

## **Del diagnóstico a la demanda: asistencia, conocimiento y enfermedad mental\***

*Francisco Ferrández Méndez*

**Unidad de Salud Mental Comunitaria de El Ejido (Almería, España)**

**Resumen.** Tradicionalmente, la filosofía y las ciencias sociales han aportado análisis que, en salud mental, sólo se han traducido en “alternativas terapéuticas” sin verdadero espíritu crítico. Este artículo intenta pensar críticamente la práctica de la asistencia en salud mental en la sociedad actual, situándola en la perspectiva histórica que las lecturas de Foucault y la Escuela de Frankfurt permiten. En primer lugar, se intenta clarificar que la clínica ofrece un conocimiento instrumental y nada ingenuo, con vocación siempre de dominio. En segundo lugar, se plantea que la nosografía da nombre de enfermedades a hipóstasis de relaciones sociales que quedarían sin cuestionar. Por último, se ofrece una visión del diagnóstico como señuelo de consumo en la actual sociedad, por completo psiquiatrizada.

**Palabras clave:** Alienismo, Diagnóstico psiquiátrico, Enfermedad mental, Foucault, Teoría Crítica.

**Abstract.** Traditionally philosophy and social sciences offered analysis that boiled down to mere “therapeutic alternatives” when focused from within mental health works. This paper is an attempt to think today’s mental health care from a critical position, with the help of an historical perspective inspired in Foucault and Critical Theory. First I try to clarify the instrumental and non-naive character of clinical knowledge. In second place I show how nosography renamed as diseases some hypostases that hide other non-questioned social relationships. Finally I focus on diagnosis as consumption bait in nowadays absolutely psychiatrized society.

**Keywords:** Alienism, Psychiatric diagnosis, Mental Illness, Foucault, Critical Theory

---

\* El presente artículo es una versión de la conferencia pronunciada en el marco del I Seminario “Revisando la idea de locura”, que tuvo lugar en Arrecife de Lanzarote a finales de Septiembre de 2011. El texto pretende quedar a mitad de camino entre el tono abierto y amistoso de la charla que el marco del seminario favoreció y cierto rigor teórico indispensable para su publicación. Así, se ha optado por compensar con notas a pie las referencias que el cuerpo del texto omite.

## Introducción

Supongamos que por nuestra consulta asoma un hombre anodino, sin los estigmas físicos o de clase que los años de formación y práctica tecnificada nos han enseñado a motejar de «signo» antes incluso del saludo que precede a la entrevista<sup>1</sup>. Supongamos también que esa persona se sienta ante nosotros con más curiosidad que angustia y no responde al resorte que habría de poner en marcha todo nuestro aparato de saberes técnicos. Que no responde ni a la primera pregunta hipocrática, esto es, *¿qué le pasa?* Que no le pasa nada, vamos, y que no tiene realmente qué decir ni, lo que es más grave, qué pedir, con la de artilugios de que disponemos y la bien nutrida farmacopea con que la Industria nos abastece. Pues bien, esta escena, entre cómica y absurda<sup>2</sup>, nos sirve para hacer una aclaración preliminar que parece de cajón: la clínica médica no es un medio de conocimiento, sino la aplicación práctica de muy diversos saberes para diagnosticar y tratar un mal.

Debemos, sin tardar, poner sobre aviso a quien considere propias de Pero Grullo estas primeras líneas: que el médico clínico tenga por tarea diagnosticar, *reconocer* antes que conocer, podrá no tener vuelta de hoja, pero basta con observar el mundo de hoy para convencerse de lo contrario. El diagnóstico, que en la clínica médica sirve para identificar la naturaleza de una enfermedad o para diferenciarla de otra mediante la recogida de signos, da la impresión de haberse emancipado del proceso y pulular por el mundo vestido de especie natural, o peor: de *cosa en sí*. Aparentemente libres del marco en que se producen, los diagnósticos cumplen ya la sola función de atraer “usuarios” a las consultas, antes incluso de que los emita el médico. Palabras como encefalitis, esquizofrenia o carbunco parecen poseer sustancia propia o referirse a entidades existentes por sí mismas a despecho del hombre y que, aunque éste se extinguiese, seguirían agazapadas como *siendo* en potencia, amenazando su posible resurgir.

Hoy la ansiedad *existe*, como *existen* la depresión y la temible esquizofrenia. Y cualquiera puede “pillarlas” por ahí por vía aérea o venérea, o desarrollarlas porque “las tenía en los genes” o “le venían de familia”, o por un porro mal fumado<sup>3</sup>. En esta sociedad del intercambio en que los “mercados” igualan al ser con su posibilidad y a la vida con su virtualidad, ni el plato de comida de mañana existe de por sí, por mucho que aún veamos crecer las coles en los márgenes de las autovías. En esta sociedad, decimos, igual da la cosa que el concepto, la definición que la descripción, el diagnóstico que la enfermedad o que la

---

<sup>1</sup> Guardamos aún el recuerdo de cómo, durante nuestros años de universidad, se nos insistía en que el diagnóstico comenzaba por la inspección ocular, “desde el momento en que el sujeto entraba a nuestra consulta”. La hipomimia podía orientar a un diagnóstico de Parkinson, y un rudo apretón de unas manos de menstrual, hacia una enfermedad ligada a su profesión.

<sup>2</sup> “Cómico” sería, en todo caso, el diálogo a que pudiera dar lugar el encuentro entre estos personajes. La escena es absurda, de hecho, porque no hay visita al médico que no parta de una demanda propia o ajena, como veremos.

<sup>3</sup> La crítica más conocida al “mito” de la enfermedad mental en tanto oculta lo que no es otra cosa que una relación entre hombres (médico y paciente) mediada por una determinada ideología, es quizá la de Thomas Szasz (cf. Szasz, 1973; 1976). Aunque en esta introducción su eco parezca resonar en exceso, deseamos desligarnos cuanto antes del resto de sus posiciones, que no tendremos empacho en calificar de radicalmente *liberales*. No podemos compartir, insistimos, su aversión a un Estado con capacidad de decisión en cuestiones de salud, ni la propuesta de una suerte de “contrato de obra” entre psicoterapeuta y paciente como única alternativa en cuestiones de salud mental.

causa. Tal es el trasiego mercantil que hoy manosea el pensamiento que su valía parece poder medirse sólo en su capacidad de trueque. El mundo existe por su reproductibilidad, y es su valor de cambio lo que lo hace a las cosas cognoscibles. En nuestro ejemplo, el extraño sujeto que nos visita no trae aquello que tradicionalmente llamábamos “motivo de consulta”. Y es que hace tiempo que no nos pertenece. Ni el médico puede reconocer una queja que no está codificada, ni el enfermo expresarse en otros términos que los que les presta la publicidad del medio técnico, y que lo remiten directamente a algún tipo de “profesional”. Con la espuria naturalización del diagnóstico en forma de enfermedad independiente del sujeto y de su interlocutor, sea médico, amigo o vecino, y con su puesta en circulación como señuelo de diversos objetos de consumo, nos han robado lo más precioso: las palabras para decirnos, para describir nuestros bienestares o malestares. En el colmo de la especialización del trabajo, se nos ha dictado a dónde dirigir cada inquietud: “eso es más de psicólogo”, “eso lo llevan mejor los homeópatas”, “vete a un abogado” o, más en general, “háztelo mirar”.

En cuanto a la locura, ni sabemos ni creemos posible saber a estas alturas qué diablos era antes de que, bajo los más diversos marchamos, entrase a formar parte del patrimonio de la medicina. Su verdad nos ha sido expropiada y ya sólo podemos hablar de una locura psiquiátrica. Entre otros males, la razón occidental padece el de no poder siquiera desvariar, escapar de sí misma o enloquecer más que por los caminos trillados de esta locura médica, que acaban por devolverla a un lado u otro de una norma. Pues bien, en las próximas páginas pretendemos hablar de la desaparición de aquella “locura” con la llegada del concepto de enfermedad mental<sup>4</sup>. Para ello intentaremos mostrar en primer lugar en qué divergen los orígenes de la clínica médica y la clínica psiquiátrica: qué es para cada una lo “dado” y cómo lo entienden y clasifican. A continuación intentaremos recordar dónde se encontró la psiquiatría con sus primeros locos, cómo llegó hasta ellos y de qué manera amplió su campo de acción hasta abarcar toda la sociedad. Por último, plantearemos el diagnóstico en psiquiatría como práctica privilegiada de un proceso de “colonización” de la sociedad, en el que pasa de ser respuesta a ser origen del malestar, situación que nos parece animada por muy otros intereses que la búsqueda de la felicidad humana<sup>5</sup>.

