

# **SOLUCIONES INTENTADAS AL PROBLEMA DE LA ESQUIZOFRENIA**

La información como instrumento terapéutico, fuente de  
criterios para la selección de tratamientos y recurso para la  
discusión epistemológica en las organizaciones  
asistenciales.

Un enfoque integrativo-sistémico

**Federico G. Richard-Palmero**

***Soluciones Intentadas al  
Problema de la Esquizofrenia***

**La información como instrumento terapéutico,  
fuente de criterios para la selección de tratamientos y  
recurso para la discusión epistemológica en las  
organizaciones asistenciales.**

**Un enfoque integrativo–sistémico**



**Editorial de la  
Universidad del Aconcagua**

Richard-Palmero, Federico Guillermo

Soluciones intentadas al problema de la esquizofrenia : la información como instrumento terapéutico - 1a ed. - Mendoza : Universidad del Aconcagua, 2006.

426 p. ; 21x16 cm.

ISBN 987-20306-9-3

1. Esquizofrenia-Tratamiento. I. Título  
CDD 616.898 2

Diagramación y diseño de tapa: Arq. Gustavo Cadile

La obra que ilustra la portada pertenece a la artista plástica Verónica Vargas y se titula "Epílogos de la locura parte II".

La fotografía de la obra es de Rosana Gómez

Copyright by Editorial de la Universidad del Aconcagua

Catamarca 147 (M5500CKC) Mendoza

Teléfono (0261) 5201681

e-mail: [editorial@uda.edu.ar](mailto:editorial@uda.edu.ar)

Queda hecho el depósito que marca la ley 11723.

Impreso en Mendoza - Argentina

Primera Edición : Noviembre de 2006

I.S.B.N. 987-20306-9-3 (ISBN13: 978-987-20306-9-8).

Reservados todos los derechos. No está permitido reproducir, almacenar en sistemas de recuperación de la información ni transmitir ninguna parte de esta publicación, cualquiera sea el medio empleado – electrónico, mecánico, fotocopia, grabación, etc.-, sin el permiso previo de los titulares de los derechos de propiedad intelectual..

## **Agradecimientos**

*A Beatriz Sabah, por su guía y su incondicional respeto en esta obra; por toda su calidez y apoyo.*

*A Hugo Lupiañez, por compromiso constante con la formación, la investigación y la excelencia en el ejercicio profesional de la Psicología; por su apertura, su empuje y su renovada confianza en tantos proyectos.*

*A las demás autoridades de la Universidad del Aconcagua, por hacer posible la concreción en libro de mi esfuerzo.*

*A Fernando Linares, Mirta Ison, Juan Salmaso, Liliana y Eduardo Llosa, Flavia Musolino, Marcela José, Federico Del Barrio y Hugo Monteleone, por su imprescindible colaboración con esta investigación.*

*A Jorge Fernández Moya, por las semillas y el riego abundante.*

*A Santiago Fernández Escobar, por la parcela y la gestión de las labores culturales.*

*A Marcela Elizalde, por la tarea compartida y por nutrirla con su Presencia.*

*Al staff del Centro Privado de Psicoterapias Mendoza, por su esfuerzo técnico pero sobre todo por su calidad humana: me hacen sentir en casa y en familia.*

*A Arturo Piracés, por su denuedo y su confianza.*

*A Marcelo y Rosana, por J. I. y M. N.*

*A Paloma, por razones obvias.*

*A R. Chicchio, J. F. Santos, P. Stalocca, D. Monteleone, F. Martí, E. Molina, C. Cangelosi, G. Casaño y demás parroquianos de Don Coco, por razones de lo más dudosas.*

## Índice

Prólogo, por el Dr. Jorge Fernández Moya .....	21
Prefacio .....	25
<b>I. Construcción del problema.....</b>	<b>33</b>
I.1. Planteo general .....	33
I.2. Fundamentos epistemológicos y naturaleza de este trabajo .....	37
I.2.1. <i>Definiciones de “epistemología”</i> .....	37
I.2.2. <i>Epistemología cibernética y niveles de información.....</i>	39
I.2.3. <i>Algunos conceptos mínimos sobre epistemología                   Cibernética.....</i>	41
I.2.4. <i>Cibernética y metodología de la presente investigación ...</i>	44
I.3. Algunas definiciones tocantes a la esquizofrenia .....	45
I.3.1. <i>Variantes del término “psicosis”</i> .....	45
I.3.2. <i>Las psicosis esquizofrénicas</i> .....	47
I.4. Objetivos .....	50
I.5. Utilidad de esta investigación .....	52
I.6. Plan de trabajo.....	53
<b>II. Una historia de los intentos de solución al problema de la locura .....</b>	<b>57</b>
II.1. La antigüedad greco-romana .....	59
II.2. La edad media .....	61
II.2.1. <i>Los primeros tiempos.....</i>	61

II.2.2.	<i>Enfermedad "de la naturaleza" y "enfermedad del diablo"</i>	62
II.2.3.	<i>La lepra</i>	64
II.3.	El renacimiento	65
II.3.1.	<i>Médicos y locos</i>	65
II.3.2.	<i>La herencia de la lepra: las enfermedades venéreas</i>	68
II.3.3.	<i>La locura en las artes y en la cultura en general</i>	69
II.4.	El gran encierro	75
II.4.1.	<i>El hospital general</i>	75
II.4.2.	<i>El hombre racional</i>	78
II.4.3.	<i>Miseria, salvación, orden social, y de nuevo el diablo</i>	79
II.4.4.	<i>El encierro correccional, las enfermedades venéreas y el germen de la terapéutica moral</i>	81
II.4.5.	<i>El poder de internar: de la comunidad a la familia</i>	82
II.4.6.	<i>La medicina enfrenta a la locura de la mano del derecho</i>	84
II.4.7.	<i>La culpa y el loco como objeto de observación</i>	88
II.5.	La transición hacia una nueva sensibilidad	89
II.5.1.	<i>Gestación de una nueva sensibilidad para el s. XIX</i>	89
II.5.2.	<i>La locura para los filósofos</i>	90
II.5.3.	<i>La locura para los médicos: de la taxonomía vegetal a la moral</i>	92
II.5.4.	<i>Locura: pasión</i>	95
II.5.5.	<i>Locura: imaginación y delirio</i>	96
II.5.6.	<i>Rostros de la locura</i>	97
II.5.7.	<i>De la prehistoria de los tratamientos farmacológicos a una relación médico/enfermo y la terapéutica moral</i>	99
II.5.8.	<i>El gran miedo a la peste: ambiente versus naturaleza</i>	105
II.5.9.	<i>La salida del internado</i>	108
II.6.	El asilo moderno	112

II.6.1.	<i>Encierro y curación</i> .....	112
II.6.2.	<i>La terapéutica moral</i> .....	117
II.6.3.	<i>Los asilos del siglo XIX</i> .....	121
II.7.	De Pinel a la psiquiatría alemana .....	124
II.7.1.	<i>Paradojas de la objetividad</i> .....	124
II.7.2.	<i>Enfermedad mental y evolucionismo</i> .....	127
II.7.3.	<i>Dementia praecox y esquizofrenia</i> .....	128
II.7.4.	El movimiento existencial.....	130
II.8.	Estos últimos años.....	131
II.8.1.	<i>La revolución farmacológica</i> .....	132
II.8.2.	<i>El paradigma de “puertas abiertas” o las comunidades terapéuticas</i> .....	136
II.8.3.	<i>Antipsiquiatría y desinstitucionalización</i> .....	138
II.8.4.	<i>La terapia familiar sistémica</i> .....	140
II.8.4.1.	La teoría general de los sistemas y la Cibernética .....	141
II.8.4.2.	Factores que favorecieron el surgimiento de la terapia familiar sistémica .....	143
II.8.4.3.	El proyecto Bateson y la teoría del doble vínculo.....	144
II.8.4.4.	Otras escuelas. La terapia familiar sistémica en nuestro país.....	148
II.8.4.5.	Nuevas perspectivas en terapia familiar .....	153
II.8.5.	<i>El movimiento de integración en psicoterapia</i> .....	155
II.8.6.	<i>Nuevas tendencias en investigación y asistencia de la esquizofrenia.</i> .....	160
II.8.7.	<i>Final abierto</i> .....	164
<b>III.</b>	<b>Experiencias de la Esquizofrenia</b> .....	<b>173</b>
III.1.	La experiencia personal.....	175

III.1.1.	<i>Pródromos</i> .....	177
III.1.2.	<i>Formas de inicio</i> .....	178
III.1.3.	<i>Síntomas</i> .....	179
	III.1.3.1. Pensamiento.....	179
	III.1.3.2. Lenguaje y comunicación.....	180
	III.1.3.3. Sensopercepción.....	181
	III.1.3.4. Afectividad .....	181
	III.1.3.5. Motricidad .....	182
	III.1.3.6. Funciones de integración yoica .....	183
	III.1.3.7. Motivación y voluntad.....	183
	III.1.3.8. Cognición .....	183
III.1.4.	<i>Curso y pronóstico</i> .....	184
III.1.5.	<i>Epidemiología y factores asociados</i> .....	186
III.1.6.	<i>La experiencia de la enfermedad mental desde un punto de vista fenomenológico</i> .....	188
III.2.	La experiencia familiar.....	190
	III.2.1. <i>Un marco para la enfermedad mental desde la terapia familiar sistémica</i> .....	190
	III.2.2. <i>Enfermedad esquizofrénica y experiencia familiar desde la terapia familiar psicoeducacional</i> .....	193
	III.2.2.1. Sentimientos y conductas habituales.....	193
	III.2.2.2. Cambios estructurales .....	193
III.3.	Una aproximación a la epistemología de las organizaciones hospitalarias en salud mental desde la perspectiva cibernético-sistémica .....	199
	III.3.1. <i>Una propuesta de organización en salud mental: sistemas asistenciales funcionales y disfuncionales</i> .....	199
	III.3.2. <i>Homeostasis y cambio sistémico: de la familia a la organización hospitalaria</i> .....	203
	III.3.3. <i>Dificultades, problemas, tipos de cambio y de aprendizaje</i> .....	206

III.3.4. <i>La teoría del cambio aplicada a las organizaciones asistenciales y sus modelos terapéuticos</i> .....	209
<b>IV. Abordaje familiar psicoeducacional de la esquizofrenia: antecedentes, técnica y análisis desde el eclecticismo técnico</b> .....	<b>217</b>
IV.1. Algunas consideraciones epistemológicas .....	219
IV.2. Antecedentes de la terapia familiar psicoeducacional .....	224
IV.2.1. <i>Causas vs. Curso</i> .....	224
IV.2.2. <i>Los déficit subyacentes</i> .....	224
IV.2.3. <i>Las investigaciones sobre el ambiente del paciente</i> .....	227
IV.2.3.1. El macroambiente .....	227
IV.2.3.2. El microambiente: los estudios de “emoción expresada” .....	229
IV.2.4. <i>Las investigaciones sobre efectividad de las intervenciones farmacológicas y psicosociales</i> .....	233
IV.2.4.1. Modalidad farmacológica .....	234
IV.2.4.2. Modalidades farmacológica y psicosocial .....	237
IV.2.4.3. Modalidades farmacológica y psicosocial con formato familiar .....	241
IV.3. Terapia familiar psicoeducacional (TFP) de Carol Anderson, Gerard Hogarty y Douglas Reiss.....	252
IV.3.1. <i>Variables del contexto de tratamiento</i> .....	255
IV.3.1.1. Setting.....	255
IV.3.1.2. Modalidad y formato .....	255
IV.3.1.3. Frecuencia y duración.....	256
IV.3.2. <i>Estrategias y técnicas</i> .....	256
IV.3.2.1. Blancos focales del cambio y nivel de experiencia alcanzado .....	256
IV.3.2.2. Metas intermedias y fases del tratamiento .....	257
IV.4. Un análisis de la terapia familiar psicoeducacional desde la perspectiva del eclecticismo técnico o sistemático .....	278

IV.4.1. <i>Variables del contexto de tratamiento</i> .....	281
IV.4.1.1. <i>Setting</i> .....	281
IV.4.1.2. <i>Modalidad y formato</i> .....	283
IV.4.1.3. <i>Frecuencia y duración</i> .....	300
IV.4.2. <i>Estrategias y técnicas</i> .....	302
IV.4.2.1. <i>Blancos focales del cambio y nivel de experiencia alcanzado</i> .....	305
IV.4.2.2. <i>Metas intermedias y fases del tratamiento</i> .....	308
IV.5. <i>Algunas conclusiones: psicoeducación y eclecticismo</i> .....	317
<b>V. <i>Eclecticismo técnico y abordaje familiar psicoeducacional: actitudes de los clínicos en los hospitales psiquiátricos</i></b> .....	<b>325</b>
V.1. <i>Interrogantes</i> .....	327
V.2. <i>Hipótesis de investigación</i> .....	327
V.3. <i>Tipo de investigación</i> .....	328
V.4. <i>Diseño</i> .....	330
V.5. <i>La muestra</i> .....	332
V.5.1. <i>Unidades de observación</i> .....	332
V.5.2. <i>Definición de la muestra</i> .....	332
V.6. <i>El instrumento</i> .....	333
V.6.1. <i>Validez</i> .....	333
V.6.1.1. <i>Validez de contenido, de criterio y de constructo</i> ...	333
V.6.1.2. <i>Validez interna y externa</i> .....	334
V.6.1.3. <i>Variables, definiciones operacionales, indicadores, dimensiones e ítem</i> .....	335
V.6.1.4. <i>Control</i> .....	340
V.6.2. <i>Construcción</i> .....	341
V.6.3. <i>El instrumento definitivo</i> .....	345
V.7. <i>Aplicación</i> .....	350

---

---

V.8. Los resultados: análisis y discusión .....	351
V.8.1. <i>Tratamiento de la esquizofrenia en los hospitales             psiquiátricos de Mendoza</i> .....	351
V.8.2. <i>Actitudes de los clínicos hacia los principios de la TFP             y el eclecticismo técnico. Los resultados</i> .....	356
V.8.2.1. Caracterización de la muestra .....	356
V.8.2.2. Actitudes hacia las premisas de la TFP .....	362
V.8.2.3. Actitudes hacia las premisas del eclecticismo Técnico .....	375
<b>VI. Implicancias pragmáticas y éticas de la epistemología para las organizaciones asistenciales: algunas conclusiones y direcciones futuras</b> .....	<b>387</b>
VI.1. Las enseñanzas de la historia .....	389
VI.2. ¿Qué nos depara el futuro? .....	394
<b>A modo de epílogo</b> .....	<b>413</b>
<b>Bibliografía</b> .....	<b>419</b>
<b>Sobre el autor</b> .....	<b>425</b>

*En eso los niños son más humanos que los adultos. Lo más humano, lo mejor de lo humano, es esta actividad primaria que enerva al psicólogo y que no figura en los programas de estudios de su carrera. Lo mejor de lo humano es su tendencia a no interpretar una historia hasta agotar todos los intentos de intervenir en ella, o más bien, sobre ella.*

**R. E. Fogwill**  
*La experiencia sensible*

# PRÓLOGO

## Prólogo

Dos lecturas fueron necesarias para escribir estas líneas.

La primera estuvo relacionada con la necesidad de conocer el contenido y de esa manera integrar un jurado que evaluara el trabajo de Federico G. Richard-Palmero como tesis de graduación.

La lectura resultó grata, amena y con la sensación de descubrir información nueva. Luego de la excelente exposición realizada en la defensa, los miembros del jurado consideramos que la nota merecida era de Diez felicitado, y recomendamos la publicación.

Los fundamentos para hacer esta propuesta fueron:

*“Se trata de un excelente trabajo, sobre un tema de actualidad, complejo y poco explorado en nuestro medio asistencial, universitario y de investigación. Cubre y articula los aspectos epistemológicos en una abarcativa revisión histórica. Es un trabajo crítico que da lugar a propuestas pragmáticas y viables para la realidad contemporánea”.*

La segunda lectura me permitió confirmar los valores descriptos y rescatar algunos detalles del trabajo. El primero de ellos se relaciona con la buena organización interna del libro, que desde lo general avanza hacia lo particular; comienza con la conceptualización de la epistemología que asume la investigación y realiza luego un exhaustivo y prolijo análisis histórico de la evolución de los tratamientos de la esquizofrenia, eje central del trabajo de Richard-Palmero, resultando este capítulo una verdadera artesanía para quienes realicen su lectura.

Posteriormente desarrolla su experiencia personal con pacientes que sufren esquizofrenia, las experiencias familiares y aquellas relacionadas con las organizaciones hospitalarias, dando lugar a una síntesis de lo que conocemos como

abordaje familiar psicoeducacional. Todos estos temas son tratados de manera amplia, exhaustiva y con fino criterio clínico, salvando la escasa experiencia clínica del autor en este tema.

Cuando se centra en el proceso de investigación, elige variables importantes de ser rescatadas: me refiero a los hospitales psiquiátricos, y como dice Richard-Palmero: "...nos interesa un tipo de análisis decididamente contextual de los tratamientos de la esquizofrenia y su factibilidad. Acotando esto, nos encontramos con los clínicos. Ellos serán la fuente de datos empíricos y susceptibles de procesamiento que necesitamos y por ende las unidades de observación en sentido estricto".

Por último, deseo rescatar algo que se relaciona con los sentimientos y las cogniciones que son frecuentes en los padres, cuando los hijos dan muestras de la madurez, la seriedad y la responsabilidad con que encaran su tarea. Hoy puedo decir que los docentes también nos sentimos gratificados de la misma forma cuando los alumnos son capaces de mostrar idénticos valores.

*Jorge Fernández Moya*

## **PREFACIO**

## Prefacio

Resulta sumamente difícil escribir unas palabras de presentación para un trabajo como este. Pienso que de estas palabras dependerá, muy probablemente, la suerte del volumen –si será leído o inmediatamente devuelto al sueño de los justos que le depara su estante–, y no es sencillo escribir bajo semejante presión. Por otra parte, son innumerables las opciones para realizar esta tarea: desde un escueto resumen del contenido al detalle puntilloso de motivaciones e influencias; desde una secuencia bien planteada de interrogantes que apunten a la curiosidad del potencial lector hasta un festival de respuestas que lo inmunice contra la ansiedad de lo nuevo.

Después de descartar varias posibilidades, he pensado que quizás lo mejor sería un breve comentario de mi propia experiencia con el trabajo, particularmente la de los primeros y cruciales pasos: la elección del tema y sus formulaciones iniciales. Dada la naturaleza de esta investigación, el tema particular que he decidido encarar y las herramientas de que me he valido para afrontarlo, estimo que una consideración más bien *personal* de los motivos que me han guiado en este recorrido ayudará a una mejor comprensión del mismo y a un feliz arribo a puerto.

Hablar de mi experiencia servirá, a la vez que para presentar el tema a quien lee, para presentarme yo mismo. En tanto que autor de estas líneas iniciales, de algunas articulaciones entre ideas de otros, e incluso de un par de ideas originales surgidas de esas articulaciones, intentaré que se comprenda *mi* participación personal en estas páginas tanto como la participación de infinidad de otras personas en las páginas más ajadas de la historia, y aun en las relucientes páginas que nuestro tiempo no se resigna a dejar de escribir. Espero que al final de este prefacio, o al menos al final del trabajo, se comprenda que ese intento no surge de un capricho.

Lo primero que me viene en mente al pensar en el tema de mi tesis es la respuesta gestual recurrente, encarnada en infinidad de rostros a lo largo de los últimos años, cada vez que yo manifestaba mi interés por el tratamiento de personas

que padecen de graves trastornos mentales. Casi puedo ver, cerrando los ojos, el colorido muestrario de gestos que denotan el asombro, la sorpresa, y hasta la franca desconfianza de tantos interlocutores sobre la posibilidad de trabajar, desde una formación de grado en psicología, para ayudar a esas personas.

Ya desde el comienzo de mis estudios me resistí a aceptar la idea tan difundida entre los legos –y lo que es mas triste, entre colegas también– de que los enfermos mentales son “casos para los psiquiatras” y que el campo del psicólogo se cierra en torno de problemas supuestamente más fáciles: las así llamadas *neurosis*. Más de una vez, en los primeros años, tuve que ensayar ante personas ajenas al ámbito *psi* una explicación –muy poco convincente, por cierto– acerca de qué podía hacer un psicólogo en medio de los “locos”, aparte de hacerlos dibujar y mostrarles láminas con divertidas manchas de colores.

Esta dificultad puntual tuvo lugar en medio de un debate epistemológico más amplio que no cabe aquí detallar. Diré solamente que, también en los primeros años de mi formación, tuve la fortuna de toparme con algunos docentes de orientación cognitivo-conductual que me alentaron a seguir adelante y a tolerar la disonancia entre mis premisas para ver la realidad –más bien orientadas por entonces al paradigma de las ciencias duras–, y las líneas teóricas más comunes del medio, las cuales –hay que decirlo– más que líneas se me figuraban garabatos sin sentido.

Relativamente tarde en mis estudios tomé contacto con otro puñado de personas que me abrieron las puertas de la terapia familiar sistémica. Gracias a ellos fui acercándome a este enfoque hasta entonces inédito para mí, y lo hice de una manera también inédita y sumamente enriquecedora. Después vino un grupo de estudio e investigación en el que tuve la oportunidad de trabajar con algunos jóvenes profesionales y ex compañeros; junto a ellos descubrí el incalculable valor de comparar de manera crítica diversos modelos terapéuticos, tomando de cada uno lo mejor según las necesidades puntuales de la situación, y privilegiando –como criterio para esas decisiones– un principio básico del aprendizaje de los humanos: usar aquello que funcionó bien para otros en el pasado.

En síntesis: producto de esos encuentros pude ir respondiendo cada vez con menos balbuceos a las estocadas de legos suspicaces y colegas de pensamiento hegemónico. Gracias a unas y otras personas y enfoques fue naciendo en mí la idea de que es posible una práctica humana y parsimoniosa, incondicionalmente comprometida con el *cambio* toda vez que la demanda sea cambiar; una práctica

humilde en cuanto a sus expectativas, pero también susceptible de ser testeada en un consenso mayor que el de la subjetividad irrefutable de un genial terapeuta. Y de la mano de esa idea vino la certeza de que realmente es mucho lo que puede hacerse por mejorar las condiciones de vida –no hablo de “curar”– de las personas que sufren, ya sea en carne propia o en el seno de sus familias, las consecuencias de trastornos mentales de gravedad como la esquizofrenia.

Este ha sido, en muy resumidas cuentas, mi proceso personal y el cimiento de mi epistemología. Y una consecuencia de ese proceso resume el primer motivo que quería señalar para mi elección de los tratamientos de la esquizofrenia como tema general de este trabajo: simplemente haber encontrado un marco para su abordaje, lo que no es poco.

El otro motivo para elegir el tema no tiene que ver con mi historia personal sino con la historia del propio movimiento sistémico. El estudio de la esquizofrenia ha constituido uno de los grandes desafíos que sirvieron de plataforma de despegue a los primeros desarrollos de la terapia familiar sistémica. Por mi parte, simplemente pensé que empezar por el mismo lugar que los maestros del pasado, revisando críticamente su recorrido, era un buen primer paso que podía dar como psicoterapeuta.

Respecto de lo que más específicamente he decidido investigar dentro del vasto campo de los tratamientos de la esquizofrenia, no he de explayarme aquí. Los fundamentos de mi elección serán ampliados en la Introducción, en estrecho vínculo con las consideraciones epistemológicas, metodológicas, y sobre los objetivos y utilidad de este trabajo.

Para terminar, pero sobre todo para que se comprenda el sentido de lo dicho hasta ahora, restaría una breve reflexión *formal* sobre estas propias líneas y sobre lo que pretendo sea esta investigación. Me he propuesto cuidar, desde el comienzo, la coherencia entre lo que intento transmitir y la forma en que lo hago. Se trata, a mi entender, de un principio muy valioso tocante al pensamiento científico y a su transmisión; constituye, además, una de las enseñanzas que he recibido de las personas a que aludí más arriba. No se puede, por ejemplo, pedir al lector que piense en sistemas si no se trabaja, en la escritura misma, de manera coherente a la epistemología sistémica. Y lo mismo ocurre en la psicoterapia, la religión y tantas otras experiencias de persuasión que tienen lugar entre los seres humanos.

He iniciado, pues, este trabajo intentando ejemplificar cómo la *historia* de mi pensamiento –entendida como el devenir en una *ecología de las ideas*– ha condicionado radicalmente mi propia experiencia. Intentaré demostrar, de aquí en más, cómo de la misma forma, aunque en un nivel lógico distinto, el devenir de ciertas ideas hizo posible una sucesión de experiencias sociales de la locura a lo largo de la historia, que condicionaron a su vez los modos de tratarla, y las experiencias concretas de quienes la sufrieron y la sufren. Si mi intento de dar un ejemplo ha sido comprendido en este sentido, el lector estará ya predispuesto a lo que sigue, y la estructura de la comunicación que surja entre él y yo será como la de los metálogos de Bateson: pertinente al tema tratado.

Para entrar de lleno a esta comunicación y a su particular estructura, dejo ahora la primera persona del singular para usar en más un *nosotros*, que incite al lector a una complicidad crítica con lo que digo. Seremos compañeros, en la primera parte de nuestro trabajo, de un largo recorrido por la historia de la locura, esa milenaria piedra en el zapato de Occidente. Pero nuestro viaje no tendrá el sentido de la anécdota o la ilustración: más bien buscará ubicar al lector en un lugar que le permita comprender el resto de la investigación en un contexto más amplio; y admitir así, eventualmente, que todo lo escrito y todo lo hecho sobre nuestro tema no es más que un puñado de intentos de solución –algunos mejores y otros peores– de un problema tan antiguo como el hombre mismo.

Llegado a ese punto del recorrido, el lector comprenderá también que precisamente la idea de que algunos intentos de solución son mejores que otros –y sobre todo de que hay mejores y peores modos de elegirlos– constituye el corazón de nuestro planteo.

*Federico G. Richard-Palmero*  
*Mendoza, mayo de 2002*

**II. UNA HISTORIA DE LOS INTENTOS DE  
SOLUCIÓN AL PROBLEMA DE LA  
LOCURA**

## II. Una historia de los intentos de solución al problema de la locura

Antes de emprender el largo recorrido que nos toca, serán de utilidad algunas aclaraciones.

En cuanto a la extensión y a algunas digresiones de este capítulo, el lector podrá tener la impresión de que no vamos directamente *al punto*. Deberá comprender que no es tarea fácil definir concisamente la conceptualización que hace una época o un autor sobre este tema. En nuestra opinión, semejante empresa consiste en un trabajo parecido a la destilación: de una plétora de sustancias riquísimas y disímiles se llega a extraer una pequeña cantidad de líquido esencial. Entendemos que no sería igual el producto si le ofreciésemos directamente un apretado destilado.

Con respecto a la profundidad con que trataremos las diversas etapas arbitrarias en que hemos dividido la historia, pondremos especial énfasis en la construcción de la sensibilidad social actual hacia la locura. Las raíces de la misma se encuentran, según la bibliografía que hemos consultado, entre el renacimiento y los hechos que siguieron a la revolución francesa. El lector encontrará, pues, mayores detalles en los apartados correspondientes a estos períodos. Otro punto a destacar, teniendo en cuenta los acotados fines de nuestro trabajo, se ubica a mediados del siglo XX y tiene que ver con el surgimiento de la terapia familiar sistémica en la posguerra norteamericana. Somos perfectamente conscientes de que, fuera de estos períodos elegidos por nuestro particular recorte, quedarán excluidos hechos y procesos históricos de singular valor para los tratamientos actuales –por mencionar algunos: el psicoanálisis y la antipsiquiatría–, mientras que el tratamiento de otros se limitará a algunos breves párrafos. Esperamos entonces que quede claro que el no desarrollarlos no implica, para nosotros, menospreciar su trascendencia.

Ocurre que, como en otras partes del trabajo, la necesidad de focalizar va en contra de un tratamiento extensivo de los temas que nos ocupan. Por otra parte, no deberá olvidarse que el objetivo de este capítulo es *contextualizar* históricamente lo que vendrá en el resto del trabajo. La historia, para nosotros, será un medio y no un fin.

Otro punto que merece consideración de cara a la revisión histórica: no ensayaremos una *psicodinámica* de las ideas, una historia de significados culturales inveterados y ubicuos que pujan por salir a la luz y que arriban finalmente a la *verdad* merced a unas condiciones sociales y/o un genio revolucionario que tuvo a bien dar con ellas –como, por ejemplo, pretendería el psicoanálisis respecto de *sus* verdades del inconsciente–. Tal concepción sería más propia de una visión teleológica y determinista del mundo y de la historia, tal como la critica Foucault en su revisión del método historiográfico de Nietzsche. Por el contrario, se trata para nosotros de contingencias internas y externas que determinan, a cada momento, un sistema de ideas que hace vivir una *experiencia* particular a cada época.

Consecuentemente con lo anterior, tampoco haremos *autopsias psicológicas*, aunque recurramos a ejemplos de personas reales que han dejado su experiencia plasmada en escritos autobiográficos. Consideramos un juego inútil, un mero devaneo intelectual la tan difundida autopsia psicológica de personajes históricos –los métodos *psicohistóricos*, como los llama Porter, derivados de Freud y E. Erikson (Porter, 1989: 158)–.<sup>6</sup> Citaremos, en cambio, algunos casos históricos concretos, pero no a fin de matizar, sino como intento de ampliar nuestra comprensión de la raíz social de la experiencia, y constatar cómo los procesos históricos y de gestación de una sensibilidad toman cuerpo en personas reales, que han podido dar cuenta de su experiencia. Se entenderá entonces que tampoco nos interesa una *interpretación* del delirio. Su contenido es rico para nosotros en tanto revela elementos culturales en su trama y puede, por lo tanto, decirnos algo de la experiencia de la locura que ha tenido quien lo padece.

Por último, una aclaración terminológica: usaremos las palabras que hemos encontrado en la bibliografía consultada, a fin de alterar lo menos posible la transmisión del trabajo de los autores: así, por ejemplo, hablaremos de “loco” cuando citemos a Foucault. Respecto de este autor, en general no atenderemos –por

---

<sup>6</sup> Hasta el propio Gregory Bateson incurrió en cierto modo esta práctica, en un intento de explicar en términos relacionales la locura de John Perceval (Porter, 1989: 238)

alejarse de nuestro foco a matices muchas veces sutiles que ese autor introduce al hablar de “insensatez”, “locura”, “alienación”, “sinrazón” y otros.

Usaremos, además, los términos “enfermo” y “esquizofrénico” con el sentido de “persona que sufre del trastorno denominado esquizofrenia”. No queremos decir con esto que adherimos a la idea –no demostrada, por cierto– de que una entidad morbosa concreta es la causante del mismo.

En todos los casos, y para todos los términos, no podemos sino expresar nuestro más profundo respeto por las personas que sufren y por sus no menos sufridos familiares. Pensamos que esa actitud quedará demostrada con nuestro trabajo y sus resultados, y que hablar de una manera u otra para referirnos a quienes son en última instancia destinatarios del mismo no debería cuestionarla.

Hacia el final de nuestro trabajo volveremos parcialmente sobre la cuestión de los términos al tratar la noción de *enfermedad mental*; por ahora demos comienzo a la historia.

## **II.1. La antigüedad greco–romana**

Iniciaremos nuestro recorrido en la antigüedad griega, donde Hipócrates (460–377 a. C.), quien es considerado el primer médico profesional, inició la visión organicista más ortodoxa de la alienación (Rodríguez C., 1993: 90), basándose en teorías anatómicas (relativas al cerebro) y fisiológicas (respecto de los humores). Estos humores eran cuatro: sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema; y eran el resultado de cuatro cualidades básicas de la naturaleza: el calor, el frío, la humedad y la sequedad. En una época en que los males de la mente casi nunca eran tomados como competentes al campo médico, Hipócrates fue el primero en marcar el origen natural de tales trastornos. Elaboró una clasificación basada en cuatro temperamentos (colérico, sanguíneo, melancólico y flemático), donde el nivel óptimo o sano se conseguía por un equilibrio de los cuatro, y el desequilibrio, dado por un exceso, se corregía mediante purgas. Estableció, asimismo, una clasificación de los trastornos mentales –que eran causados también por desequilibrios en los humores básicos– en tres categorías: manía, melancolía y frenitis, orden que con escasas variaciones se mantendría durante toda la civilización griega y romana (Vallejo R., 1991: 4).

Platón (427–347 a. C.) sostuvo una posición psicopatológica idealista y mística en que el alma constaba de dos partes, una *racional*, inmortal y divina, ubicada en el cerebro, y otra *irracional*, mortal, fuente de placer, dolor, audacia, miedo, esperanza y amor. Esta última es la que según el filósofo podía enfermarse rompiendo su efímera unión con el alma racional, resultado de lo cual el hombre enloquecía. Para esta locura existían tres posibilidades: melancolía, manía y demencia. Otro aspecto del fenómeno para Platón, tal como figura en *El Banquete*, *Fedro* y otras obras, estaba dado por su idea de una “locura divina”, proveniente del cielo y que conducía a un *furor* místico por medio del cual se inspiraban unos pocos elegidos (Rodríguez C., 1993: 91). En este sentido, Platón clasificó la locura en cuatro grandes tipos: profética, teléstica o ritual, poética y erótica (Vallejo R., 1991:4).

Aristóteles (384–322 a. C.) mantuvo la existencia de dos partes del alma, pero las consideró no separables, operando en unidad, como dos funciones de las que el cuerpo era un corolario. Atribuía el deterioro psíquico a la deficiencia mental y a otras enfermedades y –quizás lo más destacable– consideraba a la patología mental como una enfermedad psíquica y orgánica (Rodríguez C., 1993: 91).

Las directrices del pensamiento romano sobre la locura no variaron demasiado respecto de sus maestros griegos. Asclepiades (124 a. C.), si bien rechazó la teoría humoral de Hipócrates, mantuvo un enfoque basado en las influencias ambientales a la vez que oponiéndose a los tratamientos inhumanos y al encierro carcelario de los pacientes. Fue el primero en distinguir entre alucinaciones, ilusiones y delirios, así como en distinguir enfermedades agudas y crónicas (Vallejo R., 1991: 4).

Es interesante repasar el pensamiento que Cicerón –político, orador y literato romano (106–43 a. C.)– formuló sobre la locura. Su obra ha sido destacada, además de por su valor intrínseco, por la preservación y transmisión del legado filosófico griego. Michel Foucault (1976, t. I: 287–288) distingue en su obra dos formas de experiencia, a las cuales corresponden dos formas de locura. Por una parte, una sabiduría filosófica que, sabiendo cómo diferenciar al loco del razonable, asimila a la locura cualquier forma de no-sabiduría y puede, valiéndose de la enseñanza y la persuasión, disipar la enfermedad del alma. Por la otra, un saber que ve en la locura el efecto de las pasiones violentas. A la primera experiencia corresponde la *insanía*, mal que nunca puede alcanzar al sabio; a la segunda, el *furor* –acontecimiento del cuerpo y del alma que la razón puede aprehender y que puede

alcanzar el espíritu del filósofo. Hubo, según Foucault, un esfuerzo en Cicerón por superar esta oposición entre furor e insanía en una asignación moral, punto que retomaremos más adelante por tener gran trascendencia para la historia moderna de la locura.

Areteo (30–90 d. C.) intentó diferenciar estados que para Rodríguez Ceberio eran similares a lo que hoy llamaríamos esquizofrenia –sujetos que “parecen estúpidos, distraídos, pensativos”, con una “estupefacción de los sentidos de la razón y de otras facultades mentales”– (Rodríguez C.: 1993: 91), de otros más cercanos al rótulo de “manía”. Por otra parte, este autor fue el primero en señalar a las enfermedades mentales como la exageración de procesos normales.

Sorano (120 d. C.) revisó y amplió la clasificación hipocrática, rompiendo con la concepción de que la enfermedad mental afectaba a un solo órgano. Incluyó así la hipocondría (donde estaba afectada la región del hipocondrio) y la histeria (el útero era el órgano afectado). Este médico fue reconocido también por los tratamientos humanitarios que aplicó (Vallejo R., 1991: 4).

Para terminar con este apretado panorama sobre la antigüedad clásica, volvamos a Rodríguez Ceberio (1993: 92). Es interesante señalar que Galeno (129–199), aun habiendo estudiado la anatomía del cerebro, se negaba a admitir que las funciones psíquicas pudiesen localizarse en ese órgano. Estudió la demencia, la imbecilidad, la manía, la melancolía y hasta mencionó el alcoholismo, basándose en la teoría de los humores de Hipócrates. Vallejo (1991: 4) destaca la distinción galénica entre las causas orgánicas (lesiones craneanas, alcohol, cambios menstruales) y las mentales (temores, contratiempos económicos, desengaños amorosos) de los trastornos mentales.

## **II.2. La edad media**

### **II.2.1. Los primeros tiempos**

Durante todo el medioevo (s. V al XV), el concepto de disturbio mental fue apartado del de enfermedad que había sustentado la cultura greco-latina, y quedó ligado a lo somático. Se atribuyó otras causas a las conductas que hoy encuadraríamos como enfermedades mentales, siendo la más difundida la posesión demoníaca –atribución de larga data en otras culturas lejanas como la hindú, ya en tiempos de Súsruta, cien años antes de Hipócrates–.

