





Martín H. Smud

EL DIOS QUÍMICO  
COMO FIN DE LA PSIQUIATRÍA

Prólogo y epílogos  
Vicente Zito Lema

Colaboradores:  
Marcelo Altadonna y Paola Minetti

**Letra  
Viva**



**EPISTEME**  
UN ESPACIO DE CLÍNICA,  
INVESTIGACIÓN Y CULTURA

Smud, Martín H.

El Dios Químico como fin de la psiquiatría – 1ª ed. – Buenos Aires:  
Episteme / Letra Viva, 2013.

128 p. ; 22 x 14 cm.

ISBN 978-950-649-455-1

1. Psicoanálisis. I. Título

CDD 150. 195

Edición al cuidado de Leandro Salgado

© 2013, Letra Viva, Librería y Editorial  
Av. Coronel Díaz 1837, (1425) C. A. de Buenos Aires, Argentina  
e-mail: letraviva@elsigma. com / web page: www. imagoagenda. com

Contactos con el autor: martinhsrud@yahoo.com.ar

Ilustración de tapa: Luis Felipe Noé (fragmento modificado)

Primera edición: abril de 2013

Impreso en Argentina – *Printed in Argentina*

Queda hecho el depósito que marca la Ley 11. 723

Prohibida la reproducción total o parcial de esta obra bajo cualquier método, incluidos la reprografía, la fotocopia y el tratamiento digital, sin la previa y expresa autorización por escrito de los titulares del *copyright*.

# ÍNDICE

Texto preliminar, Vicente Zito Lema . . . . .	7
Prólogo, Vicente Zito Lema . . . . .	11

## EL DIOS QUÍMICO COMO FIN DE LA PSIQUIATRÍA MARTÍN H. SMUD

### Parte 1

I. Introducción . . . . .	21
II. El diagnóstico del psicofármaco . . . . .	25
III. Lo imprescindible en nuestro botiquín: curita, antibiótico, psicofármaco. . . . .	33
IV. La confusión entre disciplina e industria . . . . .	35
V. Las inversiones del psicofármaco . . . . .	47
VI. Los psiquiatras que aún no lo son y las muestras gratis. . . . .	51
VII. Publicidad médica . . . . .	55
VIII. El costo de los psicofármacos . . . . .	57
IX. En el comienzo está el hospital público . . . . .	61
X. Una historia de amor hospitalaria entre una psicóloga y un visitador médico . . . . .	65

## Parte 2

I. Introducción . . . . .	69
II. El problema del diagnosticador . . . . .	73
III. Las máquinas de anotación de la intervención médica .	81
IV. Los tres tiempos de la escena psiquiátrica. . . . .	87
V. La disciplina psiquiátrica propiamente dicha . . . . .	95
VI. La psicofarmacología y el fin de la psiquiatría. . . . .	99
VII. Y cómo terminó la historia de amor . . . . .	105
 Bibliografía general. . . . .	 109

## Epílogos

VICENTE ZITO LEMA

Locura, Pobreza y Poesía . . . . .	113
Los manifiestos de la locura . . . . .	121

## Texto preliminar

VICENTE ZITO LEMA

El nacimiento de los hospicios es simbolizado como un avance de la razón sobre la oscuridad de los prejuicios y el pavor animal de lo desconocido. La ciencia que derrota los agrios soplos de la locura; la moral que hunde su justa espada en la carne de un Mal absoluto y gratuito que se vuelve insoportable.

Se legitima, en apariencias, la primera distinción del enfermo mental; deja de ser visto como un poseído (divino o demoníaco, según soplen los vientos de la inocencia o la religión). Tampoco cargará sobre sus espaldas, ni pagará con su cabeza, el peso de transgredir las normas jurídicas que protegen a la sociedad del crimen. No tiene conciencia ni voluntad, es un niño, ininputable, se dirá. Queda separado de los mendigos, rebeldes, perseguidos políticos y criminales y se lo entrega, como objeto de conocimiento, atado de pies y manos, a un especialista médico en el abordaje y resolución de un conflicto de salud, *el psiquiatra*.

Quien conozca la historia de los manicomios, aquel que venza por un instante sus miedos primarios y se interne sin recelos por el *camino tan alto y tan desierto* que anticipa la muerte, podrá testimoniar la realidad: la institución que legaliza el saber médico de la locura y el privilegio del Estado de apartar y

clausurar el Mal que se produce sin deseo, poco ha contribuido al desarrollo científico sobre los estados límites del hombre.

Tampoco sirvió de ayuda a los que sufren agudísimas situaciones de dolor y soledad que los distinguen, visiones que los diferencian, tristezas en el espíritu y daños en la mente que los corroen, que superan la voluntad y la resistencia, y no tiene solución individual.

Más allá de los símbolos y legitimaciones los recluidos en los hospicios fueron marcados como chivos expiatorios de la alienación natural de un modelo de producción y cultura. Están condenados a expresar con sus cuerpos la fragmentación de la vida, la quiebra de la antigua unidad social, la pérdida del amor como base de la familia, la sustitución de la fraternidad por el egoísmo y la competencia despiadada en las relaciones que tejen los hombres.

Día a día, del entierro de la emoción y el asombro, y de una situación de injusticia generalizada, emerge el loco del hospicio como ofrenda humana, única y sensible.

Mal que pese a muchos, la represión, desnuda o vestida, agiganta el rostro pálido y real de la locura. La locura que salta por encima de los códigos que le pretenden burocratizar. Que hace literalmente añicos el estigma de la predisposición congénita. Que denuncia a quienes frente al pánico que les provoca la desmesura del espíritu humano no dejan de buscar en la esquizofrenia la falta de una sustancia química, y tratan al delirio –absceso de la belleza donde se concentra la reprimida necesidad poética del hombre– como un tumor maligno que debe ser extirpado.

Esa locura, temida y bastarda, que se liga a la libertad de la creación, que recuerda que dentro de los hombres vivieron los dioses, que germina igual que las flores negras sobre la podredumbre del tejido social, que se alimenta en la castración de los instintos y en la antropofagia económica. Esa locura que nace y se expande como todas las pestes.

Pero si la locura es también un intento fallido de resolución individual de conflictos; si la locura es el camino por el que avanzan el solitario, el rechazado y el pobre de toda pobreza con la

esperanza de conseguir lo que no lograron por otros medios: su porción de amor humano, ¿cómo imaginar que la locura tiene solución en nuestra sociedad? ¿Qué amor, solidaridad, piedad o estímulo puede encontrar aquí, en estos días, el hombre que se ampara en el delirio para escapar de las estrangulaciones que le prepara la vida?

Los cuerpos sociales se pudren desde la cabeza. El grado de podredumbre de nuestra sociedad, que expresan sus gobernantes y sus instituciones, es tal que no puede producir más que una conciencia enferma, dividida. La porción humana, paradójicamente, descansa hoy en los frágiles hombros de la exclusión social, en la cabeza lastimada de los dementes que mueren antes nuestros ojos abiertos, mientras una escenografía verbal montado desde el poder trata de ocultar el panorama de la sordidez y la bajeza.

Lo irracional, lo subjetivo, incluso el amor, tienden a eliminarse en el mundo de la técnica sin ética, en las sociedades industriales y consumistas y en las que se desesperan por llegar a serlo, movidas por la zanahoria de una aséptica modernidad y las bondades de un mundo globalizado. Repiten el mecanismo de la época victoriana, cuando la sexualidad iba a la hoguera en aras del puritanismo. Pero la eliminación nunca es completa: lo subjetivo, lo irracional, lo instintivo, lo sexual, el deseo hacen a la identidad del hombre. Por eso reaparecen una y otra vez, aunque sean confinados al mundo de la locura. Un mundo maldecido, castigado y temido, pero que rinde buen provecho, en tanto se lo utiliza como depósito social.

Por encima de las declaraciones de responsabilidad colectiva en la enfermedad mental y en los delirios, locura y delincuencia continúan representando la parte del hombre que debe ser eliminada, circunscripta y oculta. De allí la confusión entre picana eléctrica y electroshock, el común estigma que identifica a los han pasado por cárceles y manicomios, típicas instituciones de la pobreza, y el normal intercambio de la población (el loco a la cárcel y el preso al manicomio). De allí también que el hospicio, al igual que la cárcel, sea transformado perversamente en

el centro de la realidad. Lo principal pasa a ser la conservación de la institución, como representación metafórica del poder, y no ese hombre para quién en teoría ha sido creada y al que debe servir, curar o rehabilitar.

Recluidos en las sórdidas paredes del manicomio, cortados los vínculos con sus familias, sus compañeros y amigos, sin posibilidad de expresarse a través de las formas habituales que, aun alienadas, permiten muchas veces un resquicio para dejar un señal de identidad por el paso por el mundo, los enfermos mentales enfrentan un destino de pasividad que adelanta la muerte. Un ocio perpetuo y forzado les roe el alma. Unos sucumben. Otros, buscando sobrevivir, se refugian en un estado de inocencia. Vuelven a creer en la eficacia del deseo y los sentimientos, recobran una imagen sincrética de la creación. La conciencia podrá ser vista enconces como primordial, incluso infantil, pero será la forma de impedir que la solidificación racional y verbal de la experiencia ocupe el lugar de una realidad social que ya no les pertenece.

Aunque la sociedad les retacee su condición humana; aunque la negación sea tan absoluta que comprende todo lo que piensa y hace, el loco del hospicio seguirá con su sufrimiento alertándonos que es posible acceder a una verdad desmitificada. Que está en nosotros tomar conciencia de los múltiples planos de la realidad y de la existencia de una armonía superior entre el sueño y la vigilia, la razón y lo sensible, el individuo y el mundo exterior.

He aquí una gran paradoja: el hombre al que la sociedad le niega la razón nos permite seguir creyendo que aún en las peores condiciones es posible la existencia de un mundo más comprensible y justo, un mundo con sentido, bello.

# Prólogo

VICENTE ZITO LEMA

Cada uno de nosotros, que nunca termina de ser y hacerse, llega a la literatura arrastrando a duras penas el lugar de dónde viene. O navegando con él y por él, porque el viaje tal vez ni siquiera tuvo un definido principio, y si lo tuvo son sombras de manos y de olas, son quejidos sin palabras, risas sin sentido, como si la locura que abrió nuestros ojos jamás nos abandonara; con sus lenguajes, con sus pasiones, con sus historias...

Un escritor se construye, poseído y a los palos. Le guste o no, vuelva conciente su origen y desde allí trabaje, o lo sepulte en el más feroz desierto de su inconsciente, donde igual brotará la desesperada necesidad de revivir la vida con toda la potencia de sus actos. Son actos que dejaron huella en la compleja realidad social; actos que también dejaron grabada su memoria a fuego en nuestros huesos y en nuestro espíritu.

*Somos lo que comemos*, se dice. También somos nuestra sombra, nuestro silencio, nuestra agónica manera de desvelar el mundo, que culmina –años tras años– en las preguntas sin fin, como si todo lo transitado no fuera más que el preludio de lo que está para siempre abierto. Hay una historia, hay un relato, hay palabras y palabras, hay una pasión y desesperación por entender la realidad que nos mueve y nos conmueve. Buscamos dar sentido a una vida marcada por el sin sentido, a una estructura de representación del mundo que pareciera agotarse en la cultu-

ra de la muerte. Desde el pasado nos construimos, es cierto, sin renegar por ello a los sueños de lo que pudo ser y todavía podrá ser, aunque en el camino a ese mañana vayamos dinamitando y a la par reconstruyendo nuestros propios puentes, sin distinguir, muchas veces, los alaridos del silencio, las músicas de la carcajada y del postrer estertor.

Mucho de lo que estoy diciendo me viene a caballo y con urgencia a partir de la lectura de los originales del último trabajo de Martín Smud. Un libro, desde ya lo anticipo, que entre sus valiosas características muestra una decisión que desnuda la ideología del propio autor: compartirlo, como se comparte simplemente el pan y el vino. Hacerlo de otros y de todos, desde el mismo nacimiento.

Por eso el libro incluye mi presentación, mis balbuceos, mi voluntad de decir algo que pueda contribuir al valor intrínseco que tiene la escritura que nos entrega Smud. Pero también, y aquí la apertura que este autor propone, incluye otros textos que en distintos momentos escribí, que Smud rescata y pone en un nuevo formato, y hasta un nuevo texto que escribí a su pedido, para estar acá. Son mis epílogos. Son la amistad entre escritores y el cruce de generaciones, como símbolo de un necesario devenir.

Todo ello es registro del mundo del autor. Lleva al máximo la aventura de su existencia en un tiempo de feroz resistencia a los vínculos grupales. A ser nosotros, aún lo más propio de nosotros, que es la creación artística, intelectual, en la medida que el otro nos mira, o nos llama, o nos abre los catálogos de su expresión. En esa aventura de la existencia Martín Smud invita a participar a quienes siente afines. Con ellos organiza cartografías, bucea en las aguas siempre recelosas de la conducta humana, descubre, abre e imagina espacios, une proyectos y apuestas creativas, preguntas y respuestas. Este libro no puede ser entendido por fuera entonces de la propia vida del autor, de su formación, de su hacer en el mundo de la psicología, del psicoanálisis, de la escritura, como pasión e instrumento de la belleza.

Para ello también se vale de su capacidad para descubrir afinidades, fundar ámbitos de encuentros, respetar las diferencias y manifestarse desde la transdisciplinariedad artística y científica.

En esta obra Martin Smud se lanza sobre un tema en general poco estudiado y al mismo tiempo presente en la realidad de nuestros días. Agotadoramente presente. Con dolor y hasta con estupor presente; también con resignación presente, al igual que con rebeldía y lucidez, en la ardua tarea de conocer y transmitir.

Se trata de un libro destinado no sólo a los que trabajan profesionalmente en el área de la salud mental, sino también a quienes se interesan y se ven responsables de sus conductas, guardan para sí todavía el derecho a la propiedad del alma, derecho que incluye sueños y fantasías, apetencias y deseos, y la nunca olvidada producción del delirio, que es en definitiva lo que nos recuerda que alguna vez los hombres y los ángeles volaron por los mismos cielos, lloraron sobre una sola tierra.

Formalmente es un libro de ensayo, donde se recorre a grandes pasos, pero firmes y rigurosos, la historia de la medicina y de la psiquiatría. Hasta desembocar en los cambios que ha producido la psicofarmacología. Cambios que personalmente disputan a la par mi agradecimiento, mi recelo, y mi rebeldía.

Sin embargo no sólo hay aquí un ensayo, una razón que se abre para dilucidar uno de los grandes misterios humanos, cuya enunciado nos atrevemos a condensar con lengua simple: ¿Por qué somos como somos? ¿Por qué actuamos como actuamos? ¿Por qué, finalmente confundimos la alegre inocencia del nacimiento con la agónica desesperación de la finitud?

Acaso porque Martin Smud se ha formado en el psicoanálisis, pero simultáneamente transita por el arte, haciendo uso de la legitimación que entre otros dieron Freud y Pichon Rivière, no deja de buscar lo que está detrás de la realidad. La masa de hielo que arrastra el mar oscurecido y de la que sólo muestra una punta. Junto a ello, guiado por sus impulsos creativos, in-

introduce en la obra con maestría una historia de amor. Traza así una desafiante vuelta de espiral. Nos advierte que la necesidad humana de encontrar la relación fundante de los hechos, recurre sin embargo a la más trascendental de las pasiones, para encontrar la pequeña luz de la verdad en lo más profundo de la noche. Opera desde la razón pero no se cierra allí. Por eso nos mantendremos, gracias al autor, expectante del desarrollo de una historia pasional, donde descubrimos, narrada con lengua apropiada, la vida erótica y las frustraciones de una pareja formada por una psicóloga y un visitador médico, que cruzan sus destinos en un hospital. Es el espacio más cercano a la vida y a la muerte, a la urgencia y a la desesperación, a la esperanza y la desesperanza. Un espacio agigantado en sus contradicciones a partir de su proximidad a una villa de emergencia, con todo lo que ello culturalmente trae. El autor pone así en juego el placer de escribir más allá del tema originario, sin renunciar al mismo, generando un nuevo borde desde donde se mira y nos mira, hasta que de pronto se lanza al vacío, sin paracaídas, en la medida de su coraje intelectual, para interrogar al amor, quebrando así las reglas establecidas del ensayo, las coordenadas que aseguran la buena llegada al puerto del género.

Lo destaco: el autor no se regodea en su búsqueda, ni en sus trasgresiones, logra hacer de las mismas la carnadura de un saber. No es la primera vez que lo hace. En este texto le toca el turno a los diferentes tipos de diagnósticos en salud mental; tema impostergable para el campo del psiquismo. Sin embargo, fiel a su estilo y a su propia vida, no convierte ello en un campo críptico, donde sólo puedan sentirse llamados los especialistas. Por el contrario, sin renunciar al rigor intelectual, abre la problemática a quienes devienen como los reales interesados, las víctimas y los hacedores, también en este caso, de su propio destino: cada uno de nosotros, en la medida de su deseo y su conciencia crítica.

El libro de ensayo de Martín Smud recorre la historia de la medicina y de la psiquiatría, hasta desembocar en los drásticos cambios que ha producido la psicofarmacología. Al mismo tiempo, insistimos en recordarlo, nos mantiene expectantes de una historia amorosa, donde descubrimos la vida erótica, sensible y cotidiana, con sus expectativas y frustraciones de una pareja con fuerza de símbolo, esa psicóloga y ese visitador médico atrapados por las circunstancias, que desnudan la ligazón inexorable de los destinos personales con el mundo económico y político, también cultural en su sentido más amplio, que marca sus vidas.

En cuanto al centro de la cuestión abordada en el ensayo, tal vez no sorprenda tanto la hipótesis de que, a partir de la historia de la psiquiatría, su relación con la locura, y la introducción de la psicofarmacología, se ha producido un quiebre de afinidad entre la psiquiatría y las drogas pertinentes a su campo de acción. Pienso que sorprende mucho más las consecuencias de este divorcio, y la relación cada vez más íntima entre el fármaco y el sujeto, que va en franco crecimiento, hasta el punto de tornarse *común y corriente* salir a la calle tras asegurarse que se lo lleva encima. En tanto esa relación es vista como fin, como culminación triunfal de la especialidad psiquiátrica, podemos deducir, que el fin de la sociedad disciplinar, en el paradigma de Foucault, termina siendo el panóptico travestido en caja de remedios. *Dime que tomas, te diré quién eres*. El sumun de la sociedad consumista, no visto ya desde los electrodomésticos y las computadoras, que todavía parecieran depender de nuestra voluntad, sino desde las drogas lícitas, los dioses diarios de la química, que con una increíble potencia económica y cultural nos dominan, nos dicen qué es lo debido, cómo nos tenemos que comportar.

Estamos ante una sociedad de extrema adaptación pasiva a la realidad. La conciencia y el deseo van quedando deshilachados en el gran olvido.

El planteo de que la psicofarmacología camina hoy desprendida no solamente de los psiquiatras sino de los médicos en ge-

neral, no necesita mejor ejemplo que la realidad social de los Estados Unidos, donde se expende sin límites ni controles la llamada “droga de la felicidad”. Se consume al igual que una aspirina, abriendo las puertas de par en par a la alienación, la pérdida de la capacidad decisoria y menguando la propia razón de la existencia humana.

Los grandes laboratorios, la potente industria “limpia” que ordenan nuestra época, saben que la medicación antidepressiva es el producto que tiene más futuro. La deshumanización está a cada vuelta de esquina. Paradójicamente, pierde peso la figura de la locura, la suerte de los locos. De igual manera la angustia existencial deja de ser el centro de nuestras preocupaciones, mientras crece la ansiedad y la depresión, con sus fuertes consecuencias en las relaciones vinculares de todos los días.

En este contexto se convierte en un principio lógico, algo natural, que el diagnóstico deje de anteceder a la medicación. Por el contrario, llega después. He aquí una alteración tan riesgosa como significativa de “el espíritu de nuestra época”. Se trata de generar ganancias sin fin, la usura a ultranza es el paradigma de la conducta económica social.

El problema del diagnóstico psicofarmacológico es el tema central del presente libro. Su complejidad supera una síntesis; sin embargo queda algo para destacar: en este tipo de diagnóstico, además de quedar al desnudo la potencia de una de las industrias más poderosas del mundo, la industria de las drogas lícitas, desaparece la persona que suministra la medicación, que se hace responsable. Ya no tenemos con quién hablar. La ruptura del vínculo y el silencio sobre las consecuencias de la medicación es también parte de un proceso de ruptura del tejido social, de evitar los compromisos personales, de compartir la suerte del otro, habla de la deshumanización del hombre.

La lucha del ser humano para evitar precisamente la deshumanización, a la que se ve arrojado día a día, se convierte en el

destino de la propia vida, podemos decirlo: es algo sagrado. Pareciera que estamos atrapados. El objeto fármaco tiene una realidad transferencial que va más allá de los psiquiatras, de los psicólogos, se convierte en una realidad íntima, que aprisiona, entre esa cosa y yo, a cada uno.