---

<sup>4</sup> Para Foucault (1967), “la locura se convierte en una forma relativa de la razón” (p. 53) o “en una de las formas mismas de la razón” (p. 58). Pero nosotros estamos lejos de su pretensión de despertar la que creemos inútil nostalgia por una “locura trágica” cuyo rastro se perdió con la modernidad (p. 48) y entregarnos a su discernimiento. Antes bien, preferimos no olvidar que locura y enfermedad son, a día de hoy, indisolubles, y por ello sólo nos ocuparemos de aquellas “locuras” que lo son por haber sido “identificadas” por cualquiera de los agentes capaces de hacerlo en nuestra sociedad. Veremos, más adelante, cuáles son estos “agentes”.

<sup>5</sup> Vaya por delante, pues, que no se pretende hablar aquí de la *existencia* de la enfermedad mental, debate tan teñido de intereses que no acabaría nunca, sino de su existencia fáctica en la forma en que hoy se nos presenta, es decir, de su *existencia* necesariamente *médica*: como diagnóstico. A propósito de catarras, virus, enfermedades y causas, y con infinita mayor gracia, vino a decir lo mismo el recientemente fallecido Agustín García Calvo (1996): “Existir, sólo existe Dios, y lo demás son malas imitaciones. Pero aquí no estamos tratando asuntos metafísicos, sino cuestiones prácticas, de política y de salud” (p. 21).

### **Lo normativo y lo patológico. Tratar como forma de conocer. El problema de la psiquiatría.**

Decíamos que la medicina clínica no es una disciplina de conocimiento, sino un conjunto de acciones destinadas a restablecer la salud<sup>6</sup>, dependiente de la ciencia y filosofía de su tiempo y productor a su vez de nuevos saberes<sup>7</sup>. Hasta la llegada de la ciencia moderna el médico parecía confiar aún en la naturaleza, y atendiendo a la idea hipocrática de armonía entre macro y microcosmos, entre el ser humano y su medio natural y social, dedicaba sus mayores esfuerzos a ayudar al paciente en crisis, promoviendo la acción de potencias curativas que suponía presentes en todo sujeto enfermo<sup>8</sup>. Potencias que incluyen fiebres, sudores, estornudos o vómitos tanto como el calor y el afecto de la comunidad o los recursos de su medio ambiente<sup>9</sup>. Era ésta, sin duda, una actitud clínica mucho más respetuosa con la autonomía del paciente que la que adoptará la medicina moderna, en la que el avance de los saberes técnicos y la confianza en la predicción científica permitirán toda una serie de intervenciones profilácticas, curativas, rehabilitadoras, etc. Con la llegada de esta otra medicina, hija del empirismo inglés, capaz de explicar y predecir como la nueva ciencia, el médico esperará que la razón acabe por esclarecer no ya las fuerzas agonales enfrentadas en la crisis, sino cualquier momento del proceso patológico, pasado o futuro, aspirando a determinar su origen, curso, evolución y pronóstico. Y en ausencia de patología, hasta definir los rasgos propios del estado de salud. Sin embargo, decíamos que la clínica no es un medio de conocimiento, y por cuanto depende de los hechos recogidos en el ejercicio de la cura, esa mezcla de prácticas y saberes tiene un origen ambiguo. No es el campo del filósofo o el científico, que se hacen preguntas y pretenden ordenar el caos, sino el campo práctico de un trabajador con una función social dada, aquél a quien alguien pregunta algo porque éste ha tomado ya posición: la de intentar sanar con los medios a su

---

<sup>6</sup> Si admitimos la crítica a la ciencia moderna en tanto ésta cumple tendenciosamente su “tarea de producir los fenómenos y objetos que desea observar” (Arendt, 1993, p. 311), cuando se trata del hombre, la denuncia de Arendt y de la Escuela de Frankfurt de la violencia implícita en el mismo acto del conocer es aún más pertinente (las referencias clásicas a este respecto son, claro está, la *Dialéctica de la Ilustración*, de Adorno y Horkheimer, y la *Crítica de la Razón Instrumental*, del segundo, cuya referencia se reseña en la bibliografía final. Para el lector resultará quizá más asequible recurrir a un meritorio trabajo que resume con claridad este problema a propósito de las ciencias sociales (De Cambria Bassols, 1982, pp. 53-64). Pues bien, esta denuncia no será menos crucial a propósito de la medicina, puesto que al conocer seguirá el *tratar* en alguna de sus formas (prevención, tratamiento, rehabilitación). De ahí la urgencia en señalar el carácter instrumental del conocimiento médico: por la sola posibilidad de que esa doble violencia esté, de hecho, sometiendo al objeto de su práctica.

<sup>7</sup> Como complemento a lo anterior, la crítica foucaultiana se hace imprescindible: a la violencia del “conocer” y del consiguiente “tratar” se añade la producción de “saberes” derivados directamente de las prácticas que aquellos emplean, legitimándose y perpetuándose en círculo vicioso (consúltese, por ejemplo, Foucault, 1966).

<sup>8</sup> Foucault, 2005, pp. 243-250.

<sup>9</sup> Quizás la obra que más insiste en denunciar la suplantación de los medios “propios” (del sujeto y su comunidad) por otros “tecnificados”, sea *Némesis médica* de Illich (1975). Remitimos a ella por la riqueza de las referencias que aduce sobre la forma en que la mera existencia de medios asistenciales ha redundado en la paralela aparición de enfermedades y, por supuesto, las consiguientes intervenciones “necesarias” para el mantenimiento del estado de “salud”.

alcance<sup>10</sup>. Sólo si algún malestar, algún *pathos*, rompe el “silencio de los órganos”, el médico puede investigarlo, tratándolo a un tiempo. Así, en última instancia, fueron las quejas de todos los pacientes de la historia las que contribuyeron a recopilar el vasto conjunto de síntomas con que hoy reconocemos la enfermedad<sup>11</sup>. El origen de ese saber acumulado es el propio enfermo. O mejor: el *pathos* precede lógicamente al *logos*<sup>12</sup>, preservando así la verdad del lado del hombre.

Para ciencia moderna, en cambio, hombre sano y hombre enfermo, como seres naturales, deben observar las mismas reglas físicas y químicas, confirmando así la previsión científica. Y la medicina clínica habrá de ocuparse de ambos, pidan ayuda o no. Empezamos a vislumbrar que, por este camino, corremos el riesgo de que el objetivo de la clínica sea hacer más clínica, y no otra cosa<sup>13</sup>. Si su objeto de intervención pasa a ser universal, la dicotomía “sano-enfermo” se transforma en el imperio de la enfermedad en acto o potencia. Para la medicina antigua, si había una normalidad, se deducía en todo caso del testimonio de la patología. Para la medicina moderna, por contra, la demanda de alivio no es ya la vía principal de acceso a un diagnóstico que puede ahora recaer sobre el sano, pobre ignorante de su condición. La norma puede hasta “predecir” lo por venir, y se entiende como normatividad, antecediendo tanto al diagnóstico como a la terapéutica<sup>14</sup>. A partir de esta “cientificación” de la clínica, el acto médico no se reducirá ya a la ayuda en la crisis sino que abarcará todos los mecanismos de reinstauración de esa normatividad y tendrá por meta la devolución del estado de cosas a su “ser”<sup>15</sup>: ya mediante la higiene, previniendo su desviación, ya por medio del tratamiento o la rehabilitación.

