenta su Saber y Poder, no

sólo en el ámbito pragmático, sino en el campo epistemológico de las ciencias naturales y sociales. Por lo cual, pueden diagnosticar y tratar, como los demás médicos; evaluar e intervenir los factores psicosociales intervinientes, al lado de los psicólogos, sociólogos y médicos comunitarios, claro está, en su pertinente nivel operativo de cada ámbito del Saber. Pero además se nutren en su formación de teorías biológicas, psicológicas y sociales y requieren de la realización de investigaciones de énfasis positivista, postpositivista o mixto, de manera más ineludible e inmediata que las otras disciplinas médicas. Por lo tanto, en los tiempos contemporáneos más que hablar de que los antipsiquiatras son médicos psiquiátricos, se habla de que son “psiquiatras antimédicos” en posible fase de extinción.

### **LO IDIOGRAFICO (SE SEPARAN LOS HILOS):**

#### **1. LOS PAJAROS DODO EN BUSQUEDA DE LA “EPOJE PERDIDA”: DESDE EL NIHILISMO EXISTENCIAL HASTA NIHILISMO EPISTEMOLITICO:**

No eran sólo propuestas de reducción de centros hospitalarios o transformación del quehacer psiquiátrico hacia las comunidades terapéuticas de Maxwell Jones (Escocia) y Franco Basaglia (Italia) conllevaba también a la liberación de etiquetas, como nuevos “Adanes prestidigitadores”, es decir, que todo lo que se nombre de manera distinta, es ahora algo no sólo diferente sino diametralmente distinto a lo que era o como era tratado.

Pero, a diferencia del italiano, los antipsiquiatras ingleses y otros escoceses (Estearton y Laing), proponen nuevas denominaciones de carácter existencialistas “inseguridad ontológica”(Laing) o microsociológicas “victimas del doble vinculo comunicacional familiar” (Cooper); que pueden ser reivindicados socialmente, no sólo al negar toda connotación patologizante, sino también a través de la propuesta de un proceso mítico de elevación a una instancia de existencia más sana, subsumida por el entorno social (efecto proselitista social) y , por el sólo mérito de un proceso individualista extremo y enajenante, que le permite alcanzar el yo verdadero y desencarnarse del yo falso que lo mantiene atado a un yo falso. Todo este proceso se logra por medio de “viajes místicos” espontáneos (accesos psicóticos) o inducidos por estupefacientes (Laing), o fomentando la promiscuidad, abandono de la familia, lo que llevaría a la destrucción social de la necesidad de integrarse en familias, fuente de todas las patológicas mentales (Cooper)

## **2. ABAJO EL CONTROL SOCIAL:**

Mientras, Basaglia lucha por la desinstitucionalización psiquiátrica, va entretejiendo la creación de alternativas de asistencia psiquiátrica, con el riesgo de que se forcé una normalización de la enfermedad mental como efecto contrapuesto a una reificación excesiva que ha venido sufriendo desde la era del positivismo. El efecto de reducción del control social no sólo resta parcelas de Saber y Poder Psiquiátrico ortodoxo y convencional hasta ahora, sino que se reestructura en relación a la práctica psiquiátrica, un nuevo Poder, con nuevas y sutiles formas de conformación de los dispositivos sociales de coerción, que le permita el control social, núcleo principal de todo Saber y Poder disciplinario. De hecho, Basaglia confiesa en su artículo “Conversaciones: a propósito de

la nueva ley 180” en 1980, que en su lucha política anti-institucional, tuvo que decidir entre escoger seguir la lógica de un consenso de sus colegas para decidir los cambios, o seguir la línea lógica de confrontación contra prácticas medicas vetustas e inhumanas (Basaglia, como es citado por Colucci y Di Vittorio, 2006, p 81). Además, las comunidades terapéuticas se pueden convertir en medios de control social y político, que técnica de curación científica, si se exagera su utilización de control de las desviaciones. Otra paradoja de la psiquiatría, liberando a los condenados, se les encadene mucho más. Nueva trampa de Átropos, ya que la libertad de las comunidades es un don otorgado por la psiquiatría democrática y no producto de una lucha de los pacientes

La psiquiatría fenomenológica existencial y las comunidades terapéuticas pueden ser un époje de las técnicas de asistencia psiquiátrica, mientras se desarrolla las luchas sociales contra el capitalismo, pero pueden enquistarse en el tiempo como novedosas formas de control social dentro de un sistema donde impere un capitalismo avanzado, con el beneficio de reducir costos económicos para el Estado

Se remeda la explotación clasista de un estado y sociedad indolente (macrosocial) político como mediador del control y orden social, el descuido o desasistencia humanitaria de los pacientes, la acción delimitadora psiquiátrica entre lo normal y enfermedad, etc.