Las necesidades médicas durante la edad media fueron dictadas por las enfermedades epidémicas que traían a Europa las invasiones bárbaras. Entre tantas *pestes* aparecieron trastornos con connotaciones particulares en el comportamiento, como el llamado “mal de San Vito” –santo venerado desde entonces como protector de los enfermos de corea–, que se caracterizaba por angustia y extraños movimientos (Rodríguez C., 1993: 92). Vallejo Ruiloba (1991: 5) menciona las verdaderas epidemias de locura, registradas por los cronistas entre los siglos X y XVI como danzas frenéticas colectivas y denominadas también con el nombre del mencionado santo.

A partir de los siglos IX y X, los trastornos que hoy llamaríamos psiquiátricos se amalgamaron a problemas teológicos y filosóficos. Quienes sufrían afecciones psíquicas eran considerados como herejes, y con suerte tratados con exorcismo –como el ejemplo que cita Rodríguez Ceberio (1993: 92–93) de un conjuro usado para tratar a una mujer que sufría “un corrimiento de lugar del útero en el cuerpo”–. En la edad media más tardía, la mayoría de estas personas serían directamente destinadas a la hoguera.

### **II.2.2. Enfermedad “de la naturaleza” y “enfermedad del diablo”**

El siglo XIII presentó un panorama más amplio, todavía con resabios del período anterior pero con mayor énfasis en la observación, la experiencia y el pensamiento crítico. Por primera vez se llamó “doctor” (op. cit.: 94) (“maestro”, “que enseña”)<sup>7</sup> al médico.

En esta época se superpusieron la óptica psicopatológica clásica griega con la astrología, la alquimia, las posesiones demoníacas y los presagios. Así, tomó relevancia el problema de diferenciar la “enfermedad *de la naturaleza*” de la “enfermedad *del diablo*” o “enfermedad *de brujos*” –términos estos populares por entonces–. Un criterio diagnóstico era el siguiente: si un enfermo de convulsiones respondía con aspavientos al gritársele al oído un versículo de la Biblia, era prueba de que se encontraba poseído por el demonio. Si no reaccionaba de este modo, se trataba de una enfermedad natural (*ibíd.*).

---

<sup>7</sup> Corominas, Joan (1967). Breve diccionario etimológico de la lengua castellana. Madrid, Gredos.

Veamos ahora una interesante referencia de cómo era vista y vivida la locura en esta oscura época. De esos años data una de las autobiografías de locos que se han preservado: la de Margery Kempe. Esta mujer había nacido alrededor de 1373 en King's Lynn, Inglaterra (Porter, 1989: 150), y pasó a la historia con el privilegio de haber dictado –como la mayoría de las mujeres de su tiempo, no sabía escribir– la primera autobiografía en lengua inglesa (op. cit.: 146). El primer acceso de locura de Kempe tuvo lugar luego del parto de su primer hijo, hecho que fue interpretado por ella como una protección de la *Providencia*, pues a la sazón había sido una joven “vanagloriosa, irreflexiva y orgullosa”, vulnerable a las tentaciones del diablo. La quiebra de su negocio ocasionaría más tarde una crisis similar, y recibiría idéntica atribución por parte de Margery. No ahondaremos en una semiología psicopatológica, inútil a nuestros fines. Diremos simplemente –con el objeto de comprender el marco social y sus reacciones– que esta mujer se abocó a una vida llena de prédica, sacrificio y experiencias místicas, donde la escucha de conversaciones entre las Personas divinas y sesiones públicas de llanto y alaridos eran moneda corriente. Destacaremos su sostenido deseo de apartarse de las cosas del mundo, pues la vida era “alegre en el cielo”. Hizo, pues, penitencia, vistió un cilicio y se apartó de la vida sexual que su matrimonio prescribía, pues según ella tales placeres ofendían a Dios (op. cit.: 150–151).

Para Porter (op. cit.: 148), el cristianismo de esa época fomentaba ejercicios extáticos de mortificación de la carne y ayuno, experiencias muy intensas que llegaban al misticismo. Respecto de Margery Kempe, agrega: “La senda a que aspiraba... era legítima dentro de las creencias de su tiempo” (op. cit.: 157). No obstante ello, y pese al apoyo que recibió de varios doctores en teología y clérigos seculares, fue muy mal vista por sus coetáneos. Ella admitía en su autobiografía que sus expresiones de devoción religiosa –por ejemplo llorar durante horas–, podían ser entendidas por terceros como chifladuras y consideradas el fruto de la intervención del diablo e incluso de una enfermedad. Fue acusada de “ostentación e hipocresía”, de estar físicamente enferma o de sufrir algún tipo de epilepsia, de embriaguez y de estar poseída por algún espíritu maligno (op. cit.: 149–153).

Según Rodríguez Ceberio, durante el siglo XV la inquisición fue más dura con los herejes, recurriendo a la muerte en la hoguera y rompiendo con el trato que se había dado a la locura en los años anteriores, caracterizados por una posición a su juicio más cautelosa y con métodos que “apuntaban como objetivo a la ‘curación’” (op. cit.: 95). Debemos aclarar, no obstante, que la hoguera ya había sido instituida

como método de castigo a partir del tercer decenio del siglo XIII en varios países de Europa, salvo en Inglaterra (año 1401) y el Reino de Castilla (al que la inquisición llegó recién en 1478).<sup>8</sup> Vallejo Ruiloba señala como punto clave para el empeoramiento de la situación de los locos la bula del papa Inocencio VIII, de 1484, en que se exhortaba a los clérigos a utilizar todos los medios a su disposición para detectar y eliminar la brujería. Rodríguez Ceberio (1993: 95) menciona el libro *Malleus Maleficarum*, de los teólogos Kraemer y Sprenger, obra de 1487 que constituyó un verdadero pilar de la inquisición. En ella se justificaba la existencia de los brujos, se daba instrucciones para su detección y *liberación* mediante la muerte. La Iglesia determinaba en buena medida la administración de la justicia, tendencia que según el autor no fue alterada por los movimientos reformistas del siglo XVI., los cuales tenían instituciones tan represivas como la inquisición católica española, como por ejemplo el “consistorio” de Ginebra.<sup>9</sup>

No obstante la inquisición, existieron visiones contrahegemónicas: San Agustín (345–430) mantenía la descripción de Cicerón sobre cuatro pasiones (deseo, miedo, alegría y tristeza), las cuales podían ser modificadas por la razón. La concepción de que el alma no podía enfermar y que por lo tanto la locura era un trastorno orgánico fue sostenida en el siglo XIII por Alberto Magno y por Tomás de Aquino (Vallejo R., 1991: 5).

### **II.2.3. La lepra**

Esta es una de las enfermedades de las que se tiene el más antiguo registro histórico y que, como iremos viendo, reviste máxima importancia para nuestro análisis. Llegada por segunda vez a Europa de la mano de los cruzados –ya con los romanos se había extendido considerablemente–, alcanzó a infectar a buena parte de la población europea.<sup>10</sup> En 1113 se creó en Tierra Santa la orden de los Caballeros de San Juan de Jerusalén, conocida históricamente como la orden de los “hospitalarios”, que en su inicio estaba destinada, precisamente, a cuidar un hospital

---

<sup>8</sup> “Inquisición”: *Diccionario enciclopédico hispano-americano*, t. XI, New York, Jackson, 1941.

<sup>9</sup> “Inquisición”: *Diccionario enciclopédico hispano-americano*, t. XI, New York, Jackson, 1941.

<sup>10</sup> Para más detalle, ver Foucault, op. cit., cap. I.

en dicha ciudad.<sup>11</sup> Sus miembros se encargaron de la doble tarea de asistir a los leprosos y luchar contra sus enemigos en la fe. Según las loas de un escritor contemporáneo, “con una mano caritativa asistían á esos desgraciados y con otra hacían la guerra á los infieles; ora pacíficos, ora guerreros, su humanitaria caridad igualaba á su valor militar”.<sup>12</sup>

En el siglo XIV aparecieron los primeros indicios del retroceso de la lepra en Europa, proceso que Foucault atribuye a la eficacia de la exclusión instaurada en todas las ciudades –los enfermos eran confinados a leprosarios en las afueras– y al fin de las cruzadas, hecho que cortó los lazos con los focos de infección de oriente.

En Inglaterra, junto con el retroceso de la peste se inició el proceso de redistribución de los fondos del enorme número de leprosarios que había en el reino, ya prácticamente vacíos por ese entonces. Esta reorganización de la asistencia llegaría al continente en los próximos siglos (Foucault, 1976, t. I: 15). En breve veremos qué otros excluidos vendrían a ocupar el lugar de los leprosos, y qué consecuencias acarrearía para ellos semejante herencia.

## **II.3. El renacimiento**

### **II.3.1. Médicos y locos**

Opuestos a la variedad de explicaciones medievales acerca de los fenómenos que hoy llamaríamos “enfermedades mentales” –que lindaban, como hemos visto en II.2., con lo religioso–, aparecen, ya entrado el renacimiento (etapa cuyo inicio fechamos a mediados del siglo XV),<sup>13</sup> los nombres de Paracelso, Agripa y Vives. Estos hombres tuvieron una visión más *médica* de las enfermedades mentales y lucharon contra la idea de que se trataba de posesiones demoníacas, aunque fueron desoídos por su medio y murieron marginados y en la miseria (Rodríguez C., 1993: 96). Paracelso, médico suizo (1493–1541) contrario a

---

<sup>11</sup> “Malta, Orden de los Caballeros de”: *Diccionario enciclopédico hispano-americano*, t. XIII, New York, Jackson, 1941.

<sup>12</sup> “Lepra”: *Diccionario enciclopédico hispano-americano*, t. XII, New York, Jackson, 1941.

<sup>13</sup> “Renacimiento”: *Diccionario enciclopédico hispano-americano*, t. XVIII, New York, Jackson, 1941.

las concepciones sobre los “humores” de los escolásticos –derivadas de las enseñanzas de Galeno–, atribuía un origen exógeno a las enfermedades en general, y se dedicó a estudiar sustancias químicas (aunque rozando con la magia y la alquimia) con el objeto de curarlas.<sup>14</sup>

Porter aborda el giro que fue tomando el problema de las llamadas desde hacía largo tiempo “brujas”: el médico alemán Johannes Wier, en el siglo XVI, y su colega inglés Edward Jordan en el siglo siguiente arguyeron que estas mujeres no estaban poseídas por el diablo sino que padecían una enfermedad orgánica, la *histeria*, que se debía a trastornos del útero y del aparato reproductor (Porter, 1989: 158). Wier (1515–1588), considerado como el primer psiquiatra y padre de la psiquiatría moderna, publicó en 1563 *De Praestigiiis Daemonum*, primera denuncia formal a la demonología oficializada por el *Malleus Maleficarum* y verdadera defensa de quienes eran considerados brujos, para los que este médico reclamaba un tratamiento médico y humano. Si bien tuvo algunos seguidores, sus trabajos fueron duramente criticados, y censurados por la Iglesia hasta el siglo XX (Vallejo R, 1991: 5).

No obstante estos movimientos, el cambio de paradigma fue lento, siendo decapitada la última “bruja” en Suiza el año 1782, tres siglos después de la creación del *Malleus Maleficarum* (Rodríguez C., 1993: 95) y tan sólo unos años antes de la revolución francesa y del inicio de la historia contemporánea.

Wier sostuvo que estos trastornos eran producidos por el cerebro y no por cuestiones sexuales. Él fue, según Rodríguez Ceberio, el primer médico interesado por las enfermedades mentales, anticipando el nacimiento de la psiquiatría como especialidad médica. Lepois (1563–1633) propuso el origen cerebral de la *histeria* y habló ya de *histeria masculina* (op. cit.: 96).

En cuanto a la imagen del loco prevaleciente en la cultura en esos años, Foucault sostiene que cierta “individualidad” que aquel había adquirido fines de la edad media –cierto status de personaje que lo situaba en lugares familiares– se deshizo y reorganizó en el renacimiento. Un paso clave en este cambio fue que, desde fines del medioevo, el loco se había visto entregado a cierto humanismo médico que, según el autor, podría haber venido de Oriente, más específicamente del

---

<sup>14</sup> “Paracelso”: *Diccionario enciclopédico hispano-americano*, t. XV, New York, Jackson, 1941.

mundo árabe. Prueba de esto sería la existencia de verdaderos hospitales reservados a los locos en Fez en el siglo VII, Bagdad en el siglo XII y El Cairo en el siglo siguiente. En este último se practicaba “una especie de cura de almas en que intervienen la música, la danza, los espectáculos y la audición de reglamentos maravillosos”, que era dirigida por médicos (Foucault, 1976, t. I: 187).

Otra prueba a favor de esta hipótesis, para este historiador, es el hecho de que los primeros hospitales de insensatos europeos hayan sido fundados en España –reducto de la influencia mora– a fines del siglo XV. Además, el hospital de Valencia (1410) fue abierto por los Hermanos de la Merced, orden familiarizada con el mundo árabe. En Aragón, el hospital de Zaragoza, fundado en 1425, tenía sus puertas abiertas a enfermos de todos los países y cultos. En su *Traité médico-philosophique*, Pinel hablaba de este sitio, en el cual se practicaba la sabiduría estacional “de las colectas, del trillaje, de la vendimia y de la recolección de los olivos” (citado en op. cit.: 188).

Estos, y otros hospitales españoles fundados en el siglo XV, poseyeron un carácter médico del que carecieron, por ejemplo, sus equivalentes alemanes (op. cit.: 193), aunque hay que señalar que en los hospitales de ciudades como Sevilla había un gran hacinamiento, indiferenciación de patologías, que llevaba al contagio de los ingresados; y escasas ventilación y limpieza (Carmona, 2000: 130).

No obstante este supuesto tratamiento “más médico”, el atisbo de una individualidad de la locura en que “el loco era reconocido y aislado como tal” se habría de perder con los hechos de entre el final del renacimiento y el apogeo de la época clásica, con la subsiguiente “alteración de la conciencia de la locura” (Foucault, 1976, t. I: 193), que en más sería representada por los asilos de internado, las prisiones y los correccionales (*cf.* II. 4. 1.). Rodríguez Ceberio (1993: 96) coincide con esta idea diciendo que en el renacimiento “pareciese que la medicina no se interesaba por este fenómeno”, aunque admite –como hemos señalado al comienzo de este párrafo– que ante la declinación de la inquisición y del poder de la Iglesia sobre el pensamiento científico, comenzaron a manifestarse opiniones cercanas al concepto de locura como enfermedad mental.

Durante el siglo XVII se puso énfasis en el estudio de lo orgánico, retomándose las ópticas de Hipócrates, Vives y Paracelso. Las investigaciones consistían en analizar cortes de cerebro, examinar líquidos como el “cólera negro” y el “líquido nervioso”, etc. (op. cit.: 97–98).

### II.3.2. *La herencia de la lepra: las enfermedades venéreas*

En el último decenio del siglo XVII se dio en Francia un reordenamiento parecido al ocurrido en Inglaterra respecto de los antiguos leprosarios. Tuvo lugar en Saint–Mesmin, cerca de Orleans, el confinamiento de los pocos leprosos restantes de las 1.200 casas que todavía quedaban en el reino. Siguió un proceso constante de cesión de los fondos de estos sitios a obras de beneficencia y hospitalarias manejadas por las ciudades, fenómeno que no se limitó a Inglaterra y Francia: en Lippingen, Alemania, en el siglo XVI, un leprosario ya había sido ocupado por enfermos incurables y locos (Foucault, 1976, t. I: 15–16).

Esta política de confinamiento y concentración de los leprosos en un lugar fue compartida por la Iglesia, que ofrecía al enfermo la salvación a cambio de aceptar esta la exclusión social –en este caso, de la celebración de la misa–. Foucault cita un interesante antecedente de este movimiento, el *Ritual de la diócesis de Viena*, impreso alrededor de 1478:

*Amigo mío, le place a Nuestro Señor que hayas sido infectado con esta enfermedad, y te hace Nuestro Señor una gran gracia, al quererte castigar por los males que has hecho en este mundo (Charret, Histoire de l’Eglise de Vienne, p. 752, citado en Foucault, op. cit, p. 17).*

El leproso era, pues, sacado de la iglesia, aunque no “de la gracia de Dios.” Se le instaba a “tener paciencia”, pues a cambio sería salvo “como el ladrón que murió delante de la casa del nuevo rico y que fue llevado derecho al paraíso” (*ibíd.*). Queda clara, pues, la fuerte lacra moral que estas personas, portadoras de una enfermedad en vías de extinción, soportaban sobre sus espaldas.

En el mismo movimiento de exclusión no tardaron en entrar las enfermedades venéreas, a fines del siglo XV en Francia. En Alemania se apuntó a un tratamiento médico, lo que marcó una diferencia fundamental con la anterior exclusión de los leprosos. Proliferaron así, a lo largo del siglo XVI, numerosas curas médicas, como las sudoríficas, el suministro de diversas sustancias, etc. En el siglo siguiente, estas habrían de ser arrastradas del campo médico al moral, junto con la locura (Foucault, 1976, t. I: 20).

### II.3.3. *La locura en las artes y en la cultura en general*

Ya hemos dado un vistazo general de cómo se configuraba el panorama médico y no médico en cuanto al tratamiento –entendido como medidas en general, fueran terapéuticas o no– que las sociedades renacentistas dispensaron a la locura. Intentaremos ahora indagar a la historia para saber algo más sobre la *epistemología* con que los hombres y mujeres de estas sociedades –más allá de disquisiciones médicas, religiosas, etc., aunque incluyéndolas– percibieron a sus locos.

Nos valdremos para ello principalmente de la indagación que Foucault lleva a cabo en la literatura, las artes plásticas y, en general, las prácticas con que el mundo occidental abordó el tema de la locura y anudó a ella diversos significados a lo largo del difuso límite entre el medioevo y el renacimiento. Llegado el momento, estimaremos en qué medida esta época aportó elementos fundamentales a la construcción de una epistemología de la locura que en muchos aspectos ha llegado a determinar la de nuestros días.<sup>15</sup>

*La nave de los locos.* Junto con el renacimiento, desembarcó en Renania y los canales flamencos la figura mítica y literaria de la *Nave de los locos*, única dotada de existencia real –esto es: documentada– de entre una serie de navíos imaginarios en que las artes contemporáneas (siglo XV y principios del siguiente) recrearon la epopeya de los Argonautas, viaje simbólico en busca del destino o la propia verdad.

Veamos ahora los antecedentes ciertos de esta figura que Foucault ha rastreado. Por esos años, los locos vivían una existencia errante, viéndose frecuentemente expulsados de las ciudades por las autoridades municipales. Su destino era vagar por los campos apartados, o bien ser confiados a un grupo de mercaderes o peregrinos para que los llevaran lejos. El autor documenta también la intervención de barqueros en esta práctica: “en Francfort, en 1399, se encargó a unos marineros que librasen a la ciudad de un loco que se paseaba desnudo” (op. cit.: 22). Usualmente se encomendaba a los tripulantes que abandonasen al molesto pasajero en tal o cual otra ciudad, pero con frecuencia aquellos los dejaban en tierra mucho

---

<sup>15</sup> Por razones de espacio no citaremos en este párrafo, ni en el resto del capítulo, una multitud de obras literarias que analiza Foucault. Para el encuentro con las mismas, remitimos al lector al texto de este autor y a sus referencias bibliográficas.

antes de lo prometido. En caso de llegar a grandes ciudades, probablemente estos sujetos se perdían en la multitud, pasando quizás por peregrinos.

No obstante este modo de expulsión, mediante la cual los municipios se libraban de los locos vagabundos, debemos decir que quedó en Europa, durante toda la edad media y el renacimiento, el registro de locos que eran recibidos en hospitales y supuestamente “curados”, aunque no se tratara todavía de sitios reservados exclusivamente a la detención de los insensatos. El *Hôtel-Dieu* de París, así como otros centros de Francia y Alemania, reservaban a menudo plazas para estos sujetos.

Vemos, pues, que no siempre los locos eran expulsados. Foucault concilia estas diversas prácticas hipotetizando que no se expulsaba sino a los locos extraños, aceptando cada ciudad encargarse exclusivamente de sus ciudadanos. Registros de subvenciones y donaciones en favor de los insensatos locales vienen en apoyo de esta hipótesis.

Otro origen de la figura literaria de la “nave de los locos” renacentista pueden ser las peregrinaciones que a veces financiaban las ciudades a ciertos centros de fe, confiando en que, en los mismos, los locos recuperarían la razón. Para Foucault: “La preocupación de la curación y de la exclusión se juntaban; se encerraba dentro del espacio cerrado del milagro”. Encontramos así pueblos como Gheel, que eran vistos como una especie de Tierra Santa donde a la locura aguardaba la liberación. Más allá de la posible utilidad social de desembarazarse de unos personajes molestos, la exclusión–peregrinación respondía también a temas rituales: hay testimonio de especies de “juegos” en que los locos eran seguidos en una carrera simulada y golpeados con varas hasta su salida de la ciudad, o solemnes despedidas de personajes más ilustres, como es el caso de un clérigo loco en Nuremberg en 1421 (op. cit.: 24).

La misma partida en barco reviste otros significados que evitar tener al loco merodeando más allá de la muralla de la ciudad: “Hacia el otro mundo es adonde parte el loco en su loca barquilla; es del otro mundo de donde viene cuando desembarca”. Vemos aquí un primer ejemplo de la noción foucaultiana de extraterritorialidad que liga a la locura con un anhelo de salvación: el agua “lo lleva, pero hace algo más, lo purifica” (op. cit.: 25).

Las analogías de los místicos del siglo XV entre el alma y una barquilla abandonada que navega en un mar de deseos, preocupaciones, falsos reflejos del saber, y a la cual sólo “el soplo de Dios” puede conducir a buen puerto (op. cit.: 27)

es ilustrativa de la relación imaginaria entre el viaje y la locura. No es difícil entonces pensar al loco ya desde fines de la edad media como eterno extranjero, como no perteneciente ni al puerto de partida ni al de llegada.

*El encierro en las puertas de la ciudad.* Así como la exclusión en la nave, otra práctica resulta altamente simbólica y anticipadora de la situación del loco en el horizonte de los cuidados que le proporcionó el hombre medieval: el privilegiado confinamiento en que aquel era “*encerrado* en las *puertas* de la ciudad” (op. cit.: 25). Sin embargo, esta prebenda no alcanzaba a todos: tal la realidad de ciudades como Nuremberg, que por esos años reunían gran número de locos –seguramente más de los que podían venir de la propia ciudad– y cuyo destino era ser directamente arrojados a las prisiones.

*Locura y verdad.* Volviendo a la literatura, en las postrimerías de la edad media encontramos cuentos y fábulas en que aparece una serie de “locuras”, que aun estigmatizando vicios y defectos –como ya ocurría en el pasado–, los refieren todos no ya al orgullo ni a la falta de caridad, ni tampoco al olvido de las virtudes cristianas, como otrora, sino a una especie de gran sinrazón, de la cual nadie es culpable pero que arrastra a *todos* los hombres. En las farsas, el personaje del loco, necio o bobo, tomó un papel central como poseedor de la verdad. En la comedia, “donde cada personaje engaña a los otros y se engaña a sí mismo, el loco representa la comedia de segundo grado, el engaño del engaño”, dando las palabras razonables que desenlazan la obra. “Explica el amor a los enamorados, la verdad de la vida a los jóvenes, la mediocre realidad de las cosas a los orgullosos, a los insolentes y a los mentirosos” (op. cit.: 28–29).

En la literatura “sabia”, la locura también se asoció a una razón de fondo y a la verdad, así como también al amor, planteándose la discusión sobre si este es causa o consecuencia de aquella. Hacia fines del siglo XV, la pintura y la literatura, así como los festejos populares, daban cuenta de otro *leit motiv* de la locura: la “danza de los locos” (op. cit.: 33), el cual da, para Foucault, la estructura de la última parte del *Elogio de la locura* de Erasmo: un colorido desfile de locos de diversas profesiones y estados.

*Locura y genio.* Porter señala que fue una práctica común entre algunos escritores renacentistas y de la ilustración usar personajes locos o necios como alter ego o portavoces de ellos mismos (Shakespeare, Cervantes, etc.), pero en modo alguno gustaban de mostrarse a sí mismos como locos –lo que sí ocurriría en el

romanticismo—. La estructura tradicional del mecenazgo fomentaba el conformismo social y no la excentricidad del artista. Así, cuando Montaigne visitó al poeta italiano Tasso luego de la internación de este, le impresionó *no* la sublime alianza entre el ingenio y la locura sino su antítesis (Porter, 1989: 89–90). Respecto de esta anécdota, Foucault habla de despecho en Montaigne ante la proximidad entre la razón y la locura, pero también de admiración, lo que muestra a su juicio que para esta época “no hay ninguna razón fuerte que no deba arriesgarse en la locura para llegar al término de su obra” (Foucault, 1976, t. I: 61).

*Locura y nada.* La locura era también concebida como la presencia de la muerte en la vida, lo que nos remite de nuevo a la cuestión de la lepra (II. 2. 3.). Se produjo una sustitución del motivo de la muerte por el de la locura, conservándose el tema más amplio de la nada de la existencia. Esta nada pasó a ser sentida como continua y constante: no más como una amenaza que acechaba desde afuera —como en los temas de la peste y las guerras que predominaron durante la primera mitad del siglo XV, marcando el fin de los tiempos como prueba final de la locura de los hombres alejados de Dios—. La nada pasó, en estos años finales del medioevo, a morar —podríamos decir— *de este lado* de las murallas de lo humano. La locura presentificaba la muerte futura, anticipándola. El loco, no menos excluido, no menos ajeno, moraba en las puertas de las ciudades, en las danzas, en los cuentos morales, en los cuadros, en definitiva: en el interior de lo humano (op. cit.: 32).

*Locura, animalidad, cosmicidad.* Foucault habla de una fascinación que las imágenes de la locura dadas por el arte ejercieron sobre los hombres de esta época, y analiza las obras fantásticas del holandés Hyeronimus Bosch (1450–1516). Dice que “al principio del renacimiento las relaciones con la animalidad se invierten; la bestia se libera; escapa del mundo de la leyenda y de la ilustración moral”(op. cit.: 38), en la cual los animales eran usados para representar valores morales. La locura pasó a ser el animal que acechaba al hombre, que se apoderaba de él para revelarle su propia verdad, la “rabia infecunda” de su propio corazón. Otro comentario interesante sobre la obra de Bosch es el que aporta Rodríguez Ceberio (1993: 95), quien, en relación con las terapéuticas de la época interpreta el cuadro *La cura de la demencia* del artista holandés como una “sátira” de la mezcla de elementos mágicos y religiosos que caracterizó a su época (cf. II. 3. 1.).

*Locura y saber.* Como contrapartida del tema de la animalidad, la locura fascinaba también porque era vista como “saber”; ya no era más el *deseo* el gran motor de la *tentación*,<sup>16</sup> sino el aguijón de la curiosidad. Pero este saber era un saber prohibido que predecía el reinado de Satán y el fin del mundo (Foucault, 1976, t. I: 40).

La edad media había colocado a la locura en la jerarquía de los vicios. El humanista holandés Erasmo de Rotterdam (1466–1536),<sup>17</sup> en su *Elogio de la locura*, de 1511, “reserva en su ronda de locos un amplio espacio a los hombres del saber” (op. cit.: 43). Pero la locura no era vista en esta época como una “reserva de saber”. Foucault recurre a *Stultifera Navis* (1497), de Brant, para mostrarla como el castigo de una ciencia “inútil y desordenada”, de un conocimiento irrisorio que “en vez de basarse en el gran Libro de la experiencia, se pierde en el polvo de los libros y de las discusiones ociosas” (op. cit.: 44).

*Locura, ostentación y moral.* En síntesis, para Foucault “todo lo que tenía la locura de oscura manifestación cósmica en Bosch ha desaparecido en Erasmo” (*ibíd.*); no surge ya del mundo y sus fuerzas subterráneas, sino del hombre, de sus debilidades, de sus sueños e ilusiones; y es tan humana que está en todos los hombres. Es el hombre quien la constituye merced al gran afecto que tiene de sí mismo. Precisamente, este punto hará que el símbolo de la locura sea en adelante el *espejo* que, sin reflejar nada real ni nada del mundo, da secretamente a quien se mira en él la verdad de sí mismo: el sueño de su presunción. La locura desembocó entonces en un universo puramente moral; el poema de Brant (*La nave de los locos*) enumera los pasajeros de la nave: avaros, delatores, borrachos, orgiastas, adúlteros, etc., plétora de vicios que el hombre ha podido inventar (op. cit.: 45).

*Locura de los hombres y razón de Dios.* A principios del renacimiento, la sabiduría de Dios no era considerada como una razón velada sino como una profundidad sin medida. Esta noción se aprecia en las palabras de Juan Calvino (1509–1564): “Señor, tu consejo es un abismo demasiado profundo” (citado en op. cit.: 56). Según Foucault, el reformista francés veía en la locura “la medida propia del hombre cuando se la compara con la razón desmesurada de Dios” (op. cit.: 54).

---

<sup>16</sup> Foucault analiza el cuadro *La Tentación*, de Bosch.

<sup>17</sup> “Erasmo”: *Diccionario enciclopédico hispano-americano*, t. XIII, New York, Jackson, 1941.

Bajo la influencia del pensamiento cristiano, queda pues conjurado el gran peligro que el siglo XV (cf. *Locura, animalidad, cosmicidad*) había visto crecer. La locura dejó de ser vista como una potencia sorda que haría estallar al mundo y revelaría fantásticos prestigios, y pasó a existir por relatividad a la razón (op. cit.: 57–58). Más aún, pasó a habitar *en* la razón misma: para Erasmo, el sendero de la sabiduría era tal si se lo recorría a sabiendas de que se trataba, justamente, del de la locura; para lo cual recomendaba disponer del oído “que se presta en la feria a los charlatanes, los bufones y los payasos” (citado en op. cit.: 56).

*La gran brecha.* Vemos entonces que a partir del siglo XV se abrió una brecha entre dos formas de experiencia de la locura que nunca volvería a salvarse. Foucault toma como extremos, por una parte, las figuras de la visión cósmica, trágica y apocalíptica volcadas a la pintura, específicamente en las imágenes terribles de Bosch; y por la otra los movimientos de la reflexión moral, tal como puede leerse en el *Elogio de la locura* de Erasmo, en la poesía de Brant, tradición humanista en que “la locura queda atrapada en el universo del discurso”(op. cit.: 49).

Este manojito de temas asociados que tuvo la locura dista mucho de agotar la experiencia que de ella hizo el hombre renacentista. Hemos pretendido solamente dar un somero panorama de la epistemología que se fue gestando entre mediados del siglo XV y principios del XVII y que sirvió como base para lo que Foucault llama *época clásica*.<sup>18</sup> Las ideas, en el transcurso del tiempo, no se oponen y eliminan entre sí automáticamente. Entendemos que el proceso que Bateson llama “ecología de las ideas” (Bateson, 1985: 534) es complejo y no tan fácil de plantear como quisiéramos. No ha de extrañarnos, entonces, que en el renacimiento hayan convivido visiones de mundo contradictorias o concepciones aparentemente extemporáneas.

Para sintetizar groseramente lo que pudo ser la epistemología del hombre renacentista, diremos que al final de este período la locura quedó ubicada cerca de la *razón*, y llegó a confundirse algunas veces con el *genio*. A la vez, sin embargo, constituía la prueba de la irreconciliable distancia con la razón de Dios, revelaba al hombre la naturaleza *animal* de sus pasiones y lo perdía en la vana *presunción*

---

<sup>18</sup> Foucault no delimita con precisión la *época clásica*, pero el indicio más claro de su comienzo es el encierro de mediados del s. XVII. Otros autores consideran “clasicismo” al renacimiento y la ilustración.

pecadora. Encerraba también un *saber*, pero un saber fatuo y que conducía a la perdición.

El mundo de principios del siglo XVII “es extrañamente hospitalario para la locura” (Foucault, 1976, t. I: 74). Veremos a continuación cómo surgirá, luego de poco más de un siglo del auge de las barcas y las danzas, el hospital de locos como tema literario; cómo el *encierro* desplazará al *embarco* y a ese encierro simbólico que eran las puertas de las ciudades, y emprenderá una clasificación de las formas de la locura.

## **II.4. El gran encierro**

### **II.4.1. El Hospital general**

En 1656, bajo el reinado de Luis XIV (rey de Francia entre 1643 y 1715), se fundó en París el *Hôpital général* en el marco de una reorganización de diversos establecimientos, entre ellos la famosa *Salpêtrière*, *Bicêtre*, etc., que fueron destinados *al servicio* de los pobres de París. Como muestra el decreto de su constitución, a los “directores” nombrados se les adjudicó “poder de autoridad, de dirección, de administración, de comercio, de policía, de jurisdicción, de corrección y de sanción, sobre todos los pobres de París, tanto dentro como fuera del Hôpital général” (citado en Foucault, 1976, t. I: 81). Según documenta este autor, se trataba de una estructura semijurídica que disponía de prisiones, mazmorras, argollas de suplicio, etc., y de un poder inapelable, paralelo al jurídico y sin relación con idea médica alguna. Constituía “una instancia del orden monárquico y burgués” (op. cit: 82) que pronto se difundió por todo el reino.

El edicto del rey de 1656 sobre el establecimiento del Hospital general habla de ordenanzas anteriores sobre el funcionamiento de la policía destinadas a “impedir la mendicidad y el ocio, como fuentes de todos los desórdenes”, las cuales habían fracasado porque “los mendigos tenían la libertad de vagar por doquier” y justifica el encierro diciendo que se está “actuando en la conducta de una obra tan grande, no por orden de policía, sino por el único motivo de la Caridad.” (transcripto en Foucault, 1976, t. II: 309–310). El mismo edicto prohibía la mendicidad en París, fijando castigo de azotes para hombres y destierro para mujeres; y para los internos establecía la obligación de trabajar, y la necesidad de que se les brindase “instrucción de lo espiritual para la ayuda y consolación de los pobres” (op.cit.:312).

Para tener una idea de la magnitud del fenómeno de la pobreza en esos años, basta decir que de cien mil habitantes que tenía París en 1594, treinta mil eran mendigos (Foucault, 1976, t. I: 102). Fuertes medidas contra la mendicidad, que iban del arresto para trabajar en las alcantarillas a la expulsión (op. cit.: 102–103), fueron evolucionando desde la *exclusión* al *encierro* a lo largo del siglo XVII en Francia, asociadas a una serie de cambios económicos y al correlativo aumento de la desocupación. La realidad no era distinta en el resto de Europa occidental, y las medidas contra la pobreza no variaron mucho respecto de las implementadas en Francia (op. cit.: 105), mutando en forma pero conservado la esencia. Así, los *zuchthäusern*, casas correccionales en Alemania, que funcionaban ya en 1620; las tempranas *houses of correction* en cada condado inglés –a partir de un decreto de Isabel I de 1575–, y los posteriores hospitales y correccionales privados, así como las *workhouses* en el último decenio del siglo XVII (op. cit.: 87–88).

Volviendo a Francia, una declaración de Luis XIV de 1662 extendió a todas las ciudades el Hospital general, debido a la gran afluencia de mendigos desde todos los rincones del reino. Agregaba también que se instruiría a los internos “en los oficios en que puedan ser capaces” (Foucault, 1976, t. II: 313–314).

En cuanto a los destinatarios del encierro, podemos decir que, en general, se confinaba juntos a condenados de derecho común, jóvenes que turbaban la tranquilidad de sus familias dilapidando los bienes, a insensatos y vagabundos (Foucault, 1976, t. I: 89). Según un cálculo de Foucault, uno de cada cien parisinos en el siglo XVII estuvo internado en uno de esos lugares (op. cit.: 79).

Hubo, para el autor que venimos siguiendo, una utilidad económica del encierro: “mano de obra barata, cuando hay trabajo y salarios altos; y, en período de desempleo, reabsorción de ociosos y protección social contra la agitación y los motines” (op. cit.: 107). Los edificios del Hospital general llegaron a figurar en varios planes de ser convertidos en fábricas (op. cit.: 110).

Pero veamos algo más sobre la población del Hospital general y cómo pudo haber sido su experiencia. En París, durante la primera mitad del siglo XVIII, la décima parte de las detenciones para esta institución –que tenía varias sedes– era de “‘insensatos’, hombres ‘dementes’, gentes de ‘espíritu alienado’, ‘personas que se han vuelto totalmente locas’” (op. cit.: 174). El término “furioso”, abundante en los libros de los internados en la época, se refiere a un “desorden general de las

costumbres y del espíritu”, sin discriminar si se trataba de locos o criminales. Estos sujetos iban a parar frecuentemente a una especie de literas cerradas, con ventanas.