Es hora ya de preguntarse cómo podemos dar entrada a la locura en este esquema. No será fácil. Durante los siglos XVII y XVIII los llamados locos estaban *encerrados contra su voluntad*<sup>16</sup>, compartiendo espacio con otras almas segregadas de la comunidad por razones diversas. Siendo así, es dudoso que fueran a parar a manos de un médico porque algún «motivo de consulta» los animase a pedir ayuda. Habrá que suponer que se encontraban recluidos por otras razones, extrañas en principio al campo de la medicina, o en todo caso

---

<sup>10</sup> Si bien “las vivencias sensibles constituyen la base del conocimiento [y] siempre nos tenemos que remitir a ellas [...] *el surgimiento y las condiciones del conocimiento no son, al mismo tiempo, surgimiento y condiciones del mundo*” (Horkheimer, 1999; las cursivas son nuestras). Por más notables que fueran las descripciones de los clínicos pioneros de esta medicina “a la cabecera del enfermo”, y por más libre de prejuicios que se quisiera su manera de observar y registrar los “fenómenos” allí producidos, la medicina nunca podrá sustraerse al momento previo al encuentro, y que condiciona que un paciente concreto (y no otro) sea visitado por un médico concreto (y no por otro) en un determinado lugar (domicilio, clínica, balneario, asilo...). Es decir, que ni el sufrimiento del uno ni el papel del otro se agotaban en el acto médico, sino que debían ser, por fuerza y a un tiempo, más y menos que lo que de ellos se ponía en juego en cada visita. Más adelante veremos la importancia de este momento previo en el caso de los problemas de salud mental.

<sup>11</sup> Canguilhem, 1971, pp. 63-71

<sup>12</sup> Canguilhem, 1971, pp. 159-160

<sup>13</sup> Illich, 1975, p. 78

<sup>14</sup> Y en estos días, como veremos, también a la queja y a la demanda, creando succulentos nichos de mercado.

<sup>15</sup> Canguilhem, 1971, p. 174

<sup>16</sup> Aunque, por su carácter pionero y ejemplar, nos vamos a referir aquí en todo momento a la historia del nacimiento de la psiquiatría en Francia, los principales hitos de este proceso se dieron, *mutatis mutandis*, en todos los países occidentales, hasta confluir en la disciplina única que hoy conocemos.

no necesariamente pertenecientes a él<sup>17</sup>. Que fue algún tipo de queja *ajena* la que señaló la infracción de una norma y motivó su encierro. Y que esa norma preexistente era en cualquier caso una norma social, y su violación motivo de una intervención social, la segregación. Así, no un *pathos* subjetivo, sino un *ethos* sancionado, por así decir, “desde fuera” organizó la distinción entre libres e internados. Y acabó también, a finales del XIX, estableciendo la distinción entre patología y normalidad. Pero ¿por qué? ¿Qué tenía que ver el encierro con la salud y la enfermedad? Si la infracción fue conductual, moral, o legal, ¿por qué la norma deducida acabó siendo médica? ¿Por qué los primeros psiquiatras, al hacerse cargo de asilados de muy diverso origen, sancionaron como “enfermos” a algunos de ellos, y a su reclusión como “tratamiento”, racionalizando el trato que recibían de sus guardianes<sup>18</sup>?

Pero retomemos nuestra argumentación: podemos decir que con la llegada de la ciencia moderna y su aplicación al hombre una medicina especializada en la mente no precisaría tampoco partir de una queja o un malestar para emitir sus juicios y predicciones. Hay que suponer entonces que los primeros psiquiatras, si bien no contaban con una teoría previa y bien asentada sobre la *alienación mental*, ni aun con unos pacientes “propios”, debían tener al menos alguna noción de qué era la normalidad “psicológica”, cuál era esa ley cuya infracción mostraba el campo de la patología. Una cierta idea del *ethos* del hombre en sus relaciones consigo mismo y con aquella sociedad concreta que no sólo fuera deseable moralmente, sino normal o más bien normativa, es decir, en medicina, propio del estado de *salud*. Y a cuya inobservancia, en forma de alejamiento de su modelo de conducta, podrían consecuentemente llamar *enfermedad*. Como ocurriría en otros ámbitos, lo correcto, conveniente y deseable para la clase dominante se convirtió a la postre en normativo, y finalmente, en “normal” o “natural”. Así, por ejemplo, cuando Richelieu propuso a la primera Academia de la Lengua establecer un francés normativo, lo que ocurrió fue que se instauró como correcto, y aún como comprensible, el uso burgués y parisino de la lengua<sup>19</sup>, con sus tabúes, inhibiciones, merodeos y redundancias, por muy diverso que éste fuera de la parla del campesinado, que creía también hablar francés para asombro del luso. Pues bien, para comprender cómo aquellos “locos” pasaron a ser “enfermos”, debemos investigar en qué circunstancias históricas accedieron los primeros “médicos de la mente”, los *alienistas* franceses, al asilo. Y de qué manera se había configurado esa población asilar cuyo estudio y tratamiento les permitió establecer su discurso como nueva disciplina. Por comenzar a ilustrarlo con nuestro ejemplo de partida,

---

<sup>17</sup> Foucault lo formulaba así en un trabajo anterior a sus tesis sobre la historia de la locura: “No se está alienado porque se está enfermo, sino que en la medida en que se está alienado, se está enfermo [...] En realidad, porque la alienación histórica es la condición primera de la enfermedad, se ha hecho de la alienación psicológica y jurídica la sanción de la enfermedad” (Foucault, 1984, p. 115)

<sup>18</sup> En el caso del alienismo francés, es célebre la pareja que formaron Pinel y Pussin. Postel (1996) ha señalado con acierto cómo buena parte de la tarea emprendida por el primero fue racionalizar las prácticas que *de hecho*, y a su decir con éxito terapéutico, ya estaba llevando a cabo el segundo en Bicêtre, como celador jefe, antes de su llegada.

<sup>19</sup> Este es el ejemplo que Canguilhem invoca en la obra citada más arriba, tomado en realidad de Guiraud (1964, pp. 100-101). Quizá más palmario sea el ejemplo que una determinada lectura de *La cuestión judía*, de Marx, permite inferir sobre la condición “normativa” de la noción de ciudadanía que implantó la Revolución Francesa: “lo que vale como hombre propio y verdadero no es el hombre como ciudadano sino el hombre como burgués” (López Álvarez, 2001, pp. 23-43, y especialmente pp. 32-33)

digamos que aquél «hombre sin demanda» que asomó a nuestra consulta una mañana había sido conducido allí por la policía antes de que llegáramos a primera hora. Y nosotros lo diagnosticamos<sup>20</sup>.

### **Raíces socio-políticas de la ciencia psiquiátrica.**

¿Quién ocupaba los asilos de la Francia del Antiguo Régimen? “Hijos de artesanos y otros habitantes pobres de París, cuya edad fuera inferior a los 25 años [...] muchachas pervertidas o en evidente riesgo de ser pervertidas y otros “miserables” de la comunidad, como los epilépticos, sifilíticos, y menesterosos con enfermedades crónicas de todo tipo”<sup>21</sup>. Y bajo estos rótulos “diagnósticos”, muchos que habían llegado allí por razones de orden público o como forma de represión política. La Revolución Francesa trajo consigo el deseo de romper con las prácticas opresivas del Antiguo Régimen y en 1790 se decidió liberar a los presos encubiertos y dar mejor atención al resto de internos<sup>22</sup>. Se dispuso así que el cuerpo de médicos de la República se hiciera cargo de aquellos que estuvieran afectos de demencia. Existía, pues, la “demencia” dentro de la nosografía médica, pero importa recordar de nuevo aquí que tal diagnóstico no se produjo ante una queja y en el marco de una atención animada por una vocación de ayuda. Y que ni siquiera lo dieron especialistas en un campo de la medicina aún sin explorar simplemente porque no existían, con lo que la precisión de esos juicios clínicos era más que discutible. En la práctica, estos diagnósticos fueron aplicados tan solo como justificación del encierro a petición de familias influyentes, fiscales o administradores locales de distrito, y muchas veces sin la concurrencia de un médico en el proceso<sup>23</sup>. Ocurre, así, que en los años que siguieron a la Revolución unos “expertos” que aún no habían abordado el estudio sistemático de los presuntos enfermos que van a tratar, deben ya, sin embargo, decidir su destino. Se les designa como agentes de un diagnóstico no positivo sino *diferencial* entre internos por razones políticas, sociales u otras, y por razones de salud. Y se deja en sus manos evaluar la pertinencia de continuar ese encierro en un establecimiento adecuado para “verdaderos enfermos”, el asilo. El cambio de nombre debió parecer suficiente, pues no se cuestionó necesidad del internamiento y éste se acabó dando por sentado<sup>24</sup>.

