

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGÍA
Tesis Licenciatura en Sociología

**La ortopedia de la locura:
análisis sociológico del discurso psiquiátrico
sobre la locura, el loco y su resocialización**

Leonardo Novo
Tutora: Myriam Mitjavila

1999

El mito del combate a la locura y el triunfo de una “razón”.

Introducción.

Foucault (1995) señala que la locura ha funcionado hasta hoy como un criterio al mismo tiempo clasificatorio y excluyente; un criterio que ha sido “inventado”, que no es un dato natural, sino un objeto constituido histórica y socialmente. Durante el Renacimiento la locura fascina, se la percibe como exceso e irregularidad, como manifestación de fuerzas cósmicas y mágicas, en tanto en la Edad Clásica esto último desaparece. La locura ya no se define ni como exceso cósmico ni como enfermedad, sino que se construye como falta de razón, como sinrazón, al ser colonizada y constituida por la razón como su revés. Hacia mediados del siglo XVII la locura se vivencia como negatividad de la razón y así comienza una nueva estrategia mediante la cual se procede al encierro de los locos junto a otras figuras sociales y morales que constituían el tejido de la sinrazón como ser los homosexuales, los alquimistas, etc., quienes en culturas anteriores no habían sido percibidos como amenaza alguna. Dentro de los asilos, la locura se moraliza negativamente al asociarla con disvalores tales como el ocio o la pereza en el momento mismo en que el capitalismo emerge vivazmente y pontifica al trabajo. Este hecho es de fundamental relieve en tanto el avance del capitalismo separa en un momento a la pobreza de la sinrazón, buscando reintroducir al pobre en la misma comunidad que anteriormente lo había arrojado al internamiento. Así pues, hacia finales del siglo XVIII, la locura permanece en el encierro, pasando a ser materia propia de la medicina.

Al ser considerada como enfermedad dentro de los marcos del asilo, se verifica el pasaje de la locura moralizada de la edad clásica a la locura patologizada de la época positivista, donde la sinrazón está nuevamente presente, pero ahora bajo el nuevo signo de enfermedad que le asigna una especie de “poderes terroríficos”, como el propio Foucault señala en “Historia de la locura en la época clásica”.

La medicalización de los espacios sociales hace evidente el avance -cuando no la excesiva y fundamentalista intromisión- de un saber que ha transformado notablemente las relaciones vinculares de las personas entre sí, introduciendo conductas, pautas, comportamientos y hábitos que se han diseminado por el tejido social. En esa dirección, no debe soslayarse que desde el siglo XIX en las sociedades occidentales, incluso en la nuestra, pese a sus retrasos, diferencias y particularidades respecto a las más avanzadas, nos hemos convertido todos en individuos psiquiatrizables.

Conviviendo con un proceso y discurso creciente cuyo eje es la racionalización productiva, económica, política, etc., las sociedades occidentales se han colocado bajo el signo de una locura posible la cual debe ser evitada a ultranza o, al menos, controlada eficazmente. La locura forma parte en definitiva de nuestra relación con los otros y con nosotros mismos; de igual modo que el orden psiquiátrico atraviesa nuestras condiciones cotidianas de vida.

La psiquiatría no ha nacido modesta o precariamente en el fondo de una “jaula de locos”, no se ha resguardado en éstos para luego avanzar y difundirse por los canales cada vez más

sutiles de la consulta, del dispensario, de la psicología escolar, de las comunidades terapéuticas, etc. La psiquiatría no ha nacido en el manicomio; fue imperialista y autoritaria desde que entró en juego; fue siempre parte integrante de un proyecto social global.

A modo de ejemplo, una de las primeras preocupaciones de los alienistas del siglo XIX, quienes pueden ser catalogados de verdaderos “soldados del orden”, radicó en hacerse reconocer al interior de la disciplina y a nivel social como “especialistas” de un cierto y específico peligro general que recorría el cuerpo social y amenazaba todo y a todos porque nadie estaba a salvo de la locura ni del acecho de un loco. Ante este peligro, el alienista, que era ante todo el paredón, la bisagra, el freno, se presentaba como el hacedor y forjador de un orden que era el de la sociedad en su conjunto. Los higienistas de comienzos del siglo XIX sostenían que el objeto de la medicina no residía únicamente en estudiar o curar las enfermedades, sino que se caracterizaba por sus profundas y estrechas relaciones con la organización social en cuanto tal.

El proyecto psiquiátrico estaba ligado a los problemas planteados por la sociedad postrevolucionaria, industrial y urbana; se integraba a toda una estratagema de regularidad, normalización, vigilancia y tutela de desvalidos: niños, delincuentes, vagabundos, pobres, locos.

Por sus formas insolentes, visibles y arbitrarias, el manicomio ha ocultado todo un funcionamiento externo y precoz de la psiquiatría. No obstante, ha sido piedra angular, pieza

clave de una estrategia de la psiquiatría que pretendía una función permanente y universal que, debido a sus semejanzas formales con el hospital, garantizaba el carácter médico del psiquiatra y de la psiquiatría. Su estructura, sus muros, sus rejas, levantadas en la periferia de las ciudades -como ocurrió con el Hospital Vilardebó que actualmente por razones demográficas está a sólo diez minutos del centro citadino, o la tristemente célebre Colonia Etchepare ubicada en un lugar aislado de centros urbanos- mostraban la irrefutable presencia de los temores que despertaba la locura¹. Asimismo, las terapéuticas que imponían con fines de castigo, reeducación y moralización, constituyeron una clase de utopía despótica, disfrazada de saber iluminista, que servía de justificación a las pretensiones de la psiquiatría para intervenir, cada vez más acentuadamente en la sociedad.

Con John Conolly nace, en las primeras décadas del siglo pasado, la psiquiatría institucional, al definir la enfermedad mental como un problema simultáneamente social y científico, político y psiquiátrico. Desde esta perspectiva, se invierte la concepción misma de la relación con el enfermo, el cual debe dejar de ser considerado como ‘culpable merecedor de un castigo’, ‘objeto monstruoso’ o ‘máquina loca’ que necesitaba ser aislada y separada de la sociedad. Conolly trataba de impulsar un criterio científico de organización de la asistencia manicomial, con el objeto de alcanzar resultados terapéuticos, colocando al enfermo en el centro de una actividad ordenada, de un tiempo terapéutico pleno y específico. Con el

¹ “... en el espectro general de la sociedad en la que vivíamos a principios de siglo cuando se creó la colonia (Etchepare), la locura como tantas otras cosas que la sociedad no quiere ver ni hacerse cargo, ni asumir demasiado, las aleja, para no verlas justamente. Entonces los locos y los enfermos cuanto más lejos mejor. Por algo la estructura edilicia de la institución está donde está, a 80km. del centro. (...) Además la otra realidad fue buscar un lugar para aislar a personas que no solamente tuvieran problemas sociales o abandonadas por su familia, siendo pacientes psiquiátricos, sino aquellos que daban en cierta manera ciertos problemas o ciertos problemas a la sociedad porque creaban distorsión en el

nacimiento de la psiquiatría institucional se dio entonces lugar a un proceso de transformación esencial de las estructuras asistenciales psiquiátricas, donde:

“...comenzaba a ponerse en juicio la dinámica misma de la segregación mortificante, que además de mostrarse incapaz de recuperar al enfermo para una vida digna dentro de la institución, era la responsable de la degradación de aquellos que una y otra vez sufrían sus rigores. Esta dinámica tradicional - durante siglos portadora de agravios para las diversas categorías de los “marginados sociales”: desde los leprosos a los luéticos pasando por los mismos enfermos mentales- había encontrado, ya sea por los cambios sociales o por las nuevas exigencias médicas que cada vez se hacían más manifiestas, una seria oposición y sucesivamente unas ciertas limitaciones.” (Pirella y Casagrande en Basaglia, F. y otros, 1975: pág. 54.)

Contemporáneamente se observan cambios y permanencias en la matriz que Conolly estableció. A este respecto, Robert Castel (en Basaglia, F. y otros, 1975) señala que uno de los lugares comunes de la historia de la medicina mental inscribe la mayoría de las iniciativas terapéuticas habidas después de la segunda guerra mundial en el marco de una ‘tercera revolución psiquiátrica’. Este carácter ‘revolucionario’ se referiría a la transformación del medio interno del hospital (la reorganización de todas las actividades hospitalarias en función, únicamente, de las exigencias del tratamiento por oposición a la preocupación casi exclusiva por la vigilancia en el manicomio tradicional) y a la modificación de la relación entre el

funcionamiento de la misma”. Entrevista realizada a una psiquiatra mujer, de 40 años, que se desempeña como médico residente en el Hospital Vilardebó.

hospital y mundo exterior (los nuevos métodos pretenden ser al mismo tiempo terapéuticos y ‘resocializantes’ preparando al enfermo para reasumir las funciones de la vida ordinaria).