Poco se piensa de los efectos a largo plazo de los nuevos dioses químicos de nuestra cultura. *No hay mañana*, en esta sociedad empecinada en el presente, parecieran decirnos a toda voz, desde las mil máscaras del poder. Queda como algo menor, y silenciado, el estado de confusión que provoca la desmedida y continua ingesta de medicamentos, para dirigir las conductas, los pensamientos y los sentimientos en una misma dirección, no la del bien común, precisamente.

Acaso la verdad nos llega a una edad donde el sufrimiento de lo actual cubre y oscurece para siempre lo que de encanto tuvo nuestra propia historia.

Pareciera que nos empecinamos simplemente en vivir para la muerte.

Vicente Zito Lema  
Buenos Aires, Abril de 2013



# Parte 1

# EL DIOS QUÍMICO CÓMO FIN DE LA PSIQUIATRÍA



# I.

## Introducción

Se trata de los “psicofármacos” y todo lo que está construido para sostener su reproducción en cada uno de nosotros.

Somos conscientes de que cuando la cosa se nos vaya de control, cuando se nos ponga fea, tendremos ahí el ofrecimiento de un psicofármaco que nos ayudará. Se nos promete que, en nuestra pérdida de cordura, tendremos un remedio para detener nuestra sinrazón.

Pero previo o quizás, lo más raro, con posterioridad esa pastilla nos entregará un diagnóstico. Es llamativo que ese diagnóstico aparezca después de ingerirla y que no sea anterior pero el psicofármaco es así y ésta es una de sus grandes travesuras.

Lo toma un individuo y en esa misma toma descubre su diagnóstico. Esa pastilla se pone por delante de la persona, como haciéndole burla, tomándola en vez de ser tomada por ella.

El fármaco se hace escuchar.

-1-

El diagnóstico psicofarmacológico es una de las cinco formas de diagnosticar en salud mental y por la que comienzo hoy.

Cuando un paciente pide un diagnóstico a un profesional, éste le tendría que preguntar sobre cuál de los cinco tipos de diagnóstico le pide respuesta.

Es curioso que sea un tema poco investigado, siendo cotidiana la ingesta para muchos de nosotros, campo de incumbencia para profesionales psi y tema trascendente para un público interesado en una problemática con consecuencias sociales y epocales.

Lo que resulta llamativo, además de la falta de investigación, es que los cinco tipos de diagnósticos<sup>1</sup> aparecen simultáneamente aunque para su estudio resulte necesario investigarlos uno separado del otro. Aún para quién piensa que maneja con destreza los elementos de la construcción diagnóstica de algunos de ellos, más allá de que utilice sólo a uno o dos de ellos, los otros siempre están presentes y se cuelan en forma, muchas veces, inesperada.

Por ser un tema importante, amplio, poco ahondado pero sobre todo porque implica manejar conocimientos específicos, cuestiones epistemológicas y compromisos políticos, considero este texto como hipotético, una primera versión que espero abra caminos para nuevas y ampliadas investigaciones.

Me animo a publicarlo por su trascendencia, por estar años llevando adelante esta investigación y, a nivel personal, porque me permite escribir sobre un montón de temas que aún no había abordado.

En esta oportunidad, me enfocaré en la formación de los psiquiatras y en la disciplina psiquiátrica, pondré la mirada en los visitantes médicos y en lo que llevan en sus maletines negros y abriré para que observemos, lo que hay en el botiquín que encontramos en nuestras casas posmodernas. También les contaré una historia de amor entre una psicóloga y un visitante médico, seremos testigos de sus encuentros en un hospital del Gran Buenos Aires rodeado de varias villas de emergencia.

Este texto habla de lo que hombres y mujeres esperan meter por sus bocas, de los límites y paradojas del diagnóstico psicofarmacológico y de algunas particularidades de su reproduc-

---

1. Los cinco tipos de diagnósticos son: El diagnóstico psicofarmacológico, el diagnóstico de trastornos, el diagnóstico de patologías, el diagnóstico de contexto, el diagnóstico poético. Este será el tema de próximos textos pero para quien quiera ahondar desde ahora: <http://diagnosticamos.blogspot.com.ar>

ción en cada uno de nosotros, seamos o no, profesionales de la salud mental.

Este tipo de diagnóstico es parte de una investigación más amplia que, en posteriores textos, intentaré dar a conocer. Es una de las dimensiones que se ponen en juego a la hora de construir un diagnóstico.



## II.

# El diagnóstico del psicofármaco

Empezamos por el diagnóstico psicofarmacológico porque paga bien. Un paciente utilizaba una frase que me quedó pican-do. Cuando algo funciona, él lo llama “garpa bien”. El diagnós-tico psicofarmacológico garpa bien.

A la industria farmacológica le va muy bien. Se han especia-lizado en marketing. A los trabajadores de la salud mental nos regalan las lapiceras donde escribimos en recetarios que también nos regalan. Es un diagnóstico “multitudinario”. Mueve miles de millones de dólares tanto como dependen de ellos miles de mi-liones de personas. Todos dependemos, de alguna manera, de este tipo de diagnóstico. Y tiene su historia, corta pero tan ve-loz en tomar un lugar fundamental que pareciera venir del con-fín de los tiempos

Es el método “dulce” que el hombre ha encontrado a media-dos del siglo XX para controlar el cuerpo del otro. Si antes se tra-taba de electroshocks o de, lisamente, métodos de tortura como el tratamiento lumínico o la “silla de la cordura”, ahora se trata de abrir la boca y de meter una cápsula que irá directamente a los centros del sistema nervioso central y periférico.

Es el método dulce. Antes, el control de la locura, de la sin-razón, de la pérdida transitoria de la cordura, de la desaparición de los límites, habían sido enfrentados con métodos que hacían

prevalecer la sumisión a la autoridad, las prerrogativas de la llamada realidad y, para quién lo necesitara, internaciones en asilos manicomiales.

Descubiertos a mediados del siglo XX, a pesar de que “usos caseros” se utilizaban desde los confines de la historia, los psicofármacos modernos apuntan a “enfonorar” un dolor. Si antes la locura acontecía en la calle: el loco salía gritando por la calle, ahora era sustituida por la circulación dentro de la casa.

Los psicofármacos cumplían con el sueño moderno, era la casa, por fin, el lugar del sí mismo donde desplegar las paradojas de la libertad y la locura.

Se ha estudiado cómo la psiquiatría ayudó a realizar la separación entre razón-sinrazón, eje de la modernidad temprana. Los tratamientos en los asilos aseguraron una eficacia que, más allá del loco, apuntaban “a todos los que tenían razón”.

Como sostenía Descartes en el libro “Discurso del método” (1637), “La razón es la cosa mejor repartida del mundo, pues cada uno piensa estar tan bien provisto de ella que son más difíciles de contentar en todo lo demás, no acostumbran a desear más del que tienen”.<sup>2</sup>

“Todos los que tenemos razón” también implicó para Descartes que sólo unos pocos pudieran arrogarse las prerrogativas de saber cómo manejar “los propios pensamientos”. La razón tenía un límite controlado por el otro y en ese poder, el saber de la medicina (y la psiquiatría) resultaría fundamental.

-1-

Existe un consorcio en cada edificio, su función es hacer valer el reglamento, para todos los consorcistas hay límites, por ejemplo, no se puede gritar entre las 12 y las 16 horas y después de las 22. Un edificio es como una ciudad, donde hay vecinos, hay pú-

---

2. Descartes, René: *Discurso del método*, 1637, Edic. Orbis, 1983, Buenos Aires, pág. 43.

blico, hay médicos, psiquiatras, visitadores médicos, hay formas de derivación para quien lo necesite y obligaciones de todo tipo.

El reglamento de propiedad es diferente en cada población, en cada polis. No es lo mismo cómo se escucha el grito de libertad en cada ciudad, barrio, pueblo, villa miseria.

La Modernidad sustituye ese salir a la calle por la circulación dentro de la casa y la búsqueda de un *topos* donde se encuentra encajada la solución a la libertad... y a la locura. Hablamos del botiquín que se encuentra en cada departamento y algo, un poco más personal, el “pastillero” que llevamos en la cartera o en la billetera.

Es ese *topos* que encontramos en cada casa, en cada quién, lo que tiene la función de acallar, de ensonorizar esos gritos y de darle a un sujeto un diagnóstico que lo haga comprensible para los otros.

Revisemos nuestra caja de “drogas”, seguramente encontraremos solos o mezcladas con otras a los psicofármacos. Veamos qué tenemos en nuestra caja. Si algo ya sabemos es que somos adictos, nuestra época nos ha convertido en eso, ansiosos adictos que separamos el botiquín en dos: la lícita y la ilícita, la que cura y la que envenena, la que se puede mostrar y la que no. Ya sabemos que todo fármaco tiene una parte que sana y otra que envenena, indicaciones y contraindicaciones, efectos específicos y contraindicaciones.

El emblema mismo de la medicina muestra esta misma bifurcación, del bastón de Esculapio suben víboras, de ellas se extraerán tanto el antídoto contra las enfermedades como el veneno mortal.

Ambas perspectivas, la del remedio y la del veneno<sup>3</sup>, con su ambigüedad estuvieron desde el nacimiento de la breve historia de la psicofarmacología.

---

3. Un ejemplo: un ícono como Marilyn Monroe se suicidó (si eso pasó realmente) con medicación psicofarmacológica que, tomada como era debido, le hubiera permitido simplemente conciliar el sueño.

¿Cuántas personas no tomarán ningún psicofármaco en forma directa o indirecta a lo largo y ancho de su vida?

Quizás el resultado apenas supere al cero.

El hombre es tan adicto a la mirada como a lo que entra por su boca. La comida, el sexo, los psicofármacos entran por la boca.

Los psicofármacos entran al organismo y lo subyugan. Lo hacen manipulable, le dan un sentido que lo acerca a algo que es igual a todos. Lo vuelve universal. Lo que tanto buscaba la Modernidad. Lo universal concreto en la virtualidad de las contingencias de la vida. La filosofía se refriega los paladares hablando de cómo está, hoy en día, el hombre.

Es la pulsión oral. Lo más universal del hombre, lo más concreto. El único mecanismo “instintivo” que nos ha quedado del pasaje por la cultura, es representado por una boca que succiona. Lo universal del recién nacido que chupa el alimento que es su madre. Una indistinción en el comienzo de la vida. Y una inversión, es quién nace el que confiere objetividad al “animal” humano. El bebé es quién reconstruye a su madre luego de esa indistinción esencial.

Lo que entra por la boca es el sí mismo, el cada uno, es el propio cuerpo que, cuando se hace presente, presentifica la muerte y el encierro. Moriremos con el cuerpo con el que hemos nacido. Nuestra alma en la tierra nunca se saldrá del cuerpo que sufre y envejece, que es rabiosamente feliz e ingratamente desdichado.

Cada uno es su propio cuerpo pero el cuerpo, en primera y última instancia, no nos pertenece.

Si bien la zona erógena es la oral, retorna como objeto invocante, es la voz que viene del otro. El psicofármaco entra por la boca pero la operación se completa por la oreja, cuando el objeto produce su efecto, diagnostica; ubica a un particular en un universo axiológico.

Una pastilla que entra por la boca, modifica un cuerpo produciéndolo, volviéndolo comprensible para un Otro que espera y una voz que diagnostica.

¿Cómo nació la ciencia médica moderna y cómo pararnos hoy en día frente a ella?

La historia de la medicina es uno de los temas trascendentes de análisis para pensar nuestro mundo actual. Es la historia de cómo la medicina se fue metiendo por todos los sistemas y órganos. Desde el pensamiento bastión de la filosofía clásica, la teoría de los cuatro humores sostenida por los físicos antiguos, hasta las disfunciones eréctiles que griegos y romanos apelaban a ungüentos y a las Diosas, ya no hay zona o sistema ligado al cuerpo que a la medicina moderna le resulte desconocida.

El diagnóstico psicofarmacológico se sostuvo y se sostiene en la actualidad en relación con la ciencia médica. Desde la segunda mitad del siglo XX, la psicofarmacología ha tenido vigencia, complementando el cuadro de la medicina que ahora, a todas las zonas, sistemas, órganos, agregaba algo insustancial pero potente que llamamos *ánima*, en latín alma, y de nuestra cocecha, mezclado como neologismo que lo acerca también a “ánimo”. Una abstracción humana que determina los cambios de conducta, la relación con la realidad, con los otros y con el propio cuerpo.

Foucault nos cuenta cómo en los pobres se descargaron las ínfulas investigativas de los médicos en los hospitales públicos en la Modernidad y cómo se descubrió el primer principio: “Nadie es único en morir”<sup>4</sup>. No hay derecho al propio cuerpo sino en tanto puesto en una genealogía mortal.

Foucault sostenía que la medicina estaba en la misma dimensión que la biología y la psicología. En su libro *Las palabras y las cosas*<sup>5</sup>, al hablar del triedro de los saberes en el capítulo décimo,

---

4. Foucault, Michel: *Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical* (1963), *El nacimiento de la clínica*. editorial Siglo Veintiuno Editores, pág. 272, edición julio de 2008.

5. Foucault, Michel: *Les mots et les choses. Une archéologie des sciences humaines* (1966) / *Las palabras y las cosas: una arqueología de las ciencias humanas*, Siglo XXI, 1989, 375 páginas.

asevera que dentro de las ciencias empíricas, la medicina se encuentra tensionada entre la biología y la psicología.

Si la medicina se había metido a finales del siglo XVIII con los órganos, ahora iba más allá, se metía hasta con la promesa de felicidad que mamamos desde el nacimiento.

La medicina ya no era sólo ese marcar en la camilla de la autopsia el órgano que había tenido un suceso patológico, la causa que implosionó su deceso. Ya no era una objetividad de órganos sin rostro en la materia anatomopatología que se aprendía en la morgue con el cuerpo sin vida. El motivo de la muerte, por más que estuviera bien especificado, ya no alcanzaba para destronar al par dialéctico “vida-enfermedad”.

La medicina ya no era sólo eso, ahora se metía con lo más vivo del cuerpo, con el *anima*. Y le ofrecía una solución con cara de fármaco.

Vayamos a algunos ejemplos cotidianos. Esos suspiros que salen de una mujer que le pide a su hombre que la haga suya. La medicina se mete con ese pene que tiene que cumplir con la demanda que le ruegan. Nunca ese hombre ha escuchado semejantes gritos de sensualidad y, sin embargo, su órgano no responde. Apelaría a cualquier solución con tal de tener asegurado ese pasaje por la lubricada vagina de la mujer que grita de esa forma.

La medicina le ofrecerá un fármaco, no es un psicofármaco sino su hermana más cercana, los llamados “neurofármacos”. Un bombeo mayor de sangre hacia el pene permite que pueda cumplir con esa demanda de suspiros lúbricos.

Al igual que los psicofármacos, sus descubrimientos se dieron por azar, por equivocación, por evidencia. En el caso del Viagra, por ejemplo, la droga sildenafil se utilizaba para hipertensión arterial y anginas de pecho pero sólo al observar las “notables erecciones” como dice wikipedia<sup>6</sup>, se comenzó a utilizar para problemas disfuncionales. Lo que nacía para una función, sobre la marcha, se utilizaba para otra bien distinta.

Esto es también uno de los grandes atributos de la psicofar-

---

6. Léase en <http://es.wikipedia.org/wiki/Sildenafil>

macología, su gran plasticidad de objetivos, funciones y efectos. Solamente al leer un prospecto se hace evidente esta característica. El fármaco puede producir efectos tan disímiles como polémicos, y leer un prospecto no suele ser una tarea fácil para quién tiene que tomar esa medicación.

Los fármacos nos aseguran que no hay que darle tanta importancia al deseo. Ahí hay encriptada una demanda, se trata de cumplir con ella como se responde a una carta documento. Tenemos que responder frente a quién nos demanda.

En el cuerpo se sancionan normas. Vale la pena preguntarse la implicación de unas con el otro, no tanto qué está primero y qué después, esas son polémicas para llenar debates televisivos. Nuestro cuerpo es como nuestra propiedad. Y es de nuestra propiedad, nuestro cuerpo. La comparación entre un departamento en una ciudad, la famosa autoestima, el sentido de la vida, se corresponden en que los debemos cuidar y responder frente a quienes nos demanden.

De nuestras propiedades, del cuerpo vivo, se comenzó a ocupar la medicina durante el siglo XX. Sus soluciones fueron efectivas para resolver los problemas y en esas respuestas, los psicofármacos tuvieron un lugar preferencial.

-4-

Todos decimos una frase que se va repitiendo de padres a hijos, repetimos: salud, dinero, amor. Todos tratamos de averiguar cuál es el más importante, sin darnos cuenta que lo importante es el trío, como sostiene la gúestalt: “el todo es diferente de la suma de las partes” y, como sostiene el sentido común, se nota su importancia cuando se pierde, más que cuando se tiene.

De la salud se ocupa la medicina.

Del cuerpo vivo, se ocupa los psicofármacos y los neurofármacos. Un neurofármaco abre las compuertas de las arterias ha-

ciendo subir el nivel de todos los fluidos arteriales y cerrando las compuertas de las venas. La sangre espesa ese órgano flácido, volviéndolo filamentosos, erguido, explosivo. La temperatura hace hervir los fluidos. Esto es salud para él y para ella. Este despliegue de compuertas, fluidos y explosiones resulta diferente de mostrar el órgano causante del deceso de un hombre convertido en puro cuerpo inmóvil. El cuerpo muerto se vuelve absoluto cuando deja de latir, en cambio el cuerpo vivo es el latido, el devaneo, la errancia.

No todo entra dentro del campo de la salud. Todos hablan de la importancia de tener dinero. Nosotros preferimos hablar de plata. No de dinero, ni de pesos ni de inversiones porque la plata tiene tal poder que resulta necesario pensarlo como color. El amarillo del sol, el celeste del cielo, el color plata del dinero. Ése es el color que se ha visto por estas tierras. Ése fue el color que vieron los conquistadores cuando surcaron el Río de la Plata cuando llegaron a esas costas y se metieron por ese río tan ancho como un mar pero, lo que más les llamó la atención, fue su color. El color plata solo podía ser un indicador de que, en su final, encontrarían tierras llenas de lo más valioso que los convertirían en personas ricas y poderosas.

El otro integrante del trío, el amor, no lo perderemos de vista, tiene importancia para el “cuerpo vivo”, lo incluiremos, estará presente en los encuentros entre Silvina y Marcelo, en la historia de amor entre un visitador médico y una profesional psi, que comenzó en un hospital público, en el mismo que se forman los médicos que estudian para convertirse en especialistas en psiquiatría, en el mismo que van los “villeros”, los pobres a plantear los problemas de “salud, dinero y amor” que se presentan en sus vidas.

### III.

## **Lo imprescindible en nuestro botiquín: curita, antibiótico, psicofármaco**

Los psicofármacos son drogas sintetizables en laboratorios. El comienzo de una enorme maquinaria que lleva a que los psicofármacos ocupen un lugar imprescindible en el botiquín de todas las personas.

¿Qué encontramos en los botiquines lícitos?

Los tres nombres más pedidos en nuestro botiquín son: curita, antibiótico y psicofármaco.

(Faltarían las vacunas pero no las agregamos porque no están en nuestro botiquín sino en el botiquín del estado que no deja en las manos de cada uno, el emblema del sistema “salud para todos”).

1. La curita es la más vieja, el hombre muy pronto encontró esa especie de aspirina. La que llama a calmar, la que tapa para mostrar mejor el desenvolvimiento natural, la que da un marco y ayuda a desarrollar una cura sostenida.

La curita es una manera de espera conveniente para que algo que se abrió, lastimó, supuró, vuelva a su cauce, a su estado de fluidez, a su orografía de nacientes y desembocaduras normales.

El cuidado de las heridas no es una ciencia exacta, depende principalmente de la observación clínica y de la experiencia

del profesional. Por este motivo, la buena formación y el conocimiento de los profesionales de la salud siempre serán factores imprescindibles en el cuidado de las heridas.

Las heridas implican conocer los motivos y causas de esa lesión. Se trata de ir de lo superficial a lo profundo y, luego, de lo superficial a las fuerzas implicadas en la situación acontecida.

2. El descubrimiento del antibiótico fue el hallazgo de un salvador. Lo más peligroso vivía en forma invisible. Se metía en el cuerpo y lo destruía por dentro. Y no había otra salida más que esperar la muerte que, antes de presentarse, hacía sufrir con miles de amagues y fintas. El dolor inaguantable. El antibiótico alargó la vida de los seres humanos en décadas.

¡Cuánto más tiempo hubieran vivido los pobladores originarios de la América precolombina si hubieran tenido antibióticos! Fueron arrasados por los gérmenes del viejo mundo. (Gérmenes que el hombre del viejo mundo ya había hallado antídotos en su cuerpo viejo).