## **V. LOS HILOS RETORCIDOS DE CLOTO, LAQUESIS Y ÁTROPOS**

**LO NOMOTÉTICO (SE ANUDAN LOS HILOS):**

## **1. PLANTEAMIENTO DE MODELO SOCIOLOGICO EXCLUSIVO PARA EXPLICAR LA GENÉISIS DE LA ENFERMEDAD MENTAL:**

Todos los autores revisados en el presente trabajo, coinciden en determinar un origen fundamentalmente social de la enfermedad mental. Durkheim desecha lo psicológico y subestima lo biológico en la génesis de la conducta psicopatológica y enfermedades mentales. Estas constituyen hechos sociales, que son causadas por otros hechos sociales y solamente por la vía positivista, será demostrable la asociación causal. Para Foucault, aunque no niega las influencias genésicas biológicas y psicológicas, no las trabaja a profundidad; ya que se queda eclipsado al analizar arqueológicamente el gran archivo de la historia, y develar las verdades de cómo nos constituimos en sujetos del conocimiento y del poder, con lo cual surge la construcción de nuevos saberes y dispositivos de Poder para mantener un control social, sobre los otros, sobre todo los más marginados y excluidos, los enfermos mentales.

Los antipsiquiatras también refieren que la enfermedad mental es un producto social de los problemas comunicacionales intra-familiares, que a su vez, homologan las estructuras sociales de opresión capitalista sobre los improductivos. Por eso, suelen plantear como solución, el compromiso y la praxis política, la desintitucionalización y desmantelamiento de la celestina psiquiatría, que atiende intereses de poder económico y no al enfermo, Szas es una excepción, en cuanto a que niega de manera absoluta a la enfermedad mental, pero no para lograr su libertad sino para deshacer al estado y la sociedad de todo compromiso con los enfermos mentales, convirtiéndolos en parias del destino, su propuesta termina

siendo psiquiátrica de la disciplina, de la enfermedad mental y de los enfermos. No plantea lucha sino abandono

Todos estos autores coinciden en que consideran a lo social como principal causa que origina la aparición de la enfermedad mental. Durkheim se interesa también por la frecuencia de los casos y se los adjudica a factores sociales, tal como nos lo ejemplifico en su obra “El Suicidio”, a través de establecer cuantitativamente, la presencia de relaciones entre hechos sociales que generan las conductas desviadas no criminales, conductas psicopatológicas. El resto de los autores realizan el abordaje de la sociogénesis de la enfermedad mental desde una perspectiva postpositivista: psicología y filosofía existencialista, metodología fenomenológica hermenéutica y análisis arqueológico de las prácticas discursivas.

Todos los autores estudiados, excepto Durkheim, critican férreamente a la psiquiatría, en su doctrina y práctica, culpabilizándola de contribuir y perpetuar la sociogénesis de la enfermedad mental, por los maltratos, abusos, confinaciones innecesarias y satisfacer la necesidad alterofóbicas de la sociedad, la familia y el sistema de Poder que se ha caracterizado por el rechazo de los enfermos mentales y otros marginados. Esto los lleva a tratar de rechazar toda la estructura (hospitalización, taxonomías médicas, propuestas terapéuticas, etc.) y superestructurales (explicaciones psicologicistas o biologicistas de la etiología de las enfermedades mentales, la fenomenología clínica no existencialista, las intenciones de ordenación de las conductas por medio de la represión, etc.) de la psiquiatría.

También coinciden todos estos autores, en que la sociogénesis de la enfermedad mental proviene de la influencia de la sociedad, a través de la conformación del Saber y Poder sobre el conocimiento médico, del poder subrogado del sistema político y social imperante y de la familia alienada a él, y hasta de la determinación verificable de la relación causal de hechos sociales y enfermedad mental. El denominador común de todas estas propuestas teóricas es rechazar la visión psicosociologicista, más planteada por la Escuelas de psicología social de Chicago (Williams Thomas, George Herbert Mead, John Dewey, etc.), Estudio de la Imitación (Gabriel Tarde), la Psicología de las Masas (Gustavo Le Bon), la Teoría Evolucionista Social (Herbert Spencer), Las Bases Psicosociales de las Relaciones Interpersonales (Charles Horton Cooley) y la Teoría de Psicología Cognitiva Social (Albert Bandura), los abanderados del otro lado de la moneda para estudiar la psicosociogénesis de la conducta desviada socialmente no criminal y psicopatológica. Hasta Foucault, que tuvo un inicial extravió psicosociológico, rectifica y avanza hacia explicaciones más sociopsicológicas. Más bien, nos muestra una visión sociopsicológica de la sociogénesis de la enfermedad, no es la suma de las acciones, pensamientos y sentimientos de cada uno de los individuos, sino la acción agelicista del grupo social sobre los individuos, sobre los más vulnerables socialmente. Lo social demarca lo individual