El objetivo fundamental de nuestro trabajo se dirige a analizar las bases y funciones sociales del encierro en el tratamiento de la locura, abordando cómo éste es percibido contemporáneamente por la psiquiatría nacional, desde el ámbito académico de la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina, procurando identificar si existe o no un carácter polisémico en este tipo de discurso o, por el contrario, pueden hallarse distintos significados atribuidos a la locura, al loco y a su -eventual- resocialización. En este sentido, nuestro esfuerzo está dirigido también a analizar la percepción profesional de los psiquiatras respecto al proceso de resocialización de los pacientes psiquiátricos. Para ilustrar la discusión, nos servimos del material empírico de una investigación nuestra realizada en el marco del Taller de Sociología de la Salud, la cual se centraba en el personal del hospital psiquiátrico Vilardebó y perseguía fines mucho más amplios. Acorde a la naturaleza etnográfica de la propuesta escogimos como fuentes de información de primer orden de la investigación, entrevistas a distintos psiquiatras del hospital -seleccionados a través de una muestra representativa-, ateneos, encares a pacientes, etc. Asimismo, se bosquejó la temática planteada desde una sociología del conocimiento, haciendo énfasis en las relaciones entre medicina y sociedad en la medida que la medicina es un campo con autonomía relativa, co-constitutivo al mismo tiempo del campo social; en otros términos es producto y productor de un orden social.

El objetivo del trabajo es desentrañar cómo los psiquiatras y la psiquiatría organizan los contenidos de dicha percepción, teniendo también presente el diferente acento o relevancia dado a las acciones terapéuticas emprendidas, a las condiciones de internación, a las posibilidades de “cura” de dichos pacientes, etc. Una de las preguntas que se toman así claves en nuestro tema es ¿qué hallamos al investigar la percepción de los psiquiatras respecto al proceso de resocialización de los pacientes psiquiátricos?; ¿hay una o varias maneras de percibir dichos procesos?; ¿hay una o varias justificaciones del encierro en el tratamiento de un fenómeno tan complejo como el de la locura?

El lugar social del loco y las “terapéuticas” modernas.

“La práctica de la vida cotidiana nos obliga a formar la imagen del hombre con los torsos que realmente conocemos de él. Pero justamente por eso resulta entonces que dicha imagen descansa en aquellas modificaciones y complementos, en la transformación que sufren los fragmentos dados, al convertirse en el tipo general y en la plena personalidad ideal. Este método fundamental, que en la realidad raras veces es llevado a la perfección, obra dentro de la sociedad existente, como el a priori de las acciones recíprocas que posteriormente se entretajan entre los individuos. Dentro de un círculo ligado por la comunidad de profesión o de interés, cada miembro ve al otro, no de un modo puramente empírico, sino sobre el fundamento de un a priori que ese círculo impone a todos los que en él participan (...) Y este supuesto inevitable, que actúa de un modo automático, es uno de los medios que tiene el hombre para dar a su personalidad y realidad, en la representación del otro, la cualidad y formas requeridas por su sociabilidad.” (Simmel, G., 1970: pág. 44.)

En efecto, la sociedad establece permanentemente diferentes medios para categorizar a las personas y también a sus atributos. La presencia de quien es percibido como extraño permite, en lo referido a su apariencia primera, que se prevea en qué categoría se encuentra y, por consiguiente, hace posible la construcción, pero también la categorización y clasificación de su “identidad social”. Este hecho encierra una reducción del individuo, como señala Goffman (1989), en cuanto éste deja de ser percibido y considerado como “persona plena” o “total” y pasa a serlo de forma menoscabada. Las medidas que los “normales” adoptan hacia un estigmatizado parten de un supuesto de cuño axiológico, por el cual el sujeto estigmatizado no es percibido como del todo humano, abriendo las puertas a la discriminación y reduciendo las posibilidades de vida de éste.

La construcción de un cuerpo “coherente” de pautas, normas, valores, cosmovisiones e ideologías en un sentido amplio, sirve de justificación “racional” al momento de dar cuenta del peligro que este sujeto “desviado” representa basándose, en muchas ocasiones, en otras

diferencias tales como las de clase social y nivel educativo entre otras. El estigma implica entonces algo que va más allá de un conjunto de individuos o sujetos confrontados entre “normales” y “estigmatizados”. Desde esta perspectiva, el manejo del estigma es un rasgo general de la sociedad, un proceso que tiene lugar dondequiera que existan normas de identidad.

Así, las decisiones respecto a quién es considerado “enfermo mental” tienden a ser “políticas” en la medida que expresan los intereses de algún tipo de grupo, de agente(s), o de la sociedad como tal. Robert Castel señala que, en el siglo pasado, el “tratamiento moral” constituía la pieza clave de la estrategia elaborada para neutralizar y manipular la enfermedad mental, puntualizando lo siguiente:

“En tanto que despliegue de un conjunto de procedimientos terapéuticos, hay que trasponer, sobre el plano de la práctica, una cierta concepción teórica de la etiología de la enfermedad mental. En la medida en que dicha práctica tiene como común denominador la reunión de todos los medios de intervención sobre el psiquismo del enfermo, se distingue del tratamiento físico, conjunto de medios para actuar sobre el cuerpo y esta oposición remite, en último análisis, al dualismo de los dos sistemas de explicación de la enfermedad mental cuyo conflicto constituye una de las líneas de fuerza principales de la historia de la medicina mental: Dos escuelas rivales se reparten y repartirán aún durante largo tiempo a los médicos alienistas: la escuela somaticista y la escuela psicológica.”
(Castel. R., en Basaglia, F. y otros, 1975: pág. 74.)

El punto medular que queremos tocar a este respecto es que en el tratamiento moral la relación terapéutica se caracteriza por el hecho de que el enfermo no está, en principio, dispuesto a interiorizar la norma que se le quiere inculcar. Renaudin lo expresaba hacia 1845 de la siguiente forma:

“Cuanto más reacio sea el loco a toda regularidad tanto más necesario se hace rodearle por todas partes de un orden metódico que le lleve a una existencia normal y que tarde o temprano acabe por convertirse en necesaria para él.”

(Ibid: pág. 84.)

Ahora bien, independientemente de su etiología orgánica o psíquica existe una especie de sintomatología moral de la enfermedad mental, es decir, un conjunto de signos que permiten reconocer al alienado a través de características negativas, a través de la *ausencia* de cualidades que señalan al hombre normal. En el siglo XIX el saber psiquiátrico posee una débil autonomía en relación a los demás sistemas de interpretación y es, por tanto, permeable a normas no médicas lo que hace viable su reinterpretación en el cuadro de una síntesis extra-médica con representaciones que no tienen relación teórica con conocimientos médicamente fundados. Estas representaciones son los valores sociales dominantes, las ideas motoras de la ideología político-moral-económica de la época, es decir: orden, disciplina, sacralización de la familia, del trabajo, de las jerarquías y de la estructura social misma. El tratamiento moral realiza una síntesis de la medicina y de la moralidad porque en cierta forma la medicina mental es una medicina moral cuyo objetivo último es reinstaurar la salud social. El tratamiento moral es pues una empresa de (re)socialización que descansa en el dogmatismo y en la confianza en un

determinado sistema de ideas dominantes cuya autoridad separa de hecho la locura de la normalidad.

Son estos algunos de los aspectos o dimensiones que, a modo de ejemplo, el historiador uruguayo José Pedro Barrán toma como uno de los ejes en el análisis de las relaciones existentes entre la medicina y la sociedad en el Uruguay del Novecientos. Barrán señala que la sociedad de aquel entonces, que en ciertos aspectos es también la de hoy, asignó a los psiquiatras la función social de combatir a la locura, y la de construir simultáneamente una definición de norma(lidad). Al mismo tiempo, la política aparentemente ilustrada que comenzó a emprenderse por parte de las autoridades sanitarias, y que en ciertos casos apuntaba a la reinserción social, chocaba con algo que no habían previsto: la aparición de un código de discriminación social. El avance de lo patológico fue el resultado de la medicalización, es decir, de la extensión de la noción de enfermedad mental a zonas del comportamiento que antes eran consideradas dentro de la norma. Pero también el avance de la locura fue resultado de un avance de un determinado tipo de racionalidad, que tenía su anclaje en una organización social, económica y cultural que cada vez más demandaba comportamientos “racionales”, calificando de anormales aquellos que no quedaban comprendidos en ese marco, haciendo que el saber psiquiátrico y la sociedad del Novecientos estuvieran de acuerdo en que el loco encarnaba una violación inquietante al orden establecido:

“Si la etiología de la enfermedad mental era física, el discurso del loco carecía de significado. No había por qué dialogar con él y descifrar sus sentidos ocultos, sino observar su conducta dentro de un panóptico -el Manicomio-, y su cuerpo en

el laboratorio. El enfermo mental nada tenía que decirle al psiquiatra. (...) El médico psiquiatra del Novecientos desde su saber y su poder, que eran la verdad sobre la enfermedad y su curación, preguntaba, diagnosticaba, monologaba, y enjuiciaba la locura, una esencia radicalmente diferente de la cordura, una alteración tan profunda y distinta de la norma que, por ello mismo, tranquilizaba. Este saber médico en que todas las entidades estaban separadas por abismos - hombre y mujer, sano y patológico- desdramatizaba así lo real, el mundo de lo confuso, la zona de lo equívoco y, por ello, lo inquietante”. (Barrán, J.P., 1995: págs. 130 y sig.)