A pesar de esto que aparece ante nosotros como “no discriminación” y que responde al recorte particular que imperaba en la sociedad en esos años, hubo algunos intentos terapéuticos hacia la locura: en el Hôtel-Dieu, que desde la edad media reservaba plazas para locos, se los internaba cuando había esperanzas de curación, y se los trataba con los remedios habituales: sangría, purgas, vejigatorios y baños. Si después de algunas semanas no mejoraban, pasaban a la internación común. En Inglaterra, Bedlam fue reservado a los “lunáticos”. Es llamativo que los tratamientos se aplicaban con un criterio estacional: las sangrías en mayo (primavera), seguidas de vomitivos y purgas (op. cit.: 176–178).

Pero otro era el destino de los locos que caían en el Hospital general: el estatuto preveía sólo dos visitas médicas semanales a esas casas, y se cuidaba sólo a quienes caían enfermos, cumpliendo con en el espíritu de las leyes carcelarias que tenían por fin la prevención de infecciones; los locos, pues, no eran allí considerados enfermos por el hecho de su locura (op. cit.: 179–180). Recién a fines del siglo XVIII aparecería en las órdenes de internación “para ser tratado y medicamentado”, en lugar de simplemente “encerrado a perpetuidad” (op. cit.: 181).

La conclusión del tratamiento en los lugares en que se pretendía curar pasaba en general por un arrepentimiento, bajo la todavía vigente lógica del castigo que ya hemos expuesto. Los locos se encontraban, asimismo, en prisiones comunes, que con frecuencia no se distinguían mucho de los otros tipos de internados (op. cit.: 182).

En cuanto a las condiciones de vida de los locos con que se toparía Pinel y sus contemporáneos entre fines del siglo XVIII y los primeros años del XIX, un informe “*sobre el servicio de los alienados*” redactado a finales del siglo XVIII (al final del encierro) referente al estado de los locos en Bicêtre y la Salpêtrière da cuenta de las terribles condiciones de frío y humedad en que habían estado viviendo estas personas, así como de las heridas en todo el cuerpo causadas por grandes roedores que cohabitaban con ellos. Según reveló un enviado de Tuke al asilo de York, Inglaterra, dormían trece mujeres en una habitación de 2 por 3 metros. En Bethlehem se ataba a las locas furiosas a las paredes, con cadenas en los tobillos. Se usaba también una barra metálica fija para separar las piernas, atada con un anillo a cada tobillo y unida a unas esposas con una cadena. En el hospital de Estrasburgo,

todavía en 1814 había verdaderas jaulas individuales para los “locos importunos que se ensucian” (op. cit.: 231–234).

Conviene introducir aquí una salvedad aparte de lo que venimos diciendo. Para cualquier lector es claro que Foucault pone en su obra el acento en lo que ocurrió en Francia, aunque recurre también, en menor medida, a documentos de Alemania e Inglaterra. Permanentemente se ocupa este autor de señalar procesos homólogos entre estos y otros países y el suyo. Ahora bien: aunque es indudable que fenómenos como el gran encierro ordenado por Luis XIV y la evolución del Hospital general trazaron hitos en la historia del tratamiento que ha recibido históricamente la locura en Occidente, también debemos tener en cuenta que otros autores relativizan la universalidad de estos procesos. Así, Porter señala que

*...en Gran Bretaña no hubo ningún paralelo exacto de esta actuación del estado, y el mayor sector de crecimiento para el confinamiento de los locos antes del siglo XIX estuvo dentro de la economía de mercado, donde creció un “comercio de la locura” cuyo centro era el manicomio privado (Porter, 1989: 230).*

Destaca, asimismo, que estas instituciones eran dirigidas por hombres que carecían de formación médica, lo que apoya la tesis de Foucault acerca de que la locura y la medicina se encontraron recién a partir de Pinel, conservando hasta nuestros días este encuentro la profunda impronta moral que la lepra, las enfermedades venéreas y la pobreza en general heredaron a los alienados.

Hecha esta salvedad, podemos sintetizar diciendo que la locura, confundida con la pobreza –y gestando, como veremos, su misma lacra moral–, aparecería desde la mitad del siglo XVII y por un lapso de ciento cincuenta años, ligada a la tierra de los internados, la cual fue considerada como “su sitio natural” (Foucault, 1976, t. I: 80).

Intentaremos a continuación comprender, a partir de los preceptos filosóficos y religiosos de ese tiempo, la *sensibilidad* de una época que fue capaz de una mezcla de esa índole, que a los ojos del médico actual –si el mismo no indaga la historia– aparece como por lo menos inexplicable, si no francamente aberrante.

#### II.4.2. *El hombre racional*

Para Descartes (1596–1650), la locura era condición de la imposibilidad del pensamiento. Otra cosa que sueños e ilusiones –que eran para él superados en la estructura misma de la verdad–, la locura quedaba excluida del hombre racional, el cual *duda* y por ello no puede *desvariar*, como no puede dejar de pensar ni de ser. Veamos en palabras del propio fundador del racionalismo y de la filosofía moderna:

*¿Cómo podría yo negar que estas manos y este cuerpo son míos, si no, acaso, comparándome a ciertos insensatos cuyo cerebro está de tal modo perturbado y ofuscado por los vapores negros de la bilis que constantemente aseguran ser reyes cuando son pobres, estar vestidos de oro y púrpura cuando están desnudos, o cuando imaginan ser cántaros o tener un cuerpo de vidrio (citado en Foucault, 1976, t. I: 75).*

La no–razón del siglo XVI, ejemplificada por Foucault en Montaigne (*cf.* II. 3. 3.) constituía un peligro latente que amenazaba con comprometer, en cualquier momento, las relaciones entre la subjetividad y la verdad. Ahora bien, la razón fue para el pensamiento clásico el dominio en que el sujeto conservaba su derecho a la verdad. Con la certeza del pensamiento, el peligro era conjurado, y la locura pasaba a una comarca de exclusión.

#### II.4.3. *Miseria, salvación, orden social, y de nuevo el diablo*

La Iglesia, dejada casi totalmente de lado en la estructura de poder real–burguesa, tomó su propia iniciativa –incluso en algunos casos antes de 1656, gloriándose de haber sentado el modelo del Hospital general– y fundó numerosos establecimientos, frecuentemente sobre el sitio de leprosarios medievales (*cf.* II.2.3.), utilizando a veces los mismos materiales de demolición (*op. cit.*: 84–85).

A partir de las ideas de Calvino, la miseria pasó a subordinarse a la voluntad singular de Dios, la cual “cuando se dirige al pobre, no le habla de la gloria prometida, sino de la predestinación”, según Foucault (*op. cit.*: 91). La miseria era vista sin más como un castigo –según documenta este autor con textos del teólogo francés– para el que no restaba sino resignación.

La caridad, a su vez, perdió su justificación por la ayuda al pobre, valiendo sólo como testimonio de la *fe*, ya que las *obras* habían renunciado a su papel en la

salvación del alma desde Lutero. En estos conceptos, Foucault ve la tendencia común a todos los movimientos de la Reforma a transformar los bienes de la Iglesia en obras profanas, por ejemplo los hospitales. Así, los grandes asilos alemanes e ingleses serían construidos sobre antiguos conventos.

La secularización de la caridad, marcado proceso en Europa occidental a lo largo del siglo XVI, fue apoyada por el Estado o la ciudad burguesa (según el país), quienes se ocupaban de preparar una nueva sensibilidad hacia la miseria y una nueva experiencia en lo político: el miserable ya no representaba una salvación común para la pobreza y la caridad, sino un mero “efecto del desorden y un obstáculo del orden” social (op. cit.: 93–94).

En el ámbito de la iglesia católica, la secularización de la caridad estaba ya en el espíritu del Concilio de Trento (1545–1563), por lo que la situación no varió respecto de las iglesias luterana y anglicana. Aunque hubo algunas resistencias y una cierta demora, toda la Iglesia terminó por aprobar el gran encierro prescrito por Luis XIV. En 1670, San Vicente de Paul, por ejemplo, veía en los pobres “la hez de la República, no tanto por sus miserias corporales, que deben inspirar compasión, sino por las espirituales, que causan horror” (citado en Foucault, 1976, t. I: 97). Pero este tratamiento fue posible, según Foucault, sólo una vez aceptada por parte de la Iglesia la idea de que el temor medieval de negar hospitalidad a un Cristo escondido tras los harapos de un pobre resultaba infundado. Un tal padre Guevara escribió:

*...cuando se establece en la ciudad una oficina de caridad, Jesucristo no adoptará la figura de un pobre que, para mantener su holgazanería y su mala vida, no quiere someterse a un orden tan santamente establecido para socorrer a todos los verdaderos pobres.*  
(citado en Foucault, 1976, t. I: 99).

No obstante este proceso de secularización de la caridad –en el que fue arrastrada la locura–, debemos decir que coexistieron, en el renacimiento, la concepción de la locura como tal (aunque no como la actual, claro), y su antecesora, la de la posesión demoníaca. Muestra de ello son los relatos autobiográficos que dejaron en el siglo XVII Christoph Haitzmann en Austria y George Trosse en Inglaterra.

Cotejando los escritos del primero de estos hombres con las especulaciones diagnósticas que dos siglos más tarde haría Freud –como lo hace Roy Porter–, no resulta difícil aceptar el carácter de construcción social de la enfermedad mental (Porter, 1989: 122–123). Los eclesiásticos que trataron a Haitzmann nunca usaron el

término “insanía” ni otros similares en los comentarios escritos que dejaron. Este sujeto estaba sencillamente poseído, y fue tratado como tal con el exorcismo, cuyo éxito fue considerado un “milagro.” George Trosse, en cambio, fue considerado por todos como un loco, aunque esta locura era claramente de origen diabólico. Por estos tiempos, hombres cultos, como por ejemplo Robert Burton, hablaban de “trastorno mental de índole religiosa”, que significaba que poderes de otro mundo – el diablo– se habían adueñado de la voluntad, el entendimiento o el alma del desdichado. Burton, autor de la influyente obra *Anatomía de la melancolía*, de 1621, “había interpretado la desesperación y la lucha religiosas de aquella época de Reforma y Contrarreforma usando precisamente aquellos términos” (*ibíd.*), y con ello nos da una lección temprana de conciencia del carácter histórico de la locura. De este carácter histórico es que Foucault y Porter intentan todavía persuadir, oponiéndose a visiones heroicas de las historias de por un lado la medicina y por el otro el psicoanálisis, que presentan a estos saberes como la avanzada del humanismo en el tratamiento de los enfermos y como descubridor de la real naturaleza de la locura respectivamente (Foucault, 1976, t. I: 170, 224; Porter, 1989: 15).

#### **II.4.4. *El encierro correccional, las enfermedades venéreas y el germen de la terapéutica moral***

“El gesto que proscribe –dice Foucault, aludiendo al gran encierro– es tan súbito como el que había aislado a los leprosos; pero, como en el caso de aquel, su sentido no puede obtenerse de su resultado”(op. cit.: 128). En la época clásica, la comunidad adquirió un poder ético de reparto que le permitió rechazar, como a un mundo distinto, todas las formas de inutilidad social: *otro mundo* fuera del orden burgués, mundo en que la locura habría de adquirir el estatuto que hoy le conocemos. Este trasfondo ético, donde el encierro tenía la función “de castigar, de corregir una cierta ‘ausencia’ moral”, explicaba y sostenía la obligación del trabajo entre los internos, “a la vez ejercicio ético y garantía moral”(Foucault, 1976, t.: 118).

La coerción moral, avalada por la religión y ejercida como policía, marcaría el encierro y la educación del siglo XVIII, sustentando el mito de “una felicidad social” (op. cit.: 123) indisolublemente ligada a los problemas de las florecientes ciudades burguesas. Recién a principios del siglo XIX desaparecerían las casas de encierro “como centro de recepción de los indigentes y prisiones de la miseria”(op. cit.: 112) debido a su fracaso en la doble función de contención y regulación económica en el contexto de la industrialización naciente.

Durante todo el siglo XVIII, un rejunte de términos como “‘depravado’, ‘imbécil’, ‘pródigo’, ‘impedido’, ‘desequilibrado’, ‘libertino’, ‘hijo ingrato’, ‘padre disipado’, ‘prostituida’, ‘insensato’”(op. cit.: 131, cita 6) poblaron la indistinta masa de internos de San Lázaro, según muestra hoy el censo llevado a cabo por un inspector de la época. Foucault sintetiza una serie de experiencias que resumen el mundo de lo que él llama la “sinrazón clásica”, que fue al exilio junto con la locura –aunque excediéndola– durante esta época. Todas estas experiencias tocaban:

*...sea a la sexualidad en sus relaciones con la organización de la familia burguesa, sea a la profanación en sus relaciones con la nueva concepción de lo sagrado y de los ritos religiosos, sea al ‘libertinaje’, es decir a las nuevas relaciones que están instaurándose entre el pensamiento libre y el sistema de las pasiones (op. cit.: 133).*

El peso moral del internado se revela en el hecho de que desde el inicio del Hospital general, los que padecían enfermedades venéreas fueron aceptados en él sólo a cambio de someterse a la corrección “y ser azotado, lo que será certificado en su certificado de salida”, según consta en un documento de este organismo (citado en op. cit.: 134, cita 7). Se ensayaba una mezcla de confesión, azotes, purgas y sangría, en una práctica a la vez “contra la enfermedad y contra la salud”, pues según el Foucault, para esta época la plena salud del cuerpo conducía al hombre a los pecados de la carne.

Los males del desenfreno y los de la razón fueron unidos por la época clásica en su común confinamiento. Foucault especula que de esa unión puede haber surgido el “parentesco de la sinrazón y la culpabilidad que el alienado aún experimenta como un destino y que el médico descubre como una verdad de la naturaleza”, así como la consecuente “identidad del gesto que castiga y del que cura”(op. cit.: 138). La base de la terapéutica moral de Pinel y su derivación hasta principios del siglo XIX puede verse claramente anticipada en este gesto.

#### **II.4.5. *El poder de internar: de la comunidad a la familia***

Es interesante destacar, de cara a ir pensando una experiencia de la familia del enfermo mental (cf. III. 2.), el fenómeno que según Foucault acaeció en el siglo XVIII: la “gran confiscación de la ética sexual por la moral de la familia”(op. cit.: 143), relacionada con la prostitución y motivada concretamente en el peligro de dilapidación del patrimonio familiar. La familia se convirtió entonces en un criterio

esencial de la razón, siendo ella quien exigía y lograba la internación: “desenfreno, prodigalidad, relación inconfesable, matrimonio vergonzoso se cuentan entre los motivos más frecuentes” para esta práctica (op. cit.: 144). La moral burguesa de la familia, confiscando la ética sexual, pudo contra ciertos “intentos de reanimar los ritos del amor cortés y mantener su integridad por encima de las obligaciones del matrimonio” (op. cit.: 143). Foucault ilustra este punto con un extracto del *Discurso sobre la Justicia*, de Moreau, de 1771:

*Una familia ve crecer en su seno un individuo cobarde, dispuesto a deshonorarla. Para sustraerlo al fango, la familia se apresura a prevenir, por su propio juicio, al de los tribunales, y esta deliberación familiar es un aviso que el soberano debe examinar favorablemente (145, cita 33).*

Más allá del quizás no del todo prudente salto en el tiempo, podemos atisbar aquí una filogenia del entrapamiento familiar del enfermo mental; queda con esto claro, para nuestro análisis histórico, hasta qué punto “el internamiento ha sido puesto por la monarquía absoluta a discreción de la familia burguesa” (op. cit.: 145).

Anticipado desde finales del siglo XVIII, pero más propiamente en el siglo XIX, el conflicto del individuo con su familia pasaría a la órbita privada, a diferencia de la cuestión pública que había constituido durante todo el período del gran encierro. En este período, quien atentara contra la familia “caía en el mundo de la sinrazón. Convertida en forma principal de sensibilidad hacia la sinrazón, la familia podría constituir un día el lugar de los conflictos de donde nacen las diversas formas de la locura” (op. cit.: 146).

Porter coincide con este poder de las familias. Según él, los padecimientos de los locos que escribieron su historia durante los siglos XVIII y XIX pueden clasificarse en dos grandes rubros: las dudas y delusiones religiosas y los tormentos originados en tensiones familiares (1989: 230). De estas últimas, el autor se explaya sobre el famosísimo caso Schreber, tal como lo revisó Schatzman: una explicación bastante parsimoniosa y lineal sobre el origen de los temas de los floridos delirios hipocondríacos del presidente de la corte Schreber, que remite a los artificios disciplinarios y posturales diseñados por su padre, famoso y ultra-rígido ortopedista. Por no venir al caso, no indagaremos los detalles de estas interesantes divagaciones, pero mencionaremos una posible explicación más bien contextual del *texto* –no del origen– del delirio, y del carácter no agresivo hacia sus perseguidores (Dios y su

médico Fleschig, immortalizado por Freud): según esta línea de pensamiento, Schreber padre, famoso por sus 18 tratados de ortopedia, repletos de recomendaciones para la educación postural y moral de los niños, “había obligado a su hijo a aceptar que la autoridad siempre tenía razón” (Porter, 1989: 224), con lo cual lo condicionaba a no rebelarse hacia él por medio de una psicosis agresiva. Porter no lo menciona, pero cualquier lector familiarizado con la teoría del doble vínculo podría darse un festín con la autobiografía de este alemán loco. Ahora bien: como hemos dicho, no es nuestra intención hacer autopsias psicológicas ni mucho menos avalar una teoría como la del doble vínculo –de la cual rescataremos sólo su valor de hito en la historia de las intervenciones psicosociales en psiquiatría–. Pero el análisis de Porter nos parece fructífero a los fines de revelar cierto peso que, según este autor, fue tomando la familia en el contexto social de los locos, y en la epistemología que a nivel social nosotros podemos leer allí. Más allá de estas especulaciones de Schatzman, de Porter y nuestras, destacaremos que el primero “investiga la dinámica real de la familia... en la cual Schreber aprendió a distinguir entre el bien y el mal, y ante la cual descubriría todos sus pensamientos y actos”. Agrega Porter sobre Schatzman que ver a los niños respondiendo a información externa “tiene más sentido... que atribuirles sencillamente toda la responsabilidad del complejo de Edipo” (op. cit.: 225).

Para concluir este apartado, y volviendo un poco atrás en el tiempo, diremos que durante el gran encierro se buscaba el acuerdo de la familia que pedía la internación –o, en todo caso, el conocimiento de las razones de rivalidad o intereses que podían motivar el pedido por parte de la misma– (Foucault, 1976, t. I: 199–200). Esto implicó una verdadera socialización –a nivel *microsocial*, podemos decir– del problema de la locura, con el consecuente alejamiento de la esfera médica.

#### **II.4.6. *La medicina enfrenta a la locura de la mano del derecho***

Los hospitales españoles fundados en el siglo XV, que mencionamos en II.3.1. (Zaragoza, Valencia, etc.), tenían un carácter médico del que carecían sus equivalentes en otros países. Pero el atisbo de una individualidad de la locura en que “el loco era reconocido y aislado como tal” se perdió con los hechos entre el final del renacimiento y el apogeo de la época clásica y su consecuente “alteración de la conciencia de la locura”, que pasaría a ser representada por “los asilos de internado, las prisiones y los correccionales” (op. cit.: 193). Vemos, pues, que en la *arqueología* que plantea Foucault el hospital no pertenece “al estrato geológico más

reciente; forma, por el contrario, una sedimentación arcaica” (*ibíd.*) que fue asimilada a las formas correccionales y de castigo.

Foucault introduce claramente a la locura como tema médico de la mano de lo médico-legal: ya en tiempos del gran encierro el reconocimiento de la locura, tanto en el derecho canónico como en el derecho romano, estaba ligado a su diagnóstico por la medicina. Era, pues, sólo el médico quien podía confirmar o no la mera presunción del juez: “él y sólo él puede introducir a alguien en el mundo de la locura”(op. cit.: 198), aunque en la esfera más puramente disciplinaria del encierro la decisión fuera aún totalmente ajena al criterio médico: si bien en Bedlam (Inglaterra) las leyes requerían un parte médico en que constara que el enfermo podía ser tratado, y en las llamadas “Casas Pequeñas” se exigía que hubiese sido atendido en vano anteriormente, en realidad esta decisión permanecía bajo la órbita de los jueces, que muy rara vez recurrían a un parte médico, así como también de la autoridad policial o real.

Foucault marca la oposición entre, por un lado, una doctrina ligada al derecho romano y canónico –cuyo exponente es Zacchias, protomédico de Roma (1584–1659)–, doctrina de origen medieval y renacentista, preocupada por el alienado en tanto que sujeto de derecho que se libera de su responsabilidad; y, por el otro, cierta experiencia del individuo como ser social, donde juegan todos los parentescos morales de la locura, determinando la culpabilidad del alienado (junto con el indiscriminado grupo que ya hemos analizado) y su encierro.

Con el tiempo, el derecho fue refinando su análisis de la locura, al punto de que en un sentido “es justo decir que sobre el fondo de una experiencia jurídica de la alienación se ha constituido la ciencia médica de las enfermedades mentales” (op. cit.: 203). Así, ya hay jurisprudencia del siglo XVII que anticipa clasificaciones psicopatológicas posteriores, por ejemplo los niveles de imbecilidad o “*fatuitas*” de Zacchias, que parecen presagiar la clasificación de Esquirol y toda la psicología de las debilidades mentales. Hay, pues, dos usos o niveles de elaboración de la medicina, según sea tomada del contexto del derecho o relativa a la práctica social del internamiento (aquí de más rara actuación): en el primer caso, se ponen en juego las capacidades del sujeto de derecho, anticipando “una psicología que mezclará un análisis filosófico de las facultades y un análisis jurídico de la capacidad de contratar y de obligar” (op. cit.: 205); en el segundo, se pondrá en juego la conducta del hombre social, preparando una patología dualista, en términos de normal y anormal, sano y enfermo, susceptible de internación o no. En este sentido, se encuentran

testimonios, a principios del siglo XIX, de un importante y –podemos decir aún actual– debate en torno a la cuestión de la aptitud de los médicos para reconocer la alienación y diagnosticarla (op. cit.: 201–203).

Ahora bien: el iluminismo político del siglo XVIII postuló la unidad fundamental y la siempre posible reconciliación entre el sujeto de derecho y el hombre social. La medicina positivista del siglo XIX heredaría ese esfuerzo y tomaría como probado y establecido que “la alienación del sujeto de derecho puede y debe coincidir con la locura del hombre social, en la unidad de una realidad patológica que es analizable en términos de derecho y perceptible a las formas más inmediatas de la sensibilidad social” (op. cit.: 205).

La enfermedad mental como objeto se habría constituido en ese ínterin como “unidad mítica del sujeto jurídicamente incapaz y del hombre reconocido como perturbador del grupo” (op. cit.: 206). Ya en documentos históricos de 1784 se encuentra una iniciativa importante en Francia para hacer más minucioso el proceso judicial de internamiento, previa determinación de la capacidad del sujeto como persona jurídica. A la par, Pinel y sus contemporáneos estaban forjando la nueva psiquiatría, que con un trato por primera vez humano del loco, vendría a reconciliar la conciencia dividida del siglo XVIII: el internamiento del hombre social logrado en la interdicción (privación de derechos civiles, definida por la ley)<sup>19</sup> del sujeto jurídico, a la vez que los dos usos de la medicina se encuentran (jurídico y del internado). Por primera vez, pues, el alienado era reconocido como incapaz y loco a la vez.

Esta naciente “medicina del espíritu” –como Foucault llama a la psiquiatría– era la superposición de dos experiencias que el clasicismo había yuxtapuesto sin unir jamás definitivamente: una *experiencia social*, normativa y dicotómica de la locura, que giraba en torno al imperativo del internamiento y se formulaba en términos como “inofensivo–peligroso”, “para internarse o no”, etc., y una *experiencia jurídica*, cualitativa, sensible a las cuestiones de límites y grados, que buscaba la multiplicidad de formas de la alienación y que es el claro antecedente de las nosografías modernas. En la psicopatología decimonónica, el loco no era tal por haber sido arrojado fuera de la normalidad, sino porque se ubicaba en el punto

---

<sup>19</sup> “Interdicto”: *Diccionario enciclopédico hispano-americano*, t. XI, New York, Jackson, 1941.

de encuentro del decreto de internamiento y del conocimiento jurídico. Sólo este encuentro posibilitó los sentimientos humanitarios de la medicina hacia el loco (op. cit.: 206–207).

El confuso concepto de “*alienación patológica*”, que se cree hoy positivamente fundado en la “objetiva” psicopatología, surgió en cambio de la confusión antropológica de dos experiencias de la alienación: por una parte la del sujeto que perdía su libertad por el doble movimiento de la locura (natural) y de la interdicción (jurídico); por la otra, la conciencia por la cual el loco era reconocido por su sociedad como un extranjero en su propia patria, extranjero al que *no* se le quitaba responsabilidad y *sí* se le cargaba una culpa moral. En la primera experiencia Foucault habla de un “ser caído en el poder del Otro”; en la segunda, de un “individuo convertido en Otro, extraño a la similitud fraternal de los hombres” (op. cit.: 210). La internación del siglo XIX –acorde con el iluminismo del siglo anterior– intentaría reducir forzosamente esta dualidad de experiencia en una unidad confusa.

Para apoyar aun más la hipótesis de que la locura no fue considerada (predominantemente) como enfermedad durante la época clásica, Foucault habla de cierta connotación casi circense de la locura en el encierro. Conforme a la conciencia del siglo XVII en que se buscaba no ya la pública confesión (como en la inquisición) sino la privacidad y el olvido de lo escandaloso en resguardo de la familia y la religión, el encierro buscó evitar el escándalo. Así, muchas veces, los internos recuperaban la libertad cuando cesaba la posibilidad del escándalo, como en el caso de un inválido o un anciano. Pero esta actitud de secreto tuvo su excepción en los locos: desde las ventanas de rejas en las casas de encierro de Alemania, hasta el Bethlehem de Inglaterra –que hasta 1815 mostraba los locos al público por un penique los domingos– y los también pagos paseos por Bicêtre en París (op. cit.: 228), dan cuenta de esta costumbre de probable raíz medieval. Incluso, según Foucault, había verdaderos espectáculos, montados por guardias, que mediante azotes hacían hacer piruetas y acrobacias a los locos. A principios del siglo XIX, los locos de Charenton representaban obras teatrales, haciendo tanto el papel de actores como de espectadores observados (op. cit.: 230).

El escándalo, evitado con el encierro de la sinrazón, era buscado con una de sus formas: la locura. Sin embargo, este mostrarse era radicalmente distinto del deambular propio del renacimiento: el loco era exhibido entre rejas, como un animal extraño, y no ya como el monstruo que habitaba en el fondo de uno mismo. Esta

animalidad muestra hasta qué punto el loco de la época clásica *no* era un enfermo: la animalidad lo separaba “de todo cuanto pueda existir de frágil, de precario y de enfermizo en el hombre” (op. cit.: 235). La resistencia a condiciones de vida que enfermarían el cuerpo de un no-loco sustentaba esta idea, al punto de ser un dogma de la medicina en tiempos de Pinel (op. cit.: 236), y estar presente aún hoy entre los psiquiatras. Frente a esta animalidad, sólo era eficaz la doma (op. cit.: 238): ninguna intención más lejana de la cura médica.

#### **II.4.7. *La culpa y el loco como objeto de observación***

Hemos comprobado cómo la obra de Foucault, más allá de sus aspectos más especulativos, ofrece un claro testimonio de los cambios en la epistemología de las sociedades respecto de la locura. Volviendo a las viejas prácticas de la magia y la brujería, es interesante comprobar semejante evolución: cómo para el modo de ver el mundo de esta época, semejantes actividades “corrompen e infectan el espíritu de los pueblos por sus discursos y prácticas” (op. cit.: 152, cita 52), pasando el problema del sacrilegio a un segundo plano, desplazado por el interés social. En adelante, existirá el sistema denunciado desde el exterior como conjunto ilusorio; y, por otra parte, el vivido desde el interior, por una adhesión que ya no es peripecia ritual, sino acontecimiento y elección individual” (op. cit.: 153), ya fuera por error o por crimen que se aprovecha del error a los ojos de la autoridad correccional. Tuvo lugar, en definitiva, una pérdida de la eficacia simbólica de los viejos ritos que pasaron a ser ilusión y sinrazón, y que según Foucault terminarían en pocos años siendo vividos como compensación imaginaria del fracaso y, en última instancia, neurosis obsesiva.

Algo parecido ocurrió con el libertinaje, que era visto como error producto de una falta ética y por ello condenado al encierro, y no ya como una herejía que mereciese la muerte. El libertinaje de principios del siglo XVII desapareció luego de romperse la fusión entre razón y sinrazón que venía del renacimiento. El siglo XVII rompió esta unidad, “realizando la gran separación esencial de la razón y de la sinrazón, de la cual sólo es expresión institucional el internamiento” (op. cit.: 158). Esta separación liberó paradójicamente a la sinrazón, dejándola

*...libre de los paisajes donde siempre estaba presente; ... ya localizada pero liberada también de sus ambigüedades dialécticas y, en esta medida, cernida en su presencia concreta. Se tiene ya la perspectiva necesaria para convertirla en objeto de percepción (op. cit.: 163. La última bastardilla es nuestra).*

Esta particularización se aprecia en la forma de “personajes” concretos de la sociedad que aparecen en las manifestaciones culturales de esta época, distintos de los “tipos morales” del mal que viajaban en la nave de los locos. El hecho fundamental a retener es, en palabras de Foucault,

*...que la locura haya sido bruscamente investida en un mundo social, donde encuentra ahora su lugar privilegiado y casi exclusivo de aparición; que se le haya atribuido... en menos de cincuenta años en toda Europa, un dominio limitado donde cualquiera puede reconocerla y denunciarla... que en adelante, en cada uno de los personajes en que encarna, se pueda exorcizarla de golpe, por medida de orden y precaución de policía (op. cit.: 164).*

En síntesis, y para concluir con este período crucial en la historia de la locura que Foucault define como “época clásica”, diremos que a partir del mencionado reajuste en el mundo ético hay que comprender “la manera en que se constituye lo que el siglo XIX creería luego reconocer, entre las verdades inmemoriales de su positivismo, como la alienación mental” (op. cit.: 169). La locura, que había vivido el renacimiento simultáneamente como no sabiduría, desorden del mundo, amenaza escatológica y enfermedad, encontró finalmente su equilibrio y preparó al loco para los “avances” del conocimiento positivo. El loco se encontró, con este cambio, en esta “perspectiva que autoriza el saber objetivo, esta culpabilidad que explica la caída en la naturaleza, esta condenación moral que designa el determinismo del corazón” (op. cit.: 169–170).

## **II.5. La transición hacia una nueva sensibilidad**

### **II.5.1. Gestación de una nueva sensibilidad para el siglo XIX**

Según Foucault, con la modernidad operó una liberación, representada clásicamente por la imagen de Phillipe Pinel (1745–1826), quitando a los locos sus cadenas. En este gesto mítico, el hombre dejó de experimentar y de comprender lo que el filósofo francés llama la “sinrazón indiscriminada del encierro” y sus leyes.

Como decíamos, en el derecho –a diferencia de la internación– se intentaba distinguir con el mayor rigor posible la alienación fingida de la auténtica, pues ya se hablaba de que no debía condenarse a la pena que su crimen habría merecido, a quien “está verdaderamente tocado de locura” (op. cit.: 216, cita 9), pues para los

juristas del derecho romano del siglo XVIII la locura atañía esencialmente a la razón, alterando así la voluntad, al hacerla inocente (op. cit: 218).

En cuanto al fundamento racional y filosófico de la práctica del internamiento, Foucault lo busca en Descartes: la locura aparecía como el siempre tentador abandono de la voluntad que busca la verdad; frente a ella, el pensamiento que duda y su voluntad excluían los encantos involuntarios de la sinrazón. La ética, pues, estaba en el origen de todo pensamiento concertado, la libertad era la iniciativa misma de la razón y, “por consiguiente, del hombre mismo” (op. cit.: 224).

A partir del siglo XIX, en cambio, la razón se situaría en relación con la sinrazón como anterior a ella por una necesidad positiva, y no ya en el espacio libre de una elección, como con Descartes. La locura sería un avatar involuntario llegado desde el exterior de la razón; sobrevendría, pues, en la época de Pinel, el escándalo por el trato que habían recibido los locos; el hombre modificaría su relación con la locura, percibiéndola reflejada “en la superficie de sí mismo, en el accidente humano de la enfermedad” (*ibíd.*). Hasta entonces, no pudo ser posible hablar de un tratamiento “humano” de la locura simplemente porque la locura, “por derecho propio, era inhumana”, contracara de una elección que abría al hombre el libre ejercicio de su naturaleza racional (*ibíd.*).

### **II.5.2. La locura para los filósofos**

En cuanto a las visiones filosófica y médica de la locura en el siglo XVIII, esta se había retirado de su antigua presencia visible por efecto del internamiento. Estaba dotada de una cierta aptitud para imitar la razón, y podía llegar incluso a ser usada como otro camino de la misma. Foucault habla de la necesidad percibida en este tiempo de la locura del amor que conserva la especie, de los delirios de la ambición en el orden político, y de la insensata avidez en la construcción de la riqueza. Así al menos la veía Bernard Fontenelle (1657–1757), escritor y científico francés, quien hablaba también de la locura como una especie de vivacidad involuntaria que llegaba antes que la razón, y por caminos desviados, al punto a que sólo después de muchas penas esta podría haber llegado (op. cit.: 279).

Una interesante paradoja es que mientras la locura subyacía en este momento a todas las regiones del mundo, toda sabiduría y todo orden, escapaba a la vez a toda captación sensible. El loco, en cambio, era captado inmediatamente por sus rasgos. Así, Voltaire (1694–1778) se asombraba de que aunque no se supiese

cómo un alma podía razonar falsamente, ni cómo podía cambiar algo en su esencia, “se la conduce sin embargo a los manicomios” (op. cit.: 282, cita 9). Una de las maneras en que se reconocía a este loco concreto era por la incoherencia entre sus acciones con, por un lado, su fin, y por el otro la conducta de los demás hombres, criterio que excluye un porqué de esa conducta.

En síntesis, el siglo XVIII sabía reconocer al loco, pero confesaba no poder definir la locura. Pero esta paradoja no es tal para Foucault, sino más bien una relación de complementariedad: el loco era demasiado sensible como “para que pueda reconocerse en él el discurso general de la locura” (op. cit.: 283). Y esta ausencia de un discurso de la locura pudo haber fomentado la labor positiva.

El loco, pues, no se hacía manifiesto “en su ser”, sino por “ser otro” (op. cit.: 284). El inevitable reconocimiento de su locura surgía a partir de la diferencia con el sujeto que lo observaba: “Yo no sería menos extravagante si siguiera su ejemplo” –había dicho Descartes–. El siglo XVIII no se basó entonces en una certeza interna, sino en una relación exterior de los otros a ese otro singular que era el loco, en que el sujeto no estaba comprometido. Así, locura es para el Diccionario de Voltaire “esta enfermedad de los órganos del cerebro que impide a un hombre necesariamente pensar y actuar como los otros” (op. cit.: 285, cita 11). Entre los juicios “aquel es un loco” y el cartesiano “yo no soy aquel” hay una diferencia de espacios. Con el primero, se abrió la posibilidad de, sobre el espacio exterior, encontrar señales y medir. El loco pasó pues a ser más o menos diferente de un grupo más o menos universal. Se convirtió en relativo y mensurable. A la vez, quedó más desarmado de sus poderes, pues terminó de pasar a las antípodas de la presencia próxima al pensamiento que se había construido en el renacimiento.

Esta forma de conciencia inauguró una nueva relación de la locura con la razón, fundada en una doble razón de ser: la locura estaba del otro lado de la razón (se mide por comparación con la razón) y a la vez bajo su mirada (era “locura” para la razón). Pasó a ser “negatividad pura” (op. cit.: 286), aquello que se enunciaba como no-ser.<sup>20</sup>

---

<sup>20</sup> Este tipo de análisis puede parecer ocioso o más atinente a la divagación filosófica que a una indagación epistemológica que se ha planteado unos objetivos concretos y que se supone comprometida con la práctica. Sin embargo, como veremos, términos como “negatividad” y “positividad” son necesarios para comprender el sutil pero fundamental paso de la locura a ser objeto de una mirada científica.

Lo positivo, en la locura, era la ausencia de la razón misma en una “similitud engañosa que no llega a engañar” (op. cit.: 289), lo negativo era que se trataba de un vano simulacro de la razón.

La razón se reconocía, en la epistemología de la locura que construyó la época clásica, en lo irrazonable del loco (su negatividad), midiendo a la vez “la infranqueable distancia de la razón a la razón del loco” (op. cit.: 290). Desde esta perspectiva, el loco puede estar investido por la razón, dominado por ella, pero ella lo mantiene siempre afuera de sí, ejerciendo “un dominio desde el exterior, como un objeto”, estatuto que fundará la ciencia positiva de la locura, y que es anticipado ya en este “reconocimiento de la racionalidad del contenido, en el movimiento mismo por el cual se denuncia lo que hay de irrazonable en su manifestación”. Tal es la primera y más aparente de las paradojas que Foucault encuentra en la sinrazón clásica del siglo XVIII: “Una oposición inmediata a la razón que, sin embargo, no puede tener otro contenido que la razón misma”; la evidencia del “este está loco” no se apoyaba sobre ningún dominio teórico sobre la locura. A la inversa, las preguntas sobre la locura no se basaban en la existencia concreta del loco (op. cit.: 291).