El uso generalizado de los antibióticos se remonta a la segunda guerra mundial pero su descubrimiento fue tiempo antes y, como en la mayoría de los casos de la farmacología, fue azaroso.

Así cuenta la leyenda:

El primer antibiótico descubierto fue la penicilina. Alexander Fleming (1881-1955) estaba cultivando una bacteria (*Staphylococcus aureus*) en un plato de agar, el cual fue contaminado accidentalmente por hongos. Luego él advirtió que el medio de cultivo alrededor del moho estaba libre de bacterias, se sorprendió mucho y comenzó a investigar el porqué. Él había trabajado previamente en las propiedades antibacterianas de la lisozima, y por ello pudo hacer una interpretación correcta de lo que vio: que el hongo estaba secretando algo que inhibía el crecimiento de la bacteria. Aunque no pudo purificar el material obtenido (el anillo principal de la molécula no era estable frente a los métodos de purificación que utilizó), informó del descubrimiento en la literatura científica. Ya que el hongo era del género *Penicillium* (*Penicillium notatum*), denominó al produc-

to penicilina. Debido a la necesidad imperiosa de tratar las infecciones provocadas por heridas durante la II Guerra Mundial, se invirtieron muchos recursos en investigar y purificar la penicilina, y un equipo liderado por Howard Walter Florey tuvo éxito en producir grandes cantidades del principio activo puro en 1940. Los antibióticos pronto se hicieron de uso generalizado desde el año 1943. El descubrimiento de los antibióticos, así como de la anestesia y la adopción de prácticas higiénicas por el personal sanitario (por ejemplo, el lavado de manos y utilización de instrumentos estériles) revolucionó la sanidad. Se ha llegado a decir que fue el gran avance en materia de salud desde la adopción de la desinfección. Se les denomina frecuentemente a los antibióticos: balas mágicas, por hacer blanco en los microorganismos sin perjudicar al huésped.<sup>7</sup>

3. El psicofármaco fue el último en aparecer. Después del antibiótico, enseguida el psicofármaco. A partir de 1958, la psicofarmacología comenzó su época de oro que, hasta nuestros días, marca de manera definitiva el tratamiento de pacientes con diversas “enfermedades mentales”.

A partir de esa época, el número de pacientes recluidos en instituciones psiquiátricas se redujo drásticamente; por ejemplo, en los Estados Unidos, en 1955 había 560 000 pacientes psiquiátricos hospitalizados; en 1986, el número se redujo a 120 000. Las observaciones que condujeron a la introducción del primer fármaco antipsicótico, la clorpromazina, se realizaron en el laboratorio de Henri Laborit, en Francia. Laborit estaba interesado en sustancias que pudieran antagonizar los signos y síntomas del estado de choque, manifestado por debilidad, angustia, sudoración, piel húmeda y fría, pulso rápido y débil, disminución de la presión arterial, relajación muscular, etc. Este estado se puede producir después de accidentes o hemorragias graves, de traumas quirúrgicos o psíquicos serios o en personas alérgicas. Laborit pensaba que este cuadro se debía a la li-

---

7. En el diccionario Wikipedia, en <http://es.wikipedia.org/wiki/Antibi%C3%B3tico#Historia>

beración masiva de neurotransmisores y que se podía tratar a estos pacientes administrándoles antagonistas de los mismos.

En ese momento, una compañía farmacéutica francesa estaba probando fármacos antihistamínicos, uno de los cuales, la prometazina, ya había mostrado no sólo efectos antihistamínicos sino también propiedades sedantes y analgésicas importantes. Laborit ensayó esta droga en pacientes que iban a ser sometidos a cirugía y que eran, por lo tanto, candidatos a padecer un choque operatorio. La administración de la prometazina, siempre en combinación con el cóctel que el anestesiólogo acostumbraba administrar al paciente antes de la operación (el llamado “cóctel lítico”, que incluye analgésicos, relajantes musculares y ansiolíticos) no sólo disminuyó la incidencia del estado de choque sino también hizo que, antes de la operación, el paciente estuviera más tranquilo y que su estado de ánimo fuera mejor después de ese suceso.

Estos resultados indujeron la búsqueda de fármacos más eficaces que la prometazina en relación con sus efectos centrales. Apareció entonces la cloropromazina. Laborit constató que este fármaco era más potente que la prometazina, menos tóxico y que, además de producir la reacción descrita anteriormente, producía cierta somnolencia y disminución de la reactividad del sujeto a estímulos ambientales, como si no les importara lo que sucediera a su alrededor, sin que hubiera pérdida del conocimiento. Laborit sugirió entonces su empleo en psiquiatría, particularmente en las curas de sueño en boga en esa época.

Fueron Jean Delay y P. Deniker, dos de los psiquiatras franceses más reconocidos de la época, quienes en 1952 ensayaron la cloropromazina, administrada sola, en pacientes psiquiátricos. Los resultados fueron extraordinarios. Varios tipos de alteraciones psiquiátricas, desde la manía hasta los síndromes depresivos o compulsivos, mejoraban considerablemente con la droga, a tal grado que muchos de estos pacientes pudieron retornar a su casa. Este tipo de resultados nunca se habían observado antes, y significó el destierro definitivo de las cadenas en los hospitales psiquiátricos, además de que contri-

buyó al reconocimiento de la enfermedad mental como una realidad objetiva susceptible de ser estudiada y tratada (reforzando la idea de organicidad) y no como un estado mágico o de origen divino.

En 1958 Janssen descubrió las propiedades antipsicóticas del haloperidol, una droga con estructura diferente a la de las fenotiazinas (familia de fármacos a la cual pertenece la cloropromazina); en este caso se trata de una butirofenona, familia que agrega nuevas posibilidades al tratamiento de pacientes psicóticos y a otras alteraciones neurológicas.<sup>8</sup>

- 1 -

Al mismo tiempo que los antibióticos y las vacunas, los psicofármacos conseguían que la vida se alargara y, por tanto, que la existencia se volviera más compleja. Más tiempo en el mundo significaba más miedos y más conciencia de la propia finitud. El hombre pocas veces se encontraba ante alternativas tan complejas como en nuestro “siglo XX cambalache”.

La vida se alargaba y había que dejarse de joder con ese sempiterno miedo a la locura. El problema ya no era la sinrazón sino lo que podía pasar a lo largo de la vida, de nuestra extendida vida. Ya no importaba tanto la locura, ahora lo que quedaba en el medio de la palestra era la medicina y el lugar donde la familia ubicaba al botiquín familiar.

Esa familia había ido cambiando. Lo que quedaba de ese ideal de familia burguesa, luego de siglos de mudanzas y peleas, era la fragmentación familiar y como una de sus consecuencias: los psicofármacos cobraron un lugar estelar.

Padres e hijos compartían más tiempo en la tierra, entonces ya no eran tanto los padres quienes cuidaban a los hijos sino también los hijos cuidaban a los padres. Podían ahora los padres darle de tomar fármacos a sus hijos enloquecidos tanto como

---

8. Texto trabajado a partir de [http://omega.ilce.edu.mx:3000/sites/ciencia/volumen3/ciencia3/130/html/sec\\_23.html](http://omega.ilce.edu.mx:3000/sites/ciencia/volumen3/ciencia3/130/html/sec_23.html)

los hijos podían dárselos a sus padres envejecidos. Locura y vejez se emparentaban de una manera insólita.

El psicofármaco fue ganando “adeptos”. Si comenzó como tratamiento de la locura, hoy se prescribe mucho más para los desvaríos efecto de los ciclos de vida, para problemas de soledad, ansiedad, angustia, miedos de toda calaña. Gracias a sus posibilidades y plasticidad se destinan para una cantidad cada vez mayor de contrincantes revelados o a revelar. Lo llamativo es que muchos de sus cambios se fueron dando sin diagnóstico previo y sólo se realizaron con posterioridad tomando en cuenta sus consecuencias.

Sus efectos, una fuerza que se enfrenta a una contrafuerza desvariada, exagerada, peligrosa; esos efectos no se detienen a evaluar primero sus prerrogativas, no se meten a curiosear por sus meandros, son una fuerza que no puede darse ni tomarse sin consecuencias.

Si gritamos, nos hacen bajar la voz; si nos quedamos mucho en la cama, nos levantan con ímpetus colonizadores; si estamos sin poder parar ni un minuto, nos enlentecen el ritmo. Si tenemos ataques de pánico bajan las revoluciones del corazón, si nos deprimimos levantan nuestros espíritus.

Un hombre va a su tratamiento psiquiátrico, le pregunta con exigencia al profesional acerca de lo que será mejor tomar, si algo que le dé valor o algo que detenga su furibundo ataque de miedo. El psiquiatra le dice que el psicofármaco depende de cómo tomarlo, para qué y, sobre todo, depende de quién lo tome. Medita qué le prescribirá, piensa que tiene pocas oportunidades de mostrarle al paciente que con el fármaco no alcanza. Tenía la hipótesis clínica de que debía evitar darle demasiado rápido una medicación, debía evitar por un tiempo caer en esa enclenque que lo iba a dejar a él mismo por fuera de la posibilidad de continuar el tratamiento, debía no dejar que los psicofármacos ocuparan el lugar de las palabras necesarias de pronunciar.

## IV.

# La confusión entre disciplina e industria

¿Cómo pudo el descubrimiento de los psicofármacos, que apaciguaban hasta los más delirantes y violentos, llegar a ubicarse como una de las formas diagnósticas más presentes en el campo de trabajo de la salud mental?

La psicofarmacología fue el nacimiento de un enorme complejo industrial. En sus comienzos muy ligada a la historia de la psiquiatría pero, en pocos años, la industria psicofarmacológica ha logrado desprenderse de la “monoprescripción” de la psiquiatría. Actualmente pueden prescribir sus fármacos los neurólogos, los clínicos, los pediatras y, al estar sus fórmulas mezcladas con otras drogas, su prescripción se ha extendido a todas las especialidades médicas y ¿por qué no? sus resonancias tienen consecuencias en la auto-prescripción gracias a la ayuda de algún farmacéutico amigo.

-1-

La industria psicofarmacológica contrata a los psiquiatras más reconocidos y los pone a trabajar para ellos. Es lo que pasa con todos los médicos y con los psiquiatras también ocurre lo mis-

mo. Lo estamos diciendo en sentido figurado, simbólico pero también en sentido “constante y sonante”.

Cuesta decirlo de esta manera pero ya es cosa conocida. Todavía no se puede comentar mucho en voz alta. Porque tiene muchos ribetes que intentaremos, sin caer en el escándalo ni en la polémica absurda, resaltar para pensar temas que resultan fundamentales y que se dejan siempre para después.

No hay polémica al decir que muchos de los médicos más reconocidos y también más anónimos del ambiente son trabajadores directos e indirectos de la industria farmacológica.

Esto lo cuentan los mismos visitantes médicos. Importantes sociedades científicas participan en “notas pseudocientíficas en medios de difusión” que, en realidad, “son publicidad paga” para la que “se contratan médicos líderes de opinión con el único objetivo de promocionar nuevas drogas de alto costo”. Un caso emblemático es el de “una doctora de la Sociedad Argentina de Reumatología que, al mismo tiempo, es gerenta de producto para artritis reumatoidea del laboratorio John Wyeth; desde ese cargo, contribuye a la venta del producto Enbrel, cuyo valor de tratamiento es de 4000 pesos mensuales (en 2008)”.

El secretario de Acción Social de la Asociación de Agentes de Propaganda Médica (AAPM), José Charreau, añadió algunos nombres: “Es difícil que se presente una nueva vacuna sin que, antes, aparezcan notas en los medios donde infectólogos como Daniel Stamboulian o Roberto Debbag hablan de las bondades del producto. El producto puede ser bueno, pero tal vez no sea lo más adecuado asignarle recursos públicos o de obras sociales que podrían ir mejor a otras enfermedades. Lo cierto es que esto no es gratis: de los laboratorios que venden vacunas o antibióticos, no hay ninguno que no tenga recibos por pagos al *Funcei*, la Fundación Centro de Estudios Infectológicos, que dirige Stamboulian.<sup>9</sup>

Si pasa esto entre la industria farmacológica y los médicos, también ocurre lo mismo pero con sus particularidades entre la industria farmacológica y los psiquiatras. De lo que pasa en-

---

9. Nota aparecida en *Página 12*, el 1 de octubre de 2006, por Pedro Lipcovich, “Peor el remedio”, en [pagina12.com](http://pagina12.com)

tre la industria y la psiquiatría nos lo cuenta muy honestamente Federico Pavlovsky que lo vivió desde la misma cuna, en la residencia, que le permitió obtener el título de especialista en psiquiatría y que escribió sobre ello.

“Apenas acabo de terminar la residencia de psiquiatría en un hospital general y puedo revelar que, a lo largo de estos pocos años, distintos laboratorios me han dado: viajes a congresos de psiquiatría –traslado y alojamiento en hoteles para los sucesivos congresos de APSA (Asociación de Psiquiatras Argentinos) en Mar del Plata–, desayunos, almuerzos y cenas múltiples, botellas de champagne, biromes, lapiceras, cuadernos, más viajes y más becas a congresos. En los dos congresos de psiquiatría argentinos –el de AAP (Asociación Argentina de Psiquiatras) y el de APSA–, más del 90 por ciento de los inscriptos son becados por los laboratorios; el tesorero se sorprendería si un psiquiatra hiciese el intento de pagar su inscripción, lo consideraría un extravagante. Estos congresos de psiquiatría cuentan con el apoyo masivo de la industria farmacéutica, que desembolsa fuertes sumas de dinero en concepto de becas, armado de stands, de actividades “científicas”, fiestas para los médicos, cenas y hoteles. La inmensa mayoría de los 250 psiquiatras argentinos –cantidad sorprendente– que viajaron hace dos meses al Congreso Mundial de Psiquiatría, en Canadá, con pasaje aéreo y hotel incluido, lo hicieron gracias al “apoyo” de los laboratorios.”<sup>10</sup>

Los laboratorios organizan y pagan la inscripción de “sus trabajadores” a simposios u jornadas de formación y los llevan a congresos *all inclusive*. Es como irse al Caribe con “todo incluido” pero con la condición de participar tanto de las actividades estipuladas por el laboratorio como de las salidas a la noche y comidas varias. El descanso y el trabajo tienen una relación laxa. Todos saben cómo es el “ida y vuelta”. No hay pasaje de ida solamente y no se puede alargar la estadía. Se trata de un plus que les dan las industrias farmacológicas a sus trabajadores indirectos.

---

10. Pavlovsky, Federico: “La tentación” en revista Topía, en [www.topia.com.ar](http://www.topia.com.ar)

Existe una doble inserción laboral de los psiquiatras: por un lado trabajadores de la salud mental y por otro trabajadores de la industria farmacológica. Esto es la forma en que hoy en día avanza la ciencia. Y cómo avanza el saber psiquiátrico. Más allá de los dilemas que podamos plantear, ésta es una de las fuentes de construcción de diagnósticos más operativas que existe en el mundo y debemos analizar sin escandalizarnos porque, de lo contrario, sería otra manera de no seguir adelante con la investigación.

-2-

Se trata de una “confusión” entre la disciplina y la industria. Lo que nosotros llamamos confusión, la industria lo llama fusión. Psiquiatría e industria están fusionados. Los diagnósticos contruidos por esta fusión llegan a los psicólogos, trabajadores sociales, docentes, etc...

Este trabajo conjunto entre psiquiatras reconocidos y/o anónimos y la industria misma tiene incidencia en toda el área de la salud mental. Ni los psicólogos ni nadie pueden hacerse los desentendidos por no tener la posibilidad de prescribir fármacos. El acto de prescripción no lo puede hacer cualquiera pero el diagnóstico psicofarmacológico tiene vigencia para todos los profesionales psi como para pacientes y conlleva enormes consecuencias en nuestra época.

¿Es necesario conocer los pormenores de las familias de fármacos, los usos diagnósticos más recientes y las medicaciones mejor establecidas hasta el momento por la comunidad científica para llegar a sacar las conclusiones de sus postulados, sus paradojas, sus fundamentos? Si fuera así, nadie podría hablar de las cinco formas de diagnosticar en salud mental, pues no sería posible abarcar todos los elementos que entran en juego en cada tipo diagnóstico.

Esta cuestión reaparece en cada una de las formas diagnósticas en salud mental, ¿es necesario conocer todos los trastornos de todos los cambios de cada uno de los DSM para llegar a

sacar conclusiones que permitan pensar la epistemología, límites y alcances del diagnóstico de trastornos?

¿Es necesario manejar todos los resortes de todas las escuelas que han intentado sistematizar las diferentes patologías para decir algo del diagnóstico de patologías?

Posiblemente esta supuesta inhabilitación sea la que lleva a que no se haya ahondado en este tema de los diferentes tipos de diagnósticos en salud mental. Necesitar saber todo sobre todo, lleva directamente a la imposibilidad, al silencio.

En cuanto al diagnóstico psicofarmacológico tiene esta singularidad, la fusión que se realiza entre industria y comunidad médica, se realiza en todos los ámbitos y particularmente en el económico. Y es complicado, difícil sino imposible meterse en el bolsillo de un colega.

Una colega psicóloga, que trabaja en uno de los hospitales privados más importantes de Ciudad de Buenos Aires, en el área de neurología, contaba que los jefes tenían, al menos, dos entradas de dinero diferentes, una por ser integrantes del hospital y otra por realizar protocolos científicos, investigaciones sostenidas por los laboratorios.

La industria conoce al médico. Y lo ayuda a sostener sus investigaciones clínicas. No seré el primero en resaltar lo importante que resulta para toda la comunidad de médicos el lugar del protocolo científico. El protocolo científico es hablar del lugar de la Academia. Un médico además de prescribir un remedio, ve cómo actúa su trabajo en el tiempo. Debe tener una mirada crítica, debe evaluar cómo esa práctica que prescribe evoluciona y debe propulsar la evaluación de resultados, mediante una investigación constante.

Todo buen médico se precia de investigar sobre la realidad de la enfermedad (lo puede realizar en forma empírica o en forma científica). Además de recetar deben tener una visión acerca de cómo la enfermedad se manifiesta en el cuerpo. Esto dice la Academia y está bien dicho. Los médicos como ayudantes, consejeros, estrategas en la lucha contra la enfermedad, necesitan proyectar sus acciones en sus resultados.

El médico tiene una doble presencia, a la vez que evalúa el estado de la enfermedad, propone hacer algo y espera ver sus resultados. Un doble tiempo: el presente y el porvenir.

El acto médico tiene dos momentos en su misma prescripción. Presente y futuro. Y, como dijimos, tiene dos entradas de personal. Por un lado, el bello y moderno edificio de la industria farmacológica; por el otro, el complejo hospital público, siempre cercano a las villas miserias, siempre con nuevas historias para contarnos. Doble inclusión laboral.

Su trabajo está desdoblado. El diagnóstico y la evolución. El presente y el porvenir. Doble tarea que conlleva también un trabajo necesario de realizar entre la prescripción y la evolución de los resultados. Entre la solución al problema planteado, la enunciación y mensurabilidad de los resultados que exige la Academia. Y entre la disciplina y la industria.

La industria y los psiquiatras construyen una forma de consenso que se llama medicación psicofarmacológica.

Cada especialidad médica tiene su *vademecum*, estudiado por psiquiatras antes de prescribir una medicación. Tienen que seguir claros criterios establecidos para cada remedio. Se trata de la validez de ese fármaco. Ahí debería estar la Academia para controlar a la industria farmacéutica. Pero ahí encontramos una inversión.

La industria sabe la importancia del *vademecum*, de las sociedades médicas, de la Academia. Sí, lo ponemos con mayúscula porque cualquier médico sabe de lo que se trata. En toda práctica médica hay una sistematización que el médico debe saber y repetir a la letra. Sin esos pasos obligatorios ese médico podría ser demandado.

El médico, el paciente, la industria farmacológica, el diagnóstico, la prescripción, la evolución y la Academia.

Hablaremos de estas cuestiones, sin olvidarnos de que es una vivencia de cada nuevo profesional, en este caso, nos centraremos en un psiquiatra que aún no lo es, en el sentido de que si

bien es médico, todavía no tiene el título de especialista en psiquiatría y va a intentar conseguirlo pero antes se encuentra a un gran amigo: el psicofármaco.



## V.

### **Las inversiones del psicofármaco**

El fármaco tiene que cumplir su objetivo y lo cumple. Nada más efectivo que la medicación psicofarmacológica. Ha podido planchar hasta a los más desafortunados, violentos, desgastados: monstruos de nuestra modernidad.

Los psicofármacos sacan elefantes adelante. Y son tan fuertes que alguien que toma una medicación puede prescindir de quien se la prescribe pero no de la droga. El psiquiatra es sustituible por otro psiquiatra o por ninguno. No así la medicación.