Llegados a este punto debemos suponer que en el momento en que la psiquiatría da sus primeros pasos podía haber, tanto fuera como dentro, “cuerdos” y “locos”, cada uno de

---

<sup>20</sup> En verdad albergo la esperanza de que estas últimas frases no suenen a tiempos pasados a mis colegas, sobre todo a los muchos que atendemos consultas urgentes en centros sanitarios con unidades de hospitalización psiquiátrica. Carlos Castilla del Pino, en su prólogo a Barcovitz (1976), recuerda el viejo aforismo de Weizsaecker que sentencia que “enfermo es todo aquel que va al médico”, para abundar con amargura en esta perversión del método, que trueca en objeto de su práctica todo lo que roza: “puede afirmarse que *cualquiera puede ser paciente psiquiátrico* [...] Nadie sale de la consulta sin una catalogación diagnóstica” (pp. 15-17). En páginas siguientes cita las fuentes que, por desgracia, confirman esa tendencia al sobre-diagnóstico.

<sup>21</sup> La cita es de un artículo de George Rosen (1963, p. 223), pero la hemos tomado de Szasz.

<sup>22</sup> Para el caso concreto de las famosas *lettres de cachet*, o literalmente “cartas lacradas”, con que el monarca francés ordenaba el internamiento de algunos enemigos políticos, recomendamos la lectura de Castel (2009).

<sup>23</sup> CASTEL, 2009, pp. 7-16.

<sup>24</sup> Aún hoy parece connatural a la “locura” el encierro con paredes acolchadas.

ellos “demente” o no, sin que ninguna de estas circunstancias hubiera determinado por sí misma su libertad o su residencia intramuros. Origen de un estigma que aún perdura, las primeras investigaciones “científicas” sobre la locura surgen en ese terreno, hermanando desgraciadamente desde su nacimiento la enfermedad mental con el campo de la segregación, el “riesgo”, la peligrosidad o la incapacidad<sup>25</sup>. Señalemos además que de forma simultánea a ese estudio pionero se ensayan ya los primeros tratamientos, “morales” y fisicoquímicos, cuyos supuestos, desconocida la “naturaleza” del mal, serán como poco inespecíficos, cuando no directamente ajenos a su realidad. Es decir, que mientras se intenta dilucidar qué es la locura se da por hecho que es una enfermedad y el aparato terapéutico del alienismo trabaja ya por su “normalización”.

Comenzamos a entrever las raíces del éxito precoz del alienismo francés: si al tiempo que aísla al individuo del resto dedica sus esfuerzos a reformarlo bajo los ideales de los libres, contará sin duda con el apoyo de la clase dominante. No por caso se convirtió en especialidad independiente, con sus cátedras y escuelas, mucho antes que cualquier otra dentro de la medicina<sup>26</sup>: lo que esta nueva ciencia podía ofrecer justificaba con creces su promoción. El Alienismo, que nace aliado con una República que acabó triunfando, permite tanto saldar cuentas con el Antiguo Régimen como apoyar al nuevo en muchas de sus pretensiones, no siempre emancipadoras. Su oferta es suculenta: es capaz de dar aval científico a la moral burguesa, amenaza la desviación con bien sensibles purgas en lugar de purgatorios ultraterrenos, está facultado para privar de libertad al hombre “por su bien”, y todo lo hace en nombre de la razón, la ciencia, y el progreso. Viendo así los mimbres de su cuna y lo rentable que prometía llegar a ser su potencial normalizador, entendemos el rápido auge de ciencia tan bisoña<sup>27</sup>. Expondremos a continuación cómo, a partir del apoyo de una clase social llamada a ser dominante, la psiquiatría se propaga y se reproduce, pero

---

<sup>25</sup> Paradójicamente, para poderlas explicar en tanto patología, y predecir su evolución, las “enfermedades mentales” debían ser hasta cierto punto “misteriosas” e “impredecibles” en cuanto a su conducta futura, sobre todo en lo relacionado con la comisión de algún crimen. Volveremos sobre ello más adelante, pero por ahora baste con recordar que tal “peligrosidad”, casi siempre asumida como incuestionable, fundó la necesidad de continuar con el encierro hasta más allá de la segunda mitad del siglo XX. Siendo éste uno de los principales estigmas que recaen sobre las personas diagnosticadas de enfermedad mental, antes que a la obra general de Goffman (1970), preferimos remitir al lector, por su carácter más específico, a Castilla del Pino (1976) o a Barrios (2003).

<sup>26</sup> La de Peset (2003) nos parece una semblanza bastante completa de Pinel precisamente porque, pese a no ser su objeto de estudio, no omite que la ambición del padre del alienismo francés lo llevó a emprender muy diversas estrategias de promoción de la disciplina que aspiraba a legitimar en la sociedad francesa post-revolucionaria. Recomendamos su lectura, antes que otras de cariz más hagiográfico.

<sup>27</sup> Debemos insistir aquí en que ciertas lecturas superficiales de las principales líneas críticas de la historiografía psiquiátrica parecen centrarse tan sólo en la vis “represora” de la naciente ciencia del alienismo. No está de más que tomemos posición contra maniqueísmos que consideramos estériles, cuando no ideológicos: para nosotros, la verdadera función que cumplió el asilo fue, antes que la de encerrar al diferente, la de contribuir a la construcción del sujeto “normal”, o mejor, “normativo”. El estudio aislado de las “Instituciones totales” (Goffman, 1961), fueran asistenciales, pedagógicas o punitivas, no debería ser sino parte de un estudio más amplio sobre cómo el sujeto moderno se reproduce y adopta frente a la normatividad una voluntaria sumisión, de suerte que «La adecuación se convierte [...] en pauta para todo signo imaginable de comportamiento subjetivo» (Horkheimer, 2002). Aunque desde presupuestos teóricos diversos, autores como Novella (2009), entre otros, han dedicado en los últimos años algunas páginas a promover una visión de la historia de la psiquiatría como parte de esa otra historia posible y más vasta que sería una “historia de la subjetividad”.

antes lamentaremos que en su camino quedase truncada para siempre la oportunidad de haber entendido la locura de otra forma.

### **La locura, enfermedad médica.**

Decíamos que la “utilidad” social y política de la psiquiatría, o lo que es lo mismo, su connivencia con el poder, le permitió hacerse rápidamente un lugar en la medicina y la sociedad de su tiempo. Una de las consecuencias inmediatas de tan ruidosa irrupción fue que acalló cualquier otro discurso sobre la locura. Afirmamos, con Foucault y muchos otros, que ya no somos capaces de imaginar en qué consistía ser loco antes de la era psiquiátrica<sup>28</sup>.

Hasta finales del siglo XVIII existían muy diversas teorías sobre las vicisitudes del alma. La hipótesis de la enfermedad convivía con otras de tipo religioso, filosófico, místico, o incluso jurídico, como los procesos inquisitoriales. Y aun dentro de la medicina, la explicación etiológica se tomaba frecuentemente de alguna de aquellas otras<sup>29</sup>. Había demencias, vesanias o furores como podían darse posesiones o éxtasis, sin que una “ciencia” de la mente o la conducta se hubiera arrogado aún el privilegio de decir la última palabra sobre ello. Entender todos aquellos “casos” como enfermedades forma parte de una ideología reaccionaria y oculta que la historia pudo ser de otra manera. Pretender que la enfermedad mental tal y como ahora se postula, “siempre estuvo ahí” y que sólo el progreso técnico nos ha permitido conocerla “científicamente” no es sino un mito que refuerza sin espíritu crítico las “bondades” del presente, reafirmando al tiempo la tesis médica, su carácter científico, y el contexto socioeconómico mismo en que esa ciencia y esa medicina se dan. Lejos de esta postura, nosotros pensamos que nada nos autoriza a realizar “autopsias psiquiátricas” o emitir diagnósticos retrospectivos sobre la base de textos de juristas y teólogos que en todo caso “diagnosticaban” delitos, pecados o herejías. Y que ni siquiera los textos médicos de la antigüedad se muestran suficientemente uniformes en sus descripciones sobre la *melancolía* o la *manía*, por ejemplo, como para permitirnos rescatar los términos fuera de su contexto, olvidando así en su existencia histórica a los hombres que los emitían como juicio clínico y también a aquellos otros hombres “reales” a los que se aplicaban<sup>30</sup>. Insistamos en ello una vez más, antes de abordar la función del acto diagnóstico en el proceso de expansión de la psiquiatría: describir los modos de conducta

---

<sup>28</sup> Pero nos desligamos, como dijimos más arriba, de cualquier intento de rescatarla. Que Foucault (1967) dedique todo un apéndice de su tesis doctoral al genio de Artaud (pp. 328-340), proponiéndolo como el testimonio de aquella locura “trágica” que se perdió, nos parece casi tan dañino para la literatura como que Garrabé (1996) pretenda saldar su caso con el diagnóstico de psicosis tóxica, desencadenada por las experiencias con el peyote que el francés vivió entre los Tarahumara (diagnóstico, por lo demás, erróneo, fruto de una deficiente documentación sobre el caso, como pudimos mostrar en otro lugar: Ferrández, 2010).