### **II.5.3. La locura para los médicos: de la taxonomía vegetal a la moral**

Veamos algo de la evolución del concepto de enfermedad. Foucault dice que la noción de enfermedad, en el siglo XVIII, tendió a abandonar los esquemas de negatividad que derivaban de una “metafísica del mal” (ej., enfermedades “por defecto”, “por privación”), y a no ser considerada a título de negación (como en el siglo XVII), suprimiendo nociones como la de “sustancias morbíficas”. Así, Sauvages decía que el defecto no podía ser la verdad ni la esencia de una enfermedad. Para darle un contenido particular, hacía falta cada vez más enfocar los fenómenos reales, observables, positivos y enumerables. Se definió pues, en esta época, como primer paso de la medicina el método sintomático (op. cit.: 292–293).

Otra evolución está dada por el cambio en la taxonomía utilizada en los siglos XVIII y XIX. En el siglo XVIII, el orden taxonómico utilizado por los botánicos se convirtió en organizador del mundo patológico, así como lo era ya para la naturaleza y la razón. Así, para Carl von Linné (1707–1778), médico y naturalista sueco que desarrolló la actual nomenclatura binómica (género–especie)

para clasificar de manera inmutable (y partiendo por la creación divina) la totalidad de las especies,<sup>21</sup> “los síntomas son con respecto a las enfermedades lo que las hojas y los soportes con respecto a las plantas” (op. cit.: 297, cita 34). La medicina intentaba así desprenderse de las categorías del castigo para acceder a las patológicas, abriendo la clasificación al análisis de la locura. Los siglos XVII y XVIII y sus representantes, tales como Plater, Jonston, De Sauvages, Linneo, Weickhard, han brindado apenas imágenes de la locura, debido al valor del “mito vegetal” que los guiaba. Presuponían un dominio lógicamente estructurado en que las enfermedades fueran definidas por la totalidad de lo patológico.

El siglo XIX, en cambio, definió la locura a partir de la identidad de síntomas y causas, de la sucesión en el tiempo, de la evolución progresiva de un grupo a otro de enfermedades, modalidad opuesta a la inmutabilidad de la clasificación vegetal. Hubo un esfuerzo por descubrir grandes unidades y remitir a ellas formas conexas, pero no ya de descubrir en su totalidad el espacio patológico y desentrañar su verdad única (op. cit.: 300–304).

Para Foucault, al abrirse en subtipos, al encontrarse con rasgos de hombres concretos, la experiencia de la locura “se encuentra con la moral” (op. cit.: 307), desviando el gran tema positivista de clasificar por señales visibles hacia categorías binarias similares a las que determinaban el internamiento –aunque ninguno de los nosógrafos del siglo XVIII haya tenido contacto con el mundo del Hospital general–. Y donde faltaban estos juicios morales, estaba la distinción por causas físicas que perturban la imaginación (op. cit.: 308–310). Justamente, esta imaginación, “perturbada y desviada... a medio camino entre el error y la falta, por una parte, y las perturbaciones del cuerpo, por la otra, es lo que médicos y filósofos convienen en llamar delirio en la época clásica” (op. cit.: 311).

En cuanto a la transición de que venimos hablando, Foucault habla de ciertas “formas esenciales” que persistieron en el pensamiento médico a pesar de los cambios en las clasificaciones. Bajo las precarias familias que los siglos XVII y XVIII construyeron, subsistieron nociones más propias de la práctica médica que de la actividad conceptual: Willis, en 1692, retomó el frenesí (furor con fiebre), el delirio (furor más breve), la manía (furor sin fiebre), la melancolía (tristeza y miedo

---

<sup>21</sup> “Linneo, Carlos”: *Diccionario enciclopédico hispano-americano*, t. XII, New York, Jackson, 1941.

a objetos poco numerosos o a un solo objeto), la estupidez (imaginación, memoria y juicio “ausentes”) (op. cit.: 312–313). Pinel, en 1798, contaba entre las vesanias a la melancolía, la manía, la demencia, la idiotez, y añadió la hipocondría, el sonambulismo y la hidrofobia (op. cit.: 315).

La medicina ha experimentado siempre, según Foucault, una dificultad para ordenar su práctica bajo los conceptos de la teoría médica, y es la locura, más que ninguna otra enfermedad, la que ha mantenido hasta fines del siglo XVIII un cuerpo de prácticas “arcaicas por su origen, mágicas por su significado y extramédicas por su sistema de aplicación”. Ligados a esta práctica surgieron los conceptos de “vapores” en el siglo XVII y de “enfermedad de los nervios” en el XVIII (op. cit.: 317–318), provenientes de las imágenes que utilizaba el enfermo para comunicar su padecer. Esto es clave, para Foucault, por cuanto “por primera vez, sin duda en la historia de la medicina, la explicación teórica coincide con una doble proyección: la de la enfermedad por el enfermo, y la de la supresión de la enfermedad por el médico” (op. cit.: 320). Así, en el siglo XVIII, la pareja médico–enfermo fue el elemento constituyente de la nueva medicina, e iría organizando, por medio de las imágenes que usaba para comunicarse, el mundo de la locura. La enfermedad mental en la época clásica no existió en tanto que “patria natural del insensato” (op. cit.: 321), es decir: no fue conceptualizada. Subsistió un hueco (la sinrazón) entre la conciencia que pretendía reconocer al loco sin mediación de un discurso sobre la locura, y una ciencia que pretendía desplegar todas las formas de locura.

Volviendo un poco a los filósofos, Voltaire sostenía la inocencia del alma, que estaba “mal alojada” en el cuerpo; y que no estaban mal las “ventanas” (la percepción), sino “el habitante”: el propio cerebro (op. cit.: 327–329). Pero este planteo no es representativo del siglo XVIII. Recién en el siguiente sería aceptado como problema y habría una psiquiatría espiritualista y otra materialista .

Con los términos “enfermedad mental” o “del espíritu” en la época clásica (aun los de “locura” y “vesania”) no se hablaba de un dominio de perturbaciones psicológicas o de hechos espirituales, sino de alguna cosa que “afecta en conjunto a cuerpo y alma”, donde el concepto de espíritus animales como “porción más fina de la materia, y la más aproximada de la sustancia espiritual” (op. cit.: 333–336) es clave.

Se registró un movimiento de lo cualitativo a una causalidad lineal entre el cuerpo y el alma, que estaban en relación de vecindad y sucesión causal; los estudios

sobre cerebros de locos determinaron diferencias significativas; ya no era el conjunto del cuerpo sino el cerebro el que más se aproxima al alma. Este cambio haría posible, en la época siguiente, el materialismo, el organicismo y el esfuerzo localizacionista (op. cit.: 341–344).

Paralelo a este proceso se dio, del siglo XVII al XVIII, una expansión casi infinita de las causas lejanas a que era atribuida la locura: ambientales (el influjo de la luna, por ejemplo), físicas, y afectivas o intelectuales (exceso de estudio) coexistieron sin afán de observación ni organización, pero se dio también una mayor consideración de factores que rodeaban al hombre y a los cuales este era sensible. Por ejemplo, el lunatismo dejó de ser influencia de un poder cósmico, como era visto en el siglo XVII, y pasó a explicarse por modificaciones atmosféricas, a las que el cerebro resultará particularmente sensible (op. cit.: 345–349).

#### **II.5.4.    *Locura: pasión***

La noción de pasión es de especial interés: para Foucault se ubica entre las inasibles y desorganizadas causas lejanas de la locura. En un primer momento, estaba en relación recíproca con los “espíritus animales”:

*Los humores que se han acostumbrado a ser agitados por ciertas pasiones disponen a esas mismas pasiones a aquellos en quienes abundan y a pensar en los objetos que ordinariamente los excitan; la bilis dispone a la cólera y a pensar en aquellos a quienes se odia (op. cit.: 352, cita 40).*

La pasión llegaría a ser, más que causa privilegiada de la locura, su condición de posibilidad, agrupando en un solo movimiento alma y cuerpo, determinismo y expresión. Después vendría la disociación de estos términos: la locura como enfermedad “del cuerpo y del alma”, donde “la afección del cerebro sea de la misma calidad, del mismo origen, finalmente, de la misma naturaleza que la afección del alma” (op. cit: 355).

Ya para los moralistas greco–latinos, la locura era un castigo de la pasión, pero ahora ya no era una consecuencia ni una posibilidad de la unión del cuerpo y el alma, sino que estaba fundada por esa unidad, hecha posible por la pasión. Whytt admitía que una emoción viva podía provocar la locura “como el choque puede provocar el movimiento, por la sola razón de que la emoción es a la vez choque en el alma y sacudimiento de la fibra nerviosa”. De este modo...

*Historias tristes o capaces de conmover el corazón, un espectáculo horrible inesperado, la gran pena, la cólera, el terror y las otras pasiones que ocasionalmente causan una gran impresión, con frecuencia ocasionan los síntomas nerviosos más súbitos y más violentos (op. cit.: 357, cita 43).*

A veces, estos paroxismos derivaban en “una especie de tétanos o de catalepsia, de manera que la persona pareciera más una estatua que un ser vivo” e incluso en la “muerte súbita” (op. cit.: 357, cita 44). Otro médico de la época, Lancisi, recordaba que los nobles romanos eran presa “de vapores” (caídas histéricas, crisis hipocondríacas), pues en su vida de corte “su espíritu continuamente agitado entre el temor y la esperanza, no tenía nunca un instante de reposo” (op. cit.: 358, cita 45).

### **II.5.5.    *Locura: imaginación y delirio***

Foucault constata una relación fundamental entre locura e imaginación. Aquella “no arrancará más que en el acto que da valor a la imagen” (op. cit.: 362). El delirio, de una lógica correcta, pasó también a tomar un papel central en la locura para la época clásica. Al decir de Foucault, “locura, en el sentido clásico, no designa tanto un cambio determinado en el espíritu o en el cuerpo, sino la existencia bajo las alteraciones del cuerpo, bajo la extrañeza de la conducta y las palabras, de un discurso delirante” (op. cit.: 369). Para este autor, la definición más sencilla de locura que se puede dar es la palabra “delirar”, que significa “apartarse del surco”,<sup>22</sup> del “recto camino de la razón” (op. cit.: 369, cita 60). Ejemplo de esto es que el vértigo, con su discurso de que “el mundo realmente está girando”, fue ubicado por los nosógrafos del siglo XVIII más a menudo entre las locuras que las aparatosas convulsiones histéricas, carentes de unidad de discurso.

Volviendo a la imagen, si esta arrastró al mundo de las ciencias y deseos, fue porque el lenguaje delirante ya estaba presente. El delirio era “al mismo tiempo la locura misma y, más allá de cada uno de sus fenómenos, la trascendencia

---

<sup>22</sup> “Delirar”, en Corominas, Joan (1967). *Breve diccionario etimológico de la lengua castellana*. Madrid, Gredos.

silenciosa que la constituye en su verdad”, es decir su “lenguaje fundamental” (op. cit.: 371).

El sueño como “noche del espíritu” y el error están presentes en la definición clásica de alienación: según la Enciclopedia de Diderot (aparecida a mediados del siglo XVIII), loco era el que se aparta de la razón “con confianza y con la firme persuasión de que se la sigue” (op. cit.: 375, cita 68). Ya no era víctima de una ilusión, de un engaño de sus sentidos o de un movimiento de su espíritu, sino que simplemente se equivocaba. “Llamamos locos –dijo Sauvages– a quienes están realmente privados de la razón o que persisten en algún error notable; es este error constante del alma que se manifiesta en su imaginación, en sus juicios y en sus deseos el que constituye el carácter de esta clase” (op. cit.: 375, cita 69). En definitiva, “la locura comienza allí donde se nubla y se oscurece la relación del hombre y la verdad”, “en el punto de contacto entre lo onírico y lo erróneo”; viniendo a “llenar de imágenes el vacío del error” (op. cit.: 375–377). Ahora bien, “estas imágenes son la nada”, puesto que no representan nada, y el juicio erróneo tampoco afirma nada. Pero esa nada “tiene por paradoja manifestarla en palabras, en gestos”; sólo se puede manifestar “saliendo de sí misma, tomando una apariencia en el orden de la razón, convirtiéndose en lo contrario de sí misma” (op. cit.: 378). De este modo sintetiza Foucault las paradojas que a su juicio entrañaba la experiencia clásica: la locura ausente, inaccesible y sin manifestación, pero presente en el hombre loco singular; con especies ordenadas y mecanismos rigurosos a pesar de ser desorden insensato: se resume esta experiencia con la palabra “sinrazón”, o sea “lo que para la razón hay de más próximo y más lejano” (op. cit.: 379).

Veremos a continuación algunas formas o “rostros”, como los llama Foucault, de lo que fue la locura para la época clásica, particularmente a partir de los autores médicos que intentaron caracterizarla.

### **II.5.6. *Rostros de la locura***

*La demencia.* Durante el siglo XVII, la demencia fue aislada, pero sin definirla en su contenido positivo concreto. Con las formas de “dementia, amentia, fatuitas, stupiditas, morosis”, no tenía síntomas, siendo “la posibilidad abierta de todos los síntomas posibles de la locura” (op. cit.: 392–393). Willis encontraba sus causas en una multiplicidad de anormalidades en el cerebro, las fibras nerviosas y los tan de moda espíritus animales. La forma y tamaño del principal órgano del

sistema nervioso, la calidad de su materia y su humedad afectaban la circulación de los espíritus animales, que a su vez podían ser muy pesados, acuosos, volubles, espesos o bien serosos y viscosos. La locura aparecía, en los estudios anatomopatológicos de la época, como la sinrazón (en tanto negatividad) del sistema nervioso. Pero el concepto médico de demencia no fue elaborado ni cristalizado como experiencia médica (op. cit.: 394–397).

Demencia e imbecilidad fueron tomadas como sinónimos hasta que Pinel, a fines del siglo XVIII, trazó una diferencia equivalente a la de inmovilidad y movimiento: de la parálisis del entendimiento a una fuga perpetua “de ideas y de acciones aisladas, de emociones ligeras o desordenadas, con olvido de todo estado anterior” (op. cit.: 407, cita 21). El concepto de demencia fue oponiéndose así a los de estupidez e imbecilidad, y dejando lentamente su negatividad para ser tomado en cierta intuición de tiempo y movimiento (op. cit: 408).

*La manía y la melancolía.* La oposición y alternancia entre estos estados ya se encontraba en Willis a fines del siglo XVII. Para aclarar lo que sigue, y sintetizando en exceso, podemos decir que durante ese siglo predominó el paradigma de los llamados “espíritus animales” que circulaban por los “canales” que constituían para los médicos de la época los nervios; mientras que el siglo XVIII se centró en el tema de la tensión de la fibra nerviosa y de los vasos.

En cuanto a los espíritus, en el maniaco se agitaban con un “ardor” perpetuo y en un movimiento irregular que roía y consumía irradiando su calor. En el melancólico, en cambio, los espíritus eran descriptos como “sombrios y oscuros”, proyectando sus tinieblas sobre las imágenes de las cosas (op. cit.: 427). Más adelante, la manía fue vislumbrada como una tensión de las fibras llevada al paroxismo (op. cit.: 419–426).

Tiempo después, al desvanecerse estos mitos explicativos –cuando ya no se hablara de humores, de espíritus, sólidos ni fluidos– quedaría el esquema de coherencia de las cualidades: de la “tensión de la fibra” restaría, en la transparencia neutralizada de las nociones psicológicas, la vivacidad exagerada de las impresiones internas, la rapidez de la asociación de ideas, la falta de atención al mundo exterior (op. cit: 424).

*La “enfermedad nerviosa” (histeria e hipocondría).* Este “rostro” de la locura en el análisis de Foucault reúne bajo su ala los resultados del exceso de vida mundana y del desenfreno de las pasiones. A partir de estos “males de los nervios”,

que a fines del siglo XVIII se conceptualizan como producto de la irritación de las fibras, surgió la idea de un exceso de sensibilidad inversamente proporcional a la propia conciencia de la irritación (op. cit.: 458–460). Acá, Foucault desentraña una inocencia que es “en el fondo el justo castigo de una profunda culpabilidad: la de haber preferido el mundo sobre la naturaleza” (op. cit.: 460). Las almas ociosas y femeninas, precipitadas a la inacción y la voluptuosidad, o al ensueño novelesco, entraban al dominio de la sinrazón, caracterizado como hemos visto por el error y el ensueño. Esto dio a la locura el contenido de justo castigo, sanción moral, que no era propio de la experiencia clásica de la misma (vimos que el castigo, en el encierro, fue generalizado y no privativo de la locura).

En el umbral del siglo XIX, la obcecación, antes vista como condición para la manifestación de la locura, pasó a ser “el efecto psicológico de una falta moral” (op. cit.: 461). La obcecación se convirtió en inconsciencia, y el error en falta. Para Foucault, con este cambio

*...toda la jerarquía vertical, que constituía la estructura de la locura clásica, desde el ciclo de las causas materiales hasta la trascendencia del deliro, va a oscilar y a caer dentro de un dominio que ocuparán conjuntamente, para disputárselo inmediatamente, la psicología y la moral (ibíd.).*

En estos “males de los nervios” e “histerias” encontraría su origen, para Foucault, la llamada “psiquiatría científica” del siglo XIX.

### **II.5.7. *De la prehistoria de los tratamientos farmacológicos a una relación médico/enfermo y la terapéutica moral***

A principios del siglo XVIII, el opio era la panacea para gran número de enfermedades, especialmente las “de la cabeza”. Whytt señala su uso como debilitador de “la facultad de sentir propia de los nervios” (op. cit.: 462–463), en un momento en que la sensibilidad simpática era el gran agente de comunicación de las enfermedades en el interior del cuerpo. Hecquet, en 1726, postula el valor de los vapores del opio sobre superficies membranosas y “jugo nervioso” sobre el que esta sustancia actuaba “rectificándolo” y “corrigiéndolo” (op. cit.: 465, cita 6). Pero sobre este vínculo “indirecto” con la enfermedad gobernaba otro “directo, inmediato”, “originario” para Foucault, que había dejado en el opio una esencia – elemento espiritual y espirituoso a la vez–: era el espíritu mismo de la vida “que el

Creador les ha impreso”, que quizás Dios haya dispuesto en una planta para “devolver la salud al hombre vuelto pecador” (op. cit.: 466, cita 7).

Al lo largo de todo el siglo XVIII, la eficacia del medicamento dependería del tema de su naturaleza. Así ocurriría con los medicamentos “naturales”: el aire, el agua, el éter y la electricidad, en que la búsqueda de un medicamento específico y de efecto localizado en relación a síntomas seguiría obstaculizada por la idea de curación del siglo XVIII, que permanecía en gran parte en ese espacio de generalidad abstracta. También subsistía la idea medieval de que frente a todo mal existía un antídoto, pero no para la locura. Sí, algunas piedras preciosas circularon por los tratados de medicina y farmacopeas de los siglos XVII y XVIII, pero fueron dejadas de lado aquellas de sentido manifiestamente mágico e incorporado su poder a la interacción con humores, nervios, etc. (op. cit.: 466–470).

El uso de productos del propio cuerpo como orina, cabellos, leche materna, etc., fue otro intento. El cráneo de hombres muertos por muerte violenta intentaba contrarrestar la violencia de los ataques epilépticos, al igual que la sangre humana aún caliente. Vemos cómo sistemas simbólicos persistieron hasta el fin de la época clásica, transmitiendo, más que recetas y secretos técnicos, imágenes y símbolos inmemoriales organizados por rituales (op. cit: 471).

El uso del *assa fétida*, que provocaba bienestar a los histéricos luego de un shock olfatorio, muestra el esquema simbólico del “rechazo de las amenazas de abajo por las instancias superiores” (op. cit: 475); cueros y plumas quemadas, y aceite de ámbar eran usados en el mismo esquema terapéutico (op. cit: 479).

Vale aquí citar a un médico de la época:

*...la mayor rama de la medicina práctica está en manos de gentes nacidas fuera del seno del arte; las comadronas, las damas de misericordia, los charlatanes, los magos, los chapuceros, los hospitalarios, los monjes, las religiosas (...) que tratan mucho más enfermedades y dan muchos más remedios que los médicos (op. cit: 475 cita 22).*

Pero aun con esta mezcla de antiguos ritos y sustancias, la época clásica dio plenitud a la noción de cura. Desaparecida la panacea, se impuso que la cura debía articularse sobre los elementos constitutivos de la enfermedad, sobre sus momentos. La cura era así a la vez una práctica y una reflexión espontánea sobre sí mismo y sobre la enfermedad y la relación que entre ambos se establecía. Se abrió la puerta al

dominio clínico, con un nexo constante entre teoría y práctica duplicado por una inmediata confrontación entre médico y enfermo, entre sufrimiento y saber (op. cit: 476–477). La cura de enfermedades nerviosas tomó un papel privilegiado en la medicina, y esto haría posible una psiquiatría de la observación, un internamiento hospitalario y un diálogo entre el loco y el médico.

Foucault analiza una serie de ideas que organizaron la cura de la locura. Además del valor abstracto (y cuestionable) que el autor infiere de lo que quizás hoy podríamos llamar mecanismos de cambio o de curación, rescataremos el aspecto de relato histórico de las herramientas que utilizaron los médicos durante la época clásica (op. cit.: 478–499):

1- La consolidación, *que intentaba contrarrestar la debilidad del loco, concretamente de sus espíritus, membranas, fibras, etc.*

2- La purificación, *mediante la cual se trataba la sangre “llena de humores acres de los melancólicos”. Se aplicaba a quemaduras, e incluso se llegaba a inocular la sarna; en definitiva, se corrompía la superficie corporal, a fin de liberar los vapores malsanos. Se utilizaron también medicamentos que prevenían la corrupción, como la mirra, de antiguo uso en embalsamamiento (op. cit.: 483). Sustancias amargas como el café y la quinina, así como el jabón, eran administradas a fin de parar supuestas fermentaciones que causaban la locura.*

3- La inmersión en agua purificadora, *necesariamente fría en algunos casos, constituyó otra técnica de larga data: ya en Epidauró (Grecia), en la antigüedad, se administraban baños curativos, y en la edad media se sumergía a los maníacos hasta que perdieran su fuerza y su furor. El agua helada “enfriaba” los furros de la manía. Se la usó con “tantos valores, tantos modos de acción diferentes, que todo lo puede confirmar e invalidar”; polivalencia que terminaría por neutralizarla. Finalmente, con Pinel se impondrían la ducha y los baños sorpresivos, a fin de, por medio de la violencia, “destruir hasta las huellas primitivas de las extravagantes ideas de los alienados” (op. cit.: 494, cita 61). Todas estas prácticas se sustentaban, para Foucault, en “la memoria ética de la ablución”.*

4- La regulación del movimiento *buscaba imponer la regularidad del mundo sobre el espíritu del alienado mediante paseos, viajes, ejercicio, etc. Subyacía a estas prácticas un intento de hacer volver al loco “al orden general, olvidar por medio de eso la locura”,*

*coherente con las grandes estructuras de la época clásica: error y falta.*

Estas técnicas, para Foucault, durarán más que su sentido, persistiendo aún cuando, ya fuera de la experiencia de la sinrazón, la locura haya recibido un estatuto “puramente psicológico y moral”. Ejemplo de ello es la máquina rotatoria de los primeros años del 1800 –especie de carrusel en que se hacía girar vertiginosamente a un melancólico, intentando a veces brucas frenadas a fin de evitar el otro extremo: la agitación maníaca–, con la cual se buscaba, en un marco de amenaza y castigo, poner al organismo en relación consigo mismo, no ya con la verdad del mundo como en la época clásica. Foucault destaca la cualidad de extemporaneidad de las prácticas médicas de la locura (op. cit: 499–501).

Respecto del uso de la pasión en la terapéutica de la locura (op. cit.: 504–506), el autor dice que en esta época no debe entenderse a la misma como una forma de medición psicológica. El miedo, en el siglo XVIII, era considerado una pasión recomendable de suscitar en el loco, pues tenía efectos de fijar el funcionamiento del sistema nervioso, disminuyendo la excitación del cerebro. Mediante la cólera, se buscaba cierta tensión de las fibras nerviosas que habría de restituirles la energía perdida, permitiendo disipar el miedo en los melancólicos. Así, en este tratamiento por las pasiones, se lograba igual efecto que con la farmacopea, pero por diverso camino. No hubo, pues, diferencia de significado entre medicación física y moral o psicológica en la época clásica. Esto ocurriría recién “cuando el siglo XIX, al inventar los famosos 'métodos morales' haya introducido la locura y su curación dentro del juego de la culpabilidad”, abandonando los grandes tipos que hemos visto más arriba (consolidación, purificación, inmersión, regulación del movimiento) para desplazar la problemática de la locura a una interrogación del sujeto responsable. “El espacio puramente moral, que se delimita entonces, da las medidas exactas de esta interioridad psicológica, donde el hombre moderno busca a la vez su profundidad y su verdad”. Una medicina psicológica fue posible para Foucault sólo “el día en que la locura se encontró alienada en la culpabilidad” (op. cit.: 506–508).

Volviendo a los puntos II. 5. 4. y II. 5. 5 (en que veíamos a la locura como pasión y como delirio), Foucault habla de dos grandes sistemas técnicos que se yuxtapusieron en la época clásica: uno consistió en una técnica de metáforas, que consideraba a la enfermedad como una alteración de la naturaleza, basado en una mecánica implícita de las cualidades que unen cuerpo y alma (los fluidos, humores, fibras), definiendo a la locura como pasión; y otro gran sistema que reposó sobre el

movimiento discursivo de la razón y que entendía a la locura como error, como delirio, al que hay que convencer con sólidas razones, con la palabra.

Si bien la unidad de estas dos técnicas no es fácilmente perceptible, sí se nota, para el autor, la gran dualidad existente entre, por un lado, los métodos usados para tratar la locura, y por el otro, las formas de atacar la sinrazón –las cuales no son lo mismo, aunque la obra de Foucault a veces resulta ambigua en cuanto a su distinción–. Entre las formas de atacar a la sinrazón tenemos el *despertar*, donde la medicina desdobra la conciencia cartesiana en la disociación médico–enfermo, en que el primero se impone abrupta y autoritariamente sobre el error del segundo, ya sea bajo la forma de un gran susto, una emoción fuerte, de una prudencia surgida desde el interior o impuesta por el medio (op. cit.: 509–512). Este mecanismo del “despertar” iría dando su forma, lentamente, para llegar a una rememoración de la ley moral. De este modo, “no es ya tratando de despertar al enfermo como deberá actuar el médico, sino más bien como un moralista” (op. cit.: 513). El “despertar a la verdad” del clasicismo, como forma de atacar a la sinrazón, ya no tendría sentido para la terapéutica moral de Pinel, para quien, por ejemplo, “un principio fundamental para curar la manía (...) es el de recurrir primeramente a una represión enérgica, seguida por muestras de benevolencia” (op. cit.: 513, cita 93).

Otra práctica contra la sinrazón fue la *realización teatral*, en que el delirio era aceptado y hasta actuado por los médicos, en una continuidad discursiva que culminaba en una contradicción (siguiendo los grandes momentos del teatro) y desencadenaba una crisis, donde sin la intervención de otro elemento el loco discutiría con sus propias exigencias de verdad (op. cit.: 515). Aquí, según Foucault, al pasar el no–ser del delirio al ser de la enfermedad, la misma ha sido suprimida; ocurría una especie de expulsión del delirio por la representación dramática: como el ser del delirio consistía en no–ser, el mismo era suprimido en tanto que delirio al ser puesto en la realidad, y terminaba por desaparecer en el discurso sin delirio de la razón. Tenemos, por ejemplo, el caso reportado en 1769 de un loco que se creía muerto y que estaba muriéndose realmente por no querer comer. Entonces,

*...un grupo de personas que artificialmente se habían puesto pálidas y que vestían como muertos entra en su cuarto, arregla una mesa, llena de alimentos, y se pone a comer y a beber enfrente del lecho. El muerto, hambriento, los mira; ellos se sorprenden de que permanezca en la cama; se le persuade de que los muertos comen por lo menos tanto como los vivos. El enfermo se acomoda muy bien a esta costumbre (op. cit.: 515 cita 96).*

La tercera práctica de que habla Foucault respecto de la sinrazón es el *retorno a lo inmediato*: aquí se abandonaban los juegos de la ilusión teatral en un rechazo de la terapéutica, en un olvido de los cuidados, en un dejar al loco librado a la naturaleza. Olvidando la enfermedad y tomando de nuevo su lugar en la actividad de los seres naturales, el hombre se curaba. Era un retorno que expulsaba todo lo que era irreal, artificial e imaginario. Se recurría a los “placeres naturales”, que llevaban a no necesitar de la imaginación. El supuesto era que las grandes formas de experiencia humana daban origen a la sinrazón; la vida sencilla del labrador, pues, fue el paradigma de esta cura. Así, la aldea de Gheel, donde a fines del siglo XVIII –rompiendo con su antigua tradición de exclusión de leprosos y locos (cf. II. 2. 3.)– vivían libremente estos últimos, formando 4/5 de la población; o el hospital de Zaragoza descrito por Pinel (op. cit.: 520–526).

Pero este contacto con la naturaleza era de “una inmediatez preparada y dividida por ella misma” donde, a diferencia del renacimiento, el salvajismo era apartado de la libertad y la naturaleza dejaba de reconocerse “en las figuras fantásticas de la contranatura”. En resumen, “una inmediatez donde la naturaleza es mediatizada por la moral” (op. cit.: 527), donde la locura no podría hablar más el lenguaje de la sinrazón, con todo aquello que trascendía a los fenómenos naturales de la enfermedad, quedando por completo restringida dentro de la patología. Este movimiento en la segunda mitad del siglo XVIII desembocaría en lo que el siglo XIX vería como verdad positiva o como posibilidad de descubrimiento de la misma.

Foucault concluye el primer tomo de su *Historia de la locura en la época clásica* volviendo a la distinción entre las terapéuticas física y psicológica, inútil a su juicio en este período “por la simple razón de que la psicología no existe” (op. cit.: 527) todavía en la época clásica.

Cuando la locura pasara a ser confinada en una institución moral, como pura enfermedad, lo que era enfermedad (lo que se curaba transformando cualidades) dependería del tratamiento orgánico, y lo que perteneciera a la sinrazón sería colocado dentro de la psicología, rompiendo esta unidad de la experiencia clásica. La psicología nació pues “no como verdad sobre la locura sino como señal de que la locura está ahora desunida de su verdad que era la sinrazón” (op. cit.: 528). Según Foucault, hay en Freud, pues, “algo más que un descubrimiento: hay allí la violencia soberana de un retorno”, un retomar la locura a nivel del lenguaje, reconstrucción de una experiencia acallada por la enumeración positivista de Janet. El psicoanálisis no sería entonces una psicología sino “una experiencia de la

sinrazón que la psicología del mundo moderno tuvo por objeto ocultar” (op. cit.: 529).

### **II.5.8. *El gran miedo a la peste: ambiente versus naturaleza***

La historia da cuenta, a mediados del siglo XVIII, de un gran miedo que, según Foucault, fue animado por un mito moral. Se actualizó la imagen del horror medieval hacia las casas de confinamiento: un mal misterioso amenazaba a las ciudades.

Se hablaba, por ejemplo, de que el escorbuto era contagioso. Muchos internados funcionaban en el sitio de antiguos leprosarios (Foucault, 1976, t. II: 27), y la podredumbre moral y la de la carne fueron mezcladas en el imaginario popular: sobre Bicêtre se hablaba de salas que eran “un sitio espantoso donde fermentan todos los crímenes reunidos... (y donde hay,) por la fermentación, una atmósfera contagiosa que respiran y que parece incorporarse a aquellos que habitan allí” (op. cit.: 28, cita 7).

Circulaba un aire viciado que transmitía el mal en hospitales, prisiones y casas de confinamiento. Por ejemplo, en 1780, una supuesta epidemia hizo que se corriera popularmente la iniciativa de ir a quemar Bicêtre. Un informe oficial debió salir a desmentir la versión para salvar el lugar. Para Foucault, con estos hechos las formas de la sinrazón estaban de nuevo presentes en lo fantástico, antes que en lo médico: “la sinrazón afronta la enfermedad y se aproxima a ella”.

A partir de entonces se empezó a echar mano a la profesión médica para cuidar a los internados, no por “generoso enternecimiento” sino simplemente por miedo. De modo que el “progreso” –palabra cargada de ironía en el autor francés– hacia un estatuto médico de la locura fue posible sólo gracias a un extraño “retorno” (op. cit.: 30–32).

La reforma en las condiciones de vida de los internados que tuvo lugar durante la segunda mitad del siglo XVIII se originó en estos hechos: se buscaba reducir la contaminación, apaciguar las fermentaciones; se proyectaba un asilo en el que el mal vegetara sin difundirse jamás, y que sirviera a la vez de espectáculo, con evidentes objetivos disciplinarios. Un tal Desmonceaux escribió en su trabajo llamado *De la bienfaisance nationale*, de 1789, que los internados eran útiles “para preservar a una juventud en exceso licenciosa de cometer los mismos actos”, siendo

“prudente que los padres y las madres hagan conocer a tiempo a sus hijos estos lugares” (op. cit.: 33 cita 13).

Sobrevinieron paralelamente un temor a las “enfermedades de los nervios” y la idea de que el hombre se hacía más frágil en la medida en que se perfeccionaba con el progreso, junto con la concepción médica de que estas patologías eran cada vez “más peligrosas, más complicadas, más espinosas y más difíciles de curar” (op. cit.: 38 cita 17).

La locura, a principios del siglo XIX, sería asociada al clima y a condiciones de vida favorables: así, por ejemplo, el origen de la típica melancolía inglesa, atribuida a la riqueza y a la libertad. Respecto de la religión en este país, por ejemplo, se decía que “toda persona tiene derecho a predicar a quien quiera escucharla”, lo que acarrearía que, con opiniones tan diferentes, “los espíritus se atormentan para encontrar la verdad”(op. cit.: 43). El libre manejo del tiempo y las preocupaciones del comercio también predisponían a los ingleses a su característica locura. Otro dato interesante es que, “por razones económicas, las familias son más tiránicas que en otros lados: sólo las muchachas ricas encuentran con quien casarse”, las otras quedan reducidas a las bajas prácticas que llevan al libertinaje, y este a la locura. La libertad actual era vista como no natural (op. cit.: 44–45). Por otra parte, y respecto de la locura del rey Jorge III, R. Porter asocia la “enfermedad inglesa” al poder, a las presiones que la familia real tenía, y dice que era vista como trastorno que elegía a los altos miembros de la aristocracia y que era una señal de su superioridad y talento (Porter, 1989: 63).

La excesiva devoción religiosa o rigor moral eran considerados también causales de la melancolía. A la inversa, otros veían que en épocas pasadas la mayor atención a la confesión –su valor de efectivo castigo, según analiza Foucault– y a las prácticas, así como el carácter sagrado atribuido al sacerdote, hacían que hubiese menos enfermos (Foucault, 1976, t. II: 46–49). Según esta postura, si la falta no era confesada y permanecía en “maceración espiritual”, la religión conducía directamente a la locura (op. cit.: 48).

La idea de que la civilización y la vida de estudio enfermaban también era frecuente, así como la sensibilidad exaltada por el teatro y las novelas, que afectaban los nervios de las mujeres. Estas prácticas sacaban la sensibilidad de la naturaleza llevando el alma “a un mundo imaginario de sentimientos, tanto más violentos cuanto más irreales”(op. cit.: 51). Un ejemplo interesante que ha ofrecido la

literatura de costumbres es la locura de Madame Bovary —obra escrita en la década de 1850, que transcurre a principios del siglo XIX—, a cuya protagonista la lectura de novelas, esos “malos libros, obras que son contra la religión”<sup>23</sup> le había afectado la imaginación y la había enfermado de los nervios. En la misma obra, un cura de pueblo dice que las novelas provocan en el “sexo diferente” el “libertinaje de espíritu, pensamientos deshonestos, tentaciones impuras”.<sup>24</sup>

La naturaleza, como contrapartida, era vista como “la locura abolida, el feliz retorno” (op. cit.: 54), de ahí que los primitivos fueran vistos como los menos dispuestos a este problema.

Para resumir: en la segunda mitad del siglo XVIII ya no estaba la locura en la falta y la animalidad, como había ocurrido en la primera mitad. La locura se volvió el “medio donde se alteran las relaciones del hombre con lo sensible, con el tiempo, con el prójimo; es posible por todo aquello que en la vida y en el devenir del hombre constituye ruptura de lo inmediato” (op. cit.: 52), concepción que fue decisiva para la historia de la locura moderna y para la espectacular liberación de Pinel.