## **2. TODOS CONTRA LA VIOLENCIA PSIQUIÁTRICA**

La psiquiatría hasta mediados del siglo XX se muestra cansada, indolente y resignada a una práctica punitiva, poco exitosa, y nunca legitimadora de salir de una posición resignada pseudopositivista, que no termina de hacerle alcanzar la posibilidad de una

validación científica completa. Esto acompañado de prácticas vetustas, crueles, frustrantes y deshumanizadoras: torturas, tratamientos riesgosos, taxonomías que no conllevan a encontrar tratamientos más específicos, asilos hospitalarios recurrentes o de por vida. En fin, los psiquiatras o médicos mentales son meros albaceas de la locura interminable e incontrolable del mundo. La antipsiquiatría renueva el interés abandonado por la psiquiatría hasta mediados del siglo XX, al concientizar a sus profesionales de la necesidad de una práctica médica más digna y respetuosa de los derechos humanos de los pacientes. A esto se une el mayor y expansivo desarrollo del discurso en pro de los Derechos Humanos, que ocurre después de la Segunda Guerra Mundial y la evaluación ética y legal programas genocidas alterofóbicos (xenofóbicos, homofóbicos y maniafóbicos) perpetrados por los nazis. Este nuevo y esperanzador discurso es revitalizado en muchas áreas del quehacer humano (educación, libertades políticas, sociales, asistencia médica, prácticas de investigación en humanos y animales, etc.). Quizás, la psiquiatría fue el último rincón de la Medicina en operativizarse estos progresos éticos y tecnológicos, siendo innegable que la iniciativa reclamativa, reivindicativa e incisiva de la antipsiquiatría para deponer tratamientos biológicos obsoletos y iatrogénicos (lobotomía, insulino-terapia, etc.); lograr una mayor motivación para que la psiquiatría renovara tratamientos psicofarmacológicos con un aumento de la disponibilidad y acceso a psicofármacos con efectos terapéuticos mayores y menores efectos deletéreos. Todo esto constituye una contra-reacción de la psiquiatría a la antipsiquiatría.

Para la década de los 50 y 60, no era posible seguir legitimando el horror carcelario de los asilos psiquiátricos e incipientes avances farmacológicos con estrechos efectos de beneficio terapéutico y alto margen de exposición a efectos deletéreos iatrogénicos. Es

bueno recordar que Jean Delay (1907-1987) y Phillippe Deniker (1917-1998), a penas, habían iniciado la psicofarmacología con la síntesis de un antipsicótico en 1952, la clorpromazina. Y los pacientes estaban sometidos a prácticas bárbaras “tranquilizadoras” que podían ser letales o generar déficit cognitivos irreparables (electroshock sin pre-anestesia o de manera masiva, lobotomías y shock insulínico, inyecciones dolorosas de terpeno para inducir shock neurogénicos, etc.)

Foucault no escapa a este desencanto, había trabajado como psicólogo, en sus primeros años de ejercicio profesional como psicólogo, en esta primera unidad de investigación psicofarmacológica. Sin embargo, aunque deploraba la práctica anticuada psiquiátrica y sospechaba (siempre capcioso) que los avances psicofarmacológicos al igual que el psicoanálisis podían constituirse en nuevos dispositivos sociales de control social a favor del crecimiento del Saber y Poder psiquiátrico, manteniendo frente al hombre y su enfermedad una extremista posición ordenadora a nivel psicologicista o biologicista, sin preocuparse por la subjetividad y humanidad del enfermo. Foucault amaba la epistemología, no le gustaba que lo consideraran antipsiquiátrica, pero los apoyaba en sus luchas sociales pro enfermos mentales y su libro “Historia de la locura en la época clásica”, lo convierte en una musa inspiradora del movimiento antipsiquiátrico. Puede que su racionalidad humanista y ponderológica no pudiera asimilar la antipsiquiatría, pero sí su corazón las ansias antipsiquiátricas contra una violencia indebida. Simone de Beauvoir (1908-1986), escritora existencialista, que en su novela “Una muerte muy dulce” (1964), donde nos habla de la muerte de su madre, refiere que la muerte siempre es una violencia indebida aún cuando este anunciada. Pero no sólo la muerte, esta y la locura son destinos

indebidos y saturados siempre de violencia indebida, aunque uno no escoja ser loco o muera de manera literalmente violenta

### **LO IDIOGRAFICO: (LOS HILOS SE SEPARAN)**

#### **AUMENTO CALEIDOSCOPICO DE LA BASE EPISTEMOLOGICA DE LA SOCIOGENESIS DE LA ENFERMEDAD MENTAL:**

El conocimiento sobre las enfermedades mentales se ha ampliado, tanto en la vertiente sociogénica de la enfermedad mental, como el recorrido teórico realizado nos lo ha dejado ver, desde las explicaciones más clásicas y convencionales de Durkheim, las delatadores de la filantropía altruista sociogénica de la enfermedad de Foucault, hasta las estridencias destempladas y denunciadoras de la violencia familiar, social y de la disciplina psiquiatría, como causales sociales de la enfermedad mental. Pero no se debe descuidar el seguir hilvanando y desenredando los hilos de las nefastas Parcas. Podremos no detener a estas diosas, pero hay que seguir conociéndolas para poder enfrentarlas mejor.

La teoría de Durkheim es una teoría del orden moral social (Moya, 1970, como es citado por Coller, 2007, p 109) pero comparte con Foucault la esperanza de que las ciencias sociales pueden contribuir a resolver los problemas sociales, aunque este último lo hace desde la protesta y el reclamo de que se reestructuren las relaciones entre el Saber y Poder, al desenmascarar los dispositivos de Poder que atropellaban al hombre con supuestos intereses altruistas, cuando en verdad se sustentan en utilitarismo poderológico.