<sup>29</sup> Baste recordar que la obra de B-A. Morel, que marca el inicio del *degeneracionismo* en psiquiatría, sirvió para aunar rudimentarias ideas evolucionistas y genetistas con el papel patogenético del pecado original (Huertas, 2004).

<sup>30</sup> Si falazmente llamamos “depresión”, “histeria” o “pseudoalucinaciones” a “melancolía”, “brujería” o “voces”, no sólo empobrecemos un campo de estudio histórico sin duda mucho más rico, sino que además reducimos ideológicamente esas tres nociones a un asunto de patología: esto es, individual (sea esta individualidad la del alma o la del cerebro), y menesteroso de nuestra condición de expertos en salud mental para su identificación y para la emisión de cualquier discurso autorizado sobre ellas.

humana como entidades presuntamente existentes en la naturaleza, se llamen enfermedades, trastornos o especies morbosas, encubre la relación social específica en que aquél se produce.

### **El colonialismo psiquiátrico y el diagnóstico como hipóstasis**

La psiquiatría demostró su capacidad de expansión más allá del impulso inicial que recibió de la burguesía en cuanto ciencia y técnica “útiles” para sus intereses. Aun partiendo del aislamiento en el asilo, supo legitimarse en sociedad como disciplina<sup>31</sup> y ampliar sus dominios en poco tiempo, permaneciendo ya por siempre en la cultura, al menos en Occidente. Contaba, no obstante, con alguna ventaja frente a otras ramas de la medicina. De entrada, una ley institucionalizó el encierro, dando alma jurídica y cuerpo administrativo a estos nuevos profesionales y enfermos, lo que en una sociedad crecientemente burocratizada era prueba fiel de existencia. Por un falaz silogismo, si existían los internos también existía su razón de ser: la enfermedad. No teniendo, pues, qué demostrar, la psiquiatría naciente se entregó a promocionarse multiplicando las categorías diagnósticas, entre otras estrategias. Aunque existía administrativamente, podía existir “más” y “más veces”, haciéndose cada vez “más presente” en sociedad<sup>32</sup>. En esto parecía imitar al modelo de producción industrial, y en lugar de avanzar como otras ciencias a golpe de “descubrimientos”, “revoluciones” o cambios de paradigma, se entregó a fabricar “locuras” en serie. ¿Qué produjo, entonces?: sólo eso, diagnósticos. Y en ese empeño promovió por hipóstasis en el terreno médico el mismo fetichismo de la mercancía que la economía burguesa. Bajo el nombre de *especie morbosa*, se “naturalizó” la nosografía médica y las categorías, por enunciarse solo, parecieron referirse a realidades, ocultando la relación entre el diagnosticador y el diagnosticado. Desde una primera fase de indeterminación o monopolio, en que sólo se hablaba de “alienación mental” como una locura única que se manifestaba en variadas formas, se llegaría a la liberalización diagnóstica de mitad del XIX, momento en que se empieza a hablar de “enfermedades mentales” suficientemente “diferenciadas” como para entrar en competencia, dar lugar a literatura propia y, con el correr de los años, tener cada una su “tratamiento específico”<sup>33</sup>. La falta de fundamento de la psiquiatría como ciencia de la naturaleza parecía ser antes celebrada que denostada, y mientras llegaba la prueba de que la locura era una enfermedad médica como otras, y los cerebros de las necropsias daban alguna pista de por dónde iban los tiros<sup>34</sup>, lo mismo se postulaba su carácter pasional que neural, espiritual que químico. No había marcha atrás: por más debates que se abriesen en torno a su causa, o al mejor tratamiento en cada caso, o por muy divergentes que fueran sus descripciones y clasificaciones, el mismo acto diagnóstico ya nunca más fue puesto en cuestión. El juicio de valor, por ser un “juicio clínico”, adquiriría carácter “objetivo” y aun se convertiría en juicio de existencia.

---

<sup>31</sup> Huertas, 2004.

<sup>32</sup> Ver más adelante la nota 39.

<sup>33</sup> Huertas (2004) resume las discusiones nosográficas que durante el XIX enfrentaron la idea de una psicosis única a la de una multiplicidad de “enfermedades mentales”. Hoy, las sucesivas ediciones del manual DSM llevan la inflación diagnóstica hasta el paroxismo.

<sup>34</sup> Esperanza que llega hasta hoy, en que se sigue voceando lo “cerca” que estamos de dar con el gen/alelo/enzima/disfunción neurológica que justifique tanto SPECT.

La consigna fue producir más diagnósticos, y controlar el tráfico científico de nombres para adueñarse de la materialidad que ocultan. Creemos ver desde sus albores ese prurito por monopolizarlos: Pinel, padre de la psiquiatría francesa, insistió en llamar *alienación mental* a la locura o *manía*, y su discípulo Esquirol quiso hacer otro tanto con el término *lipemanía* en lugar del vulgarizado *melancolía*. Pero el camino de la ciencia de la época era en exceso moroso para la ambición de sus abanderados, y la siguiente generación de alienistas salió al espacio público a hacer valer sus razones, ofreciendo diagnósticos como nuevos sambenitos, curiosamente a propósito el crimen. Frente a los tribunales afirmarán que el mal es previsible, como lo acabará siendo toda conducta cuando el alma se haga cerebro, y que hay locuras sutiles, tan sólo patentes en su querencia por el homicidio, el hurto o algún otro pecado, reclamando para su gremio la potestad de decidir entre hospital y presidio, en competencia desleal con la cárcel, cuyos métodos no avalaba la “ciencia”<sup>35</sup>.

El resto es silencio de la crítica y vocinglería interesada en una tierra llena de posibilidades, en la que el siglo XX demostrará con creces su ambición. Freud acerca la vida cotidiana al campo semántico de la enfermedad, y desde que un olvido o un lapsus pierden su ingenuidad el diván se abre a todos los públicos, sean turistas de la introspección o acendrados delirantes. Bleuler promociona su esquizofrenia con tal porfía que hasta la concibe “asintomática”. ¡Ojo con enfadarse o mostrarse en exceso quisquilloso!: el “carácter”, mohíno, “salao” o acerbo, también puede ahora enfermar. Y la homosexualidad, como “inversión” de una norma “natural”, tardará aún setenta años desde Krafft-Ebbing en salir del armario de la ciencia.

Llegado este punto de colonización psicopatológica de la vida, la hipóstasis diagnóstica, el mito de la enfermedad, explica igual la insondable música de las esferas del alma que las disonancias chillonas pero inconfesables de la sociedad. Y lo mismo vale para insultar que para entender el arte, reprimir al adversario político o cumplir, por fin y al calor del diván, el *nosce te ipsum*, que ya era hora. Desde que en 1952 se sintetizó la clorpromazina, hasta el furor más encendido puede rendirse a la paz química del neuroléptico, pero con ello ni se ha curado nadie, ni los locos ”andan sueltos”, sino que los “suelos” enloquecemos y cualquiera puede acabar bajo llave. Y así, hasta hoy.