Otro punto importante es la idea de “degeneración”, que venía tomando peso a lo largo del siglo XVIII, ya no siguiendo la pendiente de un abandono moral (como era en la tradición greco–latina), sino obedeciendo a las “líneas de fuerza del medio humano, o a las leyes de una herencia física” (op. cit.: 57):

*...los hijos se resienten de los males de los padres; nuestros antepasados han empezado a apartarse un poco del género de vida más saludable; nuestros abuelos han nacido un poco más débiles, han sido criados más perezosamente, han tenido hijos aún más débiles que ellos, y nosotros, la cuarta generación, ya no conocemos más que de oídos la fuerza y la salud de los ancianos octogenarios (op. cit.: 58, cita 51).*

Morel, en su *Tratado de la degenerescencia*, de 1857, partió de la enseñanza del siglo anterior: el hombre degenera a partir de un tipo primitivo bajo la influencia de instituciones sociales en desacuerdo con la naturaleza o a consecuencia

---

<sup>23</sup> Flaubert, Gustave (1961). *Madame Bovary* (p. 156). Paris, Le livre de poche.

<sup>24</sup> Op. cit., p. 261.

de una “depravación de la naturaleza moral” (op. cit.: 58, cita 55). La locura no residía para este crucial autor en el hombre, sino en su medio, en una exterioridad en que el hombre perdía su verdad. Y esta verdad podría recobrase en el saber. Con este concepto de “medio”, el siglo XVIII anticipaba lo que iba a convertirse en la época subsiguiente en un tema rector de la reflexión positivista acerca del hombre.

La historia como tema también empezó a jugar fuerte desde fines del siglo XVIII en la reflexión sobre la locura. Pinel se felicitaba de haber estudiado las enfermedades del espíritu en un tiempo de revolución. Se creía que la violencia de esos años sería funesta para muchos, “y aun desde el seno materno” (op. cit.: 61, cita 62).

Con Morel, se dio el paso del análisis histórico a la crítica social: él hablaba de la “influencia desmoralizadora que ejerce la miseria, la falta de instrucción, la falta de previsión, el abuso de bebidas alcohólicas” (op. cit.: 62, cita 63). La locura pasó a ser una condición inseparable, paradójicamente, de la duración del orden burgués.

### **II.5.9.    *La salida del internado***

Con el gran temor a las pestes, se redujo el número de internaciones de locos en asilos: surgieron, a mediados del siglo XVIII, una serie de casas destinadas a recibirlos exclusivamente, muchas de ellas privadas: en Francia, las *petites-maisons* se convirtieron por excelencia en hospitales de locos, donde estos llegan usualmente desde los asilos para una mejor recuperación. También se crearon alas especiales en casas de internamiento.

Para Foucault, ni por su estructura ni por las condiciones jurídicas, estos nuevos hospitales eran distintos de los internados. Agrega incluso que estos centros tampoco dejaban casi lugar a la medicina, por lo que no debe asimilarse este movimiento a las teorías reformadoras que llevarían a las condiciones “más humanas” del asilo del siglo XIX –Tuke en Inglaterra, Pinel en Francia y Reil en Alemania–, cuyas primeras manifestaciones preceden por muy poco a la revolución francesa: así la instrucción de Doublet y Colombrier, de 1785, uno de los textos prerrevolucionarios que bogan por un estatuto médico o un trato más digno para los locos (op. cit.: 67–72).

En St. Luke (Inglaterra), no había un progreso respecto del clásico Bedlam. La internación duraba un año por reglamento; si no se obtenía resultado en ese tiempo, los locos eran despedidos. En París, las veinte pensiones privadas que existían por esos años no admitían siquiera la presencia de un médico (op. cit.: 73).

Foucault habla de dos grandes pares de figuras en la denominación de los locos: a la primera polarización furor–imbecilidad (figuras ligadas a la muerte, por implicar el peligro para los otros y el abandono e inanición respectivamente) se superpuso en el siglo XVIII la otra dupla de conceptos insensatez–alienación, donde “la locura empieza a hablar un idioma que ya no se refiere a la muerte y a la vida, sino a ella misma”(op. cit.: 80), y la relación con la razón pasó a ser el tema central: en el insensato la razón estaba pervertida, aunque no era enteramente extraña a la razón, mientras que el alienado representaba el momento de quiebre, la total ausencia de sentido.

Siguió un cúmulo de nociones derivadas (rabiosos, obcecados, perturbados del espíritu, etc.), producto del cruce de estos cuatro términos. Aunque iba enriqueciéndose gradualmente la percepción asilar, la visión médica seguía siendo extraña.

La psiquiatría clásica –de Pinel a Bleuler– experimentó una oscilación entre el campo abstracto de conceptos médicos y el espacio concreto del internamiento, artificialmente establecido, en que la locura empezaba a hablar por sí misma.

La queja indignada por la mezcla de locos con malhechores, atribuida por los historiadores de la medicina a Pinel, Tuke y Reil, ya venía dándose, en voz baja, durante todo el siglo XVIII. La lenta emigración de locos desde los asilos, a partir de 1720 y hasta la revolución francesa, fue su efecto más visible (op. cit.: 89–90).

El cambio de conciencia del siglo XVIII no se debió a un avance médico o a un acercamiento humanitario. Nació desde el fondo del confinamiento mismo, donde los no locos se quejaban de estos y su extraño y por demás molesto comportamiento. Efectivamente, según documenta Foucault, cohabitar con los locos era frecuentemente usado como castigo, práctica que para la sensibilidad de la época terminaba volviendo locos o “embrutecidos” a los demás. La presencia de los locos era una injusticia, pero para los otros internos. De este modo, la locura era individualizada y emparentada en cierto sentido con el crimen (op. cit.: 82–97).

A partir de 1717 se empezó a enviar internos del Hospital general a las colonias francesas en América. Una serie de crisis económicas se sucedió entre

mediados y fines del siglo XVIII en Francia e Inglaterra debido a costosas guerras y otros factores económicos; en el primero de estos países llegó a extenderse el desempleo al campo. Como respuesta, se recurrió entonces a una intensificación del internamiento.

Desde 1770, y durante un período de recesión, fue reduciéndose el internamiento en Francia. La indigencia empezó a ser vista ya no en el orden de la falta sino como producto de la economía (op. cit.: 98–105). Los pobres llegarían a ser considerados como necesarios para el Estado, en tanto que “agentes de esos grandes poderes que crean la verdadera fuerza de un pueblo” (op. cit.: 106, cita 67), es decir como artesanos, agricultores, obreros en la naciente industria, etc. Se dio, pues, una verdadera rehabilitación moral y social del pobre.

La asistencia a los indigentes mediante fundaciones se hacía insostenible económicamente por la necesaria inmovilidad de su capital; hacían falta cada vez más fundaciones, lo cual reducía el capital circulante y productivo, aumentando a su vez la pobreza. Una salida era la libertad de los pobres internados, para que sirvieran como mano de obra barata. Hubo entonces todo un movimiento de debate en torno a qué hacer con la pobreza, resultado del cual se impuso la distinción entre pobre válido e inválido, último este para el que quedaba la beneficencia, que era vivida por entonces como primer deber social y condición misma de la sociedad (op. cit.: 107–115).

La situación del hombre hospitalizado comportaba enfermedades particulares, “artificiales” para la época. Así como el internamiento creaba pobreza, el hospital creaba enfermedad. La familia, al menos el medio inmediato del enfermo, pasó a ser el lugar natural de curación. En 1796, en Inglaterra, se restableció la asistencia domiciliaria para las enfermedades comunes, prohibida desde el año 1720 (op. cit.: 119–120). Con la revolución, en Francia, se suspendió la construcción de nuevos hospitales y se propuso también la atención domiciliaria, esgrimiéndose argumentos como “por una suma muy inferior a la mitad de la que hoy cuesta el pobre de hospital mantendría suficientemente al individuo socorrido en su propia casa” (op. cit.: 121, cita 88).

Tenemos, pues, a fines del siglo XVIII a la locura “liberada de las viejas formas de experiencia en que se hallaba prisionera” en la época clásica (op. cit.: 122): la sinrazón (luego de su exilio del internado) y la pobreza. Ambas figuras escaparon en estos años del internamiento. No hubo, pues, intención filantrópica ni

reconocimiento científico y positivo de “su verdad” para Foucault, sino un lento trabajo de las estructuras más subterráneas de la experiencia: “No allí donde la locura es enfermedad, sino allí donde está anudada a la vida de los hombres y a su historia, allí donde ellos experimentan concretamente su miseria y donde llegan a rondarles los fantasmas de la sinrazón” (op. cit.: 122). Es en estas regiones en que para Foucault se ha formado lentamente la noción moderna de locura.

Uno de los puntos novedosos del análisis de Foucault por comparación con la literatura clásica de historia de la medicina es que, según este autor, la locura fue liberada desde antes de Pinel. No lo fue todavía de los frenos materiales –grilletes y mazmorras– sino de su “inserción en la trama misma de la sinrazón” (op. cit.: 124). Esta liberación posibilitó el reconocimiento de los rostros singulares y todo el trabajo que le daría su estatuto de objeto.

Durante la Asamblea Constituyente, el Comité de Mendicidad habló del estado de locura como uno de los males de la humanidad “que por más de un motivo despiertan la piedad y el respeto”, y de que “debieran prodigarse cuidados por más de una razón; cuando no hay esperanzas de curación, aún quedan medios, dulzura y buenos tratos que pueden procurar a esos desgraciados al menos una existencia soportable”. El Comité llegó a solicitar a la Asamblea “dos hospitales destinados a la curación de la locura” (op. cit.: 127, cita 4).

Finalmente, en marzo de 1790, por una serie de decretos, quedaron liberados todos los ocupantes de las casas de internación, a excepción de los condenados y los locos (op. cit.: 127). Para estos últimos se estableció que fueran interrogados por jueces, visitados por médicos, y que deberían explicar su situación, para ser “atendidos en los hospitales que serán indicados para ese efecto” (op. cit.: 128, cita 5). Pero por mucho tiempo tales hospitales no existieron. Se encargó a la fuerza pública velar por la seguridad de los locos y disponer de ellos; y a las familias, por una ley de 1791, se les encomendó “velar sobre ellos, e impedirles divagar y tener cuidado de que no cometan ningún desorden” (op. cit.: 128, cita 9).

Bicêtre y la Salpêtrière se convirtieron en depósitos, pero no hospitales. En el interior de Francia, los locos iban a prisiones, donde se mezclaban con los presos políticos.

Aún ya habiendo sido nombrado Pinel director de Bicêtre (desde setiembre de 1793),<sup>25</sup> quien según la tradición había ordenado la liberación de los alienados, el ecónomo de esta casa escribió a la Comisión de Administraciones y tribunales pidiendo separar a los locos de los prisioneros (op. cit.: 129–131). Rechazando toda teleología o historia del progreso, del reconocimiento y advenimiento de un tratamiento humano de los alienados, Foucault denuncia el carácter mítico del reconocimiento “finalmente objetivo y médico” de la locura en la naciente psiquiatría positivista (op. cit.: 133).

Para concluir: el internamiento había sido la práctica correspondiente a una locura experimentada como sinrazón, es decir como negatividad vacía de la razón, como “nada”, como “diferencia: de allí las formas del juicio espontáneo y colectivo que se les exige no a los médicos sino a los hombres de buen sentido para determinar el internamiento de un loco” (Foucault, 1976, t. I: 389). El fin del internamiento sería la corrección en tanto que supresión de la diferencia. La psiquiatría del siglo XIX, y también la del siglo siguiente, renunciarían a las prácticas y conocimientos del siglo XVIII, pero allí donde habían creído tratar la locura en su objetividad de enfermedad, tuvieron que vérselas con la herencia no reconocida de una locura habitada todavía por la ética de la sinrazón y el escándalo de la animalidad (op. cit.: 253).

## **II.6. El asilo moderno**

### **II.6.1. Encierro y curación**

Por estos años se abrió una polémica en torno a los locos: ¿debían ser puestos en una estructura carcelaria, o tratados como enfermos fuera de la situación familiar y construir a su alrededor una cuasi-familia? Tuke y Pinel harían una y otra cosa definiendo el asilo moderno.

Foucault emparenta proyectos disciplinarios de ganancia económica para el Estado y moral para los internos con el encuentro, por primera vez en la historia, de “la locura internada con la locura atendida, la locura relacionada con la sinrazón y la

---

<sup>25</sup> “Pinel, Felipe”: *Diccionario enciclopédico hispano-americano*, t. XVI, New York, Jackson, 1941.

locura relacionada con la enfermedad”, es decir la primera síntesis o confusión que constituye el sentido moderno de la “enajenación mental” (Foucault, 1976, t. II: 139–142).

Ya en un documento de 1785, *“Instrucción impresa por orden y a expensas del gobierno sobre la manera de gobernar y tratar a los insensatos”*, se vislumbraba algo de lo que vendría con la modernidad: se hablaba allí de la merecida piedad hacia los locos a la vez que del horror que causaban al hombre sensato, y se sugería una asistencia a partir del ejemplo que daban los ricos, quienes “se han hecho una ley de tratar con cuidado, en su domicilio, a sus parientes atacados de locura”. Se hablaba de que los “asilos franceses, inspirados por el derecho romano”, sólo aliviaban “el temor público”, dejando de lado no sólo la piedad “sino cuidados y tratamientos, que a menudo se descuidan y a falta de los cuales se perpetúa la demencia de los unos, en tanto que se podría curarla, y la de otros es aumentada, cuando se la podría reducir”. Se proponían en este documento departamentos en cada depósito de mendicidad para “tratar allí indistintamente todos los géneros de locura”, así como asilos gratuitos, con vigilancia y cuidados tan minuciosos como los que dispensaban las familias ricas (op. cit.: 144).

Lo esencial de la instrucción de 1785 fue que además de sistematizar los hábitos del hospital y del internamiento, los sumó en una misma forma institucional. Se pretendía tratar primero la enfermedad como curable, y luego, una vez agotada esta posibilidad, vendría la internación. Pero aún el asilo no era la medicación esencial donde el gesto negativo de la exclusión sería al mismo tiempo, por sus propias virtudes, la apertura a lo positivo de la curación (op. cit.: 145–147). Se trataba de una forma previa.

Para Tenon, el loco debía ser dejado suelto dentro de los límites de su encierro, vagando sin restricciones y libre de dar rienda a sus impulsos. Foucault habla aquí de una “animalidad dulce”, que no destruía la verdad humana como en la época clásica, sino que “deja salir a la luz un secreto de naturaleza, un fondo olvidado, y sin embargo siempre familiar, que acerca el insensato al animal doméstico y al niño” (op. cit.: 148). Tenon y Cabanis pensaban que esta libertad tenía un valor terapéutico, pues siendo la imaginación (para ellos y para el resto de los médicos del siglo XVIII) la responsable del error que lleva a las enfermedades del espíritu, cuanto más coaccionado se viera un hombre, más vagabundearía su imaginación. Pudiendo vagar libre, el loco confrontaba sin cesar la imaginación con lo real. Con esta concepción, para Foucault “el internamiento ha tomado sus cartas

de nobleza médica”; se dio el paso esencial de la casa de internación al asilo (op. cit.: 150). Sin embargo, Foucault destaca que este cambio no respondió a una invasión del internado por parte de la medicina, sino a una reestructuración interna de este espacio merced a las circunstancias políticas y económicas que dejaron al loco solo allí. Sólo entonces pudo tomar la medicina posesión del asilo.

Según proponía Cabanis en 1791, el internamiento no debería coaccionar más que en el límite en que la libertad se enajenaba: si las facultades no estaban “alteradas hasta el punto de comprometer la seguridad y la tranquilidad de otros, o de exponerse a sí mismos a verdaderos peligros, nadie tiene derecho, ni siquiera la sociedad entera, de intervenir en su independencia” (op. cit.: 152, cita 30). Esto era bien distinto de las condiciones jurídicas del siglo XVII y lo que proponía Zacchias en relación con el Derecho; ahora la libertad se había vuelto para el hombre una naturaleza, y su desaparición ya no era más una consecuencia sino la esencia misma de la locura (op. cit.: 153).

La justicia del asilo ya no sería en más el castigo, sino la verdad, que coaccionaba rigurosamente a la alienación de la libertad. La forma concreta y símbolo de esta justicia no era ya la vieja cadena sino el “chaleco estrecho de cutí o de tela fuerte que oprime y contiene los brazos” (op. cit.: 154, cita 32). Para Foucault, la experiencia ya no sería la de un enfrentamiento absoluto entre la razón y la sinrazón sino la de un juego entre la libertad y sus límites.

Quien juzgaba la verdad “positiva” no era en un principio el médico, sino el personal de la casa, según las reglas del internamiento. Cabanis ideó el “diario de asilo” (op. cit.: 154–156), registro que este médico pretendía recopilar e imprimir regularmente pues sería, “para la ciencia física y moral del hombre, una inmensa fuente de riquezas” (op. cit.: 158, cita 34).

Dejando su anterior negatividad, la locura ocuparía progresivamente un lugar en la positividad de las cosas conocidas por el hombre. La locura se convirtió, pues, en una realidad conocida, en un objeto. Desde el punto de vista del poder, preocupación constante de Foucault y verdadera causa inmanente al tejido social (Deleuze, 1987: 63), esta caída en la objetividad dominó a la locura “más profundamente y mejor que su antigua servidumbre a las formas de la sinrazón” (Foucault, 1976, t. II: 160). Siempre para este autor, la locura perdió así sus poderes más profundos y dejó de ser “sujeto de sí misma”.

Tuvo lugar, con la objetivación, una “invasión lenta y sorda” de la locura al dominio público, asociada a la injerencia de jueces, familias y responsables del orden. El “antiguo concepto –familiar, policíaco, social– de hombre irrazonable”, negativo, habría de alterarse poco a poco por los significados morales que el hombre de la calle atribuía a la locura. Ejemplo y símbolo de esta atribución del hombre fue la reforma policial que en los primeros tiempos de la revolución francesa confiaba las tareas policiales al ciudadano común, quien debería vérselas con los individuos que antes eran encerrados. Pesaba así sobre el hombre libre del estado burgués el poder por el cual debía operarse la separación entre locura y razón, antes de toda elaboración teórica diagnóstica.

La familia era a esta altura la instancia que consumaba la separación entre razón y locura, que asimilaba las reglas de la vida, la economía y la moral familiares a las normas de la salud, la razón y la libertad. Foucault destaca este punto con la creación de los Tribunales de Familia en 1790 (op. cit.: 161–165).

El mismo autor señala el surgimiento del escándalo como castigo moral, en un contexto en que la violación de la “barrera sagrada de costumbres” (op. cit.: 167, cita 43) era considerada un paso previo al crimen. La publicidad del castigo a fines del siglo XVIII por oposición a lo privado del encierro de la época clásica nos muestra que la interioridad psicológica (se castiga lo más oscuro y profundo, lo menos formulado del corazón de los hombres) sería constituida en más a partir de la exterioridad de la conciencia escandalizada. El tribunal figuraba la conciencia pública, y un nuevo parentesco entre crimen y locura era vislumbrado: el oscuro y privado mundo de las motivaciones de estas dos formas de sinrazón, contrapuesto al dominio público del escándalo que va del acto criminal a su condena (op. cit.: 169–171). Antes, la locura en un proceso judicial se superponía al acto criminal, cuyo “valor absoluto permanece intacto” (op. cit.: 174), incidiendo sólo para atenuar las condiciones de castigo. Otra cosa fue lo que ocurrió en 1792, cuando un abogado llamado Bellart pretendió que su defendido, un tal Gras, que había asesinado a su amante por sorprenderla en flagrante infidelidad, no fuera condenado a muerte por “una desgraciada fatalidad que ha actuado ‘en ausencia de la razón, y en el tormento de una pasión irresistible’” (op. cit.: 178, cita 50). He aquí la primera vez que semejante alegato fue sostenido:

*Si, en el instante en que Gras ha matado a la viuda Lefèvre, estaba dominado por alguna pasión absorbente hasta tal grado que le*

*fue imposible saber lo que hacía, y dejarse guiar por la razón, también es imposible condenarlo a muerte (op. cit.: 179, cita 51).*

Operó entonces, según Foucault, una nueva separación en la locura: quedó, por un lado, una locura que se aceptaba al margen de la razón porque exaltaba la ejecución de “un valor que la sociedad reconoce, sin permitirle tener curso” –en este caso los celos, la fidelidad–, locura que era cercana a la razón y de la cual nadie estaba libre, por lo que la responsabilidad se atenuaría en ella; y por el otro una locura que era abandonada a su perversión, de la cual nacerían las nociones de *locura moral, degeneración, criminal nato y perversión* que fueron poblando el siglo XIX, “malas locuras” estas que la conciencia moderna no ha podido asimilar, “residuo irreductible de la sinrazón” de la que sólo sería posible protegerse en el rechazo y la condenación absoluta (op. cit.: 180–182).

El conocimiento de la locura sólo fue posible secundariamente para quien se había liberado de sus prestigios y peligros: tal el advenimiento del positivismo psiquiátrico, que originalmente fue la fijación de un modo particular de “estar fuera de la locura” (op. cit.: 185), base sólida a partir de la cual se abrió toda posibilidad de conocimiento de la misma.

Las estructuras de protección que en lo teórico fundaron Colombrier, Tenon, Cabanis y Bellart posibilitaron la unificación del conocimiento y gobierno de la locura, núcleo de la conciencia positivista de la enfermedad mental, posibilitando la práctica de Pinel y Tuke y llegando hasta hoy “pese a los esfuerzos de la búsqueda freudiana” (op. cit.: 186).

La locura era entonces aquello gracias a lo cual “el hombre puede tener un dominio objetivo sobre sí mismo” (op. cit.: 187). En efecto, según Foucault sería esencial, para que hubiese una ciencia positiva del hombre, que la locura estuviese allí como contrapartida. De ahí se explica que el siglo XIX haya indagado a la patología de la memoria, de la voluntad y de la persona, para *conocer* acerca del recuerdo, la voluntad y el individuo respectivamente (op. cit.: 188).

Semejante objetivación se concretó, pues, en el asilo. En Inglaterra, en 1791, los cuáqueros de York proyectaron una casa para albergar a los miembros de su comunidad “que tengan la desgracia de perder la razón” (op. cit.: 190, cita 1). Esto ocurrió en el marco más amplio de la reorganización legal de la asistencia a fines del siglo XVIII, en que el estado burgués inventó, por sus necesidades, la beneficencia privada (op. cit.: 196). En 1793, una ley alentó las “sociedades

amistosas de beneficencia”, dispensándolas del “Removal”, antiguo sistema que obligaba a trasladar a los enfermos a la parroquia de su lugar de origen, impidiendo que fueran atendidos en otro sitio. Este sistema quedó abolido definitivamente en 1795.

En Francia, desde la ley de 1790 (que, como vimos, liberó a los ocupantes de las casas de internación, a excepción de los condenados y los locos), se envió a Bicêtre a los locos de los hospicios y a los sobrantes del Hôtel-Dieu (único lugar en que se venía intentando, desde la edad media, curar a los locos y que heredó a Bicêtre en esa misión). Pinel fue nombrado director de este asilo en 1793, lo que prueba que la presencia de locos en Bicêtre ya se había convertido en un problema médico (op. cit.: 196–200).

### **II.6.2. La terapéutica moral**

En medio del juego de sucesivas sospechas de que Bicêtre encerraba todavía víctimas injustas del Antiguo Régimen o, a la inversa, refugiados que escapaban al *Terror*, Pinel encaró la unidad entre la locura, su verdad objetiva y su inocencia en oposición a la unión clásica entre locura, culpa y simulación (op. cit.: 200–201). El término *alienado* empezaba a sonar por esos años en Francia. El mismo proviene de *alienis*, que deriva de *alius*: “otro” en latín.<sup>26</sup>

En el Retiro, hospicio del cuáquero Samuel Tuke en York, se confiaba la curación a la naturaleza, que supuestamente debía compensar las aberraciones de la sociedad. Allí, “el aire es sano, mucho más puro de humo que en los lugares próximos a las ciudades industriales” (op. cit.: 203, cita 23). La razón, según esta concepción, sólo estaba oculta, pudiendo ser restituida la salud a través de la verdad (op. cit.: 205), por lo que Tuke prefería el término “*insane*” al francés “*aliené*”, pues aquel no implicaba como este “la abolición de la facultad de pensar” (op. cit.: 206, cita 27).

En el Retiro de Tuke, Foucault encuentra los dos grandes mitos por los cuales el hombre del siglo XVIII había tratado de explicar el origen de las

---

<sup>26</sup> “Ajeno”, en Corominas, Joan (1967). *Breve diccionario etimológico de la lengua castellana*. Madrid, Gredos.

sociedades y la verdad del hombre social, a saber, *la familia y el contrato*: tenemos así, por una parte, la organización familiar –“comunidad fraternal de los enfermos y de los vigilantes, bajo la autoridad de los directores y de la administración”–, y por la otra su fundación por suscripciones y funcionamiento como seguro. Según el autor, este retorno propuesto por el Retiro a las relaciones sociales más elementales implicaba que las mismas debían ser rigurosamente fundadas y morales (op. cit.: 206–207).

La famosa liberación de sus cadenas a los locos de Bicêtre no tiene para Foucault más valor que por el mito que sustenta. De hecho, durante el siglo XVIII ya había habido caída de cadenas, particularmente en St. Luke, según muestran los documentos históricos que el autor consulta. La curación del loco, para Pinel, era “su estabilización en un tipo social moralmente reconocido y aprobado” (op. cit.: 215). Según Foucault, el asilo que implica este mito ya no será “la jaula del hombre entregado a su barbarie sino una especie de república del sueño”, donde reinarán el honor, la *fidelidad* –gráfica esto la historia de un interno que salva la vida a Pinel entre los manifestantes que clamaban por la entrega de supuestos conspiradores escondidos entre los locos–, el *valor*, y el *sacrificio*. Estas virtudes designan allí las formas ideales de la sociedad, tal como se oponen al modelo del *Terror* imperante por aquellos años, el cual reúne todas las formas del insensato y la sinrazón (*ibíd.*). Como Hegel diría más tarde en su Enciclopedia, “el verdadero tratamiento psíquico se atiene a esta concepción de que la locura no es una pérdida abstracta de la razón... sino una simple perturbación del espíritu, una contradicción en la razón que aún existe” y que “ese tratamiento humano... supone al enfermo razonable y encuentra allí un punto sólido para tomarlo por ese lado” (op. cit.: 217, cita 32).

En el Retiro de Tuke, inmerso en el medio moral cuáquero, el miedo tenía una función y un poder de desalienación. Oportunas charlas del intendente exhortando a obedecer las reglas de la casa y los principios de la moral humana –cuyo incumplimiento era amenazado con castigos– bastaban para curar a un maníaco. La culpa y el miedo cambiaron aquí de dirección: el loco ya no era culpable de estar loco y el miedo ya no era *hacia* él sino una herramienta; el interno pasaba, además, a sentirse responsable de lo que en su enfermedad pudiera perturbar a la moral y a la sociedad, atribuyéndose finalmente a sí mismo los castigos que recibía: el terror libre de la locura había sido sustituido por la angustia de la responsabilidad (op. cit.: 220–223). En este sistema, el loco

*...llega a ser objeto de castigo, siempre ofrecido a sí mismo y al otro; y del reconocimiento de ese estatuto de objeto, de la toma de conciencia de su culpabilidad, el loco debe regresar a su conciencia de sujeto libre y responsable y, en consecuencia, a la razón (op. cit.: 223).*

El trabajo se ubicaba en la primera línea del tratamiento moral: constreñía al loco y lo colocaba en un sistema de responsabilidades, alejándolo de la imaginación desmesurada. La *consideración de los otros* tenía también gran importancia para Tuke: se los instaba a imitar las exigencias formales de la vida social, por ejemplo se los invitaba a *tea parties* con los médicos, donde debían hacer gala de los modales civilizados que habían aprendido. La locura no existía más que como un “ser visto”. No había diálogo con ella ni forma alguna de reciprocidad. Tampoco se aceptaban los valores del loco, que aun en su proximidad seguía siendo un extraño. La ciencia de las enfermedades mentales era sólo ciencia de observación y clasificación, y seguiría así hasta la aparición del psicoanálisis, que vendría a agregar la consideración asimétrica del lenguaje a la consideración absoluta del vigilante (op. cit.: 224–228).

La autoridad del vigilante, dada por la razón, por el *no* estar loco, fue otro nuevo elemento de la terapéutica moral: no más que la sola palabra era usada para conducir a los locos, en remplazo de la represión del siglo XVIII (op. cit.: 229).

En cuanto a la familia, era vista por Tuke como el medio normal y natural, antítesis del “medio” que para el siglo XVIII era origen de la locura; a la vez, era modelo psicológico de relaciones en el interior del asilo: el estatuto de menoría bajo tutela en que se alienaban los derechos civiles del insensato pasaba ahora a ser la situación psicológica donde se alienaba su libertad concreta, insistiéndose en el parecido con “una gran familia” que tenía la comunidad del Retiro (op. cit.: 230). Según Foucault, “Tuke ha recortado la estructura social de la familia burguesa, la ha reconstituido simbólicamente en el asilo, y la ha dejado desviarse de la historia” (op. cit.: 233).

Según Pinel, el asilo debía emprender el trabajo moral de la religión, pero fuera de su contexto fantástico y enfermante, en el nivel exclusivo de la virtud, la labor y la vida social (op. cit.: 236). En sus palabras, esta institución debía dar moral a quienes no la conocían, a quienes

*...pertenecen sobre todo a las clases inferiores de la sociedad, hieren la vista con el cuadro repugnante que ofrecen, de*

*depravación, de disensiones y de miseria vergonzosa... fuente más fecunda de la alienación que se debe tratar en los hospicios (op. cit.: 238, cita 56).*

Foucault distingue tres medios con que Pinel había organizado la vida de los alienados y de quienes trataban con ellos, para que operasen las síntesis morales (op. cit.: 240–246):

- *el silencio*, con que se hacía frente a la arrogancia grandilocuente del delirio y que terminaba haciendo sus ideas más sensatas, cambiando el diálogo del delirio por un monólogo que se agotaba en el silencio de los otros. Foucault toma un caso de Pinel: un clérigo que se creía Jesucristo y que, merced a esta técnica, pasó a estar realmente más encerrado que con sus antiguas cadenas, “prisionero tan sólo de sí mismo”. De esta manera, los persecutores quedaban absueltos y “la culpabilidad se desplaza al interior”. Respecto del médico, “el enfermo no siente ya su presencia como consideración sino como rechazo de la atención”. Mientras que, antes del silencio, ese hombre castigado y rebatido veía en el mismo castigo e intento de convencerlo –dentro de su delirio–, la señal de su inocencia y de su razón, con el silencio y la indiferencia se rompía esta pauta. Por oposición al diálogo renacentista entre razón y sinrazón, vino el silencio impuesto por el encierro clásico: pero este no fue total, pues persistía un diálogo mudo, una lucha entre razón y sinrazón, dado hasta en los castigos físicos. Este diálogo fue desarticulado con los métodos morales, con este silencio de cuya efectividad se gloriaba Pinel, y sólo fue posible entonces un lenguaje común: el de la falta reconocida. Respecto del párroco de marras, Pinel dice: “Finalmente, después de muchas dudas, se le ve, por propia determinación, venir a mezclarse con los otros enfermos” (op. cit.: 242). Proyectándose hasta fines del siglo XIX, Foucault dice que “la falta de lenguaje, como estructura fundamental de la vida del asilo, tiene como correlativo la aparición de la confesión” (*ibíd.*), que Freud “se pone de nuevo a escuchar”, con sus formulaciones que –no podría ser de otro modo– “siempre son de falta” (op. cit.: 243).
- *el reconocimiento en el espejo*, en que viendo la locura de los otros –que era denunciada por los responsables de su tratamiento–, el delirante desistía de sus ideas. El loco se volvía responsable desde que conocía la verdad.

- *el juicio perpetuo*, que era por una parte interno (consecuencia de a y b), y por la otra externo, gracias a la disposición como “microcosmos judicial” que Pinel soñó para su asilo. En este no se usaban las mismas herramientas que la justicia, como en el encierro, sino que hubo que inventar las propias: Pinel tomó los métodos terapéuticos del siglo XVIII y, despojándolos de las creencias médicas de esa época, les dio un uso judicial, de castigo. Tal era, por ejemplo, el método de la ducha fría, durante la ejecución del cual “se recuerda la falta cometida” al responsable de la misma (op. cit.: 248, cita 65), de modo que se interiorice la instancia judicial y nazca el remordimiento en el espíritu del enfermo (op. cit.: 249). Las consideraciones hechas más arriba sobre el régimen de menoría en que entraba el loco son coherentes con esta especie de educación tendiente a la interiorización de pautas ausentes, una forma de coacción considerada popularmente necesaria hasta cierto momento en la educación de los niños.

Para Vallejo Ruiloba (1991: 6), los principios de la terapéutica moral fueron adoptados por Tuke en Inglaterra y por Benjamin Rush (1745–1813), pionero de la psiquiatría norteamericana, quien introdujo en el Hospital de Pennsylvania métodos basados en la terapéutica de Pinel. Un importante discípulo y continuador de la obra de Pinel fue Esquirol (1772–1840), quien lo sucedió en la Salpêtrière. Este médico dejó como aporte definiciones de las alucinaciones y la monomanía (ideación paranoide); también subrayó el papel de las emociones en la etiología de los trastornos mentales (op. cit.: 7).

### **II.6.3. *Los asilos del siglo XIX***

Alrededor de 1840 tuvo lugar en Europa un debate entre diversos modelos posibles de manicomios. El modelo francés preveía la construcción de asilos medianamente grandes, constituidos por un solo edificio de uno o dos pisos, con pocas celdas, que se usarían sólo en casos de emergencia. Contemplaba la existencia de diferentes secciones que se subdividían de acuerdo al diagnóstico: furiosos, tranquilos, con tentativa de suicidio, imbeciles, epilépticos, etc. iban a parar a distintos sitios. En 1841, en Génova, se construyó uno de los pocos manicomios basados en el modelo panóptico característico de las cárceles –estructura radial que permitía la vigilancia desde el centro–. Otro modelo, que data de 1849, consistía en una sola construcción de grandes dimensiones, de tres pisos, capaz de albergar a 600

alienados, donde los pacientes furiosos y con tendencia al suicidio eran aislados totalmente.

Entre 1860 y 1870 tuvo lugar un debate en torno a modelos derivados de la experiencia de la aldea de Gheel (*cf.* II. 3. 3.), sitio al que durante el renacimiento los locos acudían para trabajar y eran hospedados por los campesinos. En este tipo de tratamiento se priorizaba el contacto con las familias por sobre el de los otros alienados que ocurría en las condiciones de encierro. Según Rodríguez Ceberio, esta forma de “colonización” mediante la remisión de los locos a los campesinos fue el preludio de los manicomios construidos por pabellones, con lo que se fue abandonando la estructura centralizada en un edificio (Rodríguez C., 1993: 114–115). Estos nuevos hospitales que fueron surgiendo estaban compuestos por una serie de pequeñas construcciones circundadas por vegetación y rodeadas por un muro de contención. En ellos, la población de cada unidad dependía de la patología. Este modelo se generalizó en la última década del siglo XIX, y con algunas modificaciones se fue consolidando hasta la actualidad (*op. cit.*: 115). Los hospitales psiquiátricos de Mendoza, y en especial El Sauce –por su mayor existencia de espacios verdes–, son ejemplo de este modelo.

Veamos ahora, para terminar, algunos pintorescos datos de la historia de nuestros dos hospitales, cuyo funcionamiento actual intentaremos bosquejar en V. 8. 1. como paso previo al estudio de las actitudes de los clínicos que en ellos trabajan. El valor de la información de que disponemos es apenas más que ilustrativo, pero resulta interesante como ejemplo comprimido de un proceso histórico que en nuestra opinión es homologable –aunque en circunstancias geográficas e históricas muy distintas– al de la larga prehistoria de los asilos europeos.

Del hospital El Sauce no disponemos de más información que la fecha en que fue inaugurado: 1951. Con respecto al Carlos Pereyra, podemos decir que se emplaza sobre lo que fueron en el siglo XVII terrenos de la Compañía de Jesús: en 1616, los jesuitas habían levantado un colegio en ese solar, y poco después incorporaron una viña lindera sobre la que construyeron una capilla dedicada a la Virgen del Buen Viaje. Alrededor de 1750 construyeron una casa de ejercicios que, al igual que la capilla, se situaba sobre la vereda oriental de la calle La Cañada, actual Ituzaingó, a la altura del 2800 –al norte de la calle Santiago del Estero– (Semorile *et al.*, 1988: 311). Dichas construcciones sufrieron la misma desoladora suerte que toda la ciudad con el terremoto de 1861: su completa reducción a ruinas. A partir de allí, la información más cercana que ha sido recabada habla directamente

de un lazareto conocido como “de variolosos” o “de la calle de la Cañada”, que aparece mencionado en una ordenanza municipal de 1887. Existen dudas acerca de si ese sitio es el mismo que figura en registros posteriores como “el lazareto de la calle Ituzaingó al 2800”, pero se tiende a considerar que se trata de diversas denominaciones del mismo centro. Con respecto a las condiciones de vida en este lugar, Julio Lemos –presidente del Consejo Provincial de Higiene en 1894– dijo que...