En definitiva, la desocialización del alienado desemboca en la necesidad de romper radicalmente con el medio habitual de éste, para reinsertarlo en un entorno nuevo, preparado para que la acción reeducativa se desarrolle en él con el máximo de eficacia. El hospital psiquiátrico entonces, constituía un espacio institucional de control del loco; conformaba un ámbito de discursos teóricos sobre el loco y la locura, y sobre las relaciones establecidas con el loco en ese entorno específico. Implicaba un espacio en el cual se daba cuenta de la especificidad de la experiencia de la locura; un lugar en el cual la utilización “ordenada” y “controlada” del tiempo y del espacio montaba un esquema de vigilancia total dirigido a controlar y, eventualmente, castigar al individuo a través de un poder simultáneamente examinador y corrector que se ejerce a nivel “molecular”, debido a la realidad biopolítica del hombre. Esto implicaba una relación específica con los individuos internados, estableciendo técnicas o instrumentos de ejercicio de poder, en pos de hacer viable el manejo y el control de las operaciones corporales en un espacio y en un tiempo dados.

Por un lado, el hospital psiquiátrico constituía un espacio social que servía de trasfondo a la interacción de los distintos individuos allí presentes; por el otro, para toda transmisión de significados se requería la existencia de cierto aparato social, de normas que implicaban procedimientos o mecanismos de control y legitimación, con el objetivo de moldear o condicionar la posibilidad de establecer una acción comunicativa en sentido habermasiano.

El hospital psiquiátrico pasa así a constituir un ejemplo paradigmático de lo que Goffman (1988) denomina “instituciones totales”, en la medida que envuelve un conjunto de prácticas técnico políticas que buscan controlar todos los aspectos de la vida del internado. El manicomio es pues, la institución total que interna aquellas “amenazas” consideradas involuntarias para el orden social -a aquellos cuyas conductas no se adaptan², contradicen o discuten ese orden.-, proponiendo para ello una “solución” terapéutica.

La organización médica del manicomio es testimonio de los intentos para lograr el triunfo de la razón sobre el caos, de la disciplina sobre la anarquía y el azar. Frente al hecho por el cual el enfermo es “arrancado” de su entorno o de su “no-pertenencia a nada” anterior, fuentes inagotables de influencias perturbadoras sobre él, se antepone una nueva realidad que lo

² “La conducta adaptativa es lograr interactuar con el medio obteniendo beneficios para sí mismos, como para los demás, la familia, ser productivo...”. Psiquiatra, hombre, 34 años, residente en policlinica de psiquiatria.

“Lo de adaptativo es en sí todo un tema, es en última instancia lo bueno sería una adaptación con el mayor margen posible de libertad personal. Que el paciente se fuera de acá con una mayor posibilidad de libertad personal, es eso lo que ha perdido el paciente. El paciente psiquiátrico es un paciente que ha perdido la capacidad de elegir libremente, por su patología, no es un preso que no puede elegir porque está preso, más bien porque el nivel de patología que tiene le impide elegir con conocimiento las diferentes opciones, de cualquier circunstancia, que pueda tener frente a él. Se trata no de reparar la pierna, sino de reparar los vínculos”. Psiquiatra, hombre, 43 años, Jefe de sala.

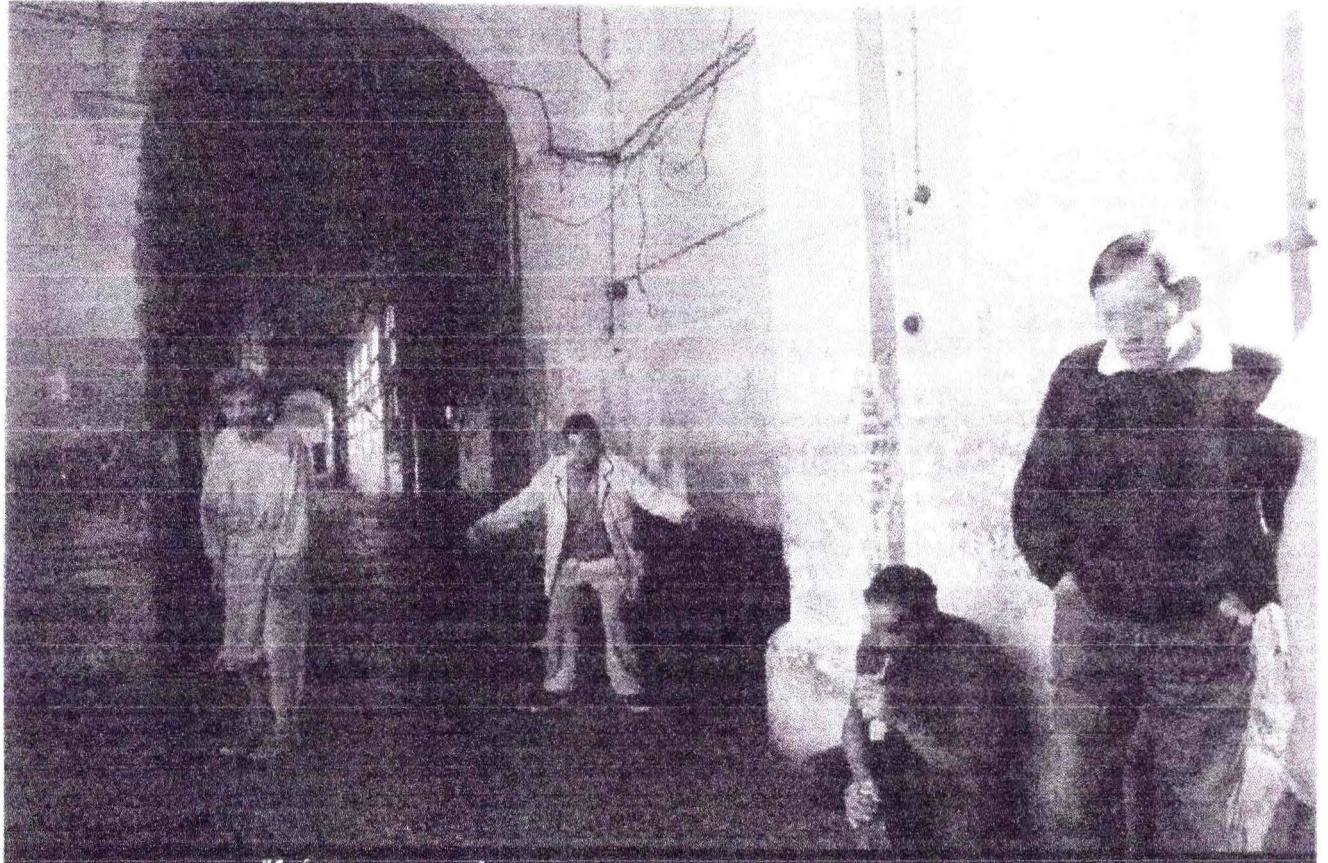
“Con respecto a la resocialización en concreto, tiene que ver con las distintas patologías. (...) Eso que en lugar de ser el delirio, las alucinaciones o los actos o conductas desadaptadas lo llevan a es desadaptación que tiene que ver con la desinserción, con la desconexión del mundo, de la familia, del entorno”. Psiquiatra, hombre, 35 años, grado 2 de Facultad de Medicina.

coloca en un medio construido a la medida, cuyas condiciones externas y cuya economía interna constituyen la encarnación de un orden social válido, cuya interiorización sería condición sine qua non para la cura.