A pesar de que Foucault desconfía de que la vinculación benévola altruista entre el Saber y el Poder se defina éticamente de manera definitiva, sospecha de la creación incesante de nuevos intereses no humanitario, le da cierta cabida a las mejoras de trato social, pero nos anima a no deponer la lucha. Durkheim es más confiado del progreso, aunque no niega la posibilidad de la posibilidad infinita de emergencia de situaciones de efervescencias sociales por falta de reglamentación, exceso de individuación y reducción de la regulación social, nos lleve a la anomia social, la cual siempre podremos superar a través de los ajustes de la división del trabajo social adaptativas a las nuevas exigencias sociales, que devienen en mayor solidaridad social. Los antipsiquiatras hicieron el reconocimiento social y plantearon una lucha en pro de la libertad de los enfermos, cristalizada hoy en la psiquiatría social, enriquecieron la matriz epistémica de la sociopsicológica en relación a la enfermedad mental, al igual que Foucault y Durkheim, y nos muestran un panorama teórico por concluir, un mayor enriquecimiento caleidoscópico de la sociología psiquiátrica, la cual aunada a todos los esfuerzos biológicos y psicológicos realizados en la contemporaneidad para elevar calidad de vida y reclamar mayor tolerancia social para los enfermos mentales. Esto representa la mejor forma de burlarnos de las Parcas, sin dejar hilo suelto

También podemos advertir que, desde el siglo XX, la psiquiatría se ha ido legitimando, como una disciplina médica híbrida, articulada sobre una base epistemológica doble: positivistas y postpositivista, pero con una cada vez mayor exigencia de ética profesional, sobre todo después de la segunda guerra mundial. Por otra parte, el mayor abordaje de lo psicológico, el psicoanálisis y otras escuelas de psicoterapias más contemporáneas, han permitido que este apoyo este más centrado en una mayor adquisición de habilidades

sociales, asertividad, autoestima y autonomía personal, que no sólo este dirigido a los pacientes neuróticos, sino que incluya a los pacientes psicóticos y con trastornos orgánicos cerebrales, lo que hace crecer el espectro postpositivista del accionar de los psicólogos y psiquiatras en el tratamiento de las personas con trastornos mentales (extensión del Saber y Poder).

Por otra parte, se eleva también el asidero positivista médico, gracias al incremento del arsenal terapéutico biológico con alcances evidentes en un mayor grado de funcionamiento psicosocial y/o laboral de las personas portadoras de enfermedad mental, que siempre debe acompañarse de apoyo psicoterapéutico. Esto último para evitar prácticas excesivamente biologicista que abandonen al enfermo como ser humano, como por ejemplo, vigilar que los tratamientos biológicos tenga mayor seguridad en su aplicación y menos efectos mortificantes colaterales, o realizar electroschok con práctica pre-anestésica, etc.). Podemos considerar también que la Historia Clínica Psiquiátrica, a diferencia de otras historias médicas, incluye no sólo elementos positivistas (datos personales, enfermedad actual, diagnósticos taxonómicos, exámenes para-clínicos, tratamiento, etc.), sino también contiene elementos postpositivistas (verbatim literal del paciente y familiares, historia biográfica del paciente, donde se vierten datos históricos de aspectos relevantes (sociales, familiares, laborales, del desarrollo etario), que intervienen en la génesis y evolución de la enfermedad mental). Los datos clínicos registrados nos permite una aproximación positivista, universal y biológica a la enfermedad mental de corte transversal de datos proporcionados por el discurso y la conducta, bajo un enfoque sincrónico (lo nomotético) sin que debamos sacrificar la aproximación postpositivista que viene dado en la narrativa personal, abordaje psicoterapéutico, y registro fenomenológico

y biográfico de los elementos sociales y psicológicos comprometidos en la génesis, evolución y vivencias del sufrimiento padecido, bajo un enfoque diacrónico y perspectiva historicista (lo ideográfico).

La medicina no es una ciencia, es el arte de aplicar conocimientos científicos (naturales, psicológicos y sociales) en el proceso salud-enfermedad. El término medicina proviene de la diosa romana “Meditrina” que se identifica con la diosa griega Yaso (diosa del arte de la curación) La psiquiatría (etimológicamente significa medicina de la mente o alma) no es una ciencia, es una disciplina médica, quizás la de mayor tenor híbrido en su naturaleza; ya que no requiere sacrificar o subestimar lo que proviene de las ciencias psicosociales para que reluzca lo devenido del campo de las ciencias sociales. Más bien, hacer esto representaría su propia reducción epistemológica, ética, social y científica. Sin dejar de considerar que sigue siendo una tentación, de los tiempos actuales mercantilistas y tecnocráticas, actuar como biologicista a ultranza. Pero un abordaje biológico no sólo se requiere para cumplir intereses epistemológicos para obtener una validación social y científica; sino que representa estrategias que se han mostrado eficientes en la práctica psiquiátrica y mejoría biopsicosocial de los enfermos mentales. Esto debe ocurrir siempre, sin negar las vertientes psicosociales y sociopsicológicas que nos permiten comprender, explicar y evitar la reificación de la enfermedad y el enfermo. Esta perspectiva biopsicosocial que es aplicable a todas las áreas de la Medicina, es aceptada pero no necesariamente llevada a la práctica. Esto suele ocurrir porque, algunos médicos prefieren, dejarse llevar por cantos de sirenas mercantilistas que llevas puras notas capitalistas y pocas éticas; y por motivaciones biologicistas extremas no confesadas; o la simple comodidad de dejarse llevar a una prescripción inmediata. Seguir este fariseísmo

médico representará, ir en retroceso al retomar el modelo biomédico, que debería ser ya totalmente superado por el modelo biopsicosocial; constituyendo además un atentado epistemológico contra la naturaleza originaria de la psiquiatría al abordar como objeto de estudio, lo que está revestido de mayor intangibilidad, la mente, que sólo podrán aproximarnos por medio de un abordaje holístico: clínico, psicosocial, ético y humano.