La psicofarmacología no vuelve prescindente al médico, al psiquiatra, lo transforma en un insumo de su mecanismo.

El paciente va en busca de la medicina, y encuentra un fármaco y éste tiene un efecto paradójico, no toma un fármaco sino que es tomado por él. La transferencia es al fármaco pero sin la posibilidad de ser resuelta.

Estas son las tres inversiones que se producen en el diagnóstico psicofarmacológico.

Estas tres inversiones nos llevan a una hipótesis tanto a validar como a poner a circular: la psicofarmacología como fin de la psiquiatría. No de los psiquiatras que se multiplican.

La psicofarmacología sostiene el campo profesional de los psiquiatras pero les retacea la disciplina. Y, paradójica median-

te, el fin es el final tanto como la realización misma del campo de los psiquiatras.

Estas son las inversiones del fármaco.

**Primera inversión:** Los médicos son un insumo básico para la construcción de su objeto: el fármaco. Esto es el fin de la especialidad pero no de los psiquiatras que se reproducen.

**Segunda inversión:** no son los médicos quienes sostienen al discurso médico sino que es la industria quien lo sostiene. Ese discurso está sostenido por entidades científicas amparadas por la industria. El psiquiatra da un fármaco que viene de la industria y del discurso médico.

**Tercera inversión:** El fármaco previo al diagnóstico. No se llega al fármaco después de realizar un diagnóstico sino que el fármaco construye su diagnóstico.

Del lado del paciente. El paciente va en busca de la medicina, y encuentra un fármaco. No toma al fármaco sino que es tomado por él. El fármaco toma a quién lo toma y, en el mejor de los casos, produce una toma de conciencia.

Del lado del profesional. Un “buen psiquiatra” entonces no es quien prescribe ni diagnostica sino, desde este tipo de diagnóstico, aquel que ayuda a evaluar al paciente la toma de conciencia que produce ser tomado por un psicofármaco.

Un “buen psiquiatra” no apunta a preparar a un paciente a que se deje tomar por el fármaco, esto el fármaco lo hace solo, lo que habilita es pensar acerca de los efectos singulares que se producen: las complejidades, perspectivas, alcances y límites de estas inversiones.

Según el diagnóstico que arroje el psicofármaco, el psiquiatra ajustará y/o cambiará la medicación, siempre como efecto de su toma. La industria le dictará las formas de uso y cantidades bien establecidas, le restará evaluar cómo ese fármaco incide en un paciente.

Seguiremos adelante, analizando cómo se produce esta amalgama entre industria y disciplina y cómo esta forma diagnóstica disipa a la disciplina psiquiátrica, al mismo tiempo, que se reproducen los psiquiatras.



## VI.

### Los psiquiatras que aún no lo son y las muestras gratis

“Esa piel inútil parecía delatar un error de la naturaleza que, a pesar de su sabiduría, inexplicablemente, también produce monstruosidades”.<sup>11</sup>

El otro día leí un precioso libro de Esther Díaz “El himen como obstáculo epistemológico” y me llamó la atención este texto acerca del himen.

La salud mental no es precisamente inútil pero si inexplicable, como el alma del hombre, tiene algo de inasible, de no comprobable, de incierto, de mentiroso, de melancólico, de suicida, de perverso.

No se comporta cómo lo realiza, por lo general, la mayoría del reino animal y vegetal.

-1-

Nos pondremos en la piel de un médico, más precisamente de un médico que estudia para ser psiquiatra.

Los psiquiatras que aún no lo son, a diferencia de lo que acontece con los psicólogos que salen del estudio facultativo y en-

---

11. Díaz, Esther: *El himen como obstáculo epistemológico*, Biblos Narrativa, Buenos Aires, 2005, pág. 75.

frentan el campo laboral diciendo: “No me siento preparado”, los futuros psiquiatras dicen: “No sé nada de esto”.

Y se encuentran con los psicofármacos. Esas pastillas resumen una historia de más de cincuenta años que representó una verdadera revolución en el campo de la salud mental. Esos fármacos cambiaron la historia de la locura y la forma de tratarla.

No resultaban necesarios más electroshocks ni tratamientos de luces incandescentes ni grandes instrumentos de torturas. El medicamento sólo debía ser tomado. Ésa era su única condición. Si no era tomado por boca se podía inyectar o disolverlo en otros medicamentos. Estas tres formas de administración constituían una enorme ventaja. A un uso voluntario se agregaban otras dos posibilidades: la coercitiva y la toma indirecta.

Algo acontece en el encuentro entre un psiquiatra, un paciente y un psicofármaco.

Ese “no saber” que enfrenta el psiquiatra en su momento inaugural es amenguado, suplido y hasta olvidado por una identidad conquistable desde el comienzo representada por los psicofármacos. Esos fármacos son una solución al problema de salud mental del paciente y de las dificultades identitarias del psiquiatra en formación.

Las palabras y los fármacos. Las palabras son equívocas, los fármacos pueden estar equivocados. Unas son equívocas, pueden ser dichas para engañar al otro y no dicen sólo lo que quieren decir, en cambio, la medicación puede estar equivocada, apunta a tener resultados certeros y si no, debería ajustarse la medicación.

Las palabras equívocas, los fármacos equivocados. El enorme acantilado que se abre a los pies de los psiquiatras que aún no lo son, entre lo inextricable y lo ajustable.

Un fármaco tiene efectos esperados. El fármaco da resultado, después podrán venir las palabras, que pueden ser tomadas de una manera u de otra.

A un paciente le decís algo y a la otra sesión dice: “Me encantó lo que me dijiste la vez pasada” y cuenta lo que supuestamente le dijiste y uno no cree haber dicho ni acentuado tal cosa. Es

tan mágico y tan frustrante. Lo que queda de la relación entre unos y otros es algo equívoco. En cambio, con el fármaco es distinto. Es un objeto que intenta ir más allá de la relación transferencial con un otro. El paciente producirá una relación directa con el fármaco donde el prescriptor muchas veces puede ser intercambiable, no así el objeto. Con el objeto no hay equívocos. Puede estar equivocado.

Ayer vino un paciente nuevo y me dijo que había cambiado tres o cuatro veces de psiquiatra pero que todos le daban la misma medicación, habían hallado la droga que a él le estaba haciendo bien. Le pregunto de los efectos, me dice: antidepresivo.

-2-

Un gran encuentro para los médicos que aún no son psiquiatras, como lo ha dicho Federico Pavlovsky, son las muestras gratis. Un encuentro trascendente como factor de identidad y de un saber hacer que los ayudará a enfrentar los difíciles caminos del campo de la salud mental.

En un campo tan disímil a lo que estudió, un médico aún no psiquiatra, recibe las muestras gratis apetecidas por sus pacientes en el hospital público donde se forma y que conllevan un valor considerable para todas las especialidades médicas.

Los visitantes médicos tienen en sus valijas negras, esas muestras gratis que son importantes para los psiquiatras en formación. Le permitirán, al mismo tiempo, dar satisfacción a un paciente y encontrar un espacio de identidad profesional claro y distinto en el campo inextricable de la salud mental.

Las muestras gratis resumen toda una historia, los fármacos se agrupan en familias con claros nombres y apellidos; abren la necesidad de contar con un saber muy especializado: el saber de la psicofarmacología.

El psicofarmacólogo nace previo al especialista en psiquiatría.

El psiquiatra cuando se acerca al visitador, escucha su presentación, responde a sus preguntas acerca de su número de matrículas

cula, no le da sólo la mano a un hombre que representa a la industria farmacológica sino a alguien que habla de lo que él sabe, habla su idioma. El visitador sabe lo que necesita, está consustanciado con su destino. Viene de una historia y va hacia una historia. Todo discurso oculta y muestra una historia de surgimiento. Ese visitador sabe lo que representan esas muestras gratis.

Esas muestras no sólo sirven para dárselas a los pacientes sino también a nuestros familiares y amigos y ¿por qué no? a nuestra suegra y a nosotros mismos. (Freud, no ha sido el único que en su época de psiquiatra, investigó en sí mismo las indicaciones y contraindicaciones de un psicofármaco). Esto acontece a diario en los hospitales. No solamente los psiquiatras se acercan al visitador para pedirle algo para un congreso o literatura de alguna nueva droga sino, muchas veces, se acercan amparados por una relación amistosa, para pedir un “medicamento personal”. Y claro, otra vez lo mismo, favor con favor se paga.

En toda relación humana existen las relaciones formales y las relaciones informales. Los visitadores médicos están preparados para que caigan sobre ellos demandas de todo tipo. Y saben mantener el secreto. Son personas gratísimas. Son grandes depositarios de transferencias.

## VII.

### Publicidad médica

¿En qué creemos más que en la medicina? ¿En quién creemos más que en los médicos? No creo que haya otros en los que creamos más. Por ejemplo... ¿la policía? ¿Nosotros creemos más en la policía que en los médicos? Me parece que no. ¿En la iglesia más que en los médicos? No. Quizás esto era antes, hace muchísimos siglos pero ahora no. ¿En los políticos más que en los médicos? No. ¿En los psicólogos más que en los médicos? ¿En quién crees más? En tu familia, en tus hijos. ¿Crees más en tu familia que en los médicos?

Todo esto podría ser nada más que una competencia inútil si no aclaráramos primero que se trata de una lucha de creencias, de una lucha histórica y personal de creencias. La creencia en la verdad, diría Deleuze y Guattari<sup>12</sup>. Pero cada creencia no se anula simplemente por decir no creo. La creencia nos juega sucio. Se pegan al cuerpo y, sacarse una creencia de encima, es tan difícil como sacarse un pedazo de uno mismo y dejarlo que se pudra. Es antihigiénico y autodestructivo.

No hay cosa que creamos más que en los médicos. Y los médicos, hablamos del discurso científico médico, se ha metido en la vida cotidiana de la gente. A mí me duele acá y tengo que

---

12. Deleuze y Guattari: *El antiedipo* (1973), Editorial Paidós, Buenos Aires, 1985.

buscar un número para llamar a un médico. Como un mecánico que sabe arreglar coches, un médico sabe, nada más y nada menos, de mi vitalidad. Saben de mi vida. Ya lo ha estudiado Foucault<sup>13</sup> la identificación que existe entre el discurso médico y el discurso paterno. El discurso médico se arrogó una enunciación que entra por las paredes de cemento de las casas familiares y son escuchadas como se hace caso (o no) a una obligación prescriptiva filial.

Hoy es escuchada la publicidad médica. Y después tienen que poner un cartelito de alerta informándonos que son los médicos quienes tienen que recetarlos. Son un insumo más de su relación entre el objeto y quién lo toma. Pero hoy en día no se necesitan los médicos para que las medicaciones vuelen de una boca a otra. El discurso médico se ha separado de los médicos mismos. Y esto es todavía más claro en cuanto al discurso psicofarmacológico. Las familias de drogas son insustituibles, diferente de los psiquiatras que pasan uno tras otro. La droga queda más allá de qué psiquiatra la prescriba, podrá cambiar el esquema de medicación, convenirlo con salidas nocturnas y la vida del paciente pero la droga se llevará esos pequeños réditos de permanecer.

Esa medicación algo hace. Y es tan fuerte lo que hace que alguien que toma una medicación puede prescindir de quién se la prescribe pero no de la droga. La psicofarmacología vuelve prescindente al médico, al psiquiatra. El psiquiatra es sustituible por otro psiquiatra o por ninguno. No así la medicación. La psicofarmacología como fin de la psiquiatría. No de los psiquiatras que se multiplican.

---

13. Foucault, Michel: *Vigilar y castigar* (1975), Siglo Veintiuno Editores, Argentina, 1era. reimpresión, Buenos Aires, 2002.

## VIII.

### El costo de los psicofármacos

—Me gustaría saber y que nos cuentes cuánto salen los psicofármacos.

—Yo trabajo en una farmacia y hay un aumento terrible en el consumo de los psicofármacos, es cada vez mayor. Y se están lanzando al mercado, psicofármacos derivados de otros anteriores. Más nuevos y más caros. Y la gente los toma como si fueran aspirinas. Y piensan que son la solución y la panacea para sus problemas en salud mental.

—¿Cuánto salen los psicofármacos?

—Los genéricos, por ejemplo, el rivotril: una tirita de 1 mg. vale tres pesos (en el 2008). El Alplax también vale tres pesos. Estos son paliativos de los síntomas de ansiedad. Después hay otros que son más caros. El lexotanil que es bromazepan, de 3mg., sale 4,50 pesos la tirita. Por las noches se duerme bárbaro.

—Con tres pesos, entonces, una persona duerme bárbaro diez noches.

Como vemos, algunos psicofármacos son extremadamente baratos, la otra gama de psicofármacos que apuntan a otros diagnósticos como depresiones, trastornos bipolares, son de los más caros, el otro extremo de la pirámide. A mayor “complicación” diagnóstica más oneroso el expendio de dinero para la compra del medicamento de “última generación”.

Existe una presión fuerte para construir nuevos diagnósticos. Porque ello implica más dinero circulando. La “última generación” significa lo último, lo más caro pero también ¿será lo mejor?

Lo “último” de la ciencia sostiene que es lo mejor por una cuestión acumulativa. No va a salir nada que no mejore lo anterior, eso es condición de la ciencia. Porque algo que abre interrogantes inútiles, que no plantee una solución para un problema real, no debería subsistir dentro del marco de saberes científicos. Los remedios de “última generación” son los mejores y, por tanto, los más caros. También tiene que ver con que la fórmula todavía no se ha copiado, que no han salido otras empresas farmacológicas a copiarlas. Esta última generación es, por un tiempo, motivada en que pocos laboratorios tienen la fórmula y la posibilidad de industrializarlos a nivel nacional e internacional.

-1-

Un farmacéutico el otro día me comentó una idea que me pareció interesante. Algunos psiquiatras mandan tomar una medicación pero después no se preocupan en ayudar a dejar esa medicación. Se preocupan tanto en allanar la relación de una persona con la droga pero no se preocupan tanto en armar la escena para su despedida. La mayoría de las veces, la gente se cansa y abandona o empieza a tomar la prescripción en sus manos, y decide cuándo tomar y cuándo no.

No se puede considerar como el mejor de los escenarios cuando el paciente decide cuál es el momento adecuado para empastillarse o para dejar la medicación.

La construcción del diagnóstico psicofarmacológico está sostenida en la necesidad de tomar medicación y qué medicación. Y no tanto en el momento adecuado para dejar de tomarla. En algunos casos, el fármaco al ayudar a “aclarar” al paciente, al permitirle tomar conciencia de su estado, le permite evaluar el momento adecuado para el abandono de la medicación.

Pero, la mayoría de las veces, esto no es así y el tomar la medicación en las manos de los consumidores, trae aparejados enorme cantidad de problemas como la automedicación, considerado un flagelo para la salud pública.

Cuando quién toma un fármaco deja de ser paciente, y pasa a ser un consumidor, esta eventualidad se “traga” al psiquiatra y al paciente, lo que consume es metabolizado, transformado en el estómago, en el riñón, en el cuerpo de un sujeto consumido.

En el mejor de los casos, ese fármaco permite una toma de conciencia, esa que estaba obnubilada por la confusión del estado, facilita prender una luz: la posibilidad de hablar de nuestra vida, y esto ayuda a que nos tranquilicemos y veamos las cosas de otra manera.

El fármaco tiene que cumplir su objetivo y lo cumple. La diferencia entre la toma de conciencia y la metabolización de un sujeto consumido es tanta que abre nuevos acantilados a los pies del psiquiatra, de los pacientes, de todos nosotros



## IX.

### **En el comienzo está el hospital público**

Para los recién recibidos en psicología no hay mucha alternativa. Los esperan el examen de residencia y de concurrencia para luchar por un lugar que, pese al aumento progresivo de la demanda, se ha mantenido inalterable. (Es más, en la época del menemismo (1989-1999), la cantidad de cupos había bajado).

Silvina había entrado a una residencia en un hospital del Gran Buenos Aires; ella venía del lado derecho de la avenida Rivadavia y sabía que trabajaría con personas que vinieran del lado izquierdo. Había elegido un hospital del primer cinturón industrial, de mediana complejidad rodeado de dos o tres villas, las más conocidas se llaman *Las Ranas* y *Las Flores*.

Ni bien se enteró que trabajaría allí se tomó el colectivo 111 y fue a conocerlo. Recorrió todo lo que pudo. Pensó: un hospital muy digno. Le llamó la atención una muralla verde, alta que lo contorneaba alrededor de su perímetro, que lo separaba del afuera.

Cuando empezó a trabajar se dio cuenta de que esa separación lo volvía permeable a las demandas de su zona de influencia. En el hospital se desarrollaban parte del drama cotidiano de la gente que vivía a su alrededor. El hospital vive de la gente que lo circunda, es el lugar que funciona como interlocutor en sus problemas cotidianos.

Hay pactos entre los integrantes de una comunidad, uno de ellos es “no meterse con el hospital” pues en ese lugar es dónde curarán a sus hijos, será depósito de los moribundos, la emergencia para el baleado, el lugar adónde contar lo que se está vi- viendo.

Silvina se impresionó de un encuentro que mantuvo en el servicio de salud mental: una señora de la villa *Las Flores* quería hablarles, a ella y una colega, simplemente porque estaban en el primer box de atención disponible. Venía a denunciar lo que ella veía, de que todos a su alrededor estaban metidos con la droga, que toda villa era un gran comercio ilegal.

Más allá de lo verosímil de lo dicho, ella venía a evidenciar una característica de las villas. Son lugares donde se vive muy cerca del otro. Las construcciones se hacen con lo que se tiene: maderas, palos, planchas de zinc, cemento, ladrillos... pero una pegada a la otra. Lo que no tiene una villa es tierra, construyen sobre algo distinto a una tierra. Tienen que ganar el derecho a construir ahí, se hacen dueños con la fuerza de la necesidad y de no tener otro lugar para ir. Una villa de emergencia no se define, como piensan algunos, por la gente que vive allí sino por su arquitectura, por su armado zigzagueante de pasillos, por los materiales que está construida, por la cercanía al drama del otro.

En una villa todo corre rápido (es que no corre, es como si todos vivieran en un mismo lugar). En la construcción misma se hace evidente una forma de rozar al otro, de encontrarse metido en lo que el otro hace, en los susurros que salen de su voz.

Cerca, vecina, lindante está el hospital. Cuando pase algo saben adónde ir. Cuando una mujer se embarace, cuando una mujer no sabe qué hacer para soportar a su hombre, cuando un hombre note que todos están como locos, cuando una señora mayor venga a contar que están vendiendo droga por todos lados. Esa señora que venía al hospital a denunciar esa situación, lo decía bajito para que no todos la escucharan sino los médicos, en este caso dos psicólogas, una de ellas, Silvina que había salido de la facultad hacía dos años.

Esa señora hablaba de lo que pasaba en las habitaciones contiguas a dónde vivía y quizás algunos de los que hablaban fueran parte de su familia. En las villas, las familias son extensas, las relaciones familiares “duran” un par de cuadras. Y todos conocen lo que pasa en esas dos cuadras, así como reguero de pólvora se enteraban si la china había vuelto agarrada al pendejo ese de Cholo. Todos sabían todo, y había muchos pactos, viviendo tan cerca había que sostener pactos de silencio y uno es: más allá de la familia había pocas cosas y lugares adónde acudir, al hospital se lo aceptaba cómo posible lugar de salida de las problemáticas familiares y sociales.

Y en esos hospitales estaban los recién recibidos, ahí estaban los médicos que recién salían de la facultad y querían realizar la especialidad en psiquiatría y ahí estaban los psicólogos, trabajadores sociales, fonoaudiólogos...

Ahí estaba Silvina. Esa señora venía a confiarles un gran secreto. Esa mujer hablaba y Silvina la escuchaba y se preguntaba qué hacer. Debía escucharla, ella ya conocía esta historia de la droga, la señora les hablaba de reojo, miraba para todos lados, sopesaba cuánto de su voz se escucharía detrás de esos biombo de madera terciada que no llegaban al techo, miraba esos box que no podrían superar la superficie increíble de dos metros cuadrados. Eran los boxes donde Silvina atendía, estaba el asiento para el profesional, el enorme escritorio y el otro asiento para el paciente, una puerta pequeña cerraba visualmente el box pero no así la voz. Los boxes estaban abiertos para que la voz no tuviera límites. Era un servicio de salud mental a la medida de su cotidianeidad.<sup>14</sup>

En una villa se pueden cerrar las puertas pero las voces las atraviesan. Las escuchás ahí cerca, tan pegada como vive el vecino. Esa mujer llegaba al hospital, no para una primera entrevista, no creo que supiera que estaba en salud mental, tampoco

---

14. En el año 1999, se reconstruyó el servicio de salud mental y hoy en día los consultorios son hermosos, aislados con paredes de materiales hasta el techo.