Al igual que la cárcel, el manicomio es una institución total, compartiendo con ésta una misma finalidad: al tiempo que la cárcel “protege” a la sociedad del delincuente, el manicomio “protege” a la sociedad de la persona que también se desvía de la norma, marginando aún más a quien rompe con el juego social. Así pues, acorde a la condición marginal derivada de la transgresión de las normas realizada por el encarcelado y de la enfermedad en el caso del loco, ambos sujetos son tratados no por lo que realmente son, sino por la carga y la molestia social que causan.

El loco internado es pues aquel sujeto que se encuentra anclado en una institución cuyo objetivo último no reside en el cuidado, sino en la custodia del paciente. Los hospitales psiquiátricos son las instituciones que teóricamente sirven para “curar” a la persona que tiene trastornos mentales, que tiene trastornos que afectan a su relación con los demás. A esta persona se le encierra en un lugar en el que sus trastornos no van a ser “del todo curados”, y en el cual se le practica un tipo de terapia que consiste en recuperarlo, en “resocializarlo”, no mediante una ideología de cura, sino mediante una ideología que proclamadamente humanista se torna indisoluble y efectivamente tecnocrática, instrumentalista y absolutista, descansando en el amparo de la neutralidad “técnica” y del saber “científico”. Lo que subyace y determina la lógica de las instituciones totales o cerradas es, no tanto una finalidad o una ideología

terapéutica o curativa, sino ante todo una ideología punitiva, de castigo. En este mismo sentido, el manicomio representa primariamente una amenaza de encierro, donde el psiquiatra debe custodiar al enfermo de los excesos a que puede llevarle la locura y donde además debe



proponer un plan terapéutico que apunte a la cura del paciente. El encierro es pues portador de una racionalidad en la cual el tiempo del loco internado ya no existe; el manicomio no responde a las necesidades del enfermo sino que responde a las necesidades de su organización.

1998: Entre la coherencia de la irracionalidad institucionalizada y un debate inconcluso.

En el marco de una de las entrevistas que realizamos, uno de los psiquiatras vertía su opinión respecto a la “función social” de la psiquiatría no sólo en la sociedad de hoy, sino también en sus orígenes y a lo largo de la historia.

“...yo la otra vez pasada discutiendo decía, pero en realidad la psiquiatría comienza por un tema de seguridad, de que las poblaciones querían saber qué hacer con la gente que arma despelotes (sic), etc., etc., y separarlas de su entorno. Entonces de entrada, es un tema casi que jurídico y policial. Después los médicos que están ahí adentro, a los cuales se les asignan la función, comienzan a pensar con modelos médicos y rescatan aspectos de que ese es un ser humano... y ahí ya comienzan los conflictos, todos los temas que pasaron en Europa y acá. O sea que hay otras maneras de abordarlo, en cambio en Occidente es brutal este tipo de respuesta que hay colectiva de la locura y de otras cosas, no solo de la locura. Acá apareció algo de eso cuando apareció el SIDA, que aparecieron grupos ultraradicales que poco menos que atribuían eso a una especie de castigo de Dios, y había hasta pintadas que decían que “la inmoralidad llevaba a la enfermedad”³.

Para nuestro análisis nos servimos, asumiendo nuestras obvias limitaciones, como herramienta privilegiada del arsenal teórico- metodológico de Foucault. Este autor sugiere una serie de operaciones críticas con el fin de delimitar un nuevo dominio de análisis: la descripción pura de los hechos del discurso que se distingue del análisis de la lengua y del pensamiento. Se trata de analizar el modo de existencia de los acontecimientos discursivos en una cultura. Foucault señala cuatro criterios para reconocer y analizar las nuevas unidades discursivas, criterios que deben dar cuenta de los conjuntos discursivos, a los que denomina positivities. Los criterios antes mencionados son:

³ Psiquiatra, hombre, 57 años. Grado 5 de la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina.

- i) la regla de formación de todos sus objetos;
- ii) la regla de formación de sus modalidades enunciativas;
- iii) la regla de formación de sus conceptos;
- iv) la regla de formación de sus opciones estratégicas.

Lo que conviene apuntar es que las formaciones discursivas no coinciden con las unidades tradicionales del discurso (ciencias, filosofías, etc.). El conjunto formado a partir de las positivities y unidades de las formaciones discursivas, erige lo que se denomina saber. Y es en la instancia del saber donde se determinan las condiciones históricas de surgimiento, existencia y eclipse de las ciencias. Como Foucault señala:

“... en realidad, el saber determina el espacio en que la ciencia y la experiencia pueden separarse y situarse recíprocamente. (...) puede decirse que el saber, como campo de historicidad en que aparecen las ciencias está libre de toda actividad constituyente, emancipado de toda referencia a un origen o a una teleología histórico trascendental, separado de todo apoyo sobre una subjetividad fundadora”.(Foucault, M., 1983: págs. 123 y sig.)

Desde esta óptica, lo que prevalece no es la estructura, sino el acontecimiento, lo irrepetible, la novedad, lo que emerge, lo que hay de error y azar. El accidente interesa más que las estructuras y las grandes estabilidades. Los discursos pueden volverse interpelables sólo en la medida de su propia instancia de aparición, en su propio juego. La ciencia debe ser tomada como un dato histórico más y no como un criterio que prevalezca por sobre los demás u ostente

de organizador de datos. **El ser humano como sujeto y también como objeto de investigación es un dato, una construcción discursiva e histórica. Retomando la pregunta fundamental de nuestro planteo, ¿qué hallamos entonces al investigar la percepción de los psiquiatras respecto al proceso de resocialización de los pacientes? Hallamos ni más ni menos que un procedimiento para controlar, para desestructurar aquello que es visto como peligroso, para adaptarlo y hacerlo funcional al sistema, o para apartarlo definitivamente de éste⁴.** El saber médico, en este caso el saber médico psiquiátrico, desde el espacio de la academia, concibe al hospital psiquiátrico y a las acciones terapéuticas en él desarrolladas, como instrumentos o medios terapéuticos legítimos para lograr la resocialización del paciente. Desde esta perspectiva, la psiquiatría en su faceta académica propone en primera instancia al encierro como forma de control primario del loco, quien es visto, ante todo, como un transgresor peligroso de las normas y de la “normalidad” imperante, aparentemente, en el resto del tejido social.

Para que el poder haga posible la construcción de formas de saber alternativas al encierro debe haber formas de resistencia tales como una agonística, una constante y recíproca lucha donde el otro es provocado favorablemente. Una de las cuestiones manejadas en este trabajo es hasta qué punto el loco en cuanto otro, puede ser una construcción no percibida como atterradoramente diferente, a tal punto que debe terminar por ser disuelta a través de mecanismos que detrás de “capacidad y calidad técnica”, dan cuenta de una organización total de la Verdad de las cosas, de una organización tan delirante como la propia patología del loco.

⁴ Ver la nota al pie sobre conductas desadaptadas. En ellas nos servimos de citas paradigmáticas de los psiquiatras entrevistados respecto a este mismo asunto.

En otras palabras, ¿cómo superar esta especie de agonística o “jaula de hierro”? ¿Cómo fundar una idea positiva de poder?

El proceso de resocialización tiene que ver también con patrones punitivos de castigo, lo que se trasluce en que muchas veces está “mejor” quien se “porta mejor”, como lo ilustra la transcripción de este pasaje extraído de una de las entrevistas realizadas en nuestro trabajo de campo:

“Una vez un paciente se descompensó porque tenía una patología muy grave y empezó a tirar todo, con riesgo de agredirme también. Yo me sentí horrible porque estaba sola, no había nadie, no había funcionarios de la parte de contención digamos, y los que me ayudaron fueron dos pacientes, fueron los que actuaron en esa instancia y muchas veces uno se siente muy seguro cuando están los pacientes ahí cuando sabés que son colaboradores, y a veces lo son más que los funcionarios. Lo mismo me pasa en la Colonia. Yo tengo pacientes y si pasa algún problema así de excitación, de agresividad, recurro a ellos porque son los que me ayudan, los funcionarios también los llaman, están actuando terapéuticamente si querés en una cosa bastante desagradable, que es cotidiana en estos lugares. Y lo hacen muy bien. A veces con mucha más eficacia y más cuidado para con el compañero que otros, y son muy efectivos en eso”⁵.

⁵ Psiquiatra, mujer, 33 años, Prof. Adjunto de la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina.

Los ejes temáticos de la resocialización.

I. El papel de la familia y las funciones del hospital psiquiátrico.

La literatura sobre los procesos de construcción social de la locura muestra el importante papel que la psiquiatría atribuye a la familia en la resocialización de los pacientes. Entre los psiquiatras existe una idea que va más allá de si los pacientes son locos y que consiste en la responsabilización de la familia, no sólo por el “estallido de la enfermedad”, sino también por el éxito de un eventual programa terapéutico que apunte a la reinserción del paciente en el medio familiar, social, laboral, etc. Se trata de una idea bastante general por la cual la familia se convierte en elemento clave del proceso de rehabilitación del paciente.