Las Parcas son las diosas del destino y como bajo su égida también se encuentra el proceso salud-enfermedad, podrían considerarse metafóricamente como deidades de la nosografía y taxonomía médica. Cloto genera los hilos iniciales del destino, caminos genéticos hereditarios y alteraciones cromosómicas inoportunos, que cada vez los investigadores biomédicos intentan descifrar. Laquesis devanea los hilos y construye avatares sintomatológicos específicos susceptibles a ojos y oídos muy prestos a ser asignados a categorías nosográficas, pero también se entromete en los elementos cualitativos de la enfermedad y salud, en los sentires y pareceres, vivencias del dolor y sufrimiento, hoy llamados factores psicosociales asociados a condición médica. Átropos, la verdad sólo le guste ponerle el final a los seres humanos, hundirlos en demencias irreversibles o darle salidas mortuorias. Ella es traviesa y por eso estimula salidas nihilistas a nivel epistemológico de la psiquiatría, pero al final no tiene mayor cantidad de fuerza para oponerse a las hacedoras incansables del destino que son sus hermanas. Quizás el desconocimiento sobre epistemología de esta última diosa; ya que siendo la más vieja es desafortunadamente la más deficitaria cognitivamente, le gusta el trabajo más simple y psicomotor, cortar hilos del destino. Quizás de ahí vengan todo lo confuso y bizantino de la antipsiquiatría como propuesta epistemológica y confusa

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM V-5TM). Washington D.C, United States. Disponible en: <http://displus.sk/DSM/subory/dsm5.pdf>

Anónimo (2000). Himnos Órficos. Barcelona, España. Editorial Gredos. Colección Básica Gredos. Himno CIX, 2, p 134.

Apolodoro (2002). Biblioteca. Madrid, España. Editorial Gredos. Colección Biblioteca Básica Gredos. Traducción: Antonio Guzmán: a) Libro I: 6, 2, p 18; b) Libro I: 3, 1, p 8; c) Libro. I, 8, 2, p 26; d) Libro I: 8, 2, p 27

Apreda, G (2004). Epistemología y psiquiatría. Alcmeón, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica. [online]. Año XIV. Vol 11(N4). [citado 12-01-2016] Documento en línea. Disponible en: [http://www.alcmeon.com.ar/11/44/02\\_apreda.htm](http://www.alcmeon.com.ar/11/44/02_apreda.htm)

Apuleyo, L (1988). La Metamorfosis o El Asno de oro. Madrid, España. Editorial Universal. Traductor: Diego López.

Aron, R (1985). Las Etapas del Pensamiento Sociológico. Buenos Aires, Argentina. Editorial Siglo Veinte.

Baudelot, C y Establet, R (2008). Durkheim y El Suicidio. Buenos Aires, Argentina. Ediciones Nueva Visión. Colección Perfiles Claves.

Basaglia, F (1972). La Institución Negada. Informe de un hospital psiquiátrico. Madrid, España. Editorial Seix Barral. Colección Breve Biblioteca de Respuestas.

Basaglia, F; Langer, M; Szas, T; Caruso, I; Verón, E y Suárez, A (2004), Razón, Locura y Sociedad. Buenos Aires, Argentina. Ediciones Siglo XXI.

Bastides, R (1967). Sociología de las enfermedades mentales. México, México. Ediciones Siglo XXI Ediciones.

Bateson, G (1972). Doble Vínculo y Esquizofrenia. El síndrome y sus factores patogénicos interpersonales. Buenos Aires, Argentina. Ediciones Carlos Lohlé

Becker, H (1971). Sociología de la desviación. Buenos Aires, Argentina. Editorial Tiempo Contemporáneo.

Bolívar, A (2001). El Estructuralismo. De Lévi-Strauss a Derrida. Madrid, España. Ediciones Pedagógicas. Capítulo 7: Michel Foucault, arqueología del Saber. Serie Historia de la Filosofía No 32.

Campbell, T (1999). Siete Teorías de la Sociedad. Madrid, España. Editorial Cátedra. Colección Teorema. Quinta edición.

Canghilem, Georges (2005). Lo normal y lo patológico. México, México. Editorial Siglo XXI. Octava edición.

Castel, R (2009). El orden psiquiátrico. Edad de oro del Alienismo. Buenos Aires, Argentina. Editorial Nueva Visión. Colección Cultura y Sociedad.

Castro, E (2014). Introducción a Foucault. Buenos Aires, Argentina. Editorial Siglo XXI.