*...instalado en la que fue una casa de Ejercicios para Religiosos, continúa siendo un lugar de penitencia para sus asilados de hoy;... tal cual se encuentra, es un lugar de último refugio y sólo concurren a él los enfermos agonizantes (citado en Semorile et al., 1988: 312).*

El tema moral resulta de gran interés si se piensa en lo que hemos visto acerca de la herencia de lepra y las enfermedades venéreas sobre los asilos (cf. II. 2. 3. y II. 3. 2.). Si bien no podemos hablar del fenómeno de la lepra como en la Europa medieval, lo cierto es que el término “lazareto”, aunque usado en nuestro medio en el sentido de establecimiento asistencial para enfermedades infecciosas, significa estrictamente *leprosario*.<sup>27</sup> En relación con la peligrosa condición de los habitantes de estos centros, se habla de ellos como “casas de aislamiento”.

En 1924, el lazareto de la calle Ituzaingó recibió el nombre de “Hospital Lagomaggiore”; en 1952 dejó de prestar servicios a los pacientes infecto-contagiosos para abocarse a los enfermos mentales y pasó a llamarse “Hospital Dr. Carlos Pereyra” (op. cit.: 314–315).<sup>28</sup> Como breve comentario a estos datos someros, podemos decir que resulta llamativo cómo se dio un proceso similar en lo formal al que tuvo lugar en Europa, aunque por cierto desfasado en el tiempo y sin una instancia de encierro como fue el Hospital general y sus equivalentes en otros

---

<sup>27</sup> Es interesante revisar la etimología del término: surge prácticamente como un neologismo, como “alteración (bajo el influjo de *Lázaro*, aplicado a los leprosos) del nombre de *Santa María de Nazaret*, isla de Venecia donde existía un lazareto en el s. XVI” (“Lazareto”, en Corominas, J., 1967, *Breve diccionario etimológico de la lengua castellana*. Madrid, Gredos).

<sup>28</sup> Se inauguró un hospital para infecto-contagiosos en la avenida Boulogne Sur Mer al 2300, con el nombre “Presidente Perón”. Como es lógico, en 1955 perdió ese nombre, y desde entonces fue conocido como “Hospital Luis Lagomaggiore.”

países: la secularización y el paso del leproso a la estructura asilar (en lo edilicio) del siglo XIX.

## **II.7. De Pinel a la psiquiatría alemana**

### **II.7.1. *Paradojas de la objetividad***

Un elemento frecuentemente omitido en quienes han escrito acerca de Pinel y su filantropía –Vallejo Ruiloba, por ejemplo, habla de un marco de “decoración, habitaciones soleadas, jardines”, además de la antes mencionada “liberación de las cadenas” (1991: 6)– es que los prosélitos del desorden “que tienen el placer péfido de excitar a los otros alienados a la desobediencia bajo el pretexto de que es mejor obedecer a Dios que a los hombres”, los que negándose al trabajo sólo “se divierten en molestar” y los ladrones, fueron todos excluidos de la reforma y la liberación; por faltar a la uniformidad social y moral burguesa, merecían la prisión pura y simple. El asilo positivista de que se ha gloriado siempre a Pinel no fue, para Foucault, un libre dominio de observación, diagnóstico y terapéutico, sino “un espacio judicial donde se acusa, juzga y condena, y donde no se libera sino por medio de la versión de ese proceso en la profundidad psicológica del arrepentimiento” (Foucault, 1976, t. II: 250–251).

Al *silencio*, el *reconocimiento reflejado* y el *juicio perpetuo*, que vimos en II. 6. 2. como medios que organizaban la vida de los alienados, Foucault agrega una cuarta estructura, más importante que las anteriores: la *apoteosis del personaje médico*. Esta permitió una nueva relación entre alienación y pensamiento médico, ordenando finalmente toda la experiencia moderna de la locura. Con este estatuto desapareció en el sentido más profundo el confinamiento y surgió la enfermedad mental con sus significaciones actuales.

Veamos lo que ocurría en El Retiro. Allí el médico autorizaba, según el reglamento, la internación por medio de un certificado. Se recomendaba también consignar otras afecciones, la medicación recibida hasta entonces y el tiempo que llevaba enfermo el sujeto (op. cit.: 252). Ahora bien, si se exigía la profesión médica para firmar ese documento no era por sus credenciales científicas, sino por la garantía jurídica de su persona: el primer médico del Retiro –según documenta Foucault–, dotado como estaba de una “perseverancia infatigable”, no poseía

conocimientos específicos de enfermedades mentales (op. cit.: 253). Pinel y Tuke, pues, no introdujeron el *conocimiento* médico, sino el *personaje* médico, cuyos poderes eran del orden social y moral y se amparaban en la menoría del loco. Para Foucault, el médico curaba cuando recurría al orden, la autoridad, el castigo y el amor –figuras inmemoriales de la cultura– en tanto que había sido él mismo padre, juez, familia y ley.

Foucault, anticipando el psicoanálisis en la oposición entre la palabra del padre y la confesión del enfermo, señala la paradoja de que, por un lado, la locura es alejada a un campo objetivo en el mismo movimiento en que forma una unidad, por medio de viejas dependencias culturales, con la figura del médico devenido taumaturgo. Los psiquiatras irían olvidando el sentido moral de su práctica, agrandando a su vez la brecha entre un saber positivo y una práctica cada vez más oscura, poseedora a los ojos del enfermo de “algún secreto casi demoníaco” (op. cit.: 254–259). El enfermo se alienaría cada vez más en el médico y sus prestigios, en “una ciencia que él supone presciencia y adivinación”, terminando en la histérica sobre la cual Charcot exaltaría el maravilloso poder del médico. La objetividad de la psiquiatría del siglo XIX, de Pinel a Freud, fue según Foucault del tipo de una cosificación de orden mágico, con la complicidad del enfermo y a través de una práctica moral que fue olvidada con la imposición de los mitos positivistas de objetividad.

Este afán positivista terminaría atribuyendo a la propia locura semejantes “operaciones a distancia”. Las curaciones sin base llegarían a ser verdaderas curaciones (sugestivas) de falsas enfermedades (op. cit.: 260). La psiquiatría del siglo XIX había de converger en Freud porque él sería el primero en aceptar e investigar la realidad –agregamos nosotros: *sugestiva*– de la pareja médico–enfermo. El médico pasaría, con él, a encarnar la presencia total de los poderes del asilo; a convertirse en “la consideración absoluta, en el silencio puro y siempre retenido, en el juez que castiga y recompensa” (op. cit.: 262). El médico en tanto que figura alienante sería para Foucault la clave del psicoanálisis. Por esto esta práctica no podría oír las voces de la sinrazón, logrando resolver sólo algunas formas de locura. En esto mantendría, de algún modo, el silencio que había impuesto Pinel a los locos.

La locura ya no tendría una relación con *la* verdad sino con *su* verdad. Antes, el loco era ajeno en relación con el ser (ilusión de ser otro, etc.); con estos

cambios pasó a serlo en relación con su propia verdad, es decir, se convirtió en alienado (op. cit.: 270).

La locura volvió como tema a la literatura, recobrando su idioma en la lírica romántica, donde ya no hablaba del desgarramiento del mundo como en el renacimiento sino como idioma de las verdades secretas del hombre. Una estructura antropológica de tres términos –el hombre, su locura y su verdad– había sustituido la estructura binaria de la sinrazón clásica para Foucault (op. cit.: 273–279).

La figura de la parálisis general encarnó la culpabilidad bajo la forma de falta sexual, y pasó a constituir la enfermedad modelo del siglo XIX. Era la “buena locura”, con su asignación orgánica y su castigo físico por la falta moral: los rastros que dejaba la enfermedad (op. cit.: 280). Este mal implicaba una objetividad sin vínculo con la actividad delirante. Se hablaba de “locuras sin delirio” e incluso de “locuras morales”: Pinel ya había hablado de casos que “no ofrecían en ninguna época ninguna lesión del entendimiento”, solamente dominados por furor; Esquirol dio un lugar especial a las patologías que “no tienen por carácter la alteración de la inteligencia”; Dubuisson hablaba de sujetos que aun juzgando y razonando bien “son arrebatados por la menor cosa, a menudo sin causa ocasional... por una especie de perversión de las afecciones morales, a arrebatos maniáticos, a actos inspirados en la violencia, a explosiones de furor” (op. cit.: 282). A esto llamaron los ingleses, después de Prichard, en 1835, “*moral insanity*”. Es de destacar que tratándose de una locura que no tenía ninguno de sus signos en la esfera de la razón, donde “no parecen alienados a los observadores superficiales... son por ello tanto más nocivos, tanto más peligrosos” (op. cit.: 283, cita 19). Se trataba de una locura que explotaba en violencia, desencadenamiento de gestos, e incluso a veces en actos asesinos.

Como la parálisis general progresiva, la *moral insanity* es según Foucault un modelo para toda psicología posible: muestra claramente el paso de lo subjetivo a lo objetivo. La parálisis general progresiva, la locura moral y la monomanía abrieron considerablemente el campo de la experiencia psiquiátrica en la primera mitad del siglo XIX (op. cit.: 284–288). Otras formas conocidas por entonces descendieron, tal como documenta Foucault, en relación con ellas: baste el ejemplo de que Pinel contaba 60% de mujeres maníacas en la Salpêtrière entre 1801 y 1805, y que Marcé, entre 1856 y 1866, sólo el 14% (op. cit.: 288, cita 26).

En síntesis: la paradoja de la psicología “positiva” del siglo XIX fue que la misma fue posible a partir del momento de la negatividad: obtenía así “psicología de

la personalidad por un análisis del desdoblamiento; psicología de la memoria por las amnesias, del lenguaje por las afasias, de la inteligencia por la debilidad mental” (op. cit.: 285). En cuanto al objeto de esta psicología, “el loco ya no es el insensato en el espacio separado de la sinrazón clásica; es el alienado en la forma moderna de la enfermedad”. “La gran separación crítica de la sinrazón es remplazada ahora por la proximidad, siempre perdida y siempre recuperada, del hombre y de su verdad” (op. cit.: 288). A lo largo del siglo XIX, el loco sólo sería reconocido a través del *a priori* impuesto por Pinel y Tuke acerca del reconocimiento de una culpabilidad, de una verdad y de una alienación, en todo lo cual Foucault reconoce el fondo de una antropología implícita (op. cit.: 289).

### **II.7.2. *Enfermedad mental y evolucionismo***

Avanzando un poco en el tiempo y dejando de lado el trabajo de Foucault, Rodríguez Ceberio menciona como métodos destacados de la psiquiatría la corriente del mesmerismo, que tomó auge a mediados del siglo XVIII, y el hipnotismo, en el siglo siguiente (Rodríguez C., 1993: 99). El médico vienés Franz Anton Mesmer fue el primero en desarrollar la técnica hipnótica, logro no poco cuestionado que le valió su expulsión de Viena primero y luego de París, acusado de hacer caer sobre su influencia a los pacientes, en especial “a las mujeres jóvenes” (Porter, 1989: 81).

Fue Charcot el representante más destacado de la joven hipnoterapia, quien en 1882 disertaba sobre los distintos estados nerviosos provocados por la hipnosis en los histéricos (Rodríguez C., 1993: 99).

La tendencia en la psiquiatría de estos años era aislar las alteraciones mentales de la percepción, la motilidad y la afectividad, cuya configuración permitía diferenciar una serie de cuadros clínicos que respondían a una etiqueta determinada. El término “locura” fue quedando relegado al lenguaje vulgar y literario.

Sigmund Freud (1856–1939) se inició en psicoterapia con Charcot, y su creciente reconocimiento provocó una conmoción en el mundo psiquiátrico conservador y organicista. En muy resumidas cuentas, Freud fue desarrollando una visión dinámica de la etiopatogenia de las neurosis, una teoría sobre la formación y topología del aparato psíquico, en que la etiología era planteada a partir de factores constitucionales y hereditarios, donde las experiencias infantiles y los factores actuales desencadenaban esa predisposición (Rodríguez C., 100–101). Influído por la teoría de la energía fisiológica de Helmholtz, Brücke y Meynert, por los

conceptos evolucionistas de Darwin elaborados por Jackson y por los estudios sobre histeria e hipnosis del mencionado Charcot, además de los de Bernheim y Breuer – con quien escribió sus primeros trabajos sobre aquel trastorno–, Freud elaboró la doctrina psicoanalítica, cuyas versiones (de las más ortodoxas a las heterodoxas) han tenido una gran influencia en la psicopatología y en la psicoterapia hasta nuestros días. Sus obras implicaron un desplazamiento de la llamada “psiquiatría pesada” (psicosis) a la “psiquiatría ligera” (neurosis), con lo cual esta ciencia dejó de estar circunscripta a la locura. El estudio de las psicosis se vio por primera vez enriquecido por concepciones dinámicas, cuyas primeras repercusiones en la psiquiatría académica vendrían de la mano de Eugen Bleuler, quien era colaborador de Karl Jung, discípulo de Freud (Vallejo R., 1991: 9).

M. Foucault, en su obra *Enfermedad mental y personalidad*, dice que en cuanto a sus principios explicativos, la psicología del siglo XIX invitaba a comprender la enfermedad mental “en el significado demasiado simple de las funciones abolidas” (Foucault, 1979: 30). Esta simplificación impedía ver a los psiquiatras de la época que las funciones abolidas y las exaltadas pertenecían a distintos niveles: en general, lo desaparecido eran las funciones complejas, inestables y voluntarias, mientras que lo que se exaltaba eran las funciones más simples, estables y automáticas. A partir de este análisis, el autor desarrolla las relaciones entre la enfermedad y la evolución que marcarían la obra de Jackson en la década de 1870, cuya idea básica puede sintetizarse con sus propias palabras cuando dice que “en toda locura existe un ataque mórbido a un número más o menos grande de centros cerebrales superiores, o lo que es lo mismo, de un nivel de evolución más elevado de la infraestructura cerebral...” (Jackson, citado en op. cit., pág. 33). La obra de Jackson influyó en el concepto de regresión en la psicología dinámica de Freud –para la cual “todo estado libidinal es una virtual estructura patológica” (op. cit.: 36)– y de Pierre Janet, quien partió también de la noción de Jackson pero referida a lo social: la caída de *fuerza psíquica* que caracterizaba a la enfermedad hacía imposibles las conductas complejas adquiridas en el curso de la evolución social, dejando al descubierto comportamientos sociales primitivos y reacciones presociales. Foucault encuentra en los análisis evolucionistas el mito de una cierta sustancia psicológica (“libido” en Freud, “fuerza psíquica” en Janet) que sería el material en bruto de la evolución, volviendo a causa de la enfermedad a su estado anterior. A la vez, estos mitos aparecen como causa de la frecuente analogía entre el enfermo, el primitivo y el niño. Foucault señala que el primer mito, por ser científico

ha sido abandonado, mientras que el segundo, por ser de naturaleza ética, por justificar algo más que explicarlo, persiste aún (op. cit.: 38–41).

### **II.7.3. *Dementia praecox y esquizofrenia***

Es de destacar la figura del psiquiatra alemán Griesinger (1817–1868), quien rompió con los principios románticos y ligados a la teología que primaron en su país durante la primera mitad del siglo XIX. Con Griesinger apareció de manera formal y sistemática el modelo organicista, al afirmar que las enfermedades mentales eran trastornos cerebrales. Entre fines del siglo XIX y principios del XX, Alemania sería el núcleo de la psiquiatría académica, con figuras como Kahlbaum, Kraepelin, Meynert, Wernicke, Westphal, etc. Esta escuela se caracterizó por la búsqueda de clasificaciones, el organicismo, el desarrollo de una psicopatología descriptiva y de una “psiquiatría pesada” cuyas fuentes prácticas eran los hospitales psiquiátricos y que por tanto se centró en las psicosis, desplazando los problemas psíquicos menores que no requerían internamiento (Vallejo R., 1991: 7).

Emil Kraepelin (1856–1926) construyó un sistema de clasificación de las enfermedades mentales basado en un enfoque descriptivo (síntomas) y longitudinal (curso y pronóstico) heredado de Kahlbaum, y en el sistema conceptual de enfermedad somática de Griesinger. En la sexta edición de su *Lehrbuch der Psychiatrie* quedaron definitivamente delimitadas dos enfermedades fundamentales: la *psicosis maníaco depresiva* y la *demencia precoz* –término que había acuñado Morel en 1856 (Marcó Ribé, 1990: 193)–. Esta última agrupaba entidades dispersas hasta entonces como la hebefrenia de Hecker y la catatonía de Kahlbaum. En esta concepción, que data de 1893, se puede situar el comienzo de la historia científica de la esquizofrenia (Jarne, 2000: 401). En 1896 Kraepelin individualizó la demencia precoz, que terminaba en deterioro, separándola de otras psicosis, y en 1898 unificó todas las demencias primarias y secundarias en una enfermedad mental caracterizada por la falta de causas externas, por incidir habitualmente en personas jóvenes y anteriormente sanas y por el deterioro final (Marcó Ribé, 1990: 193), aspecto este que la diferenciaba de la psicosis maníaco depresiva.

La importancia de Kraepelin no reside sólo en la identificación de lo que más adelante se llamaría “esquizofrenia” como un cuadro autónomo, sino en la magnífica descripción de la clínica que llevó a cabo, trazando con precisión las formas de inicio, la sintomatología, el curso y el pronóstico. A él se deben también

los subtipos (simple, paranoide, hebefrénica y catatónica) que son la base de las clasificaciones actuales.

En 1911 apareció como parte de un tratado la obra del psiquiatra suizo Eugen Bleuler (1857–1939), *Demencia precoz o grupo de las esquizofrenias*. Influído –como dijimos en II. 7. 2.– por la doctrina psicoanalítica, Bleuler postuló la división de la personalidad (“esquizofrenia” significa mente dividida) como el rasgo clínico esencial del cuadro, por lo que propuso remplazar el término de Morel y Kraepelin (Vallejo R., 1991: 9). Hablaba de una patología caracterizada por una perturbación de la normal coherencia de las asociaciones –como una fragmentación de la corriente del pensamiento– y por una ruptura del contacto afectivo con el medio ambiente por una imposibilidad de entrar en comunicación espontánea con la vida afectiva de los demás o autismo (Foucault, 1979: 14). Su principal aporte fue un orden jerárquico de síntomas. Los síntomas primarios eran para él la escisión de las asociaciones, el autismo, la ambivalencia y la disociación afectiva (Jarne, 2000: 402). Todo lo considerado típico por Kraepelin fue considerado por Bleuler como síntomas secundarios (alucinaciones, ideas delirantes, negativismo y estupor). Los síntomas primarios fueron también llamados “fisiógenos”: podían explicarse pero no comprenderse. Los secundarios, en cambio, resultaban psicológicamente comprensibles a partir de los primarios (Marcó Ribé, 1990: 193). Según Vallejo Ruiloba, la obra de Bleuler presentaba un enfoque clínico más rico en posibilidades que el de Kraepelin.

#### **II.7.4. *El movimiento existencial***

Un personaje de gran importancia para la psicopatología del siglo XX fue el médico y filósofo alemán Karl Jaspers (1883–1969), quien introdujo el método *comprensivo* a la psiquiatría, el cual tenía por objeto, más allá de las relaciones *explicativas* entre síntomas y aspectos estructurales del sistema nervioso, entender la conducta en términos de conexiones de sentido entre los hechos histórico–biográficos personales de los pacientes. De su metodología derivaron los dos conceptos básicos que aportó a la psiquiatría: las nociones de *proceso* (ruptura en la continuidad biográfica de la vida del paciente) y *desarrollo* (continuidad comprensible). Jaspers es considerado el fundador de la escuela fenomenológica, cuyo centro de estudio fue la esquizofrenia, y concretamente la estructura anómala de la vivencia psicótica (Vallejo R., 1991: 10). Del modelo psicopatológico de este autor surgió la corriente del análisis existencial de Binswanger (1881–1966), escuela

que tuvo su auge en la década de 1930 y que pugnaba por una captación de la esencia de la existencia del enfermo en tanto que ser en el mundo.

En un extenso análisis del método de la psiquiatría existencial, Foucault dice que fue Karl Jaspers quien demostró que “la comprensión intersubjetiva puede alcanzar al mundo patológico en su esencia” (Foucault, 1979: 65). El objetivo de la fenomenología de la enfermedad mental podría resumirse como “restituir mediante esta comprensión la experiencia que el enfermo tiene de su enfermedad (...) y el universo patológico sobre el cual se abre esta conciencia”, y el médico, para esta corriente, “no está del lado de la salud que detenta todo el saber de la enfermedad; y el enfermo no está del lado de la enfermedad, que ignora todo sobre sí misma...” (op. cit.: 65–66). Desde esta perspectiva, la forma en que un sujeto acepta o niega su enfermedad, la forma en que la interpreta y presta significación a sus aspectos más absurdos, todo esto constituye una de las dimensiones esenciales de la enfermedad. En el capítulo próximo (apartado III. 1.), veremos con Foucault algunos aportes de la fenomenología a la comprensión de la experiencia de los enfermos mentales.

Con el final de la segunda guerra, la psiquiatría alemana perdió su papel hegemónico mundial. Según Vallejo Ruiloba se perdió entonces una concepción “cerrada y hermética, pero también profunda y sistemática” de la psiquiatría, favoreciéndose a la vez la clínica con los aportes de varias disciplinas.

El psicoanálisis influyó, por ejemplo, las terapéuticas grupales de Maxwell Jones en Inglaterra, pero su mayor auge en la psiquiatría se hizo sentir sobre todo en los EEUU, impulsado por muchos profesionales judíos refugiados de la Europa nazi que tuvieron gran repercusión tanto en la atención privada como en la actividad académica. La psiquiatría estadounidense se volvió esencialmente dinámica.

Otros aportes que fueron facilitados por el panorama de la posguerra fueron los de la psicopatología descriptiva, la psicofarmacología, la informática, la estadística, la psicología, la neurofisiología y la bioquímica (op. cit.: 11). Por nuestra parte, podemos agregar el desarrollo de la cibernética, que dio origen a la terapia familiar sistémica, como uno de los grandes hitos de la posguerra. En los próximos apartados repasaremos los hechos fundamentales de este nuevo paradigma que se empezaba a construir.

## II.8. Estos últimos años

Veremos ahora algunos hechos fundamentales para la historia de los tratamientos de la locura que siguieron a la segunda guerra mundial: el auge de la psicofarmacología, el surgimiento de las comunidades terapéuticas y la desinstitucionalización, el movimiento de la antipsiquiatría, el nacimiento de la terapia familiar sistémica y el movimiento de integración en psicoterapia. De ninguna manera podemos decir que se trate de procesos aislados; no obstante, para facilitar la exposición, debemos separarlos en apartados diferentes.

Con respecto a la atención o importancia relativa de estos grandes temas para la historia de la locura, es claro que estamos en terreno discutible. So pena de ser repetitivos, diremos que su elección y desarrollo responden a nuestro particular recorte de la realidad que intentamos explorar. Así, por ejemplo, trataremos el surgimiento del movimiento de integración en psicoterapia como un hito histórico digno de remarcar en tanto las intervenciones psicosociales pueden jugar, para nosotros, un papel fundamental –quizás mayor que el que juegan en la actualidad, al menos en nuestro medio– en el tratamiento de las enfermedades mentales severas.

Podrá cuestionarse, con razón, la brevedad con que encararemos temas tan vastos como el de las nosografías modernas o el de las comunidades terapéuticas, o bien la efímera mención de un movimiento de la trascendencia del psicoanálisis, o de los más recientes esfuerzos de la antipsiquiatría. Como ya hicimos al principio del capítulo, diremos que semejante tratamiento no implica para nosotros, en modo alguno, minimizar el papel que estas corrientes han tenido en la historia de los abordajes de la enfermedad mental. Simplemente pensamos que el tratamiento con mayor profundidad de otros capítulos de la historia –por ejemplo el giro que tuvo lugar en la época clásica o el reciente surgimiento del paradigma sistémico– puede ofrecernos un contexto más apropiado a los fines de nuestra investigación en particular. No olvidemos que el objetivo de este extenso capítulo se limita a eso: ser contexto de la propuesta en lo metodológico y en lo epistemológico que sigue. En modo alguno, entonces, esperamos concluir una historia definitiva, o como objeto en sí misma: semejante tarea hubiese requerido otra metodología y sobre todo la consulta de fuentes históricas primarias.

En este trabajo –y a nuestro juicio también en la psicoterapia–, la historia no se justifica si no es revisada con el fin de pulir las estrategias que permitirán cambiar el futuro.

### **II.8.1. La revolución farmacológica**

Los antropólogos han reportado que prácticamente todas las culturas han utilizado fermentos, brebajes, pociones o derivados de vegetales para influir el comportamiento con propósitos de salud, uso recreativo, o ritual-religioso. El interés en Occidente por las drogas –desde la mescalina y los opiáceos en escritores de mediados del siglo XIX hasta el uso terapéutico de la cocaína en oftalmología en la Viena de Freud– no ha sido menor que entre las culturas indígenas. Sin embargo, estas experiencias psicotrópicas han permanecido por largo tiempo más ligadas al mundo de los escritores y filósofos que al de los médicos y científicos.

Durante la primera mitad del siglo XX se utilizaron numerosos tratamientos que podemos llamar “biológicos” de la esquizofrenia, incluyendo la extracción de dientes, la resección del colon, la amigdalotomía y la extirpación de las glándulas adrenales. Estos tratamientos se basaban en presunciones no fundadas sobre la causa de la esquizofrenia. Las afirmaciones terapéuticas fueron rara vez acompañadas por evidencias de eficacia de evaluación sistemática y seguimiento.

En la década de 1930, los tratamientos biológicos de la esquizofrenia eran considerados no científicos e inhumanos. A fines de esta década se introdujeron tres nuevos tratamientos: la terapia electroconvulsiva, el tratamiento por coma insulínico y la lobotomía prefrontal. Debido a la naturaleza drástica de estas intervenciones y a los fuertes reclamos acerca de su eficacia, un debate considerable siguió a su utilización. Estas controversias establecieron el escenario para las reacciones hacia las fenotiazinas y los derivados de la reserpina que marcaron el inicio de la era psicofarmacológica en los '50 (Klerman *et al.*, 1994: 754).

Ya en 1949, Cade reportó el valor terapéutico del litio sobre los estados maníacos, pero no fue hasta mediados de la década de 1950 que emergió como campo científico, con el desarrollo de nuevas clases de medicamentos y la impresionante respuesta de los pacientes psiquiátricos a ellos, en especial de los psicóticos hospitalizados a los por entonces llamados “tranquilizantes”: la reserpina y las fenotiazinas (op. cit.: 738).

La introducción de estas sustancias tuvo un gran impacto en los pacientes esquizofrénicos hospitalizados, en medio de un período de controversia acerca de la naturaleza de la esquizofrenia como trastorno y de la eficacia y seguridad de las intervenciones a que se recurría para su tratamiento. El Congreso de los EEUU y las comunidades científicas presionaron para que se utilizaran diseños controlados en el

nuevo campo de la psicofarmacología. Las agencias gubernamentales estadounidenses, así como el Consejo Británico de Investigación Médica, condujeron grandes estudios en múltiples centros, con muestras de gran tamaño. A mediados de los '60, el valor de la farmacoterapia para la reducción de síntomas de los pacientes esquizofrénicos hospitalizados fue establecido de manera concluyente (op. cit.: 754).

Entre fines de los '50 y principios de los '60, nuevas estructuras químicas fueron sintetizadas e introducidas a la práctica clínica. Muchas de estas sustancias fueron inicialmente llamadas “tranquilizantes”, incluyendo a las ya mencionadas reserpina y fenotiazina y al meprobamato. A fines de los '50 se introdujo la división entre tranquilizantes “menores” y “mayores”.

Los “mayores”, luego llamados *antipsicóticos* o *neurolépticos*, incluyeron derivados de la rauwolfia y las fenotiazinas. Los miembros de ambos grupos demostraron tener eficacia en el tratamiento de los estados psicóticos maníacos y esquizofrénicos. Posteriormente, otras clases de medicamentos como las tioxantinas y butirofenonas probaron ser efectivos contra los síntomas y el comportamiento psicóticos.

El meprobamato, considerado un tranquilizante “menor”, fue introducido al mismo tiempo que la reserpina y la clorpromazina. La agrupación de estas drogas juntas como tranquilizantes siguió a teorías que adscribían a la ansiedad un rol central en la génesis de la psicopatología. Debido a la influencia de la pujante teoría psicoanalítica –que, como vimos, tuvo gran auge en los EEUU de la posguerra–, la mayoría de las manifestaciones psicopatológicas de las neurosis y psicosis fueron comprendidas como defensas contra una ansiedad subyacente. Se suponía que los tranquilizantes reducían la ansiedad y, consecuentemente, los síntomas psicóticos y otros.

Pronto fue aparente que los tranquilizantes no sólo tenían diferencias cuantitativas sino también importantes diferencias cualitativas. Los tranquilizantes mayores eran efectivos contra los estados psicóticos, producían efectos laterales extrapiramidales y presumiblemente actuaban sobre el sistema nervioso central a nivel dopaminérgico. En contraste, el meprobamato y otros tranquilizantes menores no resultaban efectivos en el tratamiento de los estados psicóticos y no tenían acción neurofarmacológica sobre la dopamina y otras catecolaminas. El meprobamato y más tarde las benzodiacepinas mostraron similitudes farmacológicas y terapéuticas

con las viejas drogas hipnóticas y sedantes, tales como los barbitúricos. Consecuentemente, ambas fueron agrupadas dentro de los tranquilizantes menores, que fueron llamados también ansiolíticos. (op. cit.: 738).

Como consecuencia de la controversia científica y una enmienda del año 1962 a los estatutos federales sobre alimentos y drogas en EEUU, fueron conducidas numerosas pruebas controladas para evaluar las demandas de eficacia y seguridad de varias drogas psicotrópicas (op. cit.: 755). El sistema multiaxial DSM de la *American Psychiatric Association* (APA) devino la mayor (aunque no la única) base para diagnosticar pacientes previo a la asignación de tribunales en las investigaciones sobre medicación (op. cit.: 735). Estos factores produjeron un intenso interés entre los investigadores de diferentes profesiones (psiquiatría, neurología, psicología clínica) y disciplinas científicas (neurociencia, psicología experimental, farmacología, química médica, etc.) en el nuevo campo de la psicofarmacología.

Muchos estudios sobre entorno hospitalario concluyeron que los programas basados en esta variable (manejo de contingencias en la institución) arrojaban efectos definidos, pero circunscriptos principalmente al ajuste social y a la duración de la estadía (op. cit.: 755). Ante estos resultados, los defensores de la psiquiatría social arguyeron que los reportes más entusiastas de la efectividad de los nuevos tranquilizantes venían de hospitales públicos que estaban superpoblados, con menos personal del necesario y limitados programas de entorno; en cambio, los programas universitarios y de pequeñas instituciones no reportaban efectos tan dramáticos a favor de la medicación. Sin embargo, desde la postura opuesta se ha señalado la admisión de pacientes con mejor pronóstico en estas instituciones pequeñas como una variable no tomada en cuenta en los antedichos estudios.

La introducción de las benzodiazepinas, particularmente el diazepam (Valium) y el clordiazepóxido (Librium) condujeron a una rápida expansión en los '60 y '70 del número de estructuras químicas y en la prescripción de su uso. También surgieron, a fines de los '50, los antidepresivos tricíclicos, cuyo prototipo fue la imipramina, y los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO), y luego los antidepresivos atípicos, con estructuras diferentes.

En la década de los '80 surgieron fármacos efectivos contra los estados maníacos, estados de pánico y síntomas y comportamientos obsesivo-compulsivos. Varios neurolépticos atípicos se fueron desarrollando para el tratamiento de las

psicosis, incluyendo la esquizofrenia y los estados delirantes. El miembro prototípico y más importante de esta nueva clase es la clozapina (Clozaril), la cual posee efectos antipsicóticos, particularmente en pacientes crónicos con estados defectivos que no responden a otras medicaciones antipsicóticas y con efectos laterales extrapiramidales mínimos, aunque requieren un constante monitoreo y vigilancia de la sangre, debido a la posibilidad de una supresión del funcionamiento de la médula ósea que puede ser fatal (op. cit.: 739).

Para concluir: la psicofarmacología moderna ha crecido y evolucionado enormemente desde su nacimiento. El uso de la medicación para el alivio de síntomas y malestar tiene un papel creciente en la cultura actual. Investigaciones conducidas en los EEUU y otras sociedades urbanas industriales encuentran que alrededor del 10% de la población recibe una prescripción de medicación psicoactiva en un año dado cualquiera (op. cit.: 734 –735). El auge de esta disciplina es evidente si se tiene en cuenta el creciente aumento en el número de miembros de los organismos de investigación, la cada vez mayor asistencia a los eventos científicos relacionados con ella, y la proliferación de publicaciones. Asimismo, el rango de condiciones psiquiátricas y mentales para las cuales los agentes psicofarmacológicos han demostrado eficacia se ha expandido enormemente y va desde la esquizofrenia, los trastornos de ánimo, a los trastornos de personalidad, área de creciente relevancia para la psicofarmacología actual (op. cit.: 737). Más específicamente relacionado con nuestro tema, la investigación de combinación de farmacoterapia y psicoterapia en el tratamiento post-alta de pacientes esquizofrénicos constituye actualmente un cuerpo creciente de investigaciones (op. cit.: 756).

### **II.8.2. *El paradigma de “puertas abiertas” o las comunidades terapéuticas***

Después de la segunda guerra mundial, junto con el interés por la psicoterapia y psicofarmacología en el tratamiento de la esquizofrenia, surgió un fuerte movimiento en la psiquiatría social referido al tratamiento hospitalario y comunitario. Buena parte de este interés se centró en enfrentar la estructura social de los hospitales psiquiátricos en el curso clínico de los trastornos mentales en general, y en particular de la esquizofrenia. En este marco se introdujeron innovaciones significativas: políticas de puertas abiertas, restricción en el uso de contenciones y reclusión, disminución de la estructura social autoritaria, la actualización del status y

el entrenamiento de enfermeras y otro personal de guardia y, más notablemente, la operativización del concepto de *comunidad terapéutica*.

Desafortunadamente para el análisis histórico, estas innovaciones coincidieron con la introducción de la clorpromazina y la reserpina. Por tanto, es difícil distinguir las contribuciones relativas de ambas innovaciones en análisis retrospectivo respecto de la disminución que se experimentó desde entonces en el período de estadía de los pacientes esquizofrénicos y, más dramáticamente, en la disminución en el número promedio de pacientes hospitalizados. En el Reino Unido, la reducción de las estancias fue anterior a la introducción de los medicamentos, una situación que la psiquiatría social ofrece como evidencia del cambio institucional. Klerman y sus colaboradores sostienen que es probable que la introducción de los nuevos medicamentos haya acelerado procesos de cambio ya presentes como tendencia (Klerman *et al.*, 1994: 755).

El proceso de superación de la estructura manicomial en los años '50 tuvo lugar principalmente en los países anglosajones. Las comunidades terapéuticas tenían por finalidad la reinserción del sujeto a la sociedad (Rodríguez C., 1993: 115), y para esto se apuntó a la destrucción de dos parámetros básicos de la institución manicomial: la condición de encierro fue remplazada por la libertad, y la rigidez de las reglas por la flexibilidad de las mismas.

En la Inglaterra de posguerra tuvo lugar una discusión de modelos políticos y culturales que derivó en la formación del servicio de salud británico, sistema que incluía la atención terapéutica de los enfermos mentales. Se lograron condiciones legales para la atención y programas de asistencia ambulatoria que rompieron con el tradicional aislamiento de los pacientes psiquiátricos (op. cit.: 116).

En los EEUU, la administración Kennedy (1961–1963) promovió una legislación propicia al desarrollo de la psiquiatría comunitaria, con el acento puesto en los aspectos sanitarios y epidemiológicos. G. Caplan desarrolló en su libro *Principios de psiquiatría comunitaria* el concepto de los tres niveles de prevención, que incluía a la rehabilitación como prevención terciaria (Gabay, 1999: 102).

La *comunidad terapéutica* como sistema fue introducida en varias clínicas, con el *leit motiv* de las “puertas abiertas” como símbolo de la libertad. Los fundamentos de este modelo radicaban en asambleas entre pacientes y profesionales, reuniones para la gestión de actividades, etc., de modo que las estructuras piramidales de los manicomios fueron horizontalizándose. Esto no implicaba, no

obstante, un cuestionamiento a las nosografías psiquiátricas, ni a la institución en sí: el planteo antipsiquiátrico todavía no llegaba (Rodríguez C., 1993: 116), y la estructura de encierro no se llegaría a cuestionar sino en la década de 1960 (op. cit.: 111).

Estos cambios en las instituciones psiquiátricas fueron seguidos por organizaciones internacionales. Así, la Organización Mundial de la Salud apoyó en un trabajo de 1953 la evolución de las experiencias de humanización y modernización de los establecimientos, así como la creciente iniciativa y responsabilidad de los pacientes, el respeto por su individualidad y la promoción de su reinserción en la sociedad. La opinión pública se mostró flexible respecto de estos cambios, lo que permitió la realización de experiencias en intervenciones psicosociales, la revisión del concepto de salud-enfermedad y la reformulación de la estructura sanitaria (op. cit.: 116).