Si bien hay distintas concepciones respecto al papel de la familia, comparten entre sí una misma referencia al lugar social del loco, a menudo caracterizado por no ser responsabilizado de nada: “no está en su sano juicio”, “no tiene conciencia mórbida”, “es un estigmatizado”. Una vez más, varían las formas pero no el contenido; sociológicamente hablando hay una sola posición: el loco no es tratado como sujeto.

Por otro lado, se observa el reconocimiento explícito del papel de la familia en cuanto agente clave en el proceso de resocialización del paciente psiquiátrico. Pero los psiquiatras suelen percibir a la familia de forma no homogénea, registrándose incluso visiones encontradas respecto al rol que ha jugado ésta en la etiología de la enfermedad, en el desarrollo y en el proceso de resocialización del paciente psiquiátrico, en la medida que las distintas posibilidades

de rehabilitación estarían dadas por el contexto familiar del cual el paciente provenga y de la (pre)existencia o no de un núcleo familiar. Corresponde señalar que uno de los pilares del discurso analizado en el marco de este estudio es la importancia fundamental atribuida a la posibilidad de que el paciente mantenga ciertas “redes sociales” o ciertos lazos que eviten que se activen los mecanismos institucionales que culminan en el aislamiento y en la cronificación del mismo. Dicho de otro modo, para una de las tendencias que logramos identificar, el rol clave de la familia en el proceso de la enfermedad mental está dado por la posibilidad de ser un grupo de pertenencia para el paciente, un referente clave a la hora de señalar al paciente qué es lo normal, en términos de conducta y qué constituye un alejamiento de esa norma(lidad). En definitiva, hay dos modos de percepción del papel de la familia en el proceso de resocialización: i) la que alude a la familia como agente patógeno, por lo cual o bien se trabaja sobre la familia del loco o bien se aísla a éste de aquella ii) la que concibe a la familia como agente terapéutico.

Uno de los papeles atribuidos a la familia es marcar o señalar un “deber ser”, en la medida que se presenta como un agente legítimo que vincula al paciente psiquiátrico con una única y determinada realidad: la socialmente aceptada, compartida e impuesta, intentando alejar al loco de cualquier representación alternativa de la misma, vista como insoportable e indeseable y muchas veces indigna.

Buscando pues organizar los ejes que guiarán nuestro análisis, debemos tener presentes que hay distintas estrategias discursivas, distintas formas de articular y justificar ideas, juicios y

cosmovisiones respecto a un sujeto, una situación o un contexto. En otras palabras, lo que varía son las maneras de poner en movimiento, de imponer estrategias más o menos punitivas y de negociar identidades con los pacientes, con las familias. Según los psiquiatras, si no hay familia no se perciben chances de rehabilitación; si la familia lo “continenta”, entonces sí puede haber rehabilitación; si el paciente psiquiátrico se encuentra en una situación de marginalidad (social, económica o legal), tampoco los psiquiatras visualizan chances de rehabilitación; etc. Entonces, la rehabilitación está íntimamente ligada, en lo que hace a los discursos de los psiquiatras, a las “redes” (sociales) de continentación del paciente. El gran tema que se desprende es que si no existen esas redes, la lógica del proceso o carrera del paciente que tendría lugar se podría resumir de la siguiente manera:

internación, acorde a los criterios enumerados, \Rightarrow **“plan o acciones terapéuticas”**
 (objetivo: adaptación social) \Rightarrow **si no hay continentación**, tarde o temprano, \Rightarrow
aislamiento social: cronificación u hospitalismo.

Acorde al análisis que estamos emprendiendo, podemos decir que efectivamente se lleva a cabo un proceso de resocialización del paciente psiquiátrico en la medida que se dispone de un aparato legitimador para buscar una serie de transformaciones que intentan, no sólo legitimar una realidad nueva, sino también determinar las etapas por las que ésta se asume y mantiene, y el abandono de todas las realidades que se dan como alternativas. Los diversos discursos analizados tienen en común un referente inevitable: el control de la locura. El hospital psiquiátrico es la institución cuyo objetivo es el tratamiento de quienes son considerados locos,

pero también de quienes son “amenazas para la sociedad”, amenazas que necesitan ser extirpadas y alejadas. Podemos apuntar que en casi todos los discursos hay una caracterización primaria de la función del hospital desde un punto de vista terapéutico y asistencial. No obstante, el análisis de los datos nos arroja una sustanciosa información acerca de otro tipo de funciones, como la “asilar” y la “policíaca”, las cuales aparecen íntimamente ligadas al hospital psiquiátrico en cuanto institución total que busca imponer (cuando no “preservar” o “reproducir”) un cierto orden de cosas.

“... a veces el hospital, como hospital psiquiátrico que es, se ve obligado a satisfacer ciertas carencias de la sociedad, que no son psiquiátricas(...) como está muy entreverado lo psiquiátrico con lo social, un poco te apiadás y decís “bueno, se queda esta noche y cena”, pero el problema al otro día es el mismo y donde hagas eso mañana lo mismo, entonces vagabundea un tiempo y viene...”⁶

“Cumple también otra función que es muy discutible y que a mi me parece que no está bien, y es la de tener internados allí pacientes, personas no pacientes, que provienen del sistema carcelario y eso criminaliza a la población (...) son personas que no tienen razón para estar internadas y quedan ahí.”⁷

De esta forma, una de las primeras cuestiones que se desprende del discurso de los actores es que la función del hospital no es sencillamente terapéutica o asistencial o que, mejor dicho, dicha función terapéutica o asistencial tiene también que ver con un contexto social, cultural y político que interviene marcadamente en la lógica de la institución.

⁶ Psiquiatra, hombre, 34 años, residente en policlínica de psiquiatría.

⁷ Psiquiatra, hombre, 57 años, grado 5 de la Clínica psiquiátrica de la Facultad de Medicina.

Debemos preguntarnos por qué una institución tan defenestrada, criticada y maldecida por más de un siglo y medio sigue todavía en pie. Según Foucault, el manicomio sigue en pie no por una inercia inherente al campo de las instituciones, ni por la resignación, paciencia o falta de rebeldía de los hombres, sino porque el manicomio ha sido primeramente cuna provisional de una psiquiatría actualmente convertida en adulta y sólidamente implantada en los lugares más honorables. Sigue en pie porque, ante todo, ha sido pieza indispensable de un proyecto psiquiátrico general, tanto por su papel “efectivo” y “real”, como por su papel simbólico⁸ respecto a fijar los parámetros de la normalidad y por “apartar” la locura de la sociedad, enclaustrándola en un espacio en el cual ésta pueda ser controlada, manejada o al menos ocultada.

II. Los criterios de internación.

La función del hospital psiquiátrico no es sólo asistencial o terapéutica, sino que envuelve otras funciones de carácter asilar y represivo, no sólo de situaciones de carácter “criminal” o “delictivo”, sino también de situaciones de mendicidad, vagancia, desamparo. Ello se percibe en la existencia de criterios de internación basados en la “*marginalidad*” social de los pacientes o en el “*desacato*”, e incluso en la “*peligrosidad*” del individuo. En los casos concretos de internación por causas que tienen su raíz en la situación de *outsider* del sujeto, los distintos discursos se encaminan a un reforzamiento de la marginalidad inicial en tanto se

⁸ “La locura uruguaya, a los que la población ubica como trastornados, se ubica en el Vilardebó. O sea, el imaginario uruguayo ubica a los locos en ese hospital. (...) hay una letra que dice “que el letrista no se olvide...” y está escrita hace 7 u 8 años, “que el letrista no se olvide de las madres del Pereira y la tristeza infinita de los locos de Millán”. Millán 2515, o Millán es la forma de llamarle al Hospital Vilardebó. Interesante, porque cuando quien la escribe Raúl Castro, no había ingreso en el hospital, estaba cerrado el hospital, había 300 tipos crónicos (sic) Idem.

agrega a ese sujeto un estigma más: el de estar internado. Esto último conduce a un deterioro psicosocial e irremediablemente a una situación de cronificación u hospitalismo que, al decir de uno de los psiquiatras entrevistados, lleva a la pérdida de todo tipo de habilidad social o afectiva. Esta “pérdida” de habilidad según lo marcan con matices las distintas entrevistas, aleja al paciente psiquiátrico aún más de la posibilidad de ser realmente sujeto pleno, o de intentarlo, en el sentido en que hemos utilizado la noción en este marco. Por el contrario, esta “pérdida” - aunque en ocasiones parecería más apropiado hablar de la no existencia previa de estas “habilidades sociales”, sea por la inexistencia de redes sociales de contención, sea por la estructural condición de marginación- lo convierte en un “gasto”, en un “estorbo” o “carga social” en la medida que no es un individuo inserto en el andamiaje productivo de la sociedad, y que tampoco reproduce lo que se entiende por orden, atentando contra sí mismo.