Silvina se lo dijo, sabía que así cómo llegó se iría, y quizás no la volvería a ver. Esa señora no era una delatora, venía a denunciar.

En los servicios de salud mental se trabaja esta dimensión de denuncia que muchas veces traen los usuarios hospitalarios, no llega a ser una demanda que permita una posibilidad de entrada a un tratamiento psicológico-psiquiátrico. Los profesionales psi no tienen mucho qué hacer salvo ser funcionarios del estado. Y en muchos casos, funcionarios inoperantes, sólo estar, simplemente dar curso a una denuncia que no será escrita más que en las palabras que salen de la boca de la señora que lucha por no dejarse oír por nadie salvo por los que encuentre en el hospital.

Esas palabras le fueron dirigidas a Silvina, resonaron en sus oídos; cuando la señora se fue, se levantó y decidió ir a tomar un café al bar del hospital. No sabía que algo de su destino amoroso aparecería ahí. Sólo le resonaban en sus oídos, ese pacto que se construye entre el hospital y las villas.

## X.

# Una historia de amor hospitalaria entre una psicóloga y un visitador médico

Es justamente en ese bar donde aconteció una historia de amor entre un visitador médico y una psicóloga.

¿¡No me van a decir que es el lugar menos romántico que a alguien se le puede ocurrir enamorarse!?

¡No me van a decir que estos dos personajes son los que menos deberían gastar una fracción de su tiempo laboral para echarse una ojeada!

Ahí pasó, ahí comenzó. Fue como todo comienzo: primero una mirada con erotismo, una mirada con futuro de curtidá. Podrían haber sido anónimos el uno al otro, una psicóloga y un visitador médico trabajan en el mismo hospital, podían no darse bola hasta que se reconocen con una mirada con ganas.

La gente de salud mental se reúne, están entre ellos, conversan, se relacionan en forma particular, la mayoría son mujeres, por cierto, muy lindas y seductoras.

Los visitadores conversan, también en ese bar. Ellos, al igual que los psicólogos, son fácilmente reconocibles.

Psicólogos y visitadores tienen una rara relación, pueden estar en el mismo bar y no tienen que intercambiar ni siquiera una palabra. No es imprescindible que entablen ninguna relación. Los visitadores separan casi con línea de fuego con quién

tienen que hablar y qué es lo que deben conseguir en ese hospital donde trabajan. A los visitantes les interesan los médicos, los psicólogos no están incluidos dentro de lo que promocionan en su maletín o *attaché*.

Sin embargo... esa falta de demanda para con el otro, produce en ella, una psicóloga, una mirada sin los visos del trabajo, una mirada hacia lo que gusta o disgusta del otro, una mirada hacia lo que da placer mirar. Mira lo bien vestidos que siempre vienen los visitantes médicos. Mira la elegancia del atuendo de ese hombre al que miró tantas veces. Lo mira a él.

Los visitantes tienen tiempo, trabajan desde hace muchos años en los hospitales y saben que van a seguir trabajando allí. Están interesados en quienes trabajan allí y prescriben sus fármacos. No les interesa el grupo de psicólogos y si miran para ese lado es porque la mayoría son mujeres. También es una mirada desinteresada de sus objetivos laborales, una mirada pícaro, curiosa pero, sobre todo, una mirada extralaboral.

Hay una mujer allí, mucho más que estar observando a un psicólogo, ese visitador fantasea lo que sería esa mujer en sus manos, mira con su mirada rayos X. Esa mirada es acompañada y aceptada por el grupo de visitantes en el momento que toman café en el bar. Los demás visitantes piensan que esa mirada es relajante, demuestra que ellos están descansando, que pueden mirar para dónde quieran, más allá de sus metas y objetivos laborales.

Él mira hacia dónde ella está.

Muchos fueron testigos de esa historia entre una psicóloga y un visitador en el hospital, esa primera mirada erótica que aconteció en aquel bar aquella tarde, terminó con una relación muy comentada en el hospital, comentada por sus comienzos y comentada por su final pero ¿para qué adelantarnos?

## Parte 2

EL  
DIOS QUÍMICO  
CÓMO FIN  
DE LA PSIQUIATRÍA



# I.

## Introducción

Lo que estamos pensando, más allá de los psiquiatras particularizados con nombre y apellido, es lo que ocurre con la disciplina psiquiátrica en su relación con la psicofarmacología. Esto implica a todos los profesionales que trabajan en el ámbito de la salud mental como también a otros especialistas de otros ámbitos y a pacientes.

Lo que sí aparece en el diagnóstico psicofarmacológico son los nombres y apellidos de los fármacos. Los apellidos nos los enseñan a todos, están la familia de los antipsicóticos, de las benzodiacepinas, de los antidepresivos, de los estabilizadores del ánimo con el viejo litio a la cabeza. Los nombres serán muchos pero los apellidos que los reúnen, son pocos y muy reconocibles.

Los médicos que aún no son psiquiatras aprenden rápido los pormenores de los ajustes de la medicación, de los controles; la forma adecuada de presentar los psicofármacos a cada tipo de paciente. Se introducen a la historia y conocen que la psicofarmacología tiene pocas décadas de vida y que su nacimiento tuvo una paradoja, surgió en el preciso momento que se necesitaba pero su descubrimiento no se hizo sino por azar (más que por azar), por equivocación.

La experimentación en el campo humano tiene que seguir estrictos protocolos: primero se trata de investigar en animales y

después de mucho investigar, se pueden hacer pruebas pilotos en seres humanos debidamente anoticiados de la incertidumbre de sus resultados. Todos estos pasos fueron sorteados. El error humano lleva a darle, sin quererlo, una medicación que había sido estudiada para una patología... y terminaba sirviendo para otra.

El descubrimiento de la sustancia química tiene que recorrer un largo camino para convertirse en una técnica instrumentada propia de alguna de las ramas de la medicina. Y, mientras tanto, esta sustancia vaga por los cuerpos y por las equivocaciones de quienes prescriben ese fármaco, sin esperar sus resultados contrastados con grupos testigos o placebos. Así la psicofarmacología nace por equivocación en el preciso momento que se la necesita. Rara casualidad.

-1-

La medicación antipsicótica ha vuelto incuestionable los resultados de la psicofarmacología. Todo médico que aún no es psiquiatra prepara el *cocktail* medicamentoso y sólo le falta la ocasión y el psicótico adecuado para mostrar, nada más y nada menos, que la locura moderna ya no existe, al mismo tiempo que la psicosis cobra un lugar estelar.

La psicofarmacología destrona a la locura, despega al psiquiatra del cuerpo del loco delirante. Ésta es la escena de la protopsiquiatría que Foucault estudia a finales del siglo XVIII. En esa época, el cuerpo del psiquiatra era elevado a la categoría de una marca que registraba el delirio del loco contrastándolo con el poder de la realidad que el psiquiatra, como representante de la ciencia, encarnaba. Se planteaba una lucha entre la razonabilidad del psiquiatra versus el delirio del loco. El poder de “razonabilidad”, el órgano del raciocinio recaía en el psiquiatra como representante de la realidad.

La psiquiatría, allá por el 1800, comenzó a ubicar los mecanismos que se llevaban adelante sobre el cuerpo del loco. El loco despojado de todos los derechos igualitarios que la modernidad

había izado como estandarte de este tiempo histórico, quedaba solo ante una maquinaria institucional donde no solamente estaba el psiquiatra sino también los vigilantes, los ayudantes y, por supuesto, el dispositivo asilar.

Estos mecanismos externos apuntaban a generar una nueva gama de conflictos, esta vez, en la persona del loco. El loco comenzaba a formar parte de los engranajes institucionales, se lo cuestionaba, se lo amenazaba, se descargaban en él todos los instrumentos de una sociedad represiva.

La psicofarmacología ha cambiado estas escenas de la psiquiatría: la locura, la institucionalización, la terapéutica y ha permitido destrabar a la locura de su tratamiento asilar. Fue el comienzo del llamado “método dulce”.

Cuando surge la psicofarmacología moderna en 1955 aparece un nuevo dispositivo pero ¿podemos llamar al “método dulce” que promueve el método psicofarmacológico como una revolución humanitaria en el campo de la salud mental?

Es así y no es así.

Por un lado, la psicofarmacología vuelve inoperantes a los viejos manicomios aunque estos nunca dejaron de existir, se continúa con el infructuoso y estéril debate acerca de la pertinencia y necesidad de ellos, pero ellos siguen existiendo y peor, los asilos terminaron siendo un depósito de almas que no tienen adónde ir.

Y por otro lado, la psicofarmacología no sólo ha destronado a la locura instituyendo la psicosis sino que ha conseguido que la especialidad psiquiátrica llegara a su fin, al mismo tiempo, que se multiplicaran los psiquiatras.

Entonces, ¿se puede sostener que la psicofarmacología es el fin de la psiquiatría si, al mismo tiempo, que la especialidad psiquiátrica desaparece, se multiplicaban los psiquiatras?

Cuando hablamos de fin, hablamos de final pero también de realización. La psicofarmacología le da consistencia al trabajo del psiquiatra, al mismo tiempo que diluye las descripciones de cuadros y sistemas clasificatorios nosográficos.

La psicofarmacología no es solamente esa revolución humanitaria que se justifica en la historia por la introducción de nuevos métodos terapéuticos de tratamiento de la locura sino que implica un cambio en todo el entramado de tratamiento de la locura.

Nuevos dilemas se plantean, un nuevo actor entra al juego y se lleva todo puesto, la industria psicofarmacológica, que vuelve inoperantes a los viejos manicomios pero les asegura una nueva eternidad. Será el lugar donde probar las consecuencias de los psicofármacos, a largo y mediano plazo, con dosis y contraindicaciones, sin contrariar los alcances legales y para ello, nada mejor que sostenerse en la excepción del derecho individual que ha sido un resabio de la historia de los manicomios que se quiere actualmente enmendar pero que todavía está lejos de conseguirse.

Después de todo no fue tan difícil realizarlo, ya estaba todo armado, la locura estigmatizada desde el siglo XVIII, la razón desviada de los locos que habían equivocado el camino de ese bienpreciado, monstruoso e inextricable que era el órgano del *raciocinium*. Esto permitía libertad de experimentación para los médicos, les daba un lugar de incumbencia profesional, una disciplina que, por fin, encontraba su reconocimiento dentro de las especialidades médicas y un campo de inserción laboral.

## II.

# El problema del diagnosticador

Pocos temas hablan más del trabajador de la salud mental que el tema del diagnóstico.

—Dime cómo diagnosticas y te diré qué formación tienes.

El tema del diagnóstico es un tema fundamental pues además de requerir formación permanente, resulta conveniente conocer los límites, paradojas y epistemología de las cinco configuraciones diagnósticas.

La epistemología nos plantea el juego que mejor sabe jugar. Allí donde el diagnosticador quiere objetivar al otro, construir un diagnóstico, atraparlo como un elemento dentro de un conjunto, justo en ese momento, ese discurso retorna como *boomerang* y explota en su misma cara. No es fácil dar un diagnóstico sin que nuestro rostro quede lleno de magullones, quemaduras, moretones. ¡He aquí un problema!

Se vuelve arduo, complejo de reconocer y estudiar las particularidades de cada una de las formas diagnósticas en interdependencia con las otras.

-1-

En cuanto al diagnóstico psicofarmacológico, nadie duda ni un segundo de las increíbles ventajas de los fármacos pero fal-

ta investigación en las paradojas de la prescripción psicofarmacológica. Resulta necesario preguntarse tanto de sus límites y alcances como también lo que producen en sus prescriptores.

Uno de los temas más polémicos lo relatan los mismos participantes. En una nota aparecida en *Página 12*, los visitantes médicos hablan francamente de su trabajo:

—La inducción económica a los profesionales de salud para la prescripción de productos se ha exacerbado a niveles increíbles —sostiene Charreau, gremialista de la Asociación de Agentes de Propaganda Médica.

—¿Es diferente a lo que acontecía antes?

—Antes, se trataba sólo de contribuciones para estudios, viajes, becas: hoy la “contribución” es directa. Esto se aplica en especial a determinados productos que, por su alto costo, son de especial interés para los laboratorios: directamente se le ofrece al médico una suma, veinte, treinta, cincuenta pesos por cada prescripción (2008). Es que los laboratorios disponen de un dinero para contribuciones destinadas a los médicos. Se van otorgando en función de la posibilidad de lograr mayores prescripciones.

—¿Cómo intervienen en este procedimiento los agentes de propaganda médica?

—Cada visitador debe detectar, en su zona, cuáles son los médicos de mayor potencial, porque atienden mejores obras sociales o tienen mucho caudal de pacientes; de éstos, hay que establecer cuáles son más permeables. En las reuniones de trabajo con los agentes de propaganda médica, se los consulta en qué médicos “invertir” y se asignan sumas para cada uno —explica el gremialista de AAPM.<sup>15</sup>

No es que el doctor “permeable” se adscriba sólo a un laboratorio. “Toma lo que le ofrece uno y también lo que le ofrece el de la competencia —precisa. Este sistema se ha hecho carne en nuestro medio, es muy difícil modificarlo”.

---

15. Nota aparecida en *Página 12*, el 1 de octubre de 2006, por Pedro Lipcovich en *pagina12.com*

¿Incidirá esta relación “lateral” en la acción terapéutica entre un enfermo y un médico? ¿Cómo se relacionará las consecuencias del vínculo entre el médico y la industria con el paciente que llega con algo que le duele, que no sabe bien qué hacer y que espera resolver?

Cuando Federico Pavlovsky vino a dar la charla sobre “Psiquiatría y Psicofarmacología” nos confesaba que, en este mismo momento en el que nos estaba hablando, podría estar con todo pago en el congreso de Psiquiatría de San Diego y que, si no estaba allí y estaba aquí con nosotros, era porque había escrito sobre las prácticas que realizaban los laboratorios farmacológicos para con los médicos.

Él osaba preguntarse si había incidencia entre que los psiquiatras diagnosticaran tal patología y la prescripción de determinado medicamento con las prerrogativas que les ofrecían determinado laboratorio. Y testimoniaba que, al menos, hablar de esos temas, lo había dejado en tierra, sin poder estar en el congreso con todo pago.

“Finalmente: si para viajar al próximo congreso de psiquiatría en San Diego, Estados Unidos, en 2007, tengo que recetar anualmente 200 antidepresivos de marca X, ¿eso va a incidir en mi prescripción? Profesionales a quienes respeto dicen que no. Yo no estoy tan seguro. En mí, sí que podría incidir. Podría tentarme. Por eso escribo este artículo. Como una suerte de exorcismo. De antídoto personal”<sup>16</sup>

No queda más remedio que hablar de los intereses que tienen sobre nosotros una de las principales industrias que existen en nuestra globalizada tierra. No deberíamos separarnos en psiquiatras, psicólogos, psicólogos sociales, consultores psicológicos y/u otros; antes de percibir que somos objetos de consumo de una de las industrias más poderosas. No estamos ha-

---

16. Pavlovsky Federico, “La tentación”, Revista Topía, número de agosto 2006. Dossier: “15 años del nacimiento de Freud. Por qué el psicoanálisis en el siglo XXI”. Se puede leer también en “Fiesta para médicos” <http://www.pagina12.com.ar/diario/psicologia/9-71886-2006-08-29.html>, Diario del 24 de agosto del 2006 o en <http://www.topia.com.ar/articulos.htm>

blando de poder abstracto sino de cómo ese poder llega a nuestra intimidad.

Lo que me interesa resaltar es un detalle que nos confesó Federico; dijo que después de escribir ese artículo no solamente no viajó al congreso de psiquiatría sino que muchos visitantes médicos hasta le quitaron el saludo. “Lo tomaron como algo personal. Y es que los APP, los visitantes médicos, son personas gratisimas. Siempre con una sonrisa en la boca se acercan a solucionarte los problemas y desde el primer día de entrada al hospital. Ellos lo tomaron como una traición”.

Otros profesionales psi nos desentendemos del problema que conduce hasta la “pasión de la traición” porque no medicamos. Creo que este expulsar, éste no querer participar, como diría Lacan produce la aparición por la ventana de este “real” forcluido. Consideramos, ingenuamente, que tenemos otro marco teórico, otra forma de diagnosticar y que, dentro de nuestras perspectivas difícilmente nos dejemos acarrear por alguien que nos diga cómo prescribir.

Doble ingenuidad. El problema nos incluye pues el diagnóstico psicofarmacológico es una de las formas diagnósticas operantes en salud mental, más allá de ser quienes podamos recetarlos. Además de que cada forma diagnóstica tiene sus prerrogativas y vuelve objeto de consumo a quienes tienen la función de diagnosticar sea cual sea la configuración diagnóstica. (Piera Aulagnier tiene un bonito título de un libro “La violencia de la interpretación”, que podríamos hacer equivaler a “La violencia del diagnóstico”.)

-2-

Un segundo tema, extenso, puntapié del próximo texto es la relación entre psicofarmacología, psiquiatría y la construcción diagnóstica de trastornos. Ese futuro y aún inexistente texto referirá sobre las paradojas, alcances, límites del diagnóstico de

trastornos. Pero debemos adelantar algo aquí pues la interrelación entre diagnóstico psicofarmacológico y diagnóstico de trastornos es inmensa hasta el punto que muchos los teorizan como indistintos.

Entre las cinco formas de diagnósticos también existe otra pareja que será necesaria analizar: la relación entre diagnóstico de patologías y diagnóstico poético, en cambio, un quinto tipo de diagnóstico: el de contexto va solo por el mundo, además de no necesitar de un emparejamiento, es justamente esa una de sus características que explica alguna de sus vicisitudes.

En cuanto al emparejamiento: diagnóstico psicofarmacológico-diagnóstico de trastornos.

Esta relación ha sido una de las formas de “defenderse” de la disciplina psiquiátrica que, atacada en sus cimientos por la industria psicofarmacológica, se ha apertrechado en la construcción consensuada, entre algunas asociaciones psiquiátricas y algunos popes reconocidos de Estados Unidos y Europa de un manual de trastornos y “desórdenes mentales”.

Cada manual, del DSM I al DSM V han “mejorado” esta estadística, y han punteado los ítems mínimos para reconocer cada trastorno como dentro de, ése y sólo ése, desorden. También han generado un debate de si es mejor diagnosticar con este manual o con el más europeo CIE-11.<sup>17</sup>

Muchos podrían sostener que basándose en el manual del DSM, se prescriben los psicofármacos. Si bien las críticas han llovido acerca de graves conflictos de intereses entre los expertos que trabajan en su confección con las industrias farmacéuticas, debemos diferenciarlos. Los límites, alcances, paradojas, epistemología de ambos tipos de diagnósticos son diferentes por más que determinados puntos conduzcan a dilemas prescriptivos similares.

Este es otro de los puntos de polémica. Si bien la industria “permeabiliza” el suelo donde vende sus productos, el diagnóstico de trastornos da consistencia a la disciplina psiquiátrica,

---

17. Otro debate en el que no nos meteremos pero remitimos un link para quién quiera continuarlo [http://www.infocop.es/view\\_article.asp?id=3922](http://www.infocop.es/view_article.asp?id=3922).

por más que algunos psiquiatras sean abonados a la industria farmacológica

El diagnóstico psicofarmacológico, una de las formas operativas de diagnóstico en la actualidad, propicia que la especialidad psiquiátrica llegue a su fin. Fin como final pero también como realización. En cambio, para el diagnóstico de trastornos, la especialidad psiquiátrica goza de autonomía y decisión sobre su campo de incumbencia profesional.

El diagnóstico de trastornos apunta a un individuo que padece y construye una axiología de trastornos que existen mientras sea posible “hablar de ello”. La semiología del trastorno le viene de afuera al individuo, quién es incluido en categorías que lo definen en primera instancia más allá de tener o no tener padecimiento subjetivo.

Un trastorno existe mientras sea enunciable en el campo del lenguaje. Si no se habla de ello, no es trastorno. Ese es su punto, el pasaje de trastorno a o no trastorno, es posible. Se trata de la existencia o inexistencia de un trastorno en el campo del discurso más allá del individuo. Y a ese “sí trastorno”, pues cumple los requisitos mínimos y consensuados para ser llamado así, se adjunta un ramillete de terapéuticas, alguna de ellas llamativamente no escritas, que tienen diferentes marcos referenciales disciplinares, pero en los cuales sobresale el cognitivo y, en muchas ocasiones, se desprende la necesidad de prescripción psicofarmacológica.

El diagnóstico de trastornos también se maneja produciendo manipulaciones y creando el campo fértil para sus diagnósticos. Si hace unos años estábamos todos en la necesidad de saber diagnosticar “bulimias y anorexias”, un tiempo después no se podía pasar ningún chico con ADD y pronto nos enseñaron a discernir entre una depresión y un trastorno bipolar y, por supuesto, ahora nos llenan la boca con la descripción fenomenológica del ataque de pánico.