Castro, E (2005). La Filosofía de Michel Foucault. Buenos Aires, Argentina. Editorial Biblos. Tercera edición.

Cerda, H (1991). Los elementos de la Investigación. La Investigación Histórica. Bogotá, Colombia. Editorial El Búho.

Clinard, M (1967). Anomia y Conducta desviada. Capítulo I: Implicaciones teóricas de la Anomia y la conducta desviada. Editorial Paidós. Biblioteca de Psicología y sociología, p 15 – 63). Traducción de J. J. Thomas

Cockerham, W (2002). Sociología de la Medicina. Madrid, España. Editorial Prentice Hall. Octava edición.

Collar, X (2007). Canón Sociológico. Madrid, España. Editorial Tecnos. Segunda edición.

Colluci, M y Di Vittorio, P (2006). Franco Basaglia. Buenos Aires, Argentina. Ediciones Nueva Visión. Colección Clave.

Comte, Auguste (1984). Curso de Filosofía Positiva. Discurso sobre el espíritu positivo. Editorial Orbis. Colección Historia del Pensamiento. No 21. Barcelona, España, p 25 – 48.

Constitución Nacional de la República Bolivariana de Venezuela 1999. Disponible en: [http://www.oas.org/dil/esp/Constitucion\\_Venezuela.pdf](http://www.oas.org/dil/esp/Constitucion_Venezuela.pdf)

Cooper, D (1972). Psiquiatría y antipsiquiatría. Buenos Aires, Argentina. Editorial Paidós.. Biblioteca de Psiquiatría, Psicopatología y Medicina Psicosomática. Buenos Aires, Argentina,

\_\_\_\_\_ (1976). La muerte de la familia. Barcelona, España. Editorial Ariel. Capítulo 8: Muerte y revolución. Traducción de Javier Alfaya, p 147 - 169

Deleuze, G (1987). Foucault. Buenos Aires, Argentina. Colección Studios. Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina.

Deloyé, Y (2004). Sociología histórica de lo político. Santiago, Chile. Ediciones Lom. Serie Universitaria.

De Rotterdam, E (1999). Elogio de la Locura. Navarra, España. Colección: Grandes Obras de la Literatura Universal. Editorial Folio.

Díaz, E (2005). La Filosofía de Michel Foucault. Tercera edición. Editorial Biblos. Buenos Aires, Argentina.

Diderot, D (1983). El sobrino de Rameu. Barcelona, España. Editorial Bruguera. Traductor: Felix de Azúa

Dohrenwend, B. (1959). Egoism, Altruism, Anomie and Fatalism: A Conceptual Analysis of Durkheim's Types. American Sociological Review

Durkheim, É (1986). La División del Trabajo Social. Biblioteca Digital. Disponible en: [online]. Disponible en: [http://www.edu.mec.gub.uy/biblioteca\\_digital/libros/D/Durkheim,%20Emile%20-%20Division%20del%20trabajo%20social.pdf](http://www.edu.mec.gub.uy/biblioteca_digital/libros/D/Durkheim,%20Emile%20-%20Division%20del%20trabajo%20social.pdf) [citado 13-10-2014]

\_\_\_\_\_ (1987). Las Reglas del Método Sociológico. Buenos Aires, Argentina. Ediciones El Aleph.

\_\_\_\_\_ (1988). El Socialismo. Madrid, España. Editora Nacional.

\_\_\_\_\_ (1989). El Suicidio. Buenos Aires, Argentina. Ediciones El Aleph.

\_\_\_\_\_ (1989). Las formas Elementales de la Vida Religiosa. Barcelona, España. Ediciones Akal

Eribon, Didier (1995). Michel Foucault y sus contemporáneos. Buenos Aires, Argentina. Ediciones Nueva Visión

Eurípides (1991). Alceste. Tragedias. Vol I. Madrid, España. Editorial Gredós. Biblioteca Clásica Gredós

Ey, H; Bernard, P y Ch Brisset (1996). Tratado de Psiquiatría. Barcelona, España. Editorial Masson. Octava edición.

Foucault, M (1968). Las palabras y las cosas. Una Arqueología de las ciencias humanas. Buenos Aires, Argentina. Editorial Siglo XXI.

\_\_\_\_\_ (1979). Arqueología del Saber. México, México. Siglo XXI Ediciones.

\_\_\_\_\_ (1986). Historia de la Locura en la época clásica. México, México. Editorial Fondo de Cultura Económica. Cuarta reimpresión de Segunda Edición. Volumen I y II.

\_\_\_\_\_ (1999). Los Anormales. Curso en el Collège de France (1974-1975). Buenos Aires, Argentina. Editorial Fondo de Cultura Económica.

\_\_\_\_\_ (2000). *Enfermedad Mental y Personalidad*. Barcelona, España. Editorial Paidós Ibérica

\_\_\_\_\_ (2007). *El Poder Psiquiátrico. Curso en el Collège de France (1973-1974)*. Buenos Aires, Argentina. Editorial Fondo de Cultura Económica.