Contemporáneamente la psiquiatría en general y a nivel nacional, se plantea una intervención extramural que respondería más a las demandas que a las prescripciones; una psiquiatría abierta, -basada en un enfoque integral para la salud mental, en “nuevos” y más eficaces modelos de asistencia, etc.-, que no buscaría asilar a los enfermos, ni segregarlos, sino dejarlos en su medio, con el objetivo de terminar con la estructura manicomial, o al menos llevarla a una mínima expresión. Ahora bien, ¿este hecho marca una clara ruptura con la psiquiatría del siglo XIX? ¿No son, por ejemplo, las alternativas de hogares de medio camino o de comunidades terapéuticas una forma más flexible de hacer funcionar el andamiaje de la medicina mental? ¿No constituyen un nuevo modo de higiene pública, omnipresente y siempre lista para actuar ante cualquier desorden o alteración de las normas, autorizando, bajo un nuevo

formato, formas refinadas y sutiles de intervención coactiva y reguladora sobre los individuos, con el amparo de un estatuto técnico o científico?

Si es cierto que la comunidad terapéutica quiere ser esencialmente un medio donde “todo sea terapéutico” y cuya principal originalidad radica en tener médicamente en cuenta, en pos de asegurar la rehabilitación del enfermo, el resto del tiempo en el que no se realiza un tratamiento explícitamente médico, entonces estamos frente a un proyecto que en esencia es idéntico al que inspiraba al manicomio clásico y su organización. Según Pirella y Casagrande (1995) la originalidad de las “comunidades terapéuticas” reside, al igual que en la mayoría de las iniciativas psiquiátricas modernas, en ofrecer a la “ideología de la permisividad” un lugar preponderante en la realización del conjunto de las nuevas prácticas.

Uno de los clivajes más marcados entre el siglo XIX y el siglo XX radica en más que una diferencia de ideología, radica en una diferencia en el modo de racionalizar prácticas semejantes, diferencia que se encuentra también en el saber. La permeabilidad de la psiquiatría del siglo XIX a las normas sociales, políticas, culturales, económicas, etc. radicó ciertamente en la imposibilidad del médico para fundamentar su intervención en un cuerpo de conocimientos basados en razones estrictas y probadamente científico-técnicas. Contemporáneamente, la transposición de los intereses de control social a una “síntesis médica” resulta sumamente compleja. No obstante, ésta tiene un significado similar en la medida que la progresiva autonomía de los conocimientos médicos marcha a la par con su difusión y su reinterpretación en función de estos intereses de control social.

III. La división del trabajo en el hospital psiquiátrico y los instrumentos terapéuticos “legítimos” de la resocialización.

La división sociotécnica del trabajo en el hospital psiquiátrico se complementa con una lógica de producción de estilo fordista. Cada miembro del cuerpo de psiquiatras, cada uno de los médicos generales, de los auxiliares de enfermería, de la guardia blanca, etc., sabe cuál es su función específica en la división del trabajo que tiene como proceso final la producción de un individuo que “acate”, de un individuo que no violenta un orden que se consagra como legítimo y en cuanto tal como único posible. La desestructuración de una identidad social, el desmantelamiento y la transformación de identidad, la administración del cuerpo y la mente de un paciente que se encuentra internado en un hospital psiquiátrico constituyen sucesos que refuerzan que el paciente se convierta en objeto de la institución.

En lo que hace a los instrumentos de la resocialización, la primacía dada por parte de todos los psiquiatras entrevistados a los tratamientos “biológicos”, esto es a aquellos que tienen su anclaje en lo farmacológico (al que se subrayó como fundamental y condición sine qua non para cualquier acción terapéutica) como así también en el electroshock⁹, dan cuenta del carácter iatrogénico del manicomio, en la medida que no se le pregunta al loco ante la eventualidad de su aplicación, y de la existencia de respuestas de carácter marcadamente institucional.

⁹ Esta técnica radica en colocar dos electrodos, “...impregnados de agua salada y bien exprimidos en las dos regiones frontoparientales recubiertas de compresas. A continuación se administra corriente de un modo siempre simple pero propio de cada aparato. El shock convulsivo eléctrico se desarrolla según las fases tónica, clónica, comatosa y de una fase de latencia. La fase de espasmo eléctrico ocupa todo el tiempo de paso de la corriente (algunas décimas de segundo). Si la cantidad de corriente que alcanza el cerebro es suficiente, la pérdida de conciencia es inmediata y el enfermo se pone rígido mediante un espasmo generalizado...La fase tónica puede

Respecto a otro tipo de tratamientos, como terapias grupales, familiares, talleres protegidos, etc. que agrupamos bajo la categoría de “rehabilitación”, éstos tendrían un papel “auxiliar” o secundario respecto a los tratamientos de tipo “biológico”, situación que va más allá de la estrategia discursiva del entrevistado y que supone una cuestión a tener presente en este trabajo.

En lo que refiere al electroshock, constatamos que para los psiquiatras hablar de esta técnica y de su aplicación supone una situación en la cual muchos de ellos se sienten inquiridos, cuando no cuestionados respecto a su praxis y a la legitimidad de su poder. Pese a que hay una defensa del electroshock como herramienta terapéutica legítima, acorde a la argumentación esbozada por los psiquiatras, la aversión y el imaginario social respecto a la técnica juegan un papel determinante en la negociación con la familia del paciente -nunca con éste en cuanto es considerado incapaz legalmente y sociológicamente hablando en cuanto no es considerado sujeto pleno en cuanto tal-, a la hora de la implementación de la misma, notándose que las mayores dificultades de “negociación” se producen con aquellas familias de mayor nivel de instrucción y socioeconómico, que son quienes, al mismo tiempo, cuestionan de un modo más frontal el poder del médico. Un indicador de esto último se observa en las maneras de designar una misma técnica (electroshock). Al preguntarles sobre los tratamientos que se aplicaban en el hospital en la actualidad, ocho de los entrevistados designaron la técnica como *electorshock*; cuatro como *micronarcosis*; mientras los dos restantes aluden a ella como *electroconvulsoterapia*. Este aspecto nos lleva a la cuestión de que, para muchos de ellos, hay un problema semántico en el término, problema que quedaría zanjado, acorde a lo expuesto por

iniciarse con un grito. La fase clónica no tiene nada de característico. La fase comatosa es más o menos larga y se continúa insensiblemente por una fase de sueño....” (Ey, H., y otros, 1965: págs. 1022 y sig.)

más de un entrevistado, al utilizar una terminología diferente a la del lego para designar el mismo recurso terapéutico. En el caso concreto del electroshock, el lenguaje cumple la función de legitimar una práctica que carece de legitimidad cultural, mediante un mecanismo de distorsión ideológica. En este mismo sentido, el psiquiatra está investido de un poder y una autoridad cultural de tal relieve que es capaz de imponerle al paciente o a su núcleo familiar una voluntad absoluta y radicalmente contrapuesta a la de éstos, anteponiendo precisamente esa autoridad cultural al ejercicio de la autoridad social del paciente o de su familia en cuanto sujetos.

Las distintas causas de la aversión al electroshock señaladas en los discursos analizados se dirigen a que ésta se encuentra vinculada, o bien a los mitos y a la cultura popular, o bien a la “historia negra” de la Psiquiatría; o bien a la falta de información; o bien al estigma social que el electroshock conlleva.

La divergencia existente entre aquello entendido como un “deber ser” y el “ser”, o entre el plano de lo discursivo y el de la acción es un hilo conductor central en el tema planteado. El Hospital Vilardebó, no se aparta demasiado de las pautas de organización y funcionamiento de la mayor parte de los hospitales psiquiátricos, en la medida que la profundización de criterios “científicos” en la internación y el tratamiento de los pacientes internados, tienen como fin último la vigilancia y el castigo de los cuerpos dóciles y la domesticación del alma. Una vez que el paciente es internado en una institución de este tipo, pierde toda calidad de sujeto o persona jurídica, y pierde por consiguiente sus derechos. Se le asigna un lugar, un espacio, una

cama, un ritmo bajo el cual debe llevar a cabo todas sus actividades perdiéndose todo tipo de referencias más allá del ámbito específico del hospital. Todas las actividades extrahospitalarias también se encuentran instrumentadas y dirigidas; el paciente no dispone de su tiempo, no puede manejar dinero, tener objetos propios, mascotas, relaciones afectivas, muchas veces ni siquiera tiene nombre.