En Italia, en los '80, la llamada "psiquiatría democrática" añadió elementos a las reformas que seguirían otros países, entre ellos España, Gran Bretaña, Países Bajos, etc. Para Pereira Miragaia (1999: 279-280), todas las reformas tuvieron elementos y dificultades comunes:

- Dificultades para transferir recursos a la comunidad.
- No se acompañó a las reformas con la creación de inversiones ni de recursos comunitarios.
- Ambivalencia y prejuicios de los propios profesionales y la comunidad, por ausencia de un trabajo educativo dirigido a la comunidad.<sup>29</sup> Escasa participación de usuarios y la comunidad.
- Los criterios de política económica determinaron en muchos sitios una supuesta "psiquiatría comunitaria" que buscaba reducir presupuestos de salud, pero no se crearon nuevas estructuras vinculadas con la comunidad, lo que derivó en una peor cobertura sanitaria.
- Persistió el énfasis en lo curativo y no en lo preventivo.

---

<sup>29</sup> Podríamos agregar que quizás también faltó educación a los propios profesionales.

### **II.8.3. Antipsiquiatría y desinstitucionalización**

Los planteos que veíamos desembocaron en los años '60, época caracterizada por una particular innovación en el arte y en las costumbres, y determinaron modificaciones en los sistemas de salud: la concepción de locura, el rol de los psiquiatras y de todo el personal de asistencia, el papel de la prevención y los manicomios mismos. Las contradicciones del sistema sanitario tradicional que el período de transición de los años '50 había permitido ver fueron puestas en evidencia y denunciadas.

Surgió entonces el movimiento antipsiquiátrico inglés, de la mano de David Cooper y Ronald Laing, que proponía a la humanidad alienada del loco como “inseparable de la contrahumanidad alienante del médico”, comparándolas en su mutua necesidad con la dialéctica del amo y el esclavo de Hegel y proponiendo el origen histórico de la pareja médico–enfermo como “el tipo y el contratipo de la individualidad burguesa” (Cooper, citado en Rodríguez C., 1993: 117). La antipsiquiatría surgió, entonces, no como una oposición al asilo sino directamente como una negación de la psiquiatría. No sólo implicó la crítica al concepto de enfermedad mental sino a la noción misma de locura como algo que era necesario curar. Si este movimiento atacó la estructura de roles verticales psiquiatra–paciente replazándola por una relación de reciprocidad, fue sólo un preludio para cuestionar el juego psiquiátrico en sí, más allá de la relación en que el mismo se daba.

En este marco de ideas se dieron dos experiencias: el *Kingsley Hall* de Laing, donde vivían libremente personas que habían sido diagnosticadas como esquizofrénicos graves, y la llamada “Villa 21”, de Cooper, en que se aplicaron los principios de la comunidad terapéutica pero junto a las ideas respecto de la locura que estaba acuñando el movimiento. Desde esta perspectiva se veía a la esquizofrenia como una crisis microsocia en que los actos y la experiencia de una persona no eran advertidos por los demás debido a razones culturales y familiares, hasta el punto en que esa persona era identificada como un enfermo mental esquizofrénico, rótulo que era confirmado arbitrariamente por un médico.

Otro movimiento, que Rodríguez Ceberio emparenta con la antipsiquiatría aunque sin asimilarlo a la misma, es el que tuvo lugar en Italia en la década de 1970. Franco Basaglia propuso la “desinstitucionalización” de los enfermos mentales, en que se abolía la estructura manicomial, se creaba una atención sanitaria descentralizada en centros de salud mental y se renunciaba a la terapia

electroconvulsiva. Estos puntos quedaron contenidos en la Ley Nacional N°180, que fue fruto de la acción de este movimiento. Basaglia comparaba al manicomio con la cárcel, en el sentido de que ambos respondían a una exigencia del sistema social que tiene como fin “la marginación de quien rompe con el juego social” (op. cit.: 106). La doble misión que la ley asigna al médico de curación y custodia del enfermo constituía, según el médico italiano, parte de la paradoja de la atención psiquiátrica, (op. cit.: 107).

El movimiento italiano de desinstitucionalización se basaba en la ruptura del orden jerárquico manicomial, cuyo último eslabón era el enfermo mental. Planteaba una dialéctica horizontal en el vínculo paciente–psiquiatra, revalorizando el rol de aquel y rechazando la rotulación por ser cosificante. Se oponía, asimismo, a cualquier intento coercitivo de manejo de los *usuarios* –palabra utilizada en lugar de “paciente”–. El mismo manicomio era definido como una institución engendradora de violencia, y la violencia del paciente era vista como un producto de aquella. Las internaciones se limitaron a casos de emergencia, con una reinserción social automática, lo que disminuyó la cronicidad. A diferencia de la antipsiquiatría, el movimiento italiano valorizaba el rol del psiquiatra, aunque oponiéndose a los métodos tradicionales de la psiquiatría (op. cit.: 118–119). El proceso, en Italia, fue gradual, articulándose con el desarrollo simultáneo de servicios comunitarios. En cuanto a los resultados, en Venecia, por ejemplo, luego del cierre de los asilos el 62% de los pacientes volvió a vivir con sus familias, a una vivienda propia, o a una residencia comunitaria, junto a otros pacientes (Gabay, 1999: 102).

El proceso de desinstitucionalización no se limitó a las experiencias de Italia. En los EEUU, por ejemplo, había en 1955 casi 600.000 pacientes internados en los hospitales psiquiátricos públicos, la mitad de los cuales llevaban el diagnóstico de esquizofrenia. Para 1980, ese número era menor a 100.000 (Klerman *et al.*, 1994: 757). Mientras que antes de 1950 la duración promedio de la estadía de un paciente interno esquizofrénico era de alrededor de 6 meses, ya en los '70 había caído a menos de 2 semanas (op. cit.: 756). El foco del cuidado clínico y el debate de las políticas públicas ha cambiado desde el cuidado de pacientes internos a la atención de las necesidades de los pacientes en la comunidad, particularmente con la emergencia de un gran número de pacientes sin un lugar para vivir. Una innovación importante fue el tratamiento hogareño de la esquizofrenia por enfermeras de salud pública, el cual incluía medicación y técnicas psicoterapéuticas. Esto ocurrió en un

marco de valoración de la comunidad para la rehabilitación social de los pacientes esquizofrénicos (op. cit.: 757).

#### **II.8.4.    *La terapia familiar sistémica***

En primer lugar, diremos que nos sería imposible agotar, en unas pocas páginas, todo el pensamiento sistémico que ha sido publicado acerca de la etiología y el tratamiento de la esquizofrenia. Por lo tanto, intentaremos solamente tender un puente desde el inicio de la terapia familiar sistémica hasta los más recientes desarrollos en emoción expresada y psicoeducación que veremos en el capítulo IV como antecedentes de la *terapia familiar psicoeducacional* de la esquizofrenia. Por otra parte, pensamos, como J. Prochaska y J. Norcross, que en tanto las terapias sistémicas sostienen que los individuos sólo pueden ser comprendidos en el contexto social en que existen, ellas mismas podrán ser mejor entendidas dentro del contexto en el cual emergieron (Prochaska y Norcross, 2000: 358). Veremos, pues, algo del contexto en que surgió este movimiento, poniendo el énfasis en lo que los pioneros de la terapia familiar pudieron decir sobre la esquizofrenia, pero excediendo ese límite en un intento de trazar nuestro propio contexto: el de nuestro país, nuestra provincia y el medio más inmediato en que puede comprenderse la motivación para el presente trabajo.

Aunque se empezó a hablar de “terapia familiar sistémica” recién en la década de 1980, una idea común de “ver y tomar para el proceso de cambio a la familia como *unidad*” empezó a tomar fuerza en distintos lugares del planeta desde mucho antes (Fernández Moya, 2000: 17). A lo largo de los años, el término *terapias sistémicas* fue adquiriendo múltiples connotaciones. Primero, “sistémica” o “terapia sistémica” puede referirse a la *modalidad* o *formato* de la terapia, en que se trabaja típicamente con una familia o una pareja. Segundo, “terapia sistémica” puede aludir al *contenido* o *meta* del tratamiento. Esto es, el tratamiento se las ve con el contenido del sistema familiar y trabaja hacia la mejoría del mismo; *un* individuo no es más el paciente: la pareja, la familia u otro sistema pasan a serlo. Tercero, el pensamiento sistémico y la terapia sistémica puede referirse a un *cambio paradigmático* en términos de Kuhn –con el cambio en el mundo que es percibido y la consecuente multiplicación en la observación de fenómenos que responden al nuevo paradigma (Kuhn, 1971: 177)–, es decir un quiebre discontinuo con las ideas pasadas de causalidad lineal e intrapsíquica; una nueva y revolucionaria manera de

pensar acerca de la psicoterapia y la psicopatología (Prochaska y Norcross, 2000: 361).

#### **II.8.4.1. La teoría general de los sistemas y la cibernética**

Veamos ahora los dos pilares teóricos que sostuvieron el surgimiento y expansión de las terapias familiares sistémicas: la *teoría general de los sistemas* (TGS) y la *cibernética*.

Quizás el antecedente más remoto pueda ser la presentación, en la tesis de doctorado del biólogo Ludwig von Bertalanffy, del llamado “*Programa Organísmico*”, de 1925, en que bogaba por una visión de la biología que considerara al organismo como un todo o *sistema*. Von Bertalanffy trabajó en estudios sobre el metabolismo, el crecimiento y la biofísica de los organismos, anticipando la teoría de sistemas abiertos: el organismo como tal no podía ser considerado un sistema en equilibrio, pero sí había sistemas en equilibrio dentro del organismo. El paso fundamental fue pasar de hablar de entidades físicas a totalidades: la teoría de los sistemas abiertos abarcaba la interacción entre múltiples variables y la organización dinámica de los procesos (Fernández Moya, 2000: 392–394).

La *Teoría General de los Sistemas* (TGS) fue formulada en la década de los 30 en distintos lugares del mundo, como una teoría lógico–matemática que trataba de establecer y derivar los principios generales aplicables a todos los sistemas. Estos sistemas eran estudiados por disciplinas distintas, por lo que podemos decir que “la teoría es desde su origen y por su misma naturaleza, *interdisciplinaria*” (op. cit.: 18). Un sistema era considerado un modelo conceptual, y podía definirse como “*un conjunto de elementos relacionados entre sí y con el medio*” (ibíd.).

Después de la segunda guerra mundial, la TGS empezó a interactuar con el movimiento cibernético inspirado en los trabajos del matemático N. Wiener, basados en que las funciones de control, intercambio y procesamiento de la información siguen los mismos procesos, independientemente de que se apliquen a máquinas, organismos o estructuras sociales (Fernández Moya, 2000: 20). De estos antecedentes puede desprenderse claramente el interés por las *pautas* en desmedro de los *objetos*: se trataba de fenómenos que podían abstraerse de organismos u objetos ubicados en distintos niveles.

Las décadas de 1950 y 1960 atestiguaron el auge de la TGS en la biología, así como de la cibernética en la ciencia computacional. Más que seguir el método científico tradicional de analizar y reducir fenómenos a sus elementos simples, tales como electrones, neutrones y protones, la TGS proponía –según von Bertalanffy– estudiar el proceso biológico que lleva a una complejidad creciente de organización del organismo entero. Los cibernéticos proponían estudiar los métodos de comunicación y control comunes a los organismos vivos y a las máquinas, especialmente los sistemas computacionales (Prochaska y Norcross, 2000: 358), lo que brindaría a la terapia familiar sistémica un modelo de cómo la información puede ser transformada o transmitida efectivamente dentro de los sistemas maritales y familiares. Los conceptos centrales de la TGS y la cibernética sirvieron, pues, de inspiración intelectual para abordajes innovadores a la terapia sistémica (op. cit.: 361). Para Gregory Bateson –teórico fundamental e investigador de la que sería llamada “escuela de Palo Alto”–, la cibernética podía brindar una base epistemológica y un lenguaje apropiado para referirse al cambio personal y social (Keeney, 1987: 20).

#### **II.8.4.2. Factores que favorecieron el surgimiento de la terapia familiar sistémica**

Desde 1945, EEUU atravesaba una posguerra marcada por el gran desmembramiento de familias, fenómeno que se vio agravado con la guerra de Corea (1950–1953). Por entonces, y merced a la usanza del psicoanálisis –que imponía reglas para preservar la transferencia y la privacidad personal–, se consideraba aceptable trabajar con familias sólo en contextos de investigación. La terapia de la familia se empezó a desarrollar a partir del abordaje de dos problemas a los que las terapias en boga en ese tiempo no respondían con éxito: la esquizofrenia y los trastornos de conducta graves, incluyendo la delincuencia juvenil (Fernández Moya, 2000: 18–19). Es interesante, a los fines de nuestro análisis, destacar que otra gran corriente de psicoterapia, el conductismo, encuentra también entre sus primeros pasos el trabajo con pacientes esquizofrénicos hospitalizados: las experiencias de Skinner y Lindsley con esta población fueron claves para el desarrollo de las técnicas conductistas (Agras, 1975: 8; Goldfried y Davison, 1981: 20–21).

En comparación con los tratamientos biológicos de la esquizofrenia (cuya evolución vimos en II. 8. 1.), los tratamientos psicoterapéuticos evolucionaron lentamente. El interés en la psicopatología de las psicosis, particularmente la

esquizofrenia y la paranoia, caracterizó los primeros escritos psicoanalíticos: los artículos de Freud establecieron principios generales para la separación de trastornos psicóticos y neuróticos basados en el criterio del yo para testear la realidad, parámetro similar al de la psicopatología descriptiva, que habla de impedimento de las funciones mentales superiores, memoria, orientación, lenguaje y cognición, derivado de la psicología del siglo XIX. Pero después de la primera guerra mundial el interés psicoanalítico en las psicosis había disminuido enormemente debido a la doctrina freudiana de que las neurosis narcisísticas (esto es: las psicosis) no eran susceptibles de psicoanálisis.

En desmedro de esto, un número de escritores psicoanalíticos mantuvieron su interés en el área. Sus esfuerzos condujeron a las teorías neo-freudianas y al surgimiento de la escuela interpersonal, en especial en los escritos de Frieda Fromm-Reichmann y Harry Stack Sullivan. La modificación de las técnicas psicoanalíticas clásicas que hicieron la primera y sus socios en la clínica Chestnut Lodge condujo a la difundida aplicación de psicoterapia individual intensiva para pacientes esquizofrénicos hospitalizados. Aunque la eficacia de este tratamiento nunca fue apoyada por estudios sistemáticos, los escritos de este grupo influyeron profundamente a una generación de psicoterapeutas estadounidenses y contribuyeron a las teorías del origen intrafamiliar de la esquizofrenia, como las de Bowen, Lidz y otros, así como a nuevas formas de terapia familiar (Klerman *et al.*, 1994: 754).

Las investigaciones pioneras con familias de esquizofrénicos se condujeron en Palo Alto, California (G. Bateson, D. Jackson, J. Haley y J. Weakland.), en Washington (M. Bowen), en Baltimore y luego en New Haven (Theodore Lidz), en la Clínica Menninger de Atlanta (Carl Whitaker y Thomas Malone) y en Philadelphia (A. Schefflen y J. Birdwhistle). En 1960, Salvador Minuchin trabajó en el proyecto Wiltwyck, dedicado a estudiar familias de niños delincuentes en que dos de sus miembros habían tenido problemas con la ley (Fernández Moya, 2000: 18–19). Veremos a continuación algunos de los desarrollos que ayudaron a escribir la historia de los tratamientos de la esquizofrenia, agregando algunos conceptos importantes para algunas de las distintas formas de psicoterapia que surgieron del abordaje de estos dos problemas básicos que las terapias de su tiempo no podían resolver.

### II.8.4.3. El proyecto Bateson y la teoría del doble vínculo

Veremos este desarrollo con mayor detalle que otros por haber derivado en una teoría de la esquizofrenia, la del *doble vínculo*, que es quizás la más difundida para este trastorno dentro del pensamiento sistémico. Además, de las investigaciones sobre esquizofrenia del proyecto Bateson surgieron importantes avances para la terapia familiar en general. Entendemos que existieron y existen otros desarrollos sistémicos tan importantes como este, pero desgraciadamente, por razones de espacio –y para no apartarnos demasiado de nuestro foco–, no podremos abarcarlos.

Dos organizaciones tuvieron gran incidencia en la teoría del doble vínculo y en el surgimiento de la terapia comunicacional o estratégica: el *Proyecto de Comunicaciones de Doble Vínculo*, iniciado en 1952 por el antropólogo Gregory Bateson, con Jay Haley y John Weakland como miembros del proyecto y Donald Jackson como consultante; y el *Mental Research Institute* (MRI), fundado por Jackson en 1958, con Virginia Satir y Paul Watzlawick como dos importantes miembros. Las dos organizaciones tuvieron fronteras difusas porque Jackson participó en ambas. El proyecto de doble vínculo se ubicó en el MRI, y cuando aquel terminó, en 1962, Haley y Weakland se unieron a este último. Ambas organizaciones compartieron la asunción de que la comunicación es la clave para comprender el comportamiento humano. El grupo del MRI fue tan lejos, que llegó a asumir que todo comportamiento es comunicación, involucrando esta comportamientos verbales y no verbales. No es sorprendente que ambas organizaciones fueran fundadas en Palo Alto, California, que es parte del Silicon Valley, uno de los primeros centros de la ciencia computacional.

El Proyecto de doble vínculo focalizó, precisamente, en cómo las comunicaciones conflictivas podían producir síntomas de esquizofrenia. La investigación inicial sobre *comunicaciones de doble vínculo* reveló importantes relaciones entre las dinámicas familiares y las comunicaciones esquizofrénicas. En 1959, el proyecto se dividió en un abordaje experimental y un proyecto de terapia familiar. Las interacciones familiares fueron registradas en video y se hicieron intentos de diferenciar comunicaciones “esquizofrénicas” de “normales”. En el proyecto de terapia familiar, las observaciones se hicieron en ambientes naturales, y varias técnicas basadas en parte en la naciente teoría de la comunicación fueron introducidas. A lo largo de sus diez años de existencia, el proyecto produjo unas 70 publicaciones, reflejando el volumen de trabajo creativo que emergía de ese grupo de investigación y terapia (Prochaska y Norcross, 2000: 361–362).

En el artículo *Hacia una teoría de la esquizofrenia*, de Bateson, Jackson, Haley y Weakland, publicado en 1956, el grupo hizo una exposición preliminar de los avances en el proyecto. Haley introdujo la hipótesis de que los síntomas esquizofrénicos sugerían una incapacidad de discriminar tipos lógicos. Bateson amplió esta idea agregando que síntomas y etiología podían describirse formalmente en términos de la hipótesis del *doble vínculo*. Jackson aportó sus hipótesis acerca de la homeostasis familiar (Bateson, 1985: 231).

El enfoque partía de la teoría que Bertrand Russell llamó en 1910 la “Teoría de los tipos lógicos”, la cual se basaba en que existe una discontinuidad entre una clase lógica y sus miembros, no pudiendo ser aquella miembro de sí misma debido a que clase y miembro corresponden a niveles de abstracción o tipos lógicos diferentes. Siendo el vocabulario del que disponen los seres humanos muy rudimentario para rotular mensajes, los mismos se apoyan en medios no verbales como la postura, el gesto, la expresión facial, la entonación y la consideración del contexto para su comunicación (op. cit.: 233). Bateson daba por sentado que la habilidad de interpretar estas señales es adquirida: “La capacidad de manejar los tipos múltiples de señales es *ella misma* una pericia aprendida, por consiguiente una función de los niveles múltiples del aprendizaje” (op. cit.: 234).

Veamos ahora qué ingredientes proponía el equipo de Bateson como necesarios para una situación de doble vínculo, en la que “una persona, haga lo que haga, ‘no puede ganar’” (op. cit.: 231):

- Dos o más personas: una tendrá el papel de víctima; la otra no necesariamente tiene que ser la madre: puede ser alguna combinación de madre, padre y hermanos.
- Experiencia repetida: debe ser “un tema recurrente en la experiencia de la víctima”. La estructura del doble vínculo pasa a ser una expectativa habitual.
- Un mandato primario negativo: pueden ser dos formas: “No hagas eso, o te castigaré” o bien “Si no haces eso, te castigaré”. Se trata de un contexto de aprendizaje basado en la evitación del castigo.
- Un mandato secundario que está en conflicto con el primero en un nivel lógico más abstracto y que, al igual que el primero, está reforzado por castigos o señales que anuncian un peligro para la supervivencia. Se comunica al niño, por lo común, mediante medios no verbales (postura,

gesto, tono de voz, acción significativa e implicaciones ocultas del comentario verbal). Su verbalización paradójica podría tomar la forma de “No consideres esto un castigo”, “No te sometás a mis prohibiciones”, “No dudes de mi amor, del cual la prohibición primaria es (o no es) un ejemplo” (op. cit.: 237), etc.

- Un mandato negativo terciario que prohíbe a la víctima escapar del campo. En realidad, en los otros dos niveles ya había una amenaza implícita a la supervivencia (la quita del amor), y en la infancia es naturalmente imposible escapar.
- El conjunto deja de ser necesario cuando la víctima aprendió a percibir su universo bajo patrones de doble vínculo. Casi cualquier parte de la secuencia puede bastar para precipitar el pánico o la cólera.

Dado este conjunto de circunstancias, los autores hipotetizaron que “se producirá un colapso en la capacidad del individuo para discriminar entre tipos lógicos cada vez que se presenta una situación de doble vínculo” (Bateson, 1985: 238), como en relaciones intensas, en que es vital discriminar qué *tipo* de mensaje se está recibiendo. El sujeto es incapaz de comentar los mensajes que se expresan para corregir su discriminación: “no puede formular una enunciación metacomunicativa” (*ibíd.*). La hipótesis básica, surgida de la observación minuciosa de las interacciones en familias de esquizofrénicos, era que “alguien apresado por el doble vínculo puede desarrollar síntomas esquizofrénicos” (op. cit.: 231).

Veamos un ejemplo, tomado del mismo trabajo de 1956 que venimos citando:

*Un hombre joven que se había recuperado bastante bien de un episodio esquizofrénico agudo fue visitado en el hospital por su madre. Él estaba contento de verla e impulsivamente puso sus brazos alrededor de sus hombros, con lo cual ella se puso tiesa. Él retiró sus brazos y ella preguntó “¿No me amas más?”. Él entonces se ruborizó, y ella dijo, “Querido, tú no debes incomodarte tan fácilmente y temer tus sentimientos”. El paciente fue capaz de estar con ella sólo unos pocos minutos más y, luego de la partida de ella, asaltó a un ayudante y fue entubado.*

En este caso podemos ver cómo la madre está comunicando verbalmente un deseo de estar cerca de su hijo, pero no verbalmente (comunicación a otro nivel o tipo lógico) su rigidez comunica un deseo de estar distante. Cuando el hijo se separa,

la madre contradice su propio mensaje no verbal preguntando “¿No me amas más?”. De este modo, las reglas para relacionarse están siendo, a lo sumo, comunicadas ambiguamente. ¿Se supone que la madre y el hijo deben tener una relación cercana o distante? El hijo claramente “no puede ganar”. Si él se relaciona cercanamente, su madre se pone rígida, si él se separa, ella se turbará. No debe sorprender que el hijo se vuelva confuso, frustrado y hostil (Prochaska y Norcross, 2000: 364).

El equipo del MRI fue todavía más productivo que el proyecto Bateson: publicó 130 artículos y nueve libros durante el período de 1965 a 1974. Esos escritos describieron un formato de intervención que focalizaba en el análisis de la comunicación entre individuos, y subsecuentemente entre miembros de familias. Las intervenciones fueron entonces diseñadas para cambiar patrones de comunicación entre un individuo y otro y entre todos los miembros de una familia.

El proyecto Bateson terminó en 1962, y su líder continuó en el progreso de la perspectiva comunicacional en un amplio rango de comportamientos humanos y animales hasta su muerte en 1980. Jackson murió en 1968, poniendo fin a una corta pero muy creativa carrera. Virginia Satir, llamada la “paloma” de la terapia familiar, había llegado en 1959 al MRI (Fernández Moya, 2000: 26) y partió para contribuir hasta su muerte, en 1988, con el movimiento de potencial humano, el cual comenzó en California y rápidamente se convirtió en un fenómeno mundial,. Haley se ubicó en la *Philadelphia Child Guidance Clinic* para trabajar con Salvador Minuchin y luego inició su propio *Family Therapy Institute* en Washington DC, el cual continúa dirigiendo junto a su esposa Cloe Madanes, de nacionalidad argentina (Prochaska y Norcross, 2000: 361–362).

Desde sus inicios con Bateson y por extensión de 17 años, Haley y Weakland visitaron regularmente a Milton Erickson en Phoenix, Arizona, cuyo trabajo, basado en la hipnosis y el uso de la paradoja, junto con las consideraciones teóricas de Bateson, fueron los pilares de la teoría de la comunicación humana y de la terapia interaccional o estratégica aplicada en el MRI (Fernández Moya, 2000: 26–27).

#### **II.8.4.4. Otras escuelas. La terapia familiar sistémica en nuestro país**

*La terapia familiar estructural.* Salvador Minuchin (nacido en Argentina en 1922) aprendió lecciones fundamentales sobre la diversidad y adaptabilidad de las familias mientras creció en el seno de una familia judía de Entre Ríos, y cuando

unos años más tarde vivió en Israel, donde familias de todo el mundo convergían para ayudar a construir una nueva nación. Hasta principios de la década de 1960, cuando condujo psicoterapia e investigación con jóvenes delincuentes en la *Wiltwyck School* de New York, Minuchin había sido entrenado como un psiquiatra en técnicas tradicionales de psicoterapia que estaban desarrolladas para satisfacer las necesidades de pacientes de clase media agobiados por conflictos intrapsíquicos. Los muchachos con los que estaba trabajando, sin embargo, provenían de familias desorganizadas, pobres y con múltiples problemas. En ese contexto, Minuchin observó que las mejoras alcanzadas a través del uso de las técnicas tradicionales en el setting residencial de la escuela tendían a desaparecer tan pronto como los niños regresaban a sus familias (Prochaska y Norcross, 2000: 371).

La terapia familiar emergía con fuerza en los años 50, y Minuchin y algunos compañeros de Wiltwyck comenzaron a aplicar esa nueva perspectiva a familias de barrios bajos. El acercamiento *sistémico* a la delincuencia probó ser más útil que su definición como un problema del individuo. Minuchin y sus colegas reconocieron, sin embargo, que incluso la terapia familiar no era la panacea para la delincuencia, porque la psicoterapia no daba respuestas a la pobreza y otros problemas sociales.

En 1965, Minuchin devino director de la *Philadelphia Child Guidance Clinic*, donde pudo desarrollar su *terapia familiar estructural* con un rango de familias más amplio. Su modelo tuvo considerable impacto en niños diabéticos y asmáticos que experimentaban un rango inusualmente alto de hospitalizaciones porque sus condiciones eran empeoradas por el estrés. Minuchin sabía que no podía curar la diabetes o el asma mediante la terapia familiar, porque estos problemas tenían una etiología física. Creía que su modelo podía ser mejor testeado con la anorexia nerviosa, porque este trastorno podía ser *construido* como debido enteramente a factores emocionales.

Una mayor expansión y refinamiento de la terapia estructural ocurrió a lo largo de los años 1970, cuando Minuchin trajo a Braulio Montalvo, de Wiltwyck, y a J. Haley del MRI. Este trabajo culminó en el clásico *Familias y terapia familiar*, de 1974, un relato acerca de la manera estructural de comprender y tratar a las familias. Desde 1976, Minuchin se concentró en el entrenamiento de terapeutas familiares, y actualmente lo hace desde el *The Minuchin Center for the Family* en New York (op. cit.: 371–372).

En muy resumidas cuentas, la teoría estructural se ocupa más de aquello que mantiene la psicopatología que de sus causas, modificando los factores contemporáneos que ayudan a mantenerla. Sea causada o no por dinámicas intrapsíquicas del individuo, la psicopatología es determinada por la dinámica interpersonal del sistema. Los sistemas familiares patológicos pueden ser mejor comprendidos en contraste con los sistemas familiares saludables: una familia organizada apropiadamente tendrá *fronteras* claramente marcadas, siendo estas las reglas que definen quién participa en cada subsistema y cómo. Las reglas que gobiernan las transacciones dentro de una familia, aunque no sean usualmente explicitadas o reconocidas, forman un todo –la *estructura* de la familia–. Para que la familia cambie su estructura, debe cambiar algunas de sus reglas fundamentales para interactuar.

Para la terapia estructural, dos mayores tipos de estructuras familiares son patológicas y necesitan cambiar: la primera es la familia *desacoplada*, la cual tiene fronteras internas excesivamente rígidas, hay poco o ningún contacto entre los miembros de la familia y una relativa ausencia de orden o autoridad. Los lazos entre los miembros son débiles o inexistentes. La segunda es la familia *enmarañada*, donde las fronteras internas son difusas, hay una apretada trabazón de sus miembros tal, que los intentos de parte de un miembro de cambiar eliciten resistencia complementaria inmediata de parte de los otros. La frontera que separa a los padres de sus hijos es atravesada frecuentemente de maneras impropias y los roles de esposo y padre están insuficientemente diferenciados, de modo que ni el subsistema de esposos ni el parental pueden operar (op. cit.: 372–374).

*La terapia familiar sistémica de M. Bowen.* Murray Bowen (1913–1990), después de servir como médico en el ejército estadounidense durante la segunda guerra mundial, se entrenó en la clínica Menninger en Topeka, Kansas. Como muchos de los primeros teóricos sistémicos, fue particularmente entusiasta acerca de comprender y tratar la esquizofrenia. No era nuevo conceptualizar a este trastorno como manando de una simbiosis no resuelta entre madre e hijo. Sí fue una innovación radical en un centro psicoanalítico como Menninger, sin embargo, poner a las madres dentro del cuadro clínico, como parte de la investigación y tratamiento de los pacientes esquizofrénicos (Prochaska y Norcross, 2000: 379). En 1951, en una casa anexa a la clínica, Bowen inició la observación de madres de pacientes esquizofrénicos, pidiéndoles que se quedaran con sus hijos y que tomaran a su cargo parte del cuidado de los mismos. Desde 1953 incluyó a padres, pero el foco de su

trabajo fue siempre la relación simbiótica entre madre e hijo. Entre 1954 y 1959, en el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH), de Washington DC, hospitalizó familias de esquizofrénicos para su observación. Debido a las resistencias que esto ocasionó, en 1956 partió para enseñar sistemas familiares e intervenciones terapéuticas a Georgetown. Lyman Wynne quedó a su cargo en el instituto durante los 60 y principios de los 70, período en el cual prestigiosos investigadores como Shapiro, Beels y Ferber trabajaron allí (Fernández Moya, 2000: 28–29).

En Georgetown, Bowen formuló su abordaje, conocido como *terapia familiar sistémica*, y completó una investigación multigeneracional detallada con unas pocas familias, incluido un caso que llegaba hasta más de 300 años atrás.

En la concepción boweniana, la enfermedad emocional surge cuando los individuos son incapaces de diferenciarse a sí mismos de sus familias de origen. La *diferenciación del self* es la capacidad de ser emocionalmente controlado mientras se permanece dentro de la intensidad emocional de la propia familia. La *fusión* es el fenómeno que interfiere con la diferenciación del self desde la familia, resultando en una *masa indiferenciada del ego familiar*. Para la teoría de Bowen, mientras más amenazada o insegura se siente una familia, o estresados se sienten sus individuos, más tiende el sistema a fusionarse. Otro concepto central es el de *triangulación*, fenómeno dado cuando la fusión entre dos personas, tales como el marido y la esposa, alivia la tensión mediante la involucración de terceras partes vulnerables que toman partido por una de ellas. Bowen señaló la inestabilidad de las díadas, por oposición a los triángulos, relaciones mucho más estables y que por ende contribuyen a dificultar la diferenciación familiar.

Los triángulos tienden a ocurrir a través de las generaciones. Por ejemplo, si una esposa está experimentando un discomfort considerable acerca de su matrimonio, puede recuperar homeostasis o equilibrio en el mismo proyectando sus ansiedades en su hijo. Una *proyección familiar* hace que los padres “tiren” juntos mediante la creación de una preocupación con el problema del niño. El niño más vulnerable a esta proyección será el más cercano emocionalmente o más fusionado con los padres. Este niño tendrá asimismo pocas chances de un self diferenciado y adecuado, porque la familia necesita que él mantenga la homeostasis en las relaciones parentales. Como los triángulos ocurren típicamente a través de las generaciones, puede desarrollarse severa psicopatología desde un *proceso de transmisión multigeneracional*. Un niño que ha sido triangulado puede emerger de una familia con un bajo nivel de autodiferenciación. Este niño se casará

probablemente con alguien con un nivel similar de diferenciación, y sus hijos tendrán niveles todavía menores de diferenciación. Finalmente, después de múltiples generaciones, un niño puede emerger con un nivel tan bajo de diferenciación, que una severa patología, como la esquizofrenia, es casi inevitable.

En cuanto al proceso terapéutico, diremos sólo que en tanto que la enfermedad emocional surge de una indiferenciación inadecuada del self respecto del sistema familiar, la meta del tratamiento boweniano es aumentar la diferenciación del self mediante destriangulaciones de los miembros de la familia. Al ser el sistema familiar un sistema de triángulos engranados, el cambio producido en uno causará cambio en todos los triángulos (Prochaska y Norcross, 2000: 380).

*Otras escuelas y países.* En Italia podemos hablar de dos grandes escuelas de terapia familiar: la escuela de Milán, con Mara Selvini Palazzoli, quien, partiendo del psicoanálisis, en los 60 empezó por relacionar el síntoma con el funcionamiento familiar en la anorexia. Más adelante fundó el *Instituto para el Estudio de la Comunicación en las familias con un miembro esquizofrénico*, donde trabajó con otros terapeutas en la transacción esquizofrénica, siendo muy influenciada por Bateson y Watzlawick. La otra escuela es la de Roma, encabezada por Maurizio Andolfi, quien trabajó en terapia familiar desde 1969, formándose por, entre otros, S. Minuchin y J. Haley (Fernández Moya, 2000: 37–39).

En la Argentina las motivaciones para la construcción de un pensamiento sistémico fueron las mismas que en otras latitudes: la herramienta que proporcionaba el psicoanálisis no satisfacía la creciente, variada y cambiante demanda de atención. La falta de tiempos y espacios para desarrollar con eficiencia y eficacia la labor terapéutica hizo surgir las terapias grupales, las terapias breves, el psicodrama y la terapia familiar, todas inicialmente con un lenguaje derivado del psicoanálisis y con técnicas adaptadas de esa escuela. El abordaje de problemas infantiles, con la exigencia del trabajo con los padres, fomentó el paso a lo familiar. El cambio se realizó en algunas instituciones pioneras a principios de la década de 1970: los centros de salud mental de San Telmo y Núñez, dirigidos por Pedro Herscovici y Hugo Rosarios, con un plantel formado por Adolfo Loketek, María Rosa Glassermann, Hugo Hirsch, Cecile Herscovici y otros. Desde la fundación, en 1979, de la Sociedad Argentina de Terapia Familiar, con la revista *Terapia Familiar, Estructura, Patología y Terapéutica Familiar*, surgieron numerosas asociaciones y entidades como el CEFYP (Centro Familia y Pareja), el Instituto de Psicoterapia Familiar (en Mendoza), el Instituto de Terapia Sistémica y el Centro

Privado de Psicoterapias (Fernández Moya, 2000: 41–42), instituciones de creciente relevancia –a pesar de la hegemonía psicoanalítica– en el quehacer psicoterapéutico nacional.

En 1983 se organizó el Primer Encuentro Nacional y el Primer Encuentro Transandino de Terapia Sistémica, con sede en la ciudad de Mendoza, constituyéndose la Federación Argentina de Terapia Sistémica.

En nuestra provincia, al igual que a nivel nacional y en otros países, la TFS surgió entre un grupo de profesionales que se dieron cuenta de que las herramientas con que contaban eran ineficaces, en particular con el tema con que se hallaban trabajando, que era la minoridad. Como en otros niveles, la ortodoxia psicodinámica estaba lejos de las necesidades reales de los pacientes y las instituciones, y estos profesionales se vieron urgidos a mirar más allá de los límites de lo que se hacía en nuestro medio, en busca de herramientas idóneas. Hoy en día la TFS en Mendoza se desenvuelve eminentemente a nivel de atención privada y de la docencia universitaria de grado y de posgrado en la Facultad de Psicología de la Universidad del Aconcagua, sede esta de la única Maestría de Terapia Sistémica de nuestro país, creada en 1996 sobre la base de un curso de posgrado que databa de 1984 (op. cit.: 42–51).