La relación entre diagnóstico psicofarmacológico y diagnóstico de trastornos debe ser estudiada con precisión quirúrgica, pues a pesar de sus aparentes similitudes, miradas de cer-

ca, tienen enormes diferencias de perspectivas. A pesar de que muchos las asimilan tomando solamente en cuenta que la prescripción psicofarmacológica resulta fundamental para ambas.

-2-

Desde el punto de vista que nos interesa, el diagnosticador como objeto de la maquinaria que forma parte, cada tipo de diagnóstico le sugiere qué hacer, cómo medicar, generando un discurso donde estarían incluidos tanto pacientes como profesionales.

En cuanto al diagnóstico psicofarmacológico, existe una interdependencia entre cuatro elementos: el médico, los pacientes, la comunidad científica y los laboratorios; y relación se “desnuda” sobre el más débil. ¿Quién es el más débil? O ¿quiénes son los más débiles?

Desde el comienzo de la modernidad madura, los hospitales fueron el lugar de investigación fundamental del saber empírico de la ciencia médica. Una investigación, además de ser bien llevada a cabo, tiene quienes la sostienen económicamente y quienes arman una comunidad reconocida adónde se presenta y/o valida como saber científico.

Hoy tenemos una comunidad que valida, un médico que progresa en su acercamiento a la verdad, y un organismo que financia a los recursos humanos que llevan adelante la investigación.

La prescripción psicofarmacológica es un tema de los diarios, de las facultades, los profesionales, los pacientes pero, sobre todo, es un tema de escritura y de denuncia. De extorsiones, de antídotos, de infiernos y tentaciones...

El otro día leí un texto que sostenía que, en estos tiempos, ya no hay nadie en el infierno, ni aún Satanás viviría allí. Me resultó interesante esa idea: un infierno sin moradores. Todos nos arrogamos méritos para ir al Cielo. Todos hablamos de nues-

tros derechos de consumidores y tenemos derecho a ir adónde queramos ir.

Las cuestiones del diagnóstico “queman” al trabajador de la salud mental. El diagnóstico en salud mental es un problema actual, político y personal. Estos temas que todos conocemos cuestan hablarlos. El tiempo histórico que nos toca vivir nos presiona para que diagnostiquemos de una manera u otra. Y esto es una papa caliente para psiquiatras, analistas, psicólogos, trabajadores de la salud mental. Es un tema que, aunque por momentos lo “olvidemos” para continuar con nuestra tarea cotidiana, debemos hacer público, denunciar e intentar exorcizar los demonios que ya no viven en el infierno.

### III.

## Las máquinas de anotación de la intervención médica

Antes del nacimiento de la psicofarmacología, la medicina como ciencia empírica tenía una historia con participación estelar en la vida de los hombres. Y la sigue teniendo. Luego de un largo desarrollo que comenzó con Alcmeón de Crotona, en el año 500 a. C. que dio inicio a una etapa basada en la *tekhmé* (técnica), la medicina atravesó un momento fundacional de su validación científica en el siglo XVIII.

La historia de la medicina, su recorrido, generó diferentes máquinas de anotación que operan hasta la actualidad. Siguiendo a Foucault esas máquinas están relacionadas con una biohistoria: “la huella que puede dejar en la historia de la especie humana la fuerte intervención médica que comenzó en el siglo XVIII”<sup>18</sup>

Y estas huellas quedan grabadas en diferentes esferas englobables en tres dimensiones territoriales: el estado, la ciudad, el trabajo. Son tres maneras diferentes de anotación que requieren máquinas diferenciadas de dejar marcas en el cuerpo de los individuos.

---

18. Foucault, Michel: *La vida de los hombres infames*, Colección Caronte Ensayos, Capítulo 7: La historia de la medicación, pág. 148.

Los seres humanos no permanecieron indiferentes a la medicalización. La mirada médica cada vez más minuciosa y efectiva, la ampliación de los sistemas de salud llevaron a que cada vez menos esferas del hombre quedaran por fuera del discurso médico.

- a. Una primera máquina de anotación tomó cuerpo, a partir de que el estado tomó un lugar que no tenía hasta mediados del siglo XVII. La política sanitaria comenzó su anotación sostenida en un principio que apuntaba, en lo dicho, a la “salud para todos” y en la no enunciable: salud para algunos.
- b. Una segunda máquina de anotación se desarrolló de la mano de la medicina urbana. En un comienzo intentó la distribución de los cuerpos vivos y muertos, instituyendo los cementerios y crematorios. Luego se trató de la separación entre el hombre y sus productos en descomposición. En un tercer momento se enfrascó en los temas más candentes de las relaciones familiares, se metió dentro de la casa misma, de la casa familiar y comenzó a prescribir cómo debían ser, no solamente lo saludable de lo que el hombre metiera por su boca sino que dio su *veredictum* acerca de lo saludable de las relaciones entre padres e hijos, de las relaciones familiares. En este sentido, la medicina fue precursora de los temas de la psicología cotidiana.
- c. Una tercera máquina de anotación llevó al desarrollo médico a ligarse con las fuerzas de trabajo, a inmiscuirse con el complejo industrial, así la intervención médica se interrelacionó con la producción de riquezas. “Es sano quien produce y la producción es el principal sanador del hombre”. Desde esta máquina de anotación, la relación entre psicofarmacología e industria es fácilmente contorneable.

Tres máquinas de anotación ligadas a diferentes principios: “Salud para todos”, “salubridad” y “libreta sanitaria” fueron objetivos fundamentales a la hora de anotar los porotos principales que llevaron a la ampliación e importancia de la introducción del saber médico en todas las esferas de los seres humanos a partir del siglo XVIII.

Fueron tres faros conceptuales y tres formas diferentes de anotación. Tanto la medicina de estado como la medicina urbana y la medicina de la fuerza laboral tenían formas diferentes de hacerse reconocibles, de dejar marcas en el cuerpo de la sociedad, con la característica común de ser performativas de la misma realidad que evaluaban, con mecanismos de autoreproducción de su discurso.

-2-

1. En la medicina del estado es el funcionario médico el que anota. Se trata del funcionamiento de la maquinaria política que lleva a un tipo de anotación que llamaremos epidemiológica. Se trata desde la instrumentación y validación estatal de la profesión médica del registro de las tasas de morbilidad, natalidad y mortalidad de la población que permiten la confección de planes, programas y proyectos. En definitiva, un sistema burocrático absolutamente novedoso. Cada país debería contar con un sistema de salud, cada ciudad, cada pueblo, cada ínfima porción de territorio debía separarse en circunscripciones con instalaciones sanitarias las cuales debían tener un organigrama, recursos e instalaciones. Todo un dispositivo difícilmente controlable sin la participación del funcionario médico.
2. La medicina urbana tiene el gran objetivo de la salubridad, para esto necesita, sobre todo, regimentar e intervenir en la distribución de los cuerpos con los otros: en sus comienzos con los muertos, después con los productos del

propio cuerpo, hasta llegar a regimentar, hoy día, la salubridad de las relaciones familiares y personales. Este objetivo le da un sesgo intervencionista que todos conocemos y que, prácticamente, define a la medicina en su fundamento.

Tiene, nada más y nada menos, la decisión de las medidas a seguir. Y es mucho más que la importante tarea de decidir, por ejemplo, la hospitalización o no de un paciente sino la de causar un discurso, generarlo, enmarcarlo en lo humanamente posible. Siempre la medicina fue un límite de las posibilidades del hombre. Este faro conceptual también generó un tipo determinado de máquina de anotación: una anotación que intenta facilitar las relaciones entre unos y otros. Una anotación intervencionista que intenta ser operativa en el mismo centro de la “familiaridad”.

3. En la medicina del campo laboral, desde la epidemia de cólera en 1832 que comenzó en París y se propagó por toda Europa, “se cristalizaron una serie de temores políticos y sanitarios con respecto a la población proletaria o plebeya. A partir de esta época, se decidió dividir el recinto urbano en sectores pobres y ricos. Se consideró que la convivencia de pobres y ricos en un medio urbano entrelazado constituía un peligro sanitario y político para la ciudad, y ello originó el establecimiento de barrios pobres y ricos, con viviendas de pobres y de ricos”.<sup>19</sup>

Con el paso del tiempo, la diferenciación se fue dando en el orden de la producción. En el siglo XX, con la instauración del fordismo, la producción ocupó el lugar central, mucho más que los ricos y pobres que ya se podían “arreglar” solos. La sociedad que crecía a pasos agigantados debía producir cada vez más comida, cada vez más tecnología.

---

19. Canguilhem, Georges: *Lo normal y lo patológico* (1966), Siglo Veintiuno Editores, pág. 20.

Si en los comienzos de la medicina, se trataba de ubicar en la camilla de la autopsia al órgano objetivo causante de su deceso, ahora se trataba de una medicina que agregaba nuevos ordenamientos ligados a las perspectivas laboral, sanitaria y familiar.

Las máquinas de anotación. Las consecuencias fueron enormes. La psicofarmacología tomó la posta de esta importante máquina de anotación laboral, familiar y sanitaria. Deberíamos diferenciar algunas anotaciones para la prescripción de psicofármacos.

Un ejemplo de anotación laboral: en el mismo centro del imperio, la psicofarmacología ha creado un producto llamado “droga de la felicidad”, un antidepresivo que prácticamente se prescribe a todo el mundo, se toma como aspirina, esta droga lo que facilita, “ayuda” a un hombre o una mujer concurrir contento, día a día, a su tarea laboral, a realizar su trabajo, pensando en positivo.

Un ejemplo de anotación familiar: La psicofarmacología ayuda a vivir a un individuo dentro de un grupo familiar pero más allá de esto, lo define, regla las relaciones humanas entre unos y otros, definiéndolas. Se mete en la intimidad de los cuerpos para comenzar un debate con el discurso médico.

Pero cada tipo de anotación, si bien tienen una historia y funciones diferenciadas, se entrecruzan. Los psicóticos, según la máquina de anotación laboral no se diferencian en cuanto a su delirio sino en cuanto a si logran o no ser parte de la producción. Lo que importaría, más allá de su internación y depósito en una institución manicomial, será si tienen o no proyección laboral. Como escribe Vicente Zito Lema, lo que importa es si los locos cumplen o no el “sagrado rito de la plusvalía”<sup>20</sup>. Si no generan valor de cambio, o no tienen sostén familiar, esto los llevará a terminar en el “cementerio blanco”.

---

20. Zito Lema, Vicente: “La gran cloaca” en *Noche de locos*, Edit. Letra Viva/Episteme, 2011, pág. 17.



## IV.

# Los tres tiempos de la escena psiquiátrica

Existen tres tiempos en la escena psiquiátrica. Y no decimos especialidad psiquiátrica.

Esto apuntala una evidencia: en sus comienzos los psiquiatras actuaban sin tener una especialidad que los cobijara, no es raro entonces llegar a la hipótesis de que, en la actualidad, vuelvan a esa posición, a negárseles nuevamente la especialidad, desde el punto de vista del diagnóstico psicofarmacológico.

Desde la perspectiva del diagnóstico de trastornos, la especialidad psiquiátrica hasta tiene un libro de miles de páginas y miles de trastornos donde se evidencia la presencia de la especialidad “trastornada” pero desde esta mirada, la del diagnóstico psicofarmacológico, se puede sostener, el retorno a los tiempos de la protopsiquiatría, al retaceo de la disciplina.

Los tres tiempos de construcción de la especialidad psiquiátrica son:

- La escena protopsiquiátrica del siglo XVIII.
- La escena psiquiátrica del siglo XIX y principios del siglo XX que es la de su nacimiento y desarrollo que separaremos en tres etapas: de 1800 a 1830, de 1850 a 1930 y de 1930 a 1950.

- La escena de la actualidad, a partir de mediados del siglo XX, con la llegada de psicofarmacología.

- 1 -

Una película llamada “*Letras prohibidas. La leyenda del Marqués de Sade* (2000)<sup>21</sup> desarrolla su acción en un manicomio previo al desencadenamiento pineliano, o sea previo al nacimiento de la psiquiatría propiamente dicha. Nos muestra cómo fueron los asilos previo a la validación de la psiquiatría como una de las especialidades médicas.

Esta película gira alrededor del encierro de un personaje como el Marqués de Sade quien representa al movimiento libertino en una época tan interesante como el siglo XVIII. Muestra la actuación de los psiquiatras en lo que llamamos el tiempo de la protopsiquiatría.

En el siglo XIX comienza la especialidad psiquiátrica que no puede desarrollarse sino dentro del llamado por Foucault, en el libro-seminario “El poder psiquiátrico”: el dispositivo disciplinar<sup>22</sup>. La psiquiatría será parte de una gran maquinaria de control que se sostendrá en el dispositivo manicomial, en su función prescriptiva ligada al peso de la realidad, en la separación entre “lo normal y lo patológico” como lo sostiene Calguimhein.

A mediados del siglo XX, con el surgimiento de la psicofarmacología, la oposición entre razón y locura deja de ser el centro neurálgico de la psiquiatría y se transforma en lo que Tomás Szasz<sup>23</sup> llama la sociedad psico-medicalizada. ¿Qué ocurre con la escena psiquiátrica? Por un lado, la multiplicación de psiquiatras, la desaparición de la especialidad y en el mis-

---

21. *Letras prohibidas. La leyenda del Marqués de Sade* (Quills) es una película estadounidense-germano-británica del 2000, dirigida por Philip Kaufman y escrita por Doug Wright a partir de su propia obra de teatro “Quills”.

22. Foucault, Michel: *El poder psiquiátrico*. Curso en el Collège de France (1973-1974), Edit. Fondo de Cultura Económica, 2005.

23. Thomas Szasz: *Esquizofrenia: el símbolo sagrado de la psiquiatría*, Edit. Fontamara, México, 2002.

mo centro un panóptico: la psicofarmacología. La sociedad controlada del siglo XXI es la sociedad *farmacoestandarizada*.

Y ¿quiénes nos estandarizan? Los psicofármacos. No quienes los prescriben. Son los estabilizadores del ánimo, los anti-panicosos, los antidepresivos, los ansiolíticos. Ellos nos estandarizan, nos normativizan.

Se ha producido una inversión, no somos nosotros quienes agrupamos a los psicofármacos sino que son ellos quienes nos toman, nos miran, nos clasifican desde el panóptico personal que cada uno de nosotros tenemos en nuestras casas que se llama botiquín, caja de remedios y/o pastillero.

Los psicofármacos nos vigilan, existe un canal óptico abierto entre ellos y nosotros. Cuando pierda el control, sé que llevo en mi billetera “Diacepam” que me permitirá volver a la normalidad. El psicofármaco está atento y la única condición es que lo lleve encima por cualquier cosa, que lo tenga a mano. Es muy amigable, como todo en la psicofarmacología, por algo lo llaman el “método dulce”.

No importa quién lo prescribe, la relación entre ese fármaco y yo es más que íntima, es la promesa de mi normalidad, es la garantía de que mi ser no se pierda en el descontrol de la impotencia y la desesperación.

La psicofarmacología comenzó a tallar con los locos pero pronto los “eliminó” del campo del juego. Ahora se ocupa de la locura cotidiana, sobre todo, de los estados de ánimos, le importa meterse, lisa y llanamente, con el alma del hombre. El “ánima” no deja tanto de cambiar como de asustarnos, la vemos entrando y saliendo de nuestro cuerpo con una independencia que cuestiona nuestra individualidad.

No importa quién los prescribe. Justamente el psicofármaco se desprende del prescriptor, del psiquiatra. Es un poco taimado, traicionero porque termina convirtiendo a la disciplina psiquiátrica en un insumo más de su reproducción. Ya sabemos que el mercado produce esta mezcla entre disciplina e industria que conduce al fin de la psiquiatría como disciplina y que, al mismo

tiempo, multiplica a los psiquiatras pero no nos interesa tanto este punto como esa relación directa entre el fármaco y el alma, entre fármaco y cuerpo; entre el fármaco y el canal óptico que se establece en cada uno de nosotros, entre el fármaco y su peculiar forma de anotación en nuestras vidas.

-2-

Antes de Pinel, el psiquiatra no recibía su incumbencia profesional de la disciplina aún no validada sino de una función de delegación cuya prerrogativa era del soberano, del rey, del monarca, del emperador que, a mediados del siglo XVIII, cambiaba de nombre según los acontecimientos políticos. El dispositivo de soberanía se sostuvo en la figura del rey y de la iglesia pero en el siglo XVIII estaba debilitado y dejando paso al dispositivo disciplinar.

En la actualidad, más de doscientos años después de acontecido ese cambio histórico, el psicofármaco representa el punto de culminación de la sociedad disciplinar. Su momento cúlmine.

Zygmunt Bauman habla de la sociedad sitiada en la Modernidad líquida<sup>24</sup>. Debería agregar sitiada por los psicofármacos. Los psicofármacos tienen nombre comercial y empresas que son parte de la industria blanca más rentable que existe sobre la tierra pero esa droga legal representa un poder que no tiene cara, un poder anónimo y que, a pesar de esto, tiene un efecto que individualiza, construye un sí mismo, una conciencia, apunta al alma y la apuntala.

Esto es lo importante para que hablemos de este tema con urgencia. Al tomar la pastilla tomamos un diagnóstico. Nos toma un diagnóstico. Esa gragea habla de uno y de nuestra sociedad "farmacoanalizada". Una sociedad controlada por el fármaco, adicta a la cápsula que se relaciona directamente con los neurotransmisores, con acceso directo al alma. Ya no importa tan-

---

24. Bauman, Zygmunt: *La sociedad sitiada* (2002), Edit. Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires, 2004.

to cómo entrará en tu cuerpo, si por las buenas o las malas, en forma directa o indirecta, llegado el momento en que pierdas por un instante el control, ahí estará esperándote.

Y si lo perdés, eso se espera que ocurra en algún momento de esta larga vida, no habrá prescriptores sino que entrará directamente al cuerpo: la sociedad psicofarmacolizada.

La emergente clase burguesa del siglo XVII sostenida en la moral de la familia y en las ganancias del comercio había erosionado el poder del soberano que, en la escena furibunda de la edad media mandaba a quemar bajo el epíteto de blasfemo, de bruja, de esotérico, de contrario a la orden de Dios, a todo adversario, a todo aquel contrario al orden religioso y monárquico.

El psiquiatra aún no tenía como campo de incumbencia al conjunto de los locos en el manicomio, trabajaba a pedido, interviniendo, no con los locos sino con los adversarios. Al soberano no le importaba la locura tanto como los actos de sedición que pudieran acarrear, le importaban los opositores, quienes pudieran hacer frente a su poder. Hasta el siglo XVII, la locura era vista como un error de la naturaleza para cuyo desenvolvimiento y tratamiento no resultaba necesario internación de ninguna especie. No importaban los locos sino los adversarios políticos.

En el siglo XVIII, el soberano que ya no estaba en condiciones de exterminarlos como en la fulgurante edad media, contaba con nuevas fuerzas punitivas “más modernas” como lugares de segregación y exclusión: las cárceles y los manicomios.

En aquella época no había tanta diferencia entre la cárcel y los asilos: eran dos lugares para mandar a los adversarios. A Pínel no le resultó, entonces, complicado denunciar, gritar a comienzos del siglo XIX a boca suelta que en los asilos se encontraban mezclados los locos, los pobres, los pervertidos sexuales, los adversarios políticos; pudo denunciar ese cambalache asilar sin que nadie lo cuestionara porque era una verdad de perogrullo.

El psiquiatra en la protopsiquiatría estaba en una posición incómoda, debía cuidar su pellejo tanto de los locos como de

la autoridad del soberano, debía cuidar su reputación y hacer todo lo posible para que el mandato por el que era convocado, se cumpliera.

La psiquiatría aún no era considerada una especialidad. La medicina recién había sellado su amalgama con el método anatomopatológico. Como escribió Calguinheim: “La medicina recién había fusionado por un lado la clasificación nosográfica con la descomposición de los órganos. De manera que la clasificación nosográfica encontraba un substrato en la descomposición anatómica”<sup>25</sup>

La psiquiatría era una habilidad y quienes la llevaban adelante sabían que tenían que ser hábiles con los locos y que, si no lo conseguían, tenían sí o sí que ser más fuertes. Si no podían ganar en habilidad, debían hacer cumplir el peso del más fuerte.

El peso del más fuerte en el siglo XIX no era una fuerza de delegación del soberano sino era “la realidad”. Pero, antes de esto, el peso del más fuerte era y debía estar del lado del soberano. El pasaje del aparato de soberanía al aparato disciplinar está dado por ese cambio de peso, de la autoridad a una especie de instancia inapelable, que “vale para todos”, y que todos debían no solamente respetar sino estar en condiciones de reconocer y acatar.