García del Pozo, R (1988). *Michel Foucault: un arqueólogo del humanismo*. Serie Filosofía y Letras. Publicaciones de la Universidad de Sevilla, p 34

García, J y Vásquez-Barquero, J (1999). *Desinstitucionalización y reforma psiquiátrica en España*. *Actas Españolas Psiquiátricas* 27, p 281 – 291.

Garrido, A y Álvaro, J (2007). *Psicología Social, perspectivas psicológicas y sociológicas*. Madrid, España. Editorial McGraw Hill. Segunda edición.

González, R (1990). *Reestructuración de la Atención Psiquiátrica: Bases Conceptuales y Guías para su implementación*. Memorias de la Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica. Caracas, Venezuela, del 11 al 14 de Noviembre. Organización Panamericana de Salud.

Gros, F (1997). *Foucault y La Locura*. Buenos Aires, Argentina. Editorial Nuevas Visión. Colección Claves.

Hesiodo (2000), *Teogonía y Escudo* Barcelona, España. Colección Biblioteca Básica Gredós. Traducción Aurelio Pérez: a) 901-906, p 77; b) 218 y 219, p 48; c) 259, p 126.

Higino (2009). *Fábulas*. Madrid, España. Editorial Gredos. Colección Biblioteca Básica Gredos. Traducción: Javier del Hoyo: a) Prefacio I, p 64; b) Fabula CLXXI, 1, p 255; c) CLXXIV: 2, 6, p 257 y 258; d) Fabula L y LI, p 80- 82; e) CCLI, p 306 y 307)

Holligshead, A y Redlich (1958). *Social Class and Mental Illness. A Community Study*. New York, United States. John Wiley

Homero (2000). *La Ilíada*. Madrid, España. Editorial Gredos S.A. Colección Biblioteca Básica Gredos No 1. En: a) Canto VIII: 1, p 68; b) Canto XXIV: 209-213, p 488; c) Canto XVI: 331-333, p 323; d) XIV: 261, p 281.

Homero (2001), Odisea. Madrid, España. Editorial Gredos S.A. Colección Biblioteca Básica Gredos. Canto VII, 195-198, p 106

Ilich, I (1975). Némesis Médica. La expropiación de la Salud. Madrid, España. Editorial Seix Barral. Colección Breve Biblioteca de Respuesta

Kaplan, B y Sadock, V (2009). Kaplan & Sadock. Sinopsis de Psiquiatría. Ciencias de la Conducta/ Psiquiatría Clínica. Barcelona, España. Ediciones Wolters Kluwer. Décima edición

Kerényi, K (1997). Los dioses de los griegos. Caracas, Venezuela. Editorial Monte Ávila Editores Latinoamericana. Serie Ideas.

Lain Entralgo, P (1969). El médico y el enfermo. Madrid España. Ediciones Guadarrama S.A. Biblioteca para el Hombre Actual.

Laing, R. D y Estertor, A (1967). Cordura, locura y esquizofrenia. Editorial fondo de Cultura Económica. México, México.

Laing, R. D (1977). Las cosas de la vida. Editorial Crítica. Barcelona, España.

Laing, R. D (1978). La política de la Experiencia. Editorial Crítica. Barcelona, España.

Laing, R. D (1982). La voz de la Experiencia. Editorial Crítica. Barcelona, España.

Laing, R. D (1987). Razón, Demencia y Locura. La formación de un psiquiatra. Editorial Crítica. Barcelona, España.

Laing, R. D (1994). El Yo dividido. Editorial fondo de Cultura Económica. México, México.

Laing, R. D (1998). El Yo y los Otros. Editorial fondo de Cultura Económica. México, México

Lemoine, E y Bosshardt, J (2006). Historia de la antipsiquiatría. Buenos Aires, Argentina. Editorial Paidós.

Levinson y Gallagher (1964). Sociología del enfermo mental. Buenos Aires, Argentina. Editorial Amorroutu.

Ley para personas con discapacidad 2003. Asamblea Nacional. [online] Disponible en: <http://www.asoquim.com/quimitips/LeyPersonasDiscapacidad.pdf> [Recuperado: 11-02-2014)]

López, J (2014). Rev Praesentia. No 15, p 1

Luque, R y Villagrán, J (2000). Psicopatología descriptiva: nuevas tendencias. Madrid, España. Editorial Trotta.

Male, E (2001). El arte religioso del Siglo XIII en Francia. Madrid, España. Ediciones Encuentro.

Marneros, A. Editorial a los 200 años de la Psiquiatría. British Journal of Psychiatry. Jun 2008, 193 (1) 1 – 3.

Martin, J y Ovejero, A (2006). Michel Foucault, un ejemplo de Pensamiento Postmoderno, A Parte Rei. Revista de Filosofía No 46 – Julio, p 1-8.

Martindale, D (1968). La Teoría Sociológica: naturaleza y escuelas. Madrid, España. Editorial Aguilar. Biblioteca de Ciencias Sociales.

Morey, M (1983). Lecturas sobre Foucault. Madrid, España. Editorial Taurus. Madrid, España. P 183.

\_\_\_\_\_ (2014). Escritos sobre Foucault. México, Mexico. Editorial Sexto Piso.

Novella, E (2009). El joven Foucault y la crítica de la razón psicológica: en torno a los orígenes de la Historia de la locura. Isegoria. Revista de filosofía Moral y Política. No 40, enero-junio, 93-113.