Consideraciones finales. ¿Varias formas y un mismo contenido?

“-¿Qué es estar mentalmente sano?

-Normal y sano es el que tiene un empleo, su hogar, su mujer, dos hijos por lo menos, casa, y si puede auto. Eso es para mí ser normal.

-¿Qué es estar loco?

-Gritar, delirar, ponerse agresivo, pelear con la gente, tener pensamientos mágicos...”¹⁰

A la luz de los discursos recogidos en diversas entrevistas en profundidad, que constituyeron una fuente de información fundamental acorde a la estrategia metodológica escogida en nuestro abordaje, nos encontramos con distintas estrategias discursivas, concretamente con tres:

i) las que apelan fundamentalmente al conocimiento psiquiátrico específico, moviéndose dentro del paradigma biomédico transportando una visión unidimensional de la enfermedad mental:

“El tipo de pacientes para un hospital de agudos es justamente todo lo que tiene que ver con la aparición de enfermedades agudas psiquiátricas, agudo quiere decir de aparición última y transitoria, como ser por ejemplo, lo que tiene que ver

¹⁰ Diálogo entre un cronista y un paciente psiquiátrico. Tomado de El Observador, Mdeo. Set. 1998, pág.9

con trastornos del estado anímico, la depresión o la exaltación del humor, la manía.”¹¹

“...Y hay o queda todo lo que tiene que ver con lo judicial, digamos, la justicia cuando considera situaciones de inimputabilidad frente a situaciones de estirpe delictiva, deriva para acá. Después está el problema de origen social. El problema de a dónde vuelve el paciente, si hay o no un medio, una red social que soporte digamos la resocialización del paciente, el reingreso del paciente, donde en algunas patologías, las más agudas, en las que no tienen digamos en los períodos fuera de los momentos críticos, no tienen sismos, son pacientes productivos. No es lo mismo si son hombres o mujeres. Un hombre con una patología crónica es un hombre no productivo, y lo que eso para las familias supone muchas veces, un débil mental o un esquizofrénico, se hace más difícil que vuelva justamente porque no hay interés en la producción; en cambio a una mujer la hacen trabajar, o trabaja o aporta algo en la casa. O sea que hay familias que depositan realmente sus familiares acá y después no aparecen y bueno no se quieren hacer cargo, y otras que sí. Es más típico eso, más típicamente se da en los esquizofrénicos o en los débiles mentales”¹².

“Lo que me parece importante es precisar, para poder de repente abordar un estudio de éstos, qué son las enfermedades mentales. Qué son las enfermedades mentales, qué provocan, cómo aparecen, porque es muy vasto y muy complejo muchas veces entender esto, digamos. Entonces yo diría que uno de los problemas del abordaje de la rehabilitación y de la resocialización de los

¹¹ Psiquiatra, mujer, 31 años, médico residente.

¹² Psiquiatra, hombre, 42 años, pasante.

pacientes psiquiátricos, en todos los estudios que uno ve, pasa por el desconocimiento de la enfermedad, y se quedan sólo en lo social. Lo social muchas veces es consecuencia de la enfermedad, no causa de la enfermedad”¹³.

- ii) las que apelan o se posicionan desde una perspectiva que interrelaciona lo estrictamente técnico o médico, caracterizado por un conocimiento específico y especializado de la enfermedad, con aspectos de cuño social, económico y cultural;

“Gabriel, por ejemplo, por mucho tiempo, por muchos años más no va a poder salir. Este es su medio, este es su lugar, esta es su casa. La madre este año empezó, después de muchos años, a llevarlo un sábado cada tanto, a la casa. El mes pasado le rompió unos vidrios a un ómnibus de CUTCSA, la gente de CUTCSA le está haciendo un juicio a la madre para cobrarle los vidrios, más el lucro cesante, más daño moral... Es una señora que trabaja de cocinera, que apenas gana para vivir. Es un paciente que es inimputable desde todo punto de vista, y bueno, el tema de CUTCSA es “bueno, pero si el paciente es un enfermo psiquiátrico cómo lo van a sacar a la calle”. ¿Pero lo voy a dejar acá encerrado todo...?”¹⁴

“La mayoría de los pacientes podrían salir del hospital, claro que sí, pero dentro de un entorno de protección, de control, que yo creo que no tenemos por esto que te planteaba, las familias no pueden hacerse cargo o porque se han alejado y ya no quieren saber nada con los pacientes y solos no pueden vivir. O sea, el medio los puede aceptar pero no están en condiciones de hacerlo, porque no tienen lugar, o porque económicamente no pueden o porque son padres ancianos que no pueden controlar ciertas conductas del paciente o económicamente no los pueden mantener”.¹⁵

¹³ Psiquiatra, hombre, 35 años, grado 2, Jefe de Clínica.

¹⁴ Psiquiatra, hombre, 43 años, Jefe de sala.

¹⁵ Psiquiatra, hombre, 43 años, Jefe de sala.

“Héctor es un débil mental, profundo, con crisis terribles, sale, rompe todo, fugas, destroza todo lo que tiene por delante. Bueno, cuando ingresó eran varias por día; ahora tiene una cada tres o cuatro meses; eso es manejable, podría vivir afuera. Pero tiene un padre alcohólico y violento que lo rechaza, la madre es una oligofrénica maltratada por este hombre, no puede hacerse cargo de Héctor, Héctor necesita de un ambiente muy cálido, muy continente, que es lo que encontró en la sala. No hace crisis no por la medicación, que recibía la misma hace 6 años, sino porque el ambiente de la sala es más continente. Se siente querido, apreciado, acá tiene un lugar. Eso mismo podría conseguirlo afuera de acá”¹⁶.

iii) finalmente, las estrategias discursivas que se centran en la institución en cuanto tal, es decir, criticando aspectos funcionales y organizacionales del hospital psiquiátrico y, en forma más amplia, aspectos que hacen a la actual política de salud en el área:

“Bueno, una cosa es lo que debería hacer el Vilardebó y estos hospitales, y otra cosa es si pueden o no pueden hacerlo.(...) Entonces, yo tengo que compensar al paciente, pero a su vez yo tengo que tener una política de seguimiento muy estricta y además no dejarlo a la voluntad del paciente o a la voluntad de la familia que lo entrega cuando quiera o cuando no quiera. Debe ser por ley que un paciente egresado de una institución y que debe ser controlado, la policía es la que se tiene que encargar de traerlo si no viene el día que tiene que venir.(...) Pero hay muchas carencias, tremendas carencias que lo que hace es que todo se encarezca, todo se encarezca. Porque pierde la familia, pierde el Estado que pierde el funcionario, pierde el funcionario porque deja de trabajar y eso trae consecuencias peores, porque si yo largo un individuo que se descompensa, puede matar a otra persona, puede destruir una casa, puede incendiar una casa, puede destruir una familia y además me está viniendo cada

¹⁶ Psiquiatra, hombre, 43 años, Jefe de sala.

vez más descompensado acá lo cual está alterando todo el sistema. Una cosa es operar en agudo y otra cosa es operar en un paciente controlado”¹⁷.

La problemática esbozada nos pone de cara al desafío de transformar una problemática social en un objeto de análisis sociológico, lo cual implica una diferencia cualitativa en cuanto al tratamiento de los datos. En otras palabras, esta cuestión, nos ubicaba en el plano o nivel de análisis de la convergencia o divergencia del discurso y las prácticas médicas (psiquiátricas) en lo que se refiere al proceso de resocialización del enfermo mental. Por lo tanto, tal cual lo consagró Foucault en su arqueología del saber y Simmel a la hora de hacer hincapié en la relevancia de la distinción de esa dialéctica entre forma y contenido, y de la importancia de distinguir correctamente esas dos categorías, nuestro esfuerzo analítico se dirige a desentrañar si estamos ante una única percepción de la psiquiatría académica nacional sobre el proceso de resocialización del enfermo mental, aceptando obviamente la existencia de matices en esta única percepción; o si por el contrario, estamos frente a distintas percepciones sobre este proceso.

A la luz de lo recogido, luego del análisis de las entrevistas y de las otras instancias a las que accedimos como fuentes de información primarias e igualmente privilegiadas (ateneos y encares de pacientes), los resultados de nuestro trabajo apuntan a que en realidad se debería hablar contemporáneamente de **una misma percepción por parte de los psiquiatras del hospital respecto al proceso de resocialización del enfermo psiquiátrico, y que las diferencias de matices se expresan en las distintas estrategias discursivas de las cuales se**

¹⁷ Psiquiatra, hombre, 42 años, pasante.

sirven los entrevistados para elaborar su análisis respecto a las diversas cuestiones sobre las que los abordamos.