El psiquiatra, en el siglo XIX, ya en el momento de su desarrollo como disciplina, trabajaba con el conjunto de los locos en la práctica asilar, como representante y, mucho más que esto, como encarnación de la realidad. El conflicto que se generaba a los locos era entre su inquebrantable delirio y la fuerza arrolladora de la realidad, se intentaba que la fuerza de ese conflicto externo regenerarlo hacia el interior, convertirlo en un conflicto interno: entre su creencia delirante y el enorme temor al castigo que venía de “la realidad” que era tanto una instancia persecutoria, castigadora como una instancia pedagógica.

Pero antes de eso, en el siglo XVIII, el psiquiatra era mandado por el soberano para quebrar a sus adversarios políticos. Hoy lo que llamaríamos métodos de tortura, en aquellos tiem-

---

25. Canguilhem, Georges: *Lo normal y lo patológico* (1966), Siglo Veintiuno Editores, Buenos Aires, pág. 20.

pos, garantizaban no solamente la reducción de la resistencia de los adversarios a cero sino que marcaba que el poder soberano podía hacer lo que quisiera con los cuerpos de sus súbditos.

Siguiendo esta historia, no es osado hipotetizar que si el psiquiatra estuvo antes del nacimiento de la disciplina psiquiátrica, a renglón seguido, podemos sostener que el psiquiatra puede continuar trabajando aún después de la desaparición de la disciplina.

¿Cuáles son las consecuencias de esta desaparición? ¿Qué límites tiene lo que decimos cuando vemos que se reúnen en frágiles academias y se cuentan los psiquiatras en miles?



## V.

# La disciplina psiquiátrica propriadmente dicha

Dentro de las etapas en la historia de la psiquiatría, ubicamos tres: el período entre 1800 y 1830 como **primera etapa**, la época insignia del nacimiento de la especialidad psiquiátrica validada dentro del saber médico. Esta época ha sido estudiada y retratada por Michel Foucault en varios libros pero sobre todo en el seminario “El poder psiquiátrico”<sup>26</sup> (1974).

Existe una **segunda etapa** más prolongada, entre 1850 y 1930, donde el manicomio funciona a pleno, todo discurso que hablara de la locura deducía la necesidad de una institución y de un poder encarnado en la incumbencia psiquiátrica.

Una **tercera etapa**, desarrollada en muy pocos años, entre 1930 y 1950 pero que produce un cataclismo en la relación estrecha entre psiquiatría y práctica asilar. Cuestiona profundamente la existencia de la internación de la locura. Critica tanto a la idea de la enfermedad mental como a la institución creada para tratarla y, por supuesto, a la actuación de la especialidad psiquiátrica. Este movimiento llamado de la antipsiquiatría tuvo repercusiones que llegan hasta hoy en día. Las experiencias de Basaglia en Trieste donde se cerraron los manicomios y donde el tratamiento de la locura se realizó con la mira puesta en

---

26. Foucault, Michel: *El poder psiquiátrico*, Curso en el Collège de France (1973-1974), Edit. Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires, 2005.

no alejarlos de la interacción social dentro de la comunidad, resulta un ejemplo. No se trata de excluir a la locura de la sociedad sino de interactuar con ella y, en lo posible, formar y educar a la comunidad para aceptar e incluir a los “enfermos mentales”. Tomás Szacs<sup>27</sup> cuestiona que se pueda hablar de “enfermedad mental” a la manera de cómo se puede hablar de una enfermedad fisiopatológica o somática pues la idea de normalidad en salud mental no deja de ser discriminativa y reduccionista.

En Argentina existen experiencias que han sostenido la argumentación de la incompetencia de las instituciones manicomiales para el tratamiento de la locura tanto como del poder autocrático y violento del orden psiquiátrico. Entre otros ejemplos podemos resaltar la experiencia del Dr. Cohen en Río Negro.

En relación al movimiento antipsiquiátrico, hace unos meses llegó a mis manos un texto escrito en 1929 por el Dr. Eusebio Albina quien era, en ese entonces, Director de la institución Melchor Romero. Escribía: *El hospital no debe ser tan solo un lugar que recibe enfermos. Por el contrario su misión más noble consiste precisamente en evitar, por el consejo y por la educación popular, que las enfermedades se produzcan.*<sup>28</sup>

Hay algo que se pensaba en aquella época, la enfermedad mental se transmitía de generación a generación y que, esa transmisión a la descendencia, no podía ser sino a través de “víctimas inocentes”. La idea era que si hay un padre psicótico, podría haber un hijo psicótico. Se trataba de la reproducción de la locura. Pero, a renglón seguido, ese psiquiatra director de una de las instituciones manicomiales más destacadas de la Argentina de los años 30 sostenía:

*El hospicio debe ser un organismo que marche hacia el suicidio consciente, es decir a conseguir el ideal de cerrar sus puertas por falta de enfermos.*

---

27. Thomas Szasz: *Esquizofrenia: el símbolo sagrado de la psiquiatría*, Edit. Fontamara, México, 2002.

28. Albina Eusebio: *Las enfermedades mentales. Consejos higiénicos y profilácticos*, Edit. La Plata, 1929.

El director de ese hospital neuropsiquiátrico hablaba de “suicidio conciente”, de que el hospicio debería apuntar hacia su extinción, a cerrar sus puertas. No debería ser discriminada y expulsada la locura ni los locos sino las instituciones creadas para su tratamiento deberían cerrar sus puertas por falta de internos.

Vemos cómo se relacionan ideas contrapuestas, por un lado la filiación de la locura vía lazos sanguíneos, por otro lado dos importantes fundamentos de la antipsiquiatría, la idea de la prevención en salud mental y el ideal del cierre de las vetustas instituciones manicomiales.

Una época claramente influenciada por el movimiento de la antipsiquiatría aunque sus resultados fueron dispares en cuanto al cierre de los asilos y a un plan sistemático de prevención en salud mental.

¿Qué detuvo su fuerza sinérgica hasta el punto que más de setenta años después del nacimiento de la antipsiquiatría se escucha con menos claridad las voces que apuntan al cierre paulatino y/o radical de los manicomios? Y, mucho menos frecuente, que un directivo sostenga la necesidad de ir hacia la extinción institucional del mismo asilo del que es director.

A partir de 1950, el nacimiento de la llamada psicofarmacología moderna cambia a la especialidad psiquiátrica tanto como a las instituciones manicomiales. En un principio, se trató del descubrimiento de los antipsicóticos y con ellos, la llegada de una verdadera revolución, el comienzo del “tratamiento dulce” de la locura que ponía, por primera vez, a los manicomios al borde de su desaparición. No más locos iracundos, delirados, alucinados, peligrosos para sí y para terceros. En pocos años se desfonda el ideario de las instituciones asilares. Era el momento adecuado para su cierre y transformación en otra cosa.

Pero acontece otro destino, la transformación se realiza pero de manera insospechada. Esas instituciones asilares se terminaron convirtiendo en depósitos de indigentes, de gente que no tenía adónde ir. La psicofarmacología hace desaparecer a los lo-

cos pero no a las instituciones destinadas a tratarla. Un infierno sin moradores, un hospicio sin locos.

Demostrando gran habilidad para cambiar cuando era preciso, los neuropsiquiátricos cobran nuevos sentidos. En la época de los derechos ciudadanos, los internos manicomiales internados por distintas instancias jurídicas, pierden sus derechos, son inhibidos como sujetos de derecho.

¿Y qué será de los sujetos internados, suspendidos sus derechos ciudadanos y su capacidad de libre albedrío? Serán sujetos de investigación.

En el manicomio se encuentra la posibilidad cierta y barata de investigar en un campo problemático como es la ciencia humana. Al igual que en los comienzos de la medicina moderna, se investiga en los cuerpos de los “pobres locos”. Se investigará acerca de la mejor terapéutica en sus cuerpos, para descubrir la solución para aquellas personas que pudieran pagar por su tratamiento, desde ya, personas no internadas en instituciones manicomiales.

Los hospicios cambian con la época, a mediados del siglo pasado, se transforman: por un lado, un lugar de depósito de quienes no tienen dónde ir, por otro lado, investigando en sus internos convirtiéndolos en objetos de investigación.

Los manicomios se convertirán en depósitos de pobres e indigentes, como si la reforma de Pinel de comienzos del siglo XIX nunca se hubiera llevado a cabo.

## VI.

# La psicofarmacología y el fin de la psiquiatría

Cuando decimos “fin de la psiquiatría”, desde el punto del diagnóstico psicofarmacológico, merece una doble lectura, por un lado como término, final y, por otro como realización, como objetivo cumplido.

Si la psiquiatría tuvo un desarrollo ligado al derrotero de los manicomios, y la farmacología tuvo como consecuencia transformar a los manicomios en depósitos de personas que no tiene dónde ir; la disciplina psiquiátrica ha cumplido el objetivo del tratamiento de la locura.

Las cifras hablan de que los manicomios dejaron en los hechos de cumplir una función terapéutica y la causa debe hallarse en el desarrollo de mejores drogas psicofarmacológicas.

En el 2007 leí un artículo que sostenía cifras contundentes que no creo que hayan cambiado: más de la mitad de los internados en hospitales psiquiátricos de la Argentina tenían el alta médica pero no tenían adónde irse. Sostenía el CELS que en Argentina “al menos el 60% de esos pacientes psiquiátricos continúan internados por razones sociales pasada la crisis que determinó el motivo original de la internación”<sup>29</sup>. La media de internación es de nueve años cuando lo aconsejable serían internaciones cortas de tres meses... como mucho.

---

29. Nota aparecida en Clarín, día martes 18 de diciembre de 2007.

El motivo de internación dicen los especialistas es legítimo, o sea que hay motivos para internar a una persona en un hospital psiquiátrico pero, al momento del alta, desaparecen las personas y la comunidad que tienen que darle protección, cobijo y afecto y se convierte el estado en la única “familia protectora”.

Los manicomios han encontrado su forma de permanencia, a pesar de ser duramente criticados, entre otros por los mismos especialistas que están dedicados a su sostenimiento. El manicomio sigue siendo un polo de atracción de incumbencias profesionales, presupuestos públicos y políticas del área de la salud mental, como también posibilidades de hacinamiento de personas sin lugar, protocolos de investigación y, como decíamos, de equivocaciones, pruebas clínicas psicofarmacológicas que deben ser probadas en grupos de pacientes. Todo puede ser.

Pero, más allá de que se necesitan para investigar y probar los efectos de las drogas, no es motivo suficiente para su sostenimiento en el tiempo y su permanencia tiene que ver con indicadores de degradación social.

La faz de los manicomios muestra esta ambivalencia que encontramos también en el significante “fin”. Como sostiene Hugo Vezzetti: *Los manicomios, allí donde todavía existen, revelan mucho acerca de las sociedades que los engendran, en el caso de Buenos Aires, lo más impactante es la coexistencia contradictoria de la lógica de la segregación con formas de cura avanzadas, incluso sofisticadas.*<sup>30</sup>

Doble faz, por un lado simple depósito, por otro, búsqueda encarnizada del mejor tratamiento para las personas con problemáticas psiquiátricas.

En su faz de depósito, las máquinas esquizofrénicas, como dirían Deleuze y Guattari, los cuerpos de los locos fueron subyugados por las maquinarias asilares donde los psiquiatras no son instrumentos privilegiados sino engranajes de ese mismo mecanismo. Las máquinas asilares se han mantenido a lo largo del tiempo porque han sabido mutar según los requerimien-

---

30. Vezzetti, Hugo: Nota aparecida en la sección Psicología del diario Página 12 el día 5 de marzo de 1998.

tos de cada época pero han mantenido inalterable lo sustancial como es: la distribución de los cuerpos, la apertura del canal óptico sobre la locura y la realización del dispositivo disciplinar. A partir de finales del siglo XX, con la participación estelar de la psicofarmacología es cuando se realizan en forma acabada.

Los manicomios ya no cumplen una función terapéutica por más que dentro de sus instalaciones se encuentren profesionales con las mejores intenciones y con la práctica mejor orientada. El problema no es la terapéutica de la locura, justamente a muchos es lo que menos interesa, el tema es dónde mandar a las personas que son recogidas en la vía pública o aquellas personas que representan una amenaza para los derechos públicos. Los manicomios son lugares de derivación de los juzgados, de los policías, del ciudadano común que identifica que “tal persona está para el Borda”.

Antes el tema era si el cierre de los hospicios debía ser gradual o terminal, justamente hoy se habla de cierre, desde las instancias políticas de la Ciudad de Buenos Aires, de los manicomios como el Borda y el Moyano pero no está en debate qué hacer con los manicomios ni con los locos. Esto parece ser un tema poco importante. El problema es más general y es, no sólo, qué hacer con el tratamiento de la locura sino qué hacer con aquellos pobres e indigentes que no tienen adónde ir.

-1-

Hoy en día, los locos no son un tema central pues los psicofármacos los han puesto en caja. Los temas son otros, sobre todo, la ansiedad, los problemas del ánimo, y las cuestiones adictivas.

En este punto, la psicofarmacología crea sus legionarios, sus enormes cohortes de adictos y sus casi inexistentes resistentes. Crece fuerte el consumo de una droga para calmar la ansiedad, salió en el diario el otro día. Ya no sorprende. Con todas las noticias que hay en una y otra hoja, esta noticia parece *naif*. En un mundo como el que vivimos, ¿qué importancia puede tener que

algunos millones de personas se automediquen y tomen un tranquilizante para resistir las ansiedades cotidianas de un mundo cada vez más revolucionado?

Por ejemplo, en Argentina la venta de clonazepam, aumentó el 20% entre 2004 y 2006 y sigue en ascenso. ¡Qué importancia puede tener su utilización excesiva y la venta sin receta en un mundo que tampoco pide permiso para dejarte sin laburo, elevarte la cuota del alquiler, o tener que presentar certificados de sobrevivencia diario mandándole un mensajito de texto a nuestra madre que siempre teme que no lleguemos a salvo de nuestra salida nocturna!

En estas circunstancias, no importa si el clonazepam nos generará dependencia o no a largo plazo. Porque, de última, que alguien nos hable de dependencia a largo plazo es una bendición, una esperanza. Revisen la cartera de la señora o la billetera del caballero. Le podremos preguntar desde cuándo lo tiene y quién se lo prescribió y cómo sigue consiguiéndolo hoy en día. Toda automedicación está precedida por la voz de alguien que se lo recomendó, puede o no ser un profesional.

Si pudiéramos hacer presente esa escena de derivación veríamos que está llena de confianza, de creencia. Alguien nos facilita el acceso con palabras elogiosas frente a nuestra ansiedad y angustia, nos tiende la mano y nos entrega el ansiolítico. Es el famoso “boca a boca”.

Pero esa medicación se autoreproduce, dejando de lado al psiquiatra, a pesar de que es un medicamento que tiene que ser vendido con receta archivada. Como toda droga puede tener un resultado que ayude a pensar u obturar el raciocinio, puede ser salvador o mezclado con otras sustancias propulsar un efecto adictivo.

¿A qué adicto le importa la formalidad de saber a qué grupo de familia pertenece el clonazepam, si sólo importa que el rivotril mezclado con alcohol y éxtasis “pega con todo”?

¿Cómo elabora nuestra sociedad, casos extremos como por ejemplo el sucedido con la joven Camila Rodríguez que un 15 de octubre murió por lo que llamaron los investigadores del caso

y el público en general: una sobredosis producida por la mezcla de psicofármacos y drogas?

-2-

Permítanme sólo por un rato, ya que estamos cerca del final, dejar los dedos deslizarse por el teclado y mi mente descansar, relajada de haber enfrentado un tema que me ha llevado muchos años de investigación y escritura.

La palabra es única, el erotismo de la palabra no puede compararse con el erotismo de la pastilla. Lo que tiene la pastilla: da resultado, el erotismo de la palabra puede fallar y hay que deglutirla. El psicofármaco nos deglute a nosotros, nos toma como objetos y va directamente a los neurotransmisores o sea directamente a aquellas formas sinérgicas del ánimo.

¡Duerman al bebé que mañana se tiene que levantar con buen ánimo para ir a trabajar!

Es lo mejor que nos puede pasar que generen tolerancia, al menos seremos tolerantes con nuestro querido blíster. Y nos dirán que tenemos síndrome de abstinencia si lo dejamos, por lo menos tenemos algo, y pueden hablar de nosotros. Y una vez que lo tomamos no podemos ni debemos dejarlo repentinamente.

Nuestro joven psiquiatra ha quedado a pie, Federico ya no podrá negociar con la industria los viajes próximos, quizás se olviden de lo que escribió en un país que tiene tendencia a olvidar.

Hagamos lo que hagamos, digamos lo que digamos, a la industria no le interesa más que ese erotismo que lleva a un hombre y una mujer a consumir. Toda primera consumición contraría la regla de que debería llevarla a cabo un especialista en el ámbito de la salud mental. La consulta llega al psiquiatra después de toda una historia. Y ¿qué va a poder decir el psiquiatra sobre la conveniencia o no de la prescripción si ya el paciente viene tomando por su cuenta, o por cuenta de terceros, hace años?

El clonazepam se impuso. Es uno de los 10 fármacos más vendidos del país. Es más recomendado por doña Rosa que por los psiquiatras, es más recetado por los médicos clínicos que por los psiquiatras. El 15,5 por ciento de los porteños consume psicofármacos.

El clonazepam es una droga fiel, dicen y es la gente la que empezó a darle un uso perverso. Al clonazepam lo mezclan con alcohol, buscan que los voltee y los enloquezca. Su uso nocivo, sostiene lo hace funcionar como si se usase mal un cuchillo: para agredir a otra persona en lugar de cortar la comida en pedacitos. Este medicamento, que puede ser prescrito como ansiolítico y relajante muscular, para el síndrome de piernas inquietas, como anticonvulsivante y para el bruxismo, entre otros trastornos.

Desde la Asociación de Agentes de Propaganda Médica, José Charreau confirmó que “los laboratorios dan incentivos como viajes, becas y hasta órdenes de compras a cambio de que se receten sus medicamentos”.

Y si fuera poco, la industria se asegura de la prescripciones médicas, persigue cada receta escrita por cada psiquiatra. ¿Sabes cómo lo hacen? Los laboratorios medicinales microfilman las recetas de las farmacias por lo que pagan diez centavos (en el 2008). Este dinero aparentemente insignificante, para una farmacia grande reporta mil pesos mensuales que sirven para pagar a un empleado.

¿Por qué tener algún reparo ético por estas prácticas de los psiquiatras que mantienen también a raya las prácticas de automedicación del profano y de venta sin receta del farmacéutico?

¿Qué hacer entonces? El mundo está complicado.

La angustia de la vida cotidiana. No tenemos por qué medicarnos en todas las situaciones problemáticas de la vida.

## VII.

### Y cómo terminó la historia de amor

La historia entre Silvina y Marcelo siguió algunos años, fueron famosos en el hospital, fueron famosas sus peleas. Aunque pareciera increíble se peleaban por una visión distinta acerca de, entre otras cosas, la cuestión de la psicofarmacología.

—De una fórmula química se espera que tenga determinados resultados, más allá de quién sea el que tome la pastilla. No puede haber pastillas uno por uno —sostenía Marcelo.

—Eso es un despropósito, ¡las pastillas se metabolizan en un estómago que pertenece a un sujeto!

Y de esas peleas aparentemente anodinas y poco trascendentes, siempre terminaban hablando de que algo no funcionaba entre ellos.

Y lo que no terminaba de funcionar era lo sexual, aunque él tomara esas pastillas para las disfunciones eréctiles, aunque hubiera aprendido a usarlas media hora antes del horario que suponía irían a estar juntos, muchas veces no había caso.

Silvina no quería saber nada de esas pastillas, para ella era el ejemplo de que el fármaco dependía de quién las tomara, más que de su inalterable fórmula química. Para ella el problema de Marcelo era un problema psicológico que se empecinaba en no tratar.

Silvina dudaba de su amor, cuando estaban en el instante sexual, nunca sabía cuánto era parte de su deseo y cuánto era par-

te de la medicación, eso le hacía sentirse insegura y con bronca contra esas pequeñas pastillitas rojas que le llenaban de sangre la verga y lo llevaban a perseguirla por toda la casa pidiéndole por favor, que ahora, que dale, que tenía que, y miles y miles de súplicas y después amenazas y hasta que conseguía lo que no había más remedio.

¿Cómo habían llegado a eso? ¿Es que a ella había algo que también la perjudicaba para entregarse a ese goce que él le proponía?

Silvina le decía despertando la bronca de Marcelo:

—Hay que tener estómago para bancar estar con vos.

Y no lo decía solamente por su verga hirsuta tratando de perseguirla por entre las cortinas, sábanas y manteles del departamento de dos ambientes de Almagro sino por su creencia en esas pastillitas. ¿Quién le había dado permiso para tomar en sus manos a esas pastillas tan pequeñas como poderosas, tan eficaces como malditas, tan indomables como sin horizonte?

Y si tuviera un hijo con este hombre sería gracias a esa medicación, ella ¡justo ella que tanto bregaba contra las ansias arrasadoras de la industria farmacológica mundial! ¿No sería, en realidad, que no se bancaba a ese hombre tan enamorado de la televisión y de ver mujeres en la pantalla chica?