### **La liberalización del diagnóstico o el mundo psiquiatrizado.**

Hoy, la presencia fáctica de una locura “médica” o “clínica” es una realidad social, y su “existencia” un dogma de solidez proporcional a su amplitud como nicho de mercado. No nos referimos aquí solamente a la locura que defiende la medicina “oficial”, sino a *toda* locura, ya que no existe otra que la que es *diagnosticada* y *atendida*. Por volver al comienzo de nuestro artículo, señalemos que en la raíz de estas propuestas no encontraremos ninguna verdadera queja. La clínica psiquiátrica nació sin ella y mostró

---

<sup>35</sup> Nos referimos aquí a las discusiones teóricas sobre la responsabilidad y eventual castigo del crimen en el caso de las *monomanías*, que enfrentaron a juristas y médicos en los primeros años del XIX. A este respecto, consúltese Goldstein (1987). Huertas (2004, pp. 72-86) ofrece, en castellano, un brillante resumen de esa polémica.

cómo tratar sin echarla en falta. Es entonces el otro polo de la pareja clínica el que hace existir o pervivir a la enfermedad como “cosa”. Presumiendo de hacer ciencia o de todo lo contrario, o apuntando a lo “real”, o a no sé qué “verdad”, el mismo agente del tratamiento creará, según sea su ideología y el medio técnico del que disponga, el objeto a tratar. Y desde una posición tan neutral como la del que le va el sueldo en ello. Cualquier vicisitud del alma puede así derivar de una *estructura*, un *trastorno*, un *aura* emborronada, un *proceso*, un *viaje metanoico*, una *disfunción*, una *experiencia mística*, una *alteración de la homeostasis*, o lo que se quiera. Pero si son enfermedades no será nunca porque duelan, sino porque son tratables desde sendas empresas asistenciales, se tenga o no “conciencia de enfermedad”. Pongamos algunos ejemplos.

Porque Freud, que era médico, alumbró sobre su diván cierta prótesis narrativa que dotó de un argumento al enigma de nuestra identidad, aliviando así la angustia de la alienación, se transformó cualquier crisis identitaria del sujeto en asunto de patología, y hoy contamos con terapias psicodinámicas, humanistas o existenciales para la esquizofrenia, las neurosis o las “personalidades patológicas”. Porque se sintetizó la clorpromazina y hoy existe la risperidona, y resulta que pulsán las teclas neurales de sendos estupores vacíos de voces, delirios y hasta de vida humana, se defiende que la esquizofrenia tiene su origen en la disfunción de la neurotransmisión dopaminérgica o serotoninérgica. O se preconizarán otras tantas según el fármaco que toque vender. Decantada el alma en posos biológicos, y porque las enfermedades pueden heredarse, como las propiedades y los cargos políticos, el diagnóstico de un infeliz apoyará el de sus vástagos cuando acudan al médico en la siguiente generación, perpetuando la condena por antecedentes poco menos que penales, y fidelizando generaciones de consumidores, que es a lo que vamos. Porque existen, en fin, las “aplicaciones prácticas” de la teoría de sistemas, o gestalt, o una teoría magnética del universo, o la sospecha de injerencias de una raza extraterrestre, existen otras tantas formas de explicar, prevenir, abordar, tratar, y rehabilitar la enfermedad mental en su forma conocida o aun en otras categorías diseñadas *ad hoc*<sup>36</sup>.

En este sentido, la hegemonía de una corriente no implica la inocencia del resto, que participan del mismo nicho de mercado y deben entenderse como “competencia” antes que como hipótesis alternativas. *Todas* son culpables de que el mito siga en pie y exabruptos como “trastorno bipolar” o “trastorno esquizoafectivo” se tengan por realidades. Las más violentas diatribas contra el “poder psiquiátrico” personificado en la “psiquiatría biologicista”, no son sino pataletas de “pequeña y mediana empresa”, que ven cómo el aparato de propaganda farmacéutico sostiene un monopolio del que no acaban de sacar la tajada que creen merecer. Desengañémonos: ni la medicina ni ninguna otra técnica entienden la locura o la enfermedad, sino que la *atienden*. Llevado al extremo, esto

---

<sup>36</sup> Son numerosos los artículos y las monografías que denuncian los intereses que subyacen tras el sobre-diagnóstico de un trastorno ya existente, o tras la aparición de uno nuevo. Nosotros recomendamos, antes que otras: González Pardo y Pérez Álvarez (2007). Pese a que no compartimos algunas de sus conclusiones, y ninguna de sus propuestas, consideramos que facilitará al lector crítico el acceso a fuentes que se hallan enterradas bajo la propaganda que habitualmente llamamos “literatura científica”. Qué muestra una RMN, o un SPECT, o qué sabemos de los efectos de los neurolépticos son algunos de los problemas que el libro describe con detalle, sin omitir la descorazonadora evidencia (esta vez sí) de que se sabe bien poco de aquello en que se fundamenta nuestra práctica.

significa que necesitan cada vez más enfermos para asegurar su subsistencia. Son empresas con voluntad de producir, pero no producen *salud*, sino más *asistencia*<sup>37</sup>. Y para favorecerla, para que las distintas terapias puedan luchar por el succulento mercado de la atención, faltaba convertir el diagnóstico en moda o necesidad. Capacitar a todo el mundo para expelerlo con suficiencia: “Tienes depresión”; “eso es ansiedad”. Proveernos de los “conocimientos” necesarios para hacernos incluso capaces de detectar “signos de alarma” o “síntomas precoces” que predigan el desastre a tiempo de prevenir, que más vale. Y por la fuerza si es menester, que “por algún lado le iba a acabar saliendo”.

Liberalizada la práctica del etiquetado, ya sólo quedaba esperar que vecinos y hermanos se remitieran mutuamente a freír espárragos a una consulta, por salud del otro y descanso propio. A falta de una queja que fundase la clínica, bastó con generar la demanda. De consumo, se entiende. De tener eso que las terapias ofrecen. Importa poco entonces quién paga la ronda, y si la necesidad creada de recibir un tratamiento la siente el propio sujeto o es la familia, si se convierte en prurito redentor en los servicios sociales o un enemigo íntimo la invoca para otro con afán de calumnia.

### Decir “no”, o no decir.

Se ha conseguido colonizar con términos técnicos el román paladino, y hoy sospechosamente el *Lancet* comparte vocabulario con la *Cosmopolitan*. De hecho, lo único que convierte a la primera en una lectura para “elites” no es la complejidad de los síntomas descritos o los síndromes y diagnósticos promocionados, sino sus propuestas instrumentales, referidas a tratamientos o procedimientos que sólo pueden administrar expertos cualificados. Hay muchas formas de explicar cómo el diagnóstico se nos ha empotrado en la parla cotidiana con tanta rapidez: promete felicidad, hace de la angustia y la alienación un problema “tratable” y ajeno a nosotros, pone nombre a nuestra inseguridad y desamparo y los convierte en riesgo intangible: “te puede pasar a ti”<sup>38</sup>. Y además, en no pocos casos, oculta realidades sociales conflictivas, bloqueando la acción común y recluyendo el sufrimiento en el ámbito privado<sup>39</sup>.

---

<sup>37</sup> Illich, 1975, p. 78

<sup>38</sup> Entre otras muchas ambigüedades, la campaña contra el “estigma” cuyo eslogan reza que “1 de cada 4” sujetos sufrirá a lo largo de su vida una enfermedad mental, parece querer aliviar al discriminado enloqueciéndonos a todos. Obviando lo que supondría de fracaso para la salud mental en su conjunto el no haber sabido frenar semejante epidemia (de ser cierta, y no un artefacto), obsérvese que la ética contenida en tal eslogan es la de que, para propiciar un cambio de actitud hacia el diagnosticado, se debe ver nuestra relación con el prójimo como una inversión de futuro, teniendo siempre en cuenta la contrapartida, ya que “le puede pasar a uno”. Se puede consultar la página web de tan feliz hallazgo promotor de salud mental en <http://www.1decada4.es>

<sup>39</sup> En nuestro medio, por ejemplo, es casi generalizada la necesidad de un diagnóstico para hacer frente a condiciones laborales indignas. Excluida al parecer la posibilidad de que un sindicato defienda los derechos de los trabajadores, sólo si uno enferma puede reclamarlos, para lo cual los especialistas somos requeridos diariamente como firmantes de informes diagnósticos. Obsérvese cómo, en un mismo movimiento fetichizador del “trastorno adaptativo”, se asigna un beneficio secundario al diagnóstico, se patologiza el sufrimiento asociado a la opresión del trabajador, se invita a emprender una lucha individual por la salud propia (y no por las condiciones comunes al grupo) y se excluye que el malestar venga dado tanto por la magnitud del estímulo cuanto como por la debilidad de la capacidad de adaptación del sujeto que lo soporta.