#### **II.8.4.5. Nuevas perspectivas en terapia familiar**

Recapitulando un poco esta historia de 50 años de TFS, podemos decir que desde antes del proyecto Bateson, el ambiente familiar de los pacientes esquizofrénicos venía despertando un gran interés, especialmente en el intento de establecer un papel causal en la enfermedad. Desde el psicoanálisis, Frieda Fromm–Reichmann introdujo en 1948 la expresión “madre esquizofrenógena”, término que según Carol Anderson, Gerard Hogarty y Douglas Reiss –autores de la *terapia familiar psicoeducacional*– se ha convertido, lamentablemente, “en una obsesión para las madres de estos pacientes”. A partir de *Hacia una teoría de la esquizofrenia*, del proyecto Bateson, siguió una catarata de trabajos sobre el tema. Así, las relaciones lateralizadas entre padres e hijos, las irregularidades estructurales, la discordia conyugal y los trastornos de la comunicación pasaron a contarse entre las primeras causas que para la TFS contribuían al desarrollo de la esquizofrenia.

Particular fuerza tomaron las descripciones de la comunicación en estas familias: Wynne y Singer desde fines de los 50, y luego Goldstein, Rodnick, Jacob y

Jones desde mediados de los 70 caracterizaron las interacciones como carentes de claridad y reconocimiento, vagas, amorfas, tangenciales o ajenas al tema del momento, y estas descripciones fueron tan convincentes para aquellos clínicos que creían que las familias podían ser causales de la esquizofrenia, que se abocaron a la empresa de modificar, en la terapia, estas pautas.

Los primeros programas fueron intentos relativamente poco estructurados de ayudar a los miembros a expresarse mutuamente sus ideas y sentimientos, esfuerzos que no fueron recompensadores ni para los clínicos (incluidos los propios futuros autores del modelo psicoeducacional) ni para las familias, las cuales veían algunas veces empeorar la situación. Con el tiempo, los estudios de seguimiento orientados a trazar estrategias de intervención *no* demostraron resultados concluyentes, por lo que decayó el interés por la investigación de las familias con miembro esquizofrénico (Anderson *et al.*, 1988: 36–37).

J. Pereira Miragaia (1999: 282–283) habla de tres períodos en la historia de la investigación de las familias de los esquizofrénicos: primero una etapa de euforia durante las décadas de 1950 y 1960, después un cierto pesimismo en la década de 1970 –coincidente con estos fracasos de que hablan Anderson y sus colaboradores–, y por último un cierto optimismo a partir de los 80, momento en que concluyó la investigación de estos últimos autores.

En cuanto a la investigación centrada en las variables del ambiente familiar, Pereira Miragaia sitúa su inicio en Londres, con los estudios de Brown, en los 50<sup>30</sup> (Pereira M., 1999: 282). Por razones del orden que hemos elegido para nuestra exposición, veremos los fundamentales estudios de *emoción expresada* recién en el capítulo IV, en el marco de los antecedentes del modelo psicoeducacional, por lo que nuestra historia quedará por ahora trunca en este punto. En ese capítulo veremos detalladamente las investigaciones más importantes de estos últimos cincuenta años, que han conducido a los últimos abordajes familiares de la esquizofrenia, entre los cuales la *terapia familiar psicoeducacional* ha resultado ser uno de los más efectivos.

---

<sup>30</sup> Sin duda habla de “inicio” específicamente en lo que respecta a variables puntuales del “ambiente” familiar: sería imposible desdeñar la producción del proyecto Bateson (que abordaba de algún modo ese ambiente, aunque centrándose en lo comunicacional), el cual empezó a publicar antes del trabajo pionero de Brown, publicado en 1959.

En síntesis, la TFS constituye un movimiento de incalculable valor para la historia de las propuestas en salud mental en general, y en particular en lo referente al tratamiento de enfermedades mentales graves como la esquizofrenia. En el capítulo IV –partiendo de muchos conceptos que ya hemos revisado– comprenderemos mejor el aporte que este nuevo modo de pensamiento y acción implica para las personas que reciben el diagnóstico de esquizofrenia y sus familiares.

### **II.8.5. *El movimiento de integración en psicoterapia***

Si el apartado anterior pareció descentrado respecto de la historia de los tratamientos de la locura, este lo parecerá aún más. Si bien la terapia familiar sistémica es un capítulo de la historia más amplia del pensamiento en salud mental o de la psicoterapia, conserva una estrecha relación con la esquizofrenia en tanto que dicho trastorno y las dificultades que planteaba fue uno de los puntos de partida del movimiento y un tema de investigación central, sobre todo en los primeros tiempos. En el presente apartado, en cambio, no se encontrará mención alguna a la problemática de las enfermedades mentales. Hemos decidido incluirlo aquí, sin embargo, por dos motivos. Por una parte, el movimiento de integración es firmemente señalado por múltiples e influyentes investigadores como el futuro de la psicoterapia –y la ponderación de las intervenciones psicosociales (entre ellas la psicoterapia) en las patologías mentales está dentro de nuestros objetivos–. Por la otra, una de las variantes de la integración, el *eclecticismo técnico*, es uno de los pilares teóricos de nuestro trabajo y nuestra propuesta, por lo que consideramos imprescindible contextualizarlo históricamente. Además, como veremos antes de terminar este capítulo (*cf.* II.8.7.), algunas formas de integración pueden ser encontradas –de manera implícita– en la terapia familiar sistémica en general y en el modelo psicoeducacional en particular.

Como en el caso de la terapia familiar sistémica, la integración en psicoterapia es de más larga data que su denominación: recién en los años 80 la integración ha sido un tema de discusión, aunque los intentos por realizarla pueden remontarse cincuenta años atrás.

El primer antecedente que menciona la literatura remite al encuentro anual de 1932 de la *American Psychiatric Association* (APA), cuando French presentó un trabajo en que trazaba algunos paralelos entre el psicoanálisis y el condicionamiento

pavloviano (por ej., similitud entre los conceptos de represión y extinción). Las críticas más despiadadas y cínicas no se hicieron esperar hacia el pobre French (Goldfried y Newman, 1992: 47).

En 1936, Rosenzweig publicó un artículo en que postulaba que la efectividad de los diversos abordajes terapéuticos probablemente tenía más que ver con los elementos en común que todos tenían que con las explicaciones teóricas específicas con que cada uno se basaba. Este intuitivo terapeuta anticipó lo que muchos años después la investigación propondría como factores de gran importancia para predecir el éxito terapéutico: la personalidad del terapeuta, la provisión en terapia de modos alternativos de explicar el problema, y el papel sinérgico del tratamiento de diversas áreas del funcionamiento de las personas (op. cit.: 48).

Muchos otros aportes surgieron en los años siguientes. Sin embargo, el clima conservador en lo social y político de los años 50 no favoreció todavía que los terapeutas cuestionaran sus propios paradigmas. La década siguiente, con su amplio orden de desafíos sociales y culturales, trajo un marcado aumento de publicaciones favorables a la integración, de las cuales la más crucial quizás haya sido *Persuasion and Healing* (Persuasión y curación), de Jerome Frank, que apuntaba a los factores comunes entre las diversas terapias, identificando factores de cambio en contextos aparentemente tan disímiles como la conversión religiosa, las curaciones primitivas, el lavado de cerebro y el efecto placebo (op. cit.: 50–51). Según este terapeuta, había cuatro notas comunes a todas las psicoterapias: una relación particular entre terapeuta y paciente, cuya base es la confianza de este en la competencia de aquel; la expectativa social positiva sobre el ambiente en que se desarrolla la terapia; un mito sobre la salud y la enfermedad; y el hecho de disponer de un procedimiento que resulta de una prescripción teórica (Fernández Álvarez, 1992: 25).

Otro hito fue el surgimiento en 1970 del *journal* llamado *Behavior Therapy*, en que editores y colaboradores dedicaron su atención a aspectos teóricos y terapéuticos que no eran estrictamente conductistas. Al año siguiente, Arnold Lazarus –creador del término “terapia conductual”– publicó un libro en el que proponía un amplio rango de técnicas conductistas y no conductistas que podían ser utilizadas por lo que él llamaba “terapeutas conductuales de amplio espectro”. En 1975, Paul Watchel escribió acerca de las contribuciones a la psicoterapia psicodinámica hechas por Alexander, Horney y Sullivan como evidencia de que los abordajes conductuales podían ser fácilmente incorporados a la red conceptual psicodinámica. En su clásico *Clinical Behavior Therapy* de 1976, Goldfried y

Davison proponían que la terapia conductual no tenía que seguir asumiendo un lugar antagonista frente a otras orientaciones. Ese mismo año, Sol Garfield –autor fundamental del enfoque llamado *factores comunes*– encontró que el 55% de los terapeutas norteamericanos se consideraban eclécticos. La *terapia multimodal* de Lazarus, el *abordaje transteórico* de James O. Prochaska, la *terapia ecléctica* de Larry Beutler y varios otros modelos que surgieron entre fines de los 70 y el transcurso de la década siguiente son ejemplo del prolífico trabajo de un numeroso grupo de terapeutas que desde distintas líneas y por diversos caminos confluyeron en el movimiento de integración en psicoterapia. En 1983 se fundó la Sociedad para la Exploración de la Integración en Psicoterapia (SEPI), que fue seguida por la aparición de varios *journals* dedicados al tema (Goldfried y Newman, 1992: 50–65).

Decíamos que los terapeutas de este movimiento siguieron diversos caminos; Norcross y Newman (1992: 10–13) hablan de tres “rutas” posibles para hablar de integración en psicoterapia:

- La *integración teórica*, que pone el énfasis en la emergencia de teorías nuevas por combinación superadora de las teorías “puras” como por ejemplo el psicoanálisis y el conductismo; P. Watchel y J. Prochaska están entre los más destacados autores.
- Los *factores comunes*, donde la búsqueda pasa por determinar aquellos ingredientes comunes a distintas terapias (que son considerados responsables de la mayor parte del cambio terapéutico) y basar en ellos los modelos de intervención, pasando a un segundo plano –y a veces cuestionando– el valor de las técnicas específicas de cada escuela; J. Frank, S. Garfield y B. Beitman son partidarios de esta línea.
- El *eclecticismo técnico*, o esfuerzo por seleccionar el mejor tratamiento posible para la persona y problema particulares que se presentan, basándose en la información sistemática sobre qué intervenciones han funcionado bien en el pasado con determinadas características de paciente y problema. Quienes abrazan esta postura (A. Lazarus y L. Beutler son los más destacados autores) utilizan procedimientos surgidos de diversas fuentes, sin adscribir necesariamente a las teorías que les han dado origen: no existe una conexión necesaria entre creencias y técnicas. Debe distinguirse *eclecticismo técnico o sistemático* de “sincretismo” o “eclecticismo por omisión”, que sería la elección caprichosa, acrítica y asistemática (no

fundada en la investigación, sino en un mero ensayo–error) de técnicas terapéuticas (op. cit.: 20). Se ha llamado también *eclecticismo sistemático* a algunos enfoques, en tanto que brindan guías específicas al clínico para la selección de tratamientos. El modelo de Beutler y Clarkin que utilizaremos en IV. 3. y IV. 4. entra en esta categoría, y es también llamado *prescriptivo* y *diferencial*, en tanto permite la asignación selectiva de los pacientes a tratamientos, settings y terapeutas, sobre la base de las respuestas que ha obtenido la investigación con asignaciones similares (Beutler y Clarkin, 1990: 5).

Los terapeutas norteamericanos que se consideran “eclécticos” por usar técnicas provenientes de diversas escuelas según la necesidad del cliente (casi la mitad de la muestra en un estudio de 1977) tienden a preferir la denominación “integración teórica” a “eclecticismo técnico” para definir su práctica, y las combinaciones de teorías que estos profesionales refieren haber elegido con mayor frecuencia son, por orden de ranking (Norcross y Newman, 1992: 19):

- cognitivo–conductual
- humanística–cognitiva
- psicoanalítica–cognitiva
- conductual–humanística
- interpersonal–humanística
- humanística–sistémica

Dentro de lo que hemos definido como *eclecticismo técnico*, Beutler y Clarkin (1990: 6) ubican su obra dentro de una segunda generación de este pensamiento, en la que ya no se busca integrar diversos abordajes primarios o escuelas (primera generación) sino diversos modelos eclécticos.

Entre los factores que la literatura señala como coadyuvantes a la proliferación de las diversas variantes de integración, tenemos:

- La gran proliferación de modelos terapéuticos, los cuales pasaron de 36 en 1959 a unos 130 en 1976 (Fernández Álvarez, 1992: 23), alrededor de 250 en 1980 (Lazarus, 1989: 1) y más de 400 a finales de los 90.

- La inadecuación de las teorías tradicionales para dar respuesta a la variabilidad de los casos.
- Contingencias socioeconómicas, como el advenimiento de la acreditación legal de los psicólogos en EEUU y el financiamiento de su entrenamiento desde la instancia federal; las presiones desde las cortes, las políticas estatales y los programas de seguro por la efectividad de las terapias; los movimientos de consumidores informados, etc.
- El creciente interés en las psicoterapias de corto plazo, focalizadas en los problemas.
- Las oportunidades de los clínicos para experimentar con diferentes tratamientos, relacionado con el surgimiento de organizaciones que tratan problemas específicos, fomentan la exposición de los terapeutas a modelos diferentes del propio sustentados por otros profesionales.
- La escasa diferencia entre distintas escuelas en cuanto a la efectividad obtenida (Norcross y Newman, 1992: 7–10).
- El reconocimiento de que sobre los factores comunes (por ej., aspectos de la relación terapéutica) pesa gran parte del resultado de las terapias (Lambert, 1992: 97).
- El desarrollo de una red profesional –la SEPI y otras organizaciones– (Norcross y Newman, 1992: 7–10).

Antes de pasar a lo que sigue, diremos que el movimiento de integración tiene también su historia local. Los intentos de David Liberman en el sentido de la integración entre el psicoanálisis y la teoría de la comunicación (basada en la obra de J. Ruesch), así como en general la obra de Enrique Pichon Rivière, se encuentran entre los más conspicuos primeros pasos (Fernández Álvarez, 1992: 24). En 1983 se realizó la Conferencia Internacional de Psicoterapia en Bogotá, Colombia, donde tuvo lugar un amplio debate sobre la integración (op. cit.: 42). Actualmente está en curso en nuestro país un importante proyecto de validación de la metodología del modelo de *selección sistemática de tratamientos*, de L. Beutler –del que tomaremos parte de su estructura para el capítulo IV–. Fue iniciado a comienzos de 2001,

sustentado por dos instituciones: AIGLE y el Centro Privado de Psicoterapias, e involucra alrededor de 15 terapeutas.<sup>31</sup>

Después de esta digresión, que retomaremos al final del capítulo en las conclusiones parciales que esperamos obtener de este recorrido histórico, volveremos al tratamiento de la esquizofrenia tal como puede pensarse en la actualidad.

### **II.8.6. Nuevas tendencias en investigación y asistencia de la esquizofrenia**

Desde fines del siglo XIX y durante gran parte del siglo XX, la psicopatología estuvo marcada por la división de los trastornos mentales en dos grandes grupos: las *psicosis* y las *neurosis*. La oposición entre ambas categorías radicaba no sólo en la expresión sintomatológica y clínica sino también en los diferentes métodos y técnicas para el tratamiento y en los particulares circuitos asistenciales de cada una: las psicosis permanecían relativas a lo manicomial y psiquiátrico, mientras que las neurosis recibían tratamiento ambulatorio y psicológico. Recién a partir de la década del 70 esta división fue rota por obra de los modernos sistemas de clasificación CIE y DSM. Incidieron en este cambio la tipificación de los trastornos de la afectividad (que abarcaron trastornos antes considerados neuróticos o psicóticos), del sueño, del control de impulsos, así como la división de las neurosis en trastornos de ansiedad, disociativos y somatomorfos (Jarne, 2000: 391).

Así, el término “neurosis” ha prácticamente desaparecido de las concepciones modernas de psicopatología, siendo sustituida por referencias a rasgos, dimensiones y trastornos de personalidad. No ha ocurrido lo mismo con las psicosis, que aunque son poco mencionadas como tales, siguen gozando según Jarne “de buena salud clínica” en tanto concepto (op. cit.: 392). Ejemplo de ello es la frecuente alusión al término como diagnóstico provisorio ante cuadros poco claros. Frente a la falta de marcadores biológicos, esta categoría está definida descriptivamente por una serie de síntomas poco específicos.

---

<sup>31</sup> Fernández Escobar, Santiago. Comunicación personal del 10 de mayo de 2002.

En cuanto a la esquizofrenia, para A. Jarne, los años 60 marcaron lo que Colodrón había denominado en otro contexto “la torre de Babel”: una auténtica confusión de los aportes conceptuales de las diversas escuelas que hacía difícil pensar que todos los clínicos estaban hablando de la misma enfermedad. Un reflejo de esto fueron los diferentes índices epidemiológicos que se obtenían en distintos países y regiones del planeta. Fue evidente, por esos años, la necesidad de aunar criterios, y se acordó lanzar en 1968 un estudio de comparación epidemiológica entre los diagnósticos de esquizofrenia en distintos países: el *USA–UK Cross national Project*, el cual demostró esta gran disparidad diagnóstica entre los EEUU y el Reino Unido. A partir de este reconocimiento se desarrollaron durante los años 70 y 80 los sistemas diagnósticos de la esquizofrenia basados en el uso de criterios y cuya culminación es el actual DSM–IV (op. cit.: 402).

En cuanto a la psicopatología de los años 80 y 90, Jarne habla de una segunda “época dorada” del estudio de la esquizofrenia (la primera fue la de Kraepelin), con inéditos esfuerzos tanto en el terreno clínico como en la investigación básica. Sostiene este autor que un índice de este fenómeno es el desarrollo de nuevos sistemas como el de los tipos I y II, que han permitido una delimitación sintomatológica más precisa y operativa, proyectada al pronóstico y a los tratamientos integrados en sentido amplio (op. cit.: 403).

En cuanto al espinoso tema de la etiología, y a pesar de que numerosos datos sugieren la importancia de los factores genéticos en la etiología de la esquizofrenia, la existencia de una discordancia sustancial de la frecuencia en gemelos monocigotos también indica la importancia de los factores ambientales (APA, 1995: 289). Un índice del auge de la investigación en esquizofrenia está dado por el gran terreno que ha ganado en la investigación básica la corriente organicista. Jarne indica que los mayores esfuerzos actuales en investigación de la esquizofrenia están volcados en estudios sobre la base cerebral de la enfermedad a través de la genética, la neuroquímica, la neurofisiología, la neurorradiología y la neuropsicología. Los estudios sobre procesamiento de la información complementan a los más organicistas y enriquecen no sólo la comprensión de la sintomatología sino la etiopatogenia de los trastornos. Finalmente, y en cuanto a la investigación social, el autor indica que está centrada “en el modelo sistémico y de familia, con una evidente proyección práctica en la terapéutica”. (Jarne, 2000: 402–404).

Además del auge del modelo sistémico, otra tendencia de gran interés para nuestro abordaje ha sido destacada en el marco de la psiquiatría actual: “Los

profesionales eclécticamente acogen los aspectos más positivos de cada tendencia”, adoptándose frecuentemente un modelo psicopatológico para un determinado cuadro y otro para interpretar un trastorno diferente (Vallejo R., 1991: 12).

Coincidiendo con Jarne, Pereira Miragaia (1999: 284–285) dice que en los últimos quince años hubo un notable desarrollo de los tratamientos psicosociales de la esquizofrenia. Propone una serie de factores para este fenómeno:

- La medicación neuroléptica resuelve entre el 70% y el 90% de las fases agudas, por lo cual es indispensable. Sin embargo, las recaídas alcanzan al 40% durante el primer año, y montan a entre el 50% y el 60% para el segundo en pacientes que reciben su medicación neuroléptica de mantenimiento. El impacto de esta medicación en el funcionamiento social es bastante limitado.
- Los períodos de internación se han acortado, y el paciente es dado de alta con una remisión parcial. Además, el 70% de los pacientes esquizofrénicos residen regularmente en el hogar familiar.
- Los estudios de *emoción expresada* (concepto que trataremos en los próximos capítulos) llevan a considerar la interacción familiar como predictora de no recidiva y de una mejor integración en la comunidad.
- En muchos casos, las familias son las que prefieren hacerse cargo ellas mismas de sus hijos/as o esposos/as esquizofrénicos.

En cuanto a los resultados de los tratamientos de la esquizofrenia y los tiempos de internación, Hogarty señala que antes del tratamiento moderno, entre el 10 y el 20% de los pacientes seguían un curso de empeoramiento catastrófico que los condenaba a menudo a la hospitalización ininterrumpida. Hoy, la mayoría presenta episodios psicóticos intermitentes o periódicos, asociados con ausencia de un tratamiento medicamentoso de mantenimiento (Anderson *et al.*, 1988: 149). En la actualidad, el período de internación se mide en días más que en años, como ocurría antes de la revolución de los psicofármacos. Esta hizo que el número de internados se redujera sustancialmente a mediados de los 50 (op. cit.: 127). Actualmente son frecuentes las internaciones por 3 o 4 semanas o aun menos, contra las 6 a 12 semanas que suele requerir una remisión completa de los síntomas, por lo que gran parte de los pacientes dados de alta no han salido aún de su psicosis activa (op. cit.: 148).

Los grandes progresos en la farmacología y en el estudio de aspectos como la expresión de emociones sobre el curso del trastorno han llevado a un interés cada vez mayor en aprovechar los recursos de la familia, ya sea para lograr el acatamiento de la medicación, como para reducir los estresores que pueden desencadenar recaídas (Pereira M., 1999: 284–285). Fue esto lo que dio paso a que Carol Anderson, Douglas Reiss y Gerard Hogarty desarrollaran lo que ellos llamaron “programas psicoeducativos”, en tanto incluían una serie de materiales didácticos dirigidos a la familia y a los pacientes, así como estrategias terapéuticas destinadas a mejorar el manejo del estrés de la familia a través de la mejoría de la comunicación y del trabajo sobre habilidades para resolver problemas. Estos autores, pioneros de la

psicoeducación –cuyo modelo veremos en el capítulo IV–, publicaron en 1980 un trabajo llamado *Tratamiento familiar de pacientes esquizofrénicos adultos: un enfoque psicoeducacional*.<sup>32</sup> Pereira Miragaia enumera una serie de elementos comunes a diversos programas de intervención familiar psicoeducativa:

- Educación sobre la esquizofrenia
- Mejoramiento de la comunicación
- Entrenamiento en solución de problemas
- Reducción de la *emoción expresada*
- Reducción del contacto entre los miembros de la familia y el paciente
- Ampliación de las redes sociales del paciente y la familia
- Reducción de las expectativas

Como contrapartida de este auge de los desarrollos psicosociales y familiares en el tratamiento de la esquizofrenia, los propios creadores de la terapia familiar psicoeducacional son menos optimistas que Jarne y Pereira Miragaia<sup>33</sup> en

---

<sup>32</sup> *Schizophrenia Bulletin*, N°6.

<sup>33</sup> Debemos tener en cuenta que las obras de Pereira Miragaia y Jarne datan de 1999 y 2000 respectivamente, mientras que la de Anderson, Hogarty y Reiss fue publicada en inglés en 1986. Es posible que se haya registrado en los '90 un incremento de las investigaciones sobre intervenciones psicosociales y familiares.

cuanto al auge de la investigación en estos campos. Sostienen que el apoyo prestado a la investigación y tratamiento de la esquizofrenia equivale apenas a una fracción del que reciben otras enfermedades tanto o menos frecuentes o costosas. Esto es así aun siendo la esquizofrenia una enfermedad sumamente cara, tanto por los gastos que demanda su tratamiento como por los ingresos que se pierden: en los EEUU, casi 20.000 millones de dólares anuales se gastaban en su atención en la década del 70. Estudios más recientes, de mediados de los 80, indican que un caso de esquizofrenia cuesta seis veces más que un caso de infarto de miocardio, una de las principales causas de incapacidad y muerte. La esquizofrenia absorbía alrededor del 2 al 3% del producto bruto nacional del rico país del norte a mediados de los años 80 (Anderson *et al.*, 1988: 128). Al año 1990, el monto trepó a 32.000 millones, lo que representa nada menos que el 22% de los costos totales en salud mental de ese país, y el 2,5% del costo total de salud de ese año (Glazer, 1997, citado en Gabay, 1999: 103).

Pasando a una faz menos optimista aun que la académica o científica y más ligada a la cruda realidad asistencial, los autores dicen que los sistemas públicos de salud mental son un depósito de los pacientes “menos dotados y pudientes”, cuyo tratamiento ha caído en manos de los profesionales menos experimentados y peor pagos. Históricamente, los sectores administrativos apenas si han aceptado que la profilaxis constante interepisódica es la mejor defensa contra nuevos brotes (Anderson *et al.*, 1988: 17). Los programas de rehabilitación, en tanto que preparan a los pacientes para una transición a su externación y ayudan a la continuidad de los tratamientos, disminuyen sustancialmente los costos de salud, tanto para los estados como para las familias (Gabay, 1999: 103). Para tener una estimación de estos costos, un estudio de Kissling señala que los pacientes esquizofrénicos sometidos a tratamientos convencionales con neurolépticos pasan entre el 15 y el 20% del tiempo que les queda de vida internados (Kissling, 1991, citado en op. cit: 103).

Clarkin, Frances y Perry (1992: 464) indican que la accesibilidad a los settings de tratamiento está cambiando dramáticamente en la actual era de restricción de costos. El cuidado de pacientes internos es cada vez más y más restringido en términos de quién lo obtiene (los pacientes más perturbados en distrés agudo) y qué tanto del mismo está disponible (la duración de la estadía se está volviendo más restrictiva)”. Esto –señalan los autores– lleva a los terapeutas a ser más creativos en la búsqueda de alternativas. Por nuestra parte, podemos decir que la creatividad encuentra sus límites concretos en las condiciones sociales y

económicas en que se puede desenvolver. Esto lo saben de sobra los clínicos, que deben luchar día a día contra múltiples dificultades de ese tipo en nuestros hospitales psiquiátricos.

### **II.8.7. *Final abierto***

Nuestro cierre de este largo recorrido histórico será doblemente abierto: por una parte, creemos que es claro, luego de esta revisión, que la locura en tanto construcción social es de naturaleza histórica, y que por ello ha estado y sigue estando atada a múltiples contingencias culturales, económicas y políticas; por la otra, somos conscientes de que nuestro esfuerzo es limitado y que muchos volúmenes podrían escribirse con lo que a nosotros nos ha faltado de la historia de la locura y sus tratamientos, particularmente en la de los últimos años: de ahí que hablamos de “final abierto”. Dentro de esta historia reciente está la de nuestro contexto geográficamente más cercano, con movimientos sumamente interesantes como las experiencias pioneras en comunidades terapéuticas de García Badaraco, y la más reciente desmanicomialización en la provincia de Neuquén, así como seguramente muchas otras experiencias que por no ser tan conspicuas no deben de resultar menos interesantes. Desafortunadamente, entrar en mayores detalles en estos y otros puntos sería salir de nuestro foco. Además, una historia local de los tratamientos de la locura merecería, a nuestro juicio, un trabajo aparte, del cual el capítulo que ahora concluimos podría ser, a lo sumo, un comienzo o introducción.

Con todo ello, y a pesar de las limitaciones de tiempo y espacio que nos constriñen, pensamos que hemos logrado reflejar suficientemente algunas de las contingencias que han ido construyendo los tratamientos hacia lo que hoy llamamos tan natural y positivamente “esquizofrenia”. Además, hemos podido esbozar la importancia que las intervenciones psicosociales –tan jóvenes en esta larga historia de la locura, con sus raíces más directas en la persuasiva terapéutica moral– tienen para el tratamiento de las enfermedades mentales. Decimos que sólo hemos “esbozado” porque más adelante, en IV. 2., completaremos considerablemente este punto de crucial interés: abordaremos allí los conceptos y modelos más recientes y efectivos en el tratamiento de la esquizofrenia que han derivado de la terapia familiar sistémica, lo cual será un paso previo para presentar el abordaje de la *terapia familiar psicoeducacional*, modelo que constituye el eje de nuestro trabajo.

Los autores consultados –y Foucault en especial– nos han mostrado que las ideas no surgen de la nada. El aspecto de construcción histórica de lo que hoy conocemos por enfermedad mental puede sintetizarse diciendo que “la enfermedad no tiene realidad y valor de enfermedad más que en una cultura que la reconoce como tal” (Foucault, 1979: 83). En relación con esto, la vigencia del componente moral de la experiencia de la enfermedad mental que denuncia Foucault puede reconocerse en la obra de los autores de la terapia familiar psicoeducacional cuando dicen que los clínicos, al no conocer las causas de los problemas que tratan, guardan la “creencia encubierta de que los trastornos psiquiátricos no son enfermedades sino, más bien, flaquezas morales, respuestas patológicas a ambientes igualmente patológicos o males fingidos por autocomplacencia” (Anderson *et al.*, 1988: 112). P. Gabay, refiriéndose al estigma que acarrea la enfermedad mental, dice que esta se encuentra entre las situaciones más altamente rechazadas, “agrupándose con la adicción a drogas, la prostitución y el estado de ex convicto”, fenómeno que se da “tanto por el público en general como entre los mismos pacientes y sus familiares” (Gabay, 1999: 102).

La concepción de la historia de Foucault resulta, a nuestro juicio, altamente compatible con la *ecología de las ideas* que propone Bateson para los sistemas de cualquier nivel de complejidad (veámos en I.2.3. cómo las ideas subsisten automatizándose a la manera de los hábitos, reservando las funciones más flexibles y creativas de la *mente* para situaciones nuevas e imprevistas). Pensamos que lo que el filósofo francés ha ensayado puede ser leído, ni más ni menos que como una larga hipótesis sobre el porqué del surgimiento y supervivencia de algunas ideas o concepciones, y de la desaparición de otras.

Ahora bien: si revisamos con tanto detalle la postura de Foucault y sus denuncias acerca de la ingenuidad de los historiadores –por ejemplo, la historia de la medicina, que lo postula a Pinel como un descubridor “revolucionario” y “humanista” (cf. Vallejo, 1991: 6)– no ha sido con ánimo de cuestionar la legitimidad del papel de los protagonistas de la historia, ni mucho menos de desmerecer sus luchas o insertarlas en oscuras conspiraciones. Simplemente hemos querido plantear fundadamente la necesidad de la reflexión epistemológica como estudio de los paradigmas científicos (de *cómo* los mismos conocen y *cuál* es su resultado), y como construcción de las realidades de quienes han protagonizado la historia: básicamente los médicos, los locos y sus familias.

Por otra parte, más allá de las interesantes hipótesis ligadas con la conservación del poder por parte de determinados sectores sociales –en particular la naciente burguesía en el contexto de los cambios económicos que precipitaron el gran encierro–; más allá también de las circunstancias políticas que condicionaron cambios en los paradigmas científicos –por ejemplo, la caída de la psiquiatría alemana con la resolución de la segunda guerra mundial–, es interesante rescatar todo aquello que funcionó en cada *intento de solución* del problema de la locura a lo largo de estos 2.500 años. Como veremos en el capítulo siguiente al proponer un enfoque estratégico de resolución de problemas para el nivel de las organizaciones asistenciales, la valoración de la historia en este sentido tiene una gran utilidad práctica y excede el uso anecdótico e ilustrativo que algunas veces se da a esta forma de conocimiento. Para adelantarnos un poco, diremos que cuando el sentido común se revela insuficiente –e incluso pernicioso–, se impone la necesidad de revisar las soluciones intentadas del pasado.

Y, precisamente, esa revisión de las soluciones del pasado que hemos ensayado en este extenso capítulo es un punto de unión, a nuestro juicio, entre los dos grandes referentes teóricos que hemos propuesto para el presente trabajo: la terapia familiar sistémica y el eclecticismo técnico. De la primera hemos tomado (como veremos en el capítulo IV) un modelo de abordaje de la esquizofrenia: la *terapia familiar psicoeducacional*; del segundo hemos adoptado sus premisas como propuesta de modalidad general para el trabajo clínico, y la estructura de uno de sus modelos (el de Beutler y Clarkin, 1990) como sistema de ordenamiento de información sobre prescripción de tratamientos, settings, etcétera, de que nos serviremos para complementar dicho modelo de terapia familiar con información sobre resultados en psicoterapia.

Pero lo que vemos en común en estos dos enfoques es, como decíamos, la valoración de la experiencia pasada: la terapia familiar sistémica (TFS) en general, y el modelo estratégico en particular parten, en la terapia, de la indagación de los intentos pasados de solución de un problema<sup>34</sup> (Hirsch y Rosarios, 1987: 108); por su parte, el eclecticismo técnico basa las decisiones sobre qué tratamiento usar para qué paciente, en qué contexto, con qué problema, etcétera, en la información

---

<sup>34</sup> Por supuesto, muchos otros modelos trabajan de este modo: probablemente la búsqueda de estos intentos pasados sea también un “factor común” entre varios sistemas de psicoterapia.

disponible sobre las experiencias pasadas que otros terapeutas tuvieron en circunstancias similares a las que el terapeuta que debe decidir enfrenta en el presente.

Además de lo dicho, y en última instancia, desde la perspectiva del eclecticismo técnico *toda* teoría es ecléctica: “Cada teoría es, en realidad, una amalgama de puntos de vista previos” (Beutler y Clarkin, 1990: 6). Así, por ejemplo, en el ámbito de la TFS, “la terapia estructural combina elementos de la terapia estratégica y de la existencial” (Fernández Moya, 2000: 267). Al margen, es interesante para nuestro tema destacar que el eclecticismo no se limita a la psicoterapia: en el campo de la psiquiatría, cada vez son más “los profesionales que eclécticamente acogen los aspectos más positivos de cada tendencia”, adoptando frecuentemente un modelo psicopatológico para un determinado cuadro y otro para interpretar un trastorno diferente (Vallejo R., 1991: 12).

Otro aspecto relacionado que nos interesa destacar a esta altura, y que liga a la TFS con el eclecticismo técnico, es el origen de ambos sistemas en los intentos de respuesta de los profesionales a problemas para cuya solución las herramientas tradicionales resultaban insuficientes: vimos en el apartado de TFS cómo en los lugares en que esta corriente surgió o fue adoptada –incluidos nuestro país y nuestra provincia– el dilema que corrió a los terapeutas de sus anteriores paradigmas fue el planteado entre seguir perseverando en soluciones intentadas o intentar una solución diferente, en otro nivel. Así ocurrió en el Hospital de Veteranos de Palo Alto con los esquizofrénicos, y lo mismo hizo Minuchin con los jóvenes delincuentes de Wiltwyck; y la terapia familiar psicoeducacional –como veremos en el capítulo IV– fue también producto de este dilema. Con respecto al eclecticismo técnico, vimos que una de las razones para el surgimiento del movimiento de integración en psicoterapia –del cual dicha corriente es un componente– fue el fracaso de los enfoques clásicos para tratar la diversidad de la demanda de psicoterapia.

Otro punto que relaciona a la TFS con el eclecticismo técnico es que, entre las direcciones futuras para aquella, se ha señalado fuertemente el camino del eclecticismo, en el sentido de que ya ha habido en su seno un quiebre de la tendencia a formar *una* escuela y se esboza un movimiento hacia la integración. En grandes revisiones de terapeutas familiares, entre un tercio y la mitad han descripto su orientación teórica como ecléctica, lo que revela que la terapia sistémica está lejos de ser una escuela monolítica (Prochaska y Norcross, 2000: 397). La multiplicidad de lugares en que la terapia familiar sistémica surgió, así como el gran número de

referentes que tuvo han incidido, en nuestra opinión, en esta tendencia a la no unificación bajo un pensamiento hegemónico, y en la consecuente disponibilidad a la integración y en particular al eclecticismo. En otro contexto histórico –pensamos–, hubiese resultado difícil pensar en un abordaje sistémico como la terapia familiar psicoeducacional, que cuestiona abiertamente las afirmaciones etiológicas de la teoría del doble vínculo –surgida del trabajo de algunos de los “padres fundadores” de la TFS–, así como otros desarrollos sistémicos sobre la esquizofrenia (los de Stierlin, Wynne y Wirsching) que los autores del modelo llegan a tildar de “especulaciones infundadas” (Anderson *et al.*, 1988: 25). A nuestro entender, la posibilidad de criticar o, más aun, refutar las nociones de los fundadores de una escuela a partir de la evidencia actual da cuenta de la madurez científica de los miembros de esa escuela.

Con estas reflexiones damos por terminada nuestra revisión histórica de los intentos de solución con que la cultura occidental ha encarado el problema de la locura. En el próximo capítulo intentaremos describir algunos aspectos de la experiencia individual y familiar de la esquizofrenia y propondremos un modo de pensar las organizaciones asistenciales y la epistemología de quienes trabajan en ellas desde el paradigma sistémico. Con ello estaremos en condiciones de analizar la *terapia familiar psicoeducacional de la esquizofrenia* desde la información que han arrojado las investigaciones en psicoterapia. Finalmente, en el capítulo V, indagaremos a los clínicos de los hospitales psiquiátricos de nuestro medio acerca de sus actitudes hacia ese modelo en el tratamiento de la esquizofrenia y hacia el eclecticismo técnico como modalidad general de trabajo.