Organización Mundial de la Salud (2000). Guía de Bolsillo de la Clasificación de los Trastornos Mentales No 10 (CIE-10). Madrid, España. Editorial Médica Panamericana. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42326/1/8479034920\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42326/1/8479034920_spa.pdf)

Palacios, L (1949). La Ideología de Bonald. Mendoza, Argentina. Actas del Primer Congreso de Filosofía. Marzo-Abril. Vol 3, p 1728 - 1734. Disponible en: <http://www.filosofia.org/aut/003/m49a1728.pdf>

Pastor, J y Ovejero, A (2009) Historia de la locura en la época clásica y el movimiento antipsiquiátrico Revista de Historia de la Psicología. Vol 30. No 2-3 (junio-septiembre), p 293 – 299. Publicaciones de la Universidad de Valencia.

Parsons, T (1951). El Sistema Social. México, México. Editorial Fondo de Cultura Económica.

Pausanias (2000). Periegesis o Descripción de Grecia. Madrid, España. Editorial Gredos. Colección Biblioteca Básica Gredós. En: a) Libro X: XXIV, 4, p 33; b) Libro I: XIX, 2, p 22; c) Libro V, XV: 5, p 31; d) Libro IX, XXV: 4, p 26

Pérez, A. (2003). Crítica a la forma de clasificar las enfermedades mentales a través de los ídolos de Francis Bacon.. Merida, Venezuela. Universidad de Los Andes - Facultad de Humanidades y Educación - Postgrado en Filosofía; Venezuela, p. 101

Platen-Hallermud, A (2007). Exterminio de enfermos mentales en la Alemania Nazi. Buenos Aires, Argentina. Ediciones Nueva Visión. Colección Problemas Claves. Ediciones

Rahe, R. (1974). Life change and subsequent illness reports. In E. K. E. Gunderson and R. Rahe (eds.), Life Stress and Illness. Springfield, Ill.: Charles Thomas.

Ritzer, G (1999). Teoría Sociológica Clásica. Capítulo 6: Emile Durkheim. Madrid, España. Editorial McGrawHill.

Ritzer, G (2003). Teoría Sociológica Moderna. Tercera edición. Editorial McGraw Hill. México, México. Traducción de María Teresa Casado.

Roudinesco, E (eds) (1992). Pensar la locura. Ensayos sobre Michel Foucault. Buenos Aires, Argentina. Editorial Paidós. Colección Espacios del Saber.

Roudinesco, E (2007). Filósofos en la Tormenta. México, México. Sección de Obras de Filosofía. Editorial Fondo de Cultura Económica. .

Sánchez, M (1991). Arqueología del saber y verdad histórica en la obra de Michel Foucault. Madrid, España. Anales del Seminario de Historia de la Filosofía No 8. Editorial Universidad Complutense de Madrid, p 113 – 128

Sartre, J (1993). El Ser y la Nada. Ensayo de Ontología Fenomenológica. Barcelona, España. Editorial Altaya. Colección Grandes Obras del Pensamiento.

Savater, F (2010). La aventura del Pensamiento. Buenos Aires, Argentina. Editorial De Bolsillo

Shakespeare, W (1988) Macbeth. Madrid, España. Editorial Universal

Steiner, P (2003). La sociología de Durkheim. Buenos Aires, Argentina. Editorial Nueva Visión. Colección Perfiles Claves.

Szas, T (1961). El mito de la enfermedad mental. Bases para una Teoría de la Conducta Personal. Barcelona, España. Editorial Circulo de Lectores. Biblioteca Opera Mundi

Szas, T (1970). La Fabricación de la Locura. Estudio comparativo de la Inquisición y el Movimiento en defensa de la Salud Mental. Editorial Kairos.

Szas, T (1971). Ideología y enfermedad mental. Buenos Aires, Argentina. Editorial Amorroutu. Buenos Aires, Argentina,

Szas, T (1979). Esquizofrenia. Símbolo Sagrado de la Psiquiatría. Buenos Aires, Argentina. Editorial Amorroutu.

Szas, T (1999). Libertad fatal. Ética y política del suicidio. Buenos Aires, Argentina. Editorial Paidós. Biblioteca del presente.

Szas, T (2001). Nuestro derecho a las drogas. En defensa de un mercado libre. Madrid, España. Colección Compactos Anagrama.

Tocqueville, A (2007). La democracia en América. Madrid, España. Ediciones Akal. Colección Básica de Bolsillo.

Vallejo, J (2004). Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. Capítulo 3: Bases biológicas, psicológicas y sociales de la psiquiatría. Barcelona, España. Editorial Masson. Quinta edición.

Veyne, P (2009). Foucault. Pensamiento y vida. Barcelona, España. Editorial Paidós Ibérica. Colección Contextos.

Vethencourt, F (1992). Revista Sentido. Ensayo para un nuevo saber. Foucault y la postmodernidad. Sao Paulo, Brasil. Año 1, No 0 febrero-marzo 1992, p 12-16)

Zabaljauregui, H (1965). Fragmentos órficos XXXIII. Buenos Aires, Argentina. Editorial El Último Reino.