Perdimos la batalla en el momento en que empezamos a mostrarnos incapaces de hablar de nosotros mismos o de nuestro vecino como lo haría el poeta y desde que, para cada cuita, a nuestro magín sólo asoman las palabras ansiedad o depresión. Perdimos la batalla, y aun la guerra, cuando nuestra vecina nos diagnostica para no aguantar más nuestras penas, despachándonos por las bravas y mandándonos al psiquiatra. En el mundo de hoy el sufrimiento es un asunto privado y hasta pudiendo. De nuevo “háztelo mirar”. ¿Dónde? Eso es, con mucho, lo de menos. Hay para todos los gustos. Tal es nuestra libertad, que podemos elegir. Abrazos o pastillas, Edipo o Dios, “actividades” o “pasividades”. Eso sí: si no hay guita para pagar, ni el barman va a dudar en echarnos. Aunque siempre nos quedarán los “derechos”. A la salud, al bienestar, a que alguien nos diagnostique como conviene, y a que nos lo solucione la Seguridad Social. El diagnóstico, vehículo de propaganda de la ideología de la enfermedad, emancipado definitivamente de la materialidad del hombre que habría de ser su garantía, vuela de boca en boca y acaba escupiendo al sufriente a la consulta del médico<sup>40</sup>. La lucha de clases es un problema *adaptativo*. La mala educación o la violencia, un *trastorno del control de impulsos*. Con la emancipación de la mujer y su salida del hogar, tan trabajosamente conseguida, niños y ancianos quedan en casa desamparados, y TADH y Alzheimer comienzan a aparecer como epidemias. Y al doloroso gemir de unas coyunturas que soportan el trabajo del hogar y el otro, lo llaman fibromialgia<sup>41</sup>.

El diagnóstico conviene y alivia a todos porque nombra y oculta a la vez cómo este mundo consiente el horror y agrava las diferencias, a pesar de contar con sobrados medios técnicos para dar una vida más que digna a la entera humanidad. Trastornados y pre-trastornados, conscientes de su sufrimiento pero borrachos de una “falsa conciencia de enfermedad”, claman entonces por su derecho a la dicha a través del objeto de consumo. ¿Y quién va a reprochárselo? Si les expropián el valor de su voto y su esfuerzo, y no encuentran alegrías verdaderamente gratuitas, ¿por qué habían de hacerse cargo ellos solos de sus males? ¿Por qué no reclamar ese milagro que les prometieron?

“Vete a que te lo solucione el psicólogo”... Pero el psicólogo no tiene soluciones: “están en ti”. El poder, por supuesto, tenía preparada la respuesta y propone para problemas

---

<sup>40</sup> Goffman (1961) describió la etapa de “pre-paciente” como aquella en que diferentes agentes sociales encaminaban al futuro enfermo mental hacia el internamiento. Salvando las distancias con sus “internados”, también en el esquema asistencial de hoy aparecen las figuras que el sociólogo norteamericano detectó: el *allegado*, el *denunciante* y el *mediador* (pp. 136-150). Si en aquél entonces Goffman asignó al tercero el tener cierto conocimiento sobre psiquiatría, de suerte que reformulaba el problema como cuestión de salud y “custodia”, en el mundo de hoy, y dada la extensa colonización de nuestro vocabulario por la psicoparla, casi cualquier agente social puede hacer de un problema relacional (o de otro tipo) una cuestión de patología psíquica.

<sup>41</sup> Aunque alumbrados con intención retórica, y sin que hayamos buscado avalarlos con “evidencias” traídas de las estadísticas médicas o sociológicas, invito al lector que realiza tareas clínicas a que compruebe su adecuación a la realidad de las demandas planteadas en salud mental. ¿Cuántos de los diagnósticos de demencia o hiperactividad no vienen precipitados por la urgencia de cuidar al anciano o al niño al caer los diques de contención familiares habituales? ¿Cuántos diagnósticos de fibromialgia no encontrarían llanamente su explicación en la falta de reconocimiento del trabajo doméstico como verdadero trabajo, tanto o más erosivo para el cuerpo como el de un obrero de la construcción?

universales soluciones individuales y "personalizadas"<sup>42</sup>. "Apáñatelas" es la consigna del *self-made man*, en concreto de aquél que llegó suficientemente alto como para permitirse regalarnos sus consignas. Uno debe salir adelante, quererse un montón a sí mismo, que es que se quiere poco. Y, por favor, no molestar demasiado al prójimo, no sacar a pasear sus tristezas fuera del ámbito de lo privado, porque si insiste, si se obstina en llamar a la puerta de su vecino para desahogarse, entonces éste le aconsejará que vaya a un "profesional". Si a pesar de todo no quiere ir, si no presenta un motivo de consulta e insiste en incordiar, como el extraño personaje con el que comenzamos el texto y que tan insolentemente abusaba de nuestra confianza y nuestro tiempo, bien puede imponérsele un tratamiento involuntario.

Perdimos la batalla. El hombre es ya hombre enfermo sólo por vivir en un mundo medicalizado<sup>43</sup>. Expropiamos al hombre toda noción sobre su salud mental y con ella su último resto de dignidad. La dictadura del medio técnico le arrebató las armas para tratarse por sí mismo y con los suyos. En ello todos participamos, dando crédito de una forma u otra a una etiqueta que sólo significa que alguien debe ser guiado por un otro concreto, designado a la sazón por intereses extraños a ninguna solidaridad, haciendo del dominio un hecho "natural". Y los profesionales, en especial el psiquiatra, vivimos también en la sociedad de consumo una existencia degradada. Comerciales del nombre, somos los principales agentes en el proceso de distribución de esos marchamos.

Con la obscena proliferación de los diagnósticos, el psiquiatra de hoy tiene poco margen para demostrar una verdadera pericia clínica. No es dueño de la *prevención*, pues la valoración actual del pavoroso "riesgo" o "vulnerabilidad" nos hace a todos potenciales trastornados. Ni el *diagnóstico* mismo, como hemos visto, es ya de su incumbencia. Esa tierra antaño frondosa en desafíos, en la que demostraba por igual conocimiento y creatividad el médico bregado, hoy le precede y existiría aun sin él, pues igual diagnostica el amigo que el enemigo íntimo, el tendero que el catedrático. El psiquiatra, en fin, tampoco puede aventurar un *pronóstico* que está en los libros y que en su disciplina significa, las más veces, cronicidad, o lo que es lo mismo, fidelidad al producto. Muy diferente al resto, al loquero le queda entonces, para poder sentirse también médico, el dudoso privilegio profesional de la *prescripción*, de tener el sello de las recetas. Ser el sereno de guardia con la llave de la farmacia. Y claro, justificar con un buen diagnóstico la prescripción de las drogas psiquiátricas puesto que su potencial adictivo y dañino es muchos mayor que, por ejemplo, el del alcohol o el del tabaco, y precisa de su supervisión... Y de un nombre para

---

<sup>42</sup> Se nos exhorta a dar soluciones individuales a problemas globales. Beck (1998) así lo plantea en *La sociedad del riesgo*. "Las diferencias entre las clases sociales pierden su identidad en el mundo de la vida [...] No se suprimen las desigualdades, sino que simplemente son redefinidas en una *individualización de los riesgos sociales*. Como consecuencia, los problemas sociales se convierten inmediatamente en disposiciones psíquicas: en insuficiencia personal, sentimientos de culpa, miedos, conflictos y neurosis. Surge (lo cual resulta muy paradójico) una *nueva inmediatez* de individuo y sociedad, la inmediatez de la crisis y de la enfermedad en tanto que las crisis sociales aparecen *como* crisis individuales y ya no son percibidas [...] en su socialidad" (p. 128)

<sup>43</sup> Escudero, Arqués y Calvo (1996), como ya lo hiciera Illich, recuerdan que los peligros del diagnóstico van más allá de la reformulación de un conflicto como problema médico. El diagnóstico hace sufrir y genera "enfermedad": desde la aparición de síntomas antes inexistentes en personas que han recibido un diagnóstico, hasta el mero sufrimiento que acompaña a sus implicaciones pronósticas (no hablemos ya de las que acarrea el estigma asociado, si se trata de un trastorno mental).

la demanda de ese consumidor que, en adelante, tendrá ya sus “antecedentes psiquiátricos”. En el colmo de su degradación, aquel “médico humanista” que fue el psiquiatra ya no puede aspirar ni a “camello”, a *dealer* autónomo, puesto que las guías clínicas le dirán a quién drogar y con qué, y a no mucho tardar hasta lo acusarán de negligencia y desposeerán del título si no cumple con la recomendación científica que dicta la “evidencia”.