Dicho de otra forma, lo que varía es la forma de justificación del discurso que, en algunos casos, apela a razones “técnicas”, en otros a razones “sociales” y en otros a cuestiones “institucionales”, contemplando desde ya que esta clasificación responde a “tipos ideales” y que no se encuentran en su forma pura en cuanto tal. Esta conclusión nos lleva a sugerir que los matices responden a diversas formas de justificación discursiva, que están mediatizadas en la medida que se dirigen a un lego (el investigador), pero que tienen en común, desde una perspectiva sociológica, el hecho de que el enfermo psiquiátrico sea en la mayoría de los discursos, cuando no en todos, un objeto de estudio más que un sujeto, ya que para tener el carácter de sujeto deben existir canales mínimos de decisión y acción por parte del “loco”, canales que están bloqueados, poco potenciados o que directamente no existen.

A modo de problematizaciones finales, estaríamos en condiciones de decir que en el contexto social estudiado, la percepción psiquiátrica respecto al proceso de resocialización del paciente es bastante homogénea en cuanto a quiénes son los agentes y los mecanismos objetivos de resocialización. Al mismo tiempo, la resocialización es percibida como un proceso ineludible en el marco de la propia práctica médica, existiendo de hecho una adhesión al hospital psiquiátrico en cuanto instrumento terapéutico. Pese a que identificamos en los psiquiatras tres distintas estrategias o modalidades discursivas para abordar la temática, la cuestión fundamental con la que nos topamos es que el espacio dado al loco en cuanto sujeto

social con capacidad de acción, con capacidad de decidir sobre su vida, sobre su sexualidad, sobre su cuerpo, no sólo durante su internación, sino también a lo largo del proceso de enfermedad se halla condicionado y limitado por una Verdad dada, consagrada de un orden presentado como realidad. Como una de las entrevistadas sentenciaba a lo largo del diálogo que mantuvimos:

“Quererle encontrar una lógica a la institución es muy difícil, me acuerdo de Goffman y de la frase de que las instituciones padecen de lo que pretenden curar. Eso es en parte así; acá es muy loco, independientemente de que hay un funcionamiento, intenciones y todos los demás, pero hay cuestiones de funcionamiento que son muy locas. Cosas que decimos “esto es bien de manicomio, sólo pasa acá”¹⁸.

¹⁸ Psiquiatra, mujer, 42 años, jefe de policlínica.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA.

- ANGUERA, M. “Metodología de la observación en las Ciencias Humanas”, Madrid: Cátedra, 1989.
- ARGYLE, M. “Psicología de las enfermedades mentales”, Madrid: Alianza, 1978.
- BARONA ,de Infante N. y ALVAREZ L. “Sociedad y Salud”, Cali: Ed. Formas, 1991.
- BARRÁN , J. P. “Medicina y Sociedad en el Uruguay del Novecientos” Tomo III, , Mdeo.: Ediciones de la Banda Oriental,1995.
- BARRÁN , J.P. y otros “ La Medicina de la Sociedad”, Mdeo.: Nordan comunidad / Goethe-Institute, 1993.
- BASAGLIA, F. y otros, compendio “Razón, Locura y Sociedad”, México: Ed. siglo XXI, 1989.
- BASAGLIA, F. y otros, compendio “Antipsiquiatría y orden manicomial”, Ed. Barral, s/d, 1975.
- BASTIDE, R. “Sociología de las Enfermedades Mentales”, México: Ed. Siglo XXI, 1986.
- BECKER, H. S. “Extraños. Estudios en la Sociología de la desviación”, Bs. As.: Ed. Tiempo Contemporáneo, 1971.
- BERGER, P. y LUCKMANN, T. “La Construcción Social de la Realidad”, Bs. As.: Amorrortu Editores, 1991.
- BOLTANSKI, L. “As Classes Sociais e o Corpo”, Río de Janeiro: Ed. Graal, 1984.
- CANGUILHEM, G. “Lo Normal y lo Patológico”, México: Ed. Siglo XXI, 1986.
- CASHDAN, S. “Psicología de la Conducta Anormal”, Madrid: Ed. Prentice-Hall, 1973.
- CASTEL, R. “El orden psiquiátrico”, Madrid: Ed. La Piqueta,, 1980.
- CASTORIADIS, C. “La Institución Imaginaria de la Sociedad”, Barcelona: Tusquets Editores, 1989.
- CLINARD, M. compendio “Anomia y Conducta Desviada”, Bs. As.: Ed. Paidós, 1967.
- COCHIZANE, R. “La Creación Social de la Enfermedad Mental”, Bs. As.: Ed. nueva Visión, 1991.

- COE, R. "Sociología de la Medicina", Madrid: Alianza Universidad, 1984.
- DURÁN, M. "Desigualdad Social y Enfermedad", Madrid: Ed. Tecnos, 1983.
- DURAND, G. "La Imaginación Simbólica", Bs. As.: Amorrortu editores, 1971.
- EY, H. Y otros "Tratado de Psiquiatría", Barcelona, 1965.
- FITZPATRIK, R. "La enfermedad como experiencia", México: Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología/Fondo de Cultura Económica, 1990.
- FOUCAULT, M. "Discurso, poder y subjetividad", Bs. As.: Ed. El Cielo por Asalto, 1995
- FOUCAULT, M. "Enfermedad mental y personalidad", Barcelona: Paidós Ibérica, 1991.
- FOUCAULT, M. "Historia de la Locura en la Época Clásica", Bs. As.: Fondo de Cultura Económica, 1990.
- FOUCAULT, M. "Historia de la Sexualidad I. La voluntad del saber.", México: Siglo XXI Editores, 1991.
- FOUCAULT, M. "Microfísica del poder", Barcelona: Planeta-De Agostini, 1994.
- FOUCAULT, M. "Vigilar y castigar", Madrid: Siglo XXI Editores, 1995.
- FREIDSON, E. "La Profesión Médica. Un Estudio de Sociología del Conocimiento Aplicado", Barcelona: Ed. Península, 1978.
- GALTUNG, J., "Teoría y métodos de la investigación social", Bs. As.: Editorial Universitaria, 1966, Tomos I y II.
- GINES, A. "Población internada por trastornos mentales en el sector estatal. (1778-1993)", Montevideo: Area de Salud Mental, Facultad de Medicina, 1993.
- GOFFMAN, E. "Internados. Ensayo Sobre la Situación Social de los Enfermos Mentales", Bs. As.: Amorrortu editores, 1988.
- GOFFMAN, E. "Ritual de la interacción", Bs. As.: Ed. Tiempo Contemporáneo, 1970.
- GOFFMAN, E. "Estigma. La Identidad Deteriorada", Bs. As.: Amorrortu editores, 1989.
- HERZLICH, C. y PIERRET, J. "De Ayer y de Hoy : Construcción Social del Enfermo", Cuadernos Médicos Sociales, 43, 1988.
- HOLLANDER, E., "Principios y métodos en psicología social", Bs. As.: Ed. Amorrortu, 1976.

- KAUFMANN, F., “Metodología de las ciencias sociales”, México: Fondo de Cultura Económica, 1946.
- LEVINSON, D. y GALLAGHER, E. “Sociología del Enfermo Mental”, Bs. As.: Amorrortu editores, s/f.
- LUNDBERG, G. A., “Técnicas de la investigación social”, México: Fondo de Cultura Económica, 1949.
- MITJAVILA, M., “El saber médico y la medicalización del espacio social”, Documento de Trabajo, 33, Mdeo, 1998.
- PADUA, J., “Técnicas de investigación aplicadas a las ciencias sociales”, México: Fondo de Cultura Económica, 1979.
- PORZECANSKI, T. “La investigación social cualitativa : bases y técnicas metodológicas”: Cuadernos del CLAEH, 67, Mdeo.
- RODRÍGUEZ, J. “Salud y Sociedad : Análisis Sociológico de la Estructura y la Dinámica del Sector Sanitario Español”, Madrid: Ed. Tecnos, 1987.
- SCHEFF, T. “El Rol del Enfermo Mental”, Bs. As.: Amorrortu editores, 1973.
- SIMMEL, G. “Sociología. Estudios sobre las formas de socialización”, Bs. As.: Alianza Universidad, 1977.
- STARR, P., “La transformación social de la medicina en Estados Unidos de América”, México: Fondo de Cultura Económica, 1991.
- WILLER, D., “La sociología científica” Bs. As.: Ed. Amorrortu, 1974.