Volviendo a nuestra quimera: ¿Qué queda hoy de la locura? Nada. Lo dijimos al comienzo. Al menos desconocemos la forma de recuperarla sin que se nos vuelva a aparecer como enfermedad. Ni siquiera podemos ya nombrarla, como vimos. A los que pretendan combatir los abusos de la psiquiatría habría que advertirles que antes que calambres, ligaduras o venenos, el enemigo real es el diagnóstico, que nos ha impedido paradójicamente enloquecer nunca más. El verdadero objetivo de una crítica de la razón psiquiátrica debería ser ese baldón que identifica al que ya no tendrá voz, aquél cuyo discurso se podrá tachar de síntoma a conveniencia del poder. Que no nos duelan prendas entonces: les regalamos los nombres, hasta el de locura si ello significa forzosamente enfermedad y necesidad de tratamiento. Con quien ya me entiendo no necesitaré pactar las palabras de antemano: hablamos la misma lengua. Impugnado el nombre, el problema se desvanecerá como problema médico y comenzará una nueva vida. Como problema de segregación, de diferencia, de dominio, de otredad. Igual ahí nos entendemos mejor y el debate tiene otro sentido: dar voz a los que no la tienen. No por enfermos, no por estigmatizados, sino porque a fuerza de nombrarlos y clasificarlos, quedaron menesterosos de un verdadero nombre para vivir en sociedad.

Y si todavía algún bienintencionado voluntarioso, sobrado de pujos, nos pregunta ¿qué hacer?, llegado este punto de descreimiento imagino que se nos concederá que le contestemos con una utopía: en otra sociedad, en que el interés no gobernase nuestro comportamiento y el ámbito privado no fuera la sede de todas nuestras frustraciones, quizá se diera algo parecido a un ágora como las antiguas, un espacio público en el que un «quejido» no articulado, onomatopéyico, un sollozo sin texto, fuera al instante interpretado por la comunidad como una llamada, y se trasladase al doliente una simple presencia, o aquello que buenamente su prójimo pudiera ofrecer, fueran higos recién recogidos, o calor, o zarandeos o drogas. Sin por ello tildarlo a él de enfermo, ni arrogarse nadie con soberbia los atributos de un terapeuta, instaurando de esa forma la diferencia y el negocio<sup>44</sup>.

---

<sup>44</sup> Consciente de los reproches de que su obra fue objeto, Horkheimer (2002) contestaba en su *Crítica de la razón instrumental* que no debía olvidarse el trabajo *negativo* del pensamiento. Sabía que la posesión de un conocimiento crítico no involucraba la superación de una realidad histórica, pero tampoco se decidía a adscribirse a un *activismo político* determinado. “Si la filosofía ha de rendir algo”, se respondía “su primera tarea debe consistir en alzarse por encima de esta situación. Las energías concentradas que se precisan para la reflexión no pueden ser desviadas prematuramente hacia los canales de programas activistas o no activistas” (p. 185). Traigo aquí esta reflexión del pensador alemán porque, muy al contrario que por el tono del último tramo de nuestra conferencia, fue por su falta de propuestas concretas por lo que gran parte de la audiencia la despachó como una mera provocación. Siendo ésta, no podemos ocultarlo, una de sus intenciones, no pareció empero merecedora de ser tomada en serio su voluntad crítica en el sentido de ese “trabajo de lo negativo” en que Horkheimer hizo constante hincapié. Ayuna de “alternativas”, parecía la conferencia, para los más, “coja”. Pues bien: en lo que respecta a la Salud Mental, dos meses después de leer en Lanzarote las líneas precedentes, un par de compañeros publicaron un artículo con la que podría considerarse una “aplicación práctica” de esa imprescindible labor de autocrítica. Revisando la especificidad del concepto de *prevención*

## Referencias

- Arendt, H. (1993). *La condición humana*, Barcelona: Paidós.
- Adorno, Th.; Horkheimer, M. (1996), *Dialéctica de la Ilustración. Fragmentos filosóficos*. Madrid: Trotta.
- Barrios, L. F. (2003). Uso de medios coercitivos en Psiquiatría: retrospectiva y propuesta de regulación. *Derecho y Salud* 11 (2), 141–163.
- Beck, U. (1998). *La sociedad del riesgo*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Bercovitz, R.(1976). *La marginación de los locos y el derecho*. Madrid: Taurus.
- Canguilhem, G. (1971). *Lo normal y lo patológico*. México D.F.: Siglo XXI.
- Castel, R. (2009). *El orden psiquiátrico. La edad de oro del alienismo*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Castilla del Pino, C. (1976). La ideología de la locura en la práctica psiquiátrica actual, en Bercovitz, R., *La marginación de los locos y el derecho*. Madrid: Taurus.
- De Cambria Bassols, J. (1982). La Teoría Crítica y el problema del método en las ciencias sociales. *Reis. Revista de Investigaciones Sociológicas* 17, 53–64.
- Escudero, I.; Arqués, R.; Calvo, A. (1996). Contra el diagnóstico. *Archipiélago. Revista de crítica de la cultura* 25, 24–32.
- Ferrández, F (2010). *Los dos delirios de Artaud*, conferencia inédita.
- Foucault, M. (1966). *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. México D.F.: Siglo XXI
- Foucault, M. (2005). *El poder psiquiátrico. Curso del Collège de France, 1973-1974*. Madrid: Akal.
- Foucault, M. (1984). *Enfermedad mental y personalidad*. Buenos Aires: Paidós
- Foucault, M. (1967). *Historia de la locura en la época clásica*. México D.F.: F.C.E.
- García Calvo, A. (1996). Enfermedad, Política, Progreso. *Archipiélago. Revista de crítica de la cultura* 25, 15–23.
- Garrabé, J. (1996). *La noche oscura del ser. Una historia de la esquizofrenia*. México, F.C.E.
- Goldstein, J. (1987). *Console and classify*. Chicago: The University of Chicago Press, 2001.
- Goffman, E. (1970). *Estigma*. Buenos Aires: Amorrortu, 2008.

---

*cuaternaria* en salud mental, ORTIZ e IBÁÑEZ (2011) alertan de los efectos yatrógenos e indeseables de una actividad innecesaria o excesiva del sistema sanitario. Su lectura nos parece obligada en nuestro ámbito, para que no olvidemos el hipocrático *primum non nocere*.

- Goffman, E. (1961). *Internados*. Buenos Aires: Amorrortu.
- González Pardo, H., Pérez Álvarez, M. (2007). *La invención de trastornos mentales*. Madrid: Alianza.
- Guiraud, P (1964). *La Gramática*. Buenos Aires: Eudeba.
- Horkheimer, M. (2002). *Crítica de la Razón Instrumental*. Madrid: Trotta.
- Horkheimer, M. (2000). Teoría tradicional y teoría crítica y Razón y autoconservación. En *Teoría tradicional y Teoría Crítica*, Barcelona: Paidós
- Horkheimer, M. (1999). *Materialismo, metafísica y moral*. Madrid: Tecnos
- Huertas, R. (2004). *El siglo de la clínica*. Madrid: Frenia.
- Illich, I. (1975). *Némesis médica*. Barcelona: Barral.
- López Álvarez, P. (2001). El sujeto impropio. Identidad, reconocimiento y autonomía. *Logos. Anales del Seminario de Metafísica* 3, 23–43.
- Novella, E. (2009). De la Historia de la Psiquiatría a la Historia de la Subjetividad. *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia* LXI (2), 261–280.
- Ortiz Lobo, A; Ibáñez Rojo, V. (2011). Iatrogenia y prevención cuaternaria en salud mental. *Revista Española de Salud Pública* 85 (2), 513–523.
- Peset, J. L. (2003). La revolución hipocrática de Philippe Pinel. *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia* LV (1), 263–280.
- Postel, J.; Bing, F. (1996). Philippe Pinel y los “conserjes”. En VVAA, *Pensar la locura. Ensayos sobre Michel Foucault*. Buenos Aires: Paidós
- Rosen, G. (1963). Social attitudes to irrationality and madness in 17th and 18th century Europe. *Journal of History of Medicine & Allied Sciences* 18.
- Szasz, Th. (1976). *Ideología y enfermedad mental*. Buenos Aires: Amorrortu
- Szasz, Th. (1973). *El mito de la enfermedad mental*. Buenos Aires: Amorrortu