¿Es que no estaba ella agrandando su asco frente a un hombre que le había declarado su amor y del que aparentemente no debía dudar?

-1-

¿Sería posible que la manera de pensar la psicofarmacología los hubiera separado? Los dos pensaban que era ridículo pero siempre volvían con el mismo tema.

—La ciencia se metaboliza en las fórmulas químicas —decía Marcelo —y lo que no se ajusta a ello se llama territorio idiosincrásico.

—Una extravagante manera de decir que si no ocurre lo es-

perado se trata de un efecto indeseado debido a la peculiar sensibilidad de un individuo.

—Si a cada uno le pasara lo que le pasara, no habría ciencia alguna, y nadie podría tomar nada porque sus efectos no tendrían ninguna garantía.

—Si esa parte la comprendo, no soy mogólica pero, de ahí a que no tome en cuenta que, cada uno es distinto al otro, es otra cosa. Es como decir que a vos te molesta que yo sea distinta a vos.

—Si creo que sería mejor si fueras un poco más parecida a mí.

—Sería mejor si fuéramos iguales, así no te molestarías tanto conmigo.

Marcelo se quedó pensando, podía ser que ellos fueran demasiado distintos.

—Es lo mismo. Sería mucho mejor si fuéramos todos iguales para que los fármacos pudieran trabajar sin molestias indeseadas. Claro... mejor no tener estómagos, ni riñones, ni intestino y mucho menos inteligencia. Siempre volvés a la importancia de la estadística, de las putas medidas de tendencia central... Si pensás que conviene que seamos todos iguales, porque no te clonás y me dejás de joder.

Y las peleas seguían por más que a ambos les pareciera ridículo el motivo, parecía existir un mundo que los distanciaba.

Una tarde Silvina leyendo el diario le comentó a Marcelo una noticia, sin imaginar lo que pasaría.

¡Solamente se puede conocer el comienzo y el final de una historia, pero muy poco de su desarrollo!

—Aca cuenta una noticia que se están vacunando a mujeres contra el cáncer de mama aún antes de nacer —decía Silvina— cuando alguien quiere el bien del otro no se detiene demasiado a pensar de qué tipo de bien se trata, no llega a diferenciar entre síntomas, disfunciones, sistemas patológicos. Se trata de prevenir, de inmunizar, de tener al alcance la solución.

—Tu sensibilidad es peculiar, no me bancas y te terminás tirando en contra de mí por cualquier causa.

En eso, él tenía razón, lo que no entendía era porque lo ha-

cía, era como si se quedase esperando a que algo en su pareja cambiara. En realidad, ella sabía que no se trataba de que tuviera que tener estómago para bancarlo, para lo que había que tener estómago era para cortarla.

A Marcelo le había quedado picando la idea de que ella era demasiado diferente a él, que debía quizás estar con alguien más parecido.

No le había parecido tan mala la idea, estaría bueno clonarse pero en el otro sexo, así no sería el mismo pero sería el mismo, en realidad, estaba pensando cómo hacerle doler a Silvina, que estaba tan mal con él.

—Por lo menos la ciencia tiene esa utopía, ¿qué utopía tenés vos conmigo? ¿Acaso no sufrís porque quisieras ya tener una hija parecida a vos, como si fuera un mapa calcado de tu misma cara?

Después que lo dijo, Marcelo, se dio cuenta, que eso justamente no lo tendría que haber dicho. Ahora todo el fin de semana largo, ella se tiraría a la cama pensando cómo terminarla, y él con ganas de que ella no estuviera más, con tantas ganas de salir corriendo, sin embargo, la pelearía hasta el final, creía que su amor por ella no debería opacarlo estas charlas sobre temas de fármacos y estómagos. Que deberían seguir, que así era estar en pareja hoy.

## Bibliografía general

Allouch, Jean:

-*El psicoanálisis, ¿es un ejercicio espiritual? Respuesta a Michel Foucault*, Edit. El Cuenco del Plata, 1er. edición, Buenos Aires, 2007.

Bauman, Zigmunt:

-*Modernidad líquida* (2000). Edit. Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires, 2002.

-*Vida líquida* (2005), Edit. Paidós, Barcelona, 2006.

-*Vidas desperdiciadas. La Modernidad y sus parias* (2004), Edit. Paidós, Buenos Aires, 2006.

-*En busca de la política* (1999), Edit. Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires, 2001.

Diccionario de Psicofarmacología y drogas coadyuvantes de la clínica psiquiátrica.

Eldelsztein, Alfredo:

-*Las estructuras clínicas a partir de Lacan*. Volumen I, Edit. Letra Viva, Buenos Aires, 2001.

-*Las estructuras clínicas a partir de Lacan*. Volumen II, Edit. Letra Viva, Buenos Aires, 2008.

Foucault, Michel:

-*El discurso del poder*, Folios ediciones, 2da. Edición, Buenos Aires, 1985.

-*La arqueología del saber* (1969), Siglo Veintiuno Editores, Argentina, 11vo. Reimpresión, Buenos Aires, 1985.

-*El gobierno de sí y de los otros*, Curso de Collège de France (1982-1983), Edit. Fondo de Cultura Económico, Buenos Aires, 2009.

-*Los anormales*. Curso de Collège de France (1974-1975), Edit. Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires, 2005.

-*La verdad y las formas jurídicas* (1978), Edit. Gedisa, Barcelona, 1980.

-*La vida de los hombres infames*, Edit. Altamira, Buenos Aires, 1993.

Kessey Ken:

-*Alguien voló sobre el nido del cuco*, Edit. Anagrama, Buenos Aires, 2003.

Lacan, Jacques:

-*Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis* (1964), Edit. Paidós, Buenos Aires, 1987.

-*La ética del psicoanálisis, Seminario 7* (1959), Edit. Paidós, Buenos Aires, 1988.

Lickey, Marvin; Gordon Barbara:

-*Medicamentos para las enfermedades mentales. Una revolución en psiquiatría*, Edit. Labor, Barcelona, 1986.

Miller, Jacques Alain:

-*Los inclasificables de la clínica psicoanalítica*, Edit. Paidós, Buenos Aires, 2005.

Moizeszowicz, Julio:

-*Psicofarmacología psidinámica IV. Estrategias terapéuticas y psiconeurobiológicas*, Edit. Paidós, Buenos Aires, 1982.

-*Psicofarmacología psicodinámica III: Nuevos enfoques clínico-terapéuticos*, Edit. Paidós, Buenos Aires, 1982.

-*Psicofarmacología psicodinámica II: Aspectos neuroquímicos, neuropsiquiátricos y psicológicos*, Edit. Paidós, Buenos Aires, 1988.

Pugnarre Philippe:

-*El gran secreto de la industria farmacéutica*, Edit. Gedisa, Barcelona, 2005.

Rodrigué, Emilio:

-*El siglo del psicoanálisis*, Edit. Sudamericana, Buenos Aires, 1996.

Soler, Colette:

-*La querrela de los diagnósticos*, Edit. Letra Viva, Buenos Aires, 2009.

Szasz, Tomas:

-*Esquizofrenia: el símbolo sagrado de la psiquiatría*, Edit. Fonamara, México, 2002.

*Epílogos*

VICENTE ZITO LEMA



## Locura, Pobreza y Poesía

Hubo un tiempo en que el tiempo se hizo espacio y se hizo materia, y estalló en mil estrellas, y los cielos se separaron de la tierra, y el día de la noche, y se quebró esa unidad de músicas que hasta entonces eran el murmullo y el perfume del universo, el aliento absoluto que sostiene el vacío...

Hubo un tiempo en que los hombres se separaron de los hombres, los vivos de los muertos y el mañana de su ayer; fue en el mismo tiempo y en el mismo sentido y con igual espíritu, que la necesidad y el deseo se volvieron enemigos, y la pobreza y la riqueza tomaron conciencia de su contienda eterna: que ya no eran una misma materialidad armónica, sino la adversidad, la antinomia feroz, la tensión que usurpa la fraternidad y abre tajos que nunca cicatrizan, la hiedra que trepa sobre la vida; y el horror entonces clausuró las cabezas y llenó de agonía los corazones, que nunca recobraron la inocencia.

La poesía allí mismo inició su diálogo de nunca acabar con la muerte, porque la poesía es el principio que no tuvo un principio anterior, y la muerte es el fin sin más fin, que no puede pensarse en la razón, ni refutarse por fuera de su origen en el delirio.

¡Todo es agonía!

Hubo un tiempo, pasado en el tiempo, en que la locura se presentó en el mundo para señalar con su dedo de fuego que era el único sentido del mundo, y apostrofó al susodicho mundo que mezclaba en su rostro del terror y la lujuria, y se plantó en el centro de la realidad con el ímpetu de una rosa y el sin pudor de un relámpago.

Hubo un tiempo, ¡vaya qué tiempo!, en que la locura, después de abandonar la lengua de los dioses y poner todos sus pies, y también sus manos que lucían igual que cristales sobre la tierra, decidió abrir la boca de cada criatura humana, para que las almas salieran de su prisión –un cuerpo tan ajeno de sí, tan humillado de sí–, y pudieran revelar a viva voz el mayor de sus secretos...

No bien se escuchó entre truenos y lluvias de cenizas que la riqueza convertía las lágrimas del amor en una piedra, sin fondo ni forma, pura atrocidad, y que la fe estaba obturada por el poder eclesial, y la razón apenas era una excusa de la perversidad económica, la locura fue perseguida como un animal que depreda por depredar; acorralada y cazada la arrojaron sobre las llamas y al final, entre himnos y eructos, fue digerida por el estómago de hierro de una sociedad ya preparada con gigantesca paciencia, con prueba y error hasta el hartazgo, para vivir y reproducirse en la antropofagia, su real espacio, su última morada, tapando con sus manos el estertor de las víctimas, como si la razón no fuera más que un sol de humo y de ácido que todo lo corrompe, que para siempre marchita... hasta hacer de la vida un tuétano atroz, el más estéril desierto de hielo.

Con el ímpetu y el desaforo de una estrella tan negra que todo lo que enceguece, la locura conocerá en el hoy de hoy, a caballo de una muchedumbre que galopa en la ceguera, el peor de los destinos: ser un río sin orillas, viajar y viajar sin más puerto que la peste, sin otra misericordia que la visión temblorosa de un ángel que sonríe, muy fugaz, desde el corazón de un espejo, mientras la carne del viajero se convierte en agua y el alma en una luz sin consuelo, en una ansiedad inagotable de

delirio, para seguir por ese río hasta la oscuridad que jamás decae, a la que nunca se llega, porque no hay imagen ni palabra que la represente...

Han quedado atrás y con nada de nostalgias los días que la locura hablaba del futuro en la cueva de la pitonisa, y tras un salto que unía el cielo con las bajuras increpaba a la Parca, que parecía una niña perdida en los pliegues sagrados de la luna...

Hoy la locura se arrastra por las calles de la pobreza, los zanjones de las villas miserias, las comisarías del conurbano y los patios de los hospicios en ruinas, donde la resignación puede ser la última puerta que se golpea y se abre cuando la pasión huye, antes que el cuerpo se venda por pedazos y el alma se entregue como cuota de desesperación a los perros, en los umbrales de la morgue, mientras la soledad de la muerte cruje...

La locura con miedo de pobre, con ojos de pobre abiertos a la tormenta traicionera de la pobreza, es una locura de *detritus*, es una locura que rumia el infinito, ha perdido a sus ángeles y a sus héroes, y cuando el delirio se opaca, gasta sus brillos, enmudece en las escaleras del rosario que llevan al paraíso, sólo queda el hambre, la mierda del hambre que no llega a la blasfemia del hambre, porque el temblor de la boca débil tampoco se alza en el grito; es una locura que languidece sin furor, se escurre sin gloria por las alcantarillas...

Apenas se asoman, como coletazos de una bestia en su ahogo, la angustia y la sed de luz, que tampoco cotizan alto en el infierno... y menos aún en la misa vespertina de los cantos gregorianos, cuando otra vez la soledad es un fantasma sin dientes ni piernas, que ronda y vigila. (La soledad de la locura es agria y es sucia, ya no tiene lágrimas; la pobreza le ha robado la dignidad; tampoco la belleza de las nubes la besa en su lecho; la locura ya no es la madre de dios sino una vieja mendiga que se envuelve en las sombras sin mañana; la locura ya no tiene un astro que duerme sobre sus ojos cerrados... la noche es apenas una circunstancia del crimen, la tapa que se atornilla en el féretro...).

En los días del olvido, cuando la poesía huye de nuestras bocas, porque las bocas no son más que la guarida de la monstruosidad, el chiquero donde los cerdos relamen sus tesoros, no sólo la locura arrastra los ecos de los gruñidos hacia la plaza mayor, y pule la máscara social que protege la identidad del real poder, su vocación de placer escarbando en las hendijas de la sumisión; también la pobreza, como espacio saturado de dolor, que teje y entreteje los vacíos de la historia, cubre por igual de apariencias –con estadísticas, nomenclaturas, porcentajes, diagnósticos, protocolos y leyes– las esencias aterradoras, desnudas de tan aterradoras, y aterradoras de tan esenciales, de la verdad de la muerte unguada como *solución final* ante las encrucijadas sin solución de la vida de todos los días, en tanto vida condenada a no ser ya la vida, en la desmesura de la numerosidad, sino apenas lenguaje de padecimiento, sacrificio y tortura, donde no tienen espacio los vínculos sagrados ni los objetos de amor.

Dicho de otra forma: locura y pobreza son flores en el altar de la razón como poder, de la mercancía como estructura deseante; son la misma verdad de una única muerte, en la necesidad con que el poder falsea la vida; locura y pobreza son caballo y jinete al galope raudo y sin frontera sobre las praderas de la agonía, en un tiempo en que las sociedades se atragantan a sí mismas, porque todo se devora y se vomita en las grandes hambrunas, cuando ya no hay oído para las músicas celestes y la poesía es colgada para escarnio de la belleza, en un farol de la plaza extramuros...

Ah, poesía, dulzura agotada antes de nacer para el recuerdo y las ansias de lo que pudo ser y no fue, trofeo inútil de una muerte que sigue siendo, aún sin deseo, harta de sí, la única realidad de nuestro tiempo, la ley de la eficacia y lo posible...

Sobre las ruinas del pensamiento, tras las visiones pisoteadas y orladas de sangre hasta convertirse en tufo, en aliento de los demonios, rompiendo a martillazos el cuerpo para extraerles las piedras de la locura, las montañas con sus lavas de la lo-

cura, el cuero y todo el universo del cuerpo se alzan como catedrales nocturnas para recibir las ofrendas del dolor humano. El dolor humano es un viento y el cuerpo es la casa que hospeda el viento, y la locura será así la sustancia del viento... (¡Sopla! ¡Sopla! ¡Que lo que no es soplo es reliquia maldita!...).

Se hablará entonces, mientras se amontonan los últimos residuos de los quejidos, de los *trastornos narcisistas de la personalidad*, y el cuerpo de la locura será exhibido en la galería de la criminalidad, con su prontuario milagroso y su delirio sobre una mesa de oro, con la cabeza apoyada en una almohada de diamantes negros que, en realidad son el hígado de un dios venenoso.

Se hablará a boca de jarro de agresión, como exabrupto dirigido de la violencia; se traerán al ruedo la anomia moral, la vagancia crónica, la ebriedad consuetudinaria, el deambular sin ton ni son...; la palabra que enuncia las categorías de las ciencias sociales como si fueran las Tablas del Pecado es ahora la llave que abre el portón de la disciplina y el castigo (sea la cárcel o el manicomio) y allí, en la oscuridad fúnebre de la dormidera sin nubes ni sueños, aparece la imagen ayer fulgurante y hoy apagada del loco, que es igual a pobre y es igual a criminal y es igual a lengua devoradora en el instante eterno...

Se dirá: hay una conducta insana, notorias inferioridades psicopáticas; hay perversidad crónica y natural, incapacidad para la culpa y el amor, hay un demiurgo que arrastra por los cielos y por las tierras el peligro social... Lo que no baja del firmamento ni sube desde el averno es la palabra justa para el dolor de la verdad, el dolor como espacio absoluto de ese cuerpo humano que el Poder humano rechaza como espejo de sí, castra como parte de sí, porque nadie soporta ser la sombra material de su alma...

El cuerpo humano es un agujero  
que no termina de cerrarse a causa del dolor...  
El cuerpo humano navega en los torbellinos  
de su sangre hasta volverse ausencia, pérdida,

estertor, vacío sin mácula para el ataúd o el lecho  
de quién nunca nació...  
Ese cuerpo humano muestra los hilos rotos de su pasado  
y ahoga su destino y representa su historia  
como si fuera un enigma que traduce los ruidos de la furia  
con que la muerte despide el nacimiento de la muerte  
en el camino que va del susurro hacia el silencio...  
(¡Oh, terror de la quietud...! ¡Espasmo! ¡Espasmo!)

Mientras los llantos y los odios de la pobreza resuenan como relámpagos de piedras sobre los dientes de Dios, y la sangre del crimen de cada día en su mansedumbre nocturna, se escurre entre las arenas temblorosas de los cielos, tan azules, tan limpios, tan serenos, como nunca bellos, como nunca en las glorias de la belleza...

Mientras la pobreza construye ladrillo a ladrillo, ladrido a ladrido, espanto sobre espanto, agonía en la agonía, cicatriz contra cicatriz, hambre en el vientre del hambre, violación tras el gemido ahogado de la violación, la locura de nuestro tiempo, la locura sin principio y sin final vivida como pesadilla de la muerte, deja sobre nuestras frentes hasta su última gota de mortífero rocío...

Mientras la locura en la cabeza en ruinas; en el pensamiento, la lengua y la conciencia de la pobreza en ruinas, levanta los castillos de la riqueza, las iglesias de la riqueza y hasta reverencia la divinidad, y por las buenas o por las malas la quiere para sí, para estar allí, para sentirse como en la gloria de la tierra y de los cielos allí...

Mientras los sufrientes del sacrificio, con sus cruces a cuestas, se estremecen más que de frío; mientras sus niños, en la primera línea de espanto y de fuego, maldicen con la ferocidad propia de los ángeles de la muerte, que son los ángeles de un tiempo donde toda la vida se convirtió en un infierno en nombre de la propiedad y de la acumulación del capital; mientras ocurre todo ello y el corazón explota, cómo no interrogarnos sobre la razón y sinrazón, sobre el sentido y el sinsentido de estos días

que penamos como si no hubiéramos nacido para otra cosa que las pasiones tristes...

Mientras la vida soñada como vida se aleja de nuestras almas, y sabemos que se aleja y no volverá, ¿podemos, aún así, dejar de interrogarnos sobre la existencia y producción del horror humano; no comienza a tambalearse, al menos por un instante, y apenas en nuestra propia alma, más allá de los cansancios y la nueva fragilidad, el imperio del Poder en la historia como naturaleza incuestionable y absoluta, que cerró nuestros ojos yató nuestras manos al destino del horror...?

Frente a la desmesura de la crueldad y del espanto, ante esta realidad social de la que somos hacedores y parte con los labios cerrados, y que nos hunde en los pantanos de la pesadilla, igual que pájaros de alas quebradas; en éste sálvese quien pueda, donde también cae la bestia más fuerte, y cuyo símbolo más atroz es el niño que mata para que lo veamos vivo, aunque más no sea en la criminalidad del niño que no fue, por más que suene ante la perfección de los actos como un puro acto del mal sin redención, y después de estellarnos la cabeza una y mil veces contra la pared que nos encierra, ¿no es justo y necesario arrimar quietud, demora y silencio, y escuchar por un instante las proclamas de la vida como postrer respuesta de amor, como anhelo de gloria para recibir la mirada del otro, ese otro que en su oscuridad y en su gracia nos ilumina...?

¿Seremos capaces todavía de sentir, boca a boca, que en los espejos del alma aún anida la belleza, y que de la mano que se abre con fraternidad al mundo surge el consuleo, también ante el desconuelo sin límites de la finitud...? ¿Y si de allí en más le ganamos al mar del estruendo y del vacío un espacio –humilde, fugaz...– para escuchar con inédita pasión de alegría las antiguas músicas de la inocencia, cuando el cuerpo del otro era nuestro cuerpo, las llamas del universo nuestro fuego...? ¿No son humanas esas nubes que pasan sin miedo del ocaso?, ¿esos ojos que nos alientan, interrogan y desafían, no están todavía llenos de la divina agua de la poesía...?



## Los manifiestos de la locura

La esencia de la locura es el sufrimiento del espíritu. Hablo de un sufrimiento insoportable. Hablo de una necesidad de soledad insoportable. Hablo del deseo de un otro insoportable. Hablo de una angustia insoportable por la muerte de Dios, que sació hasta el fin la desesperación de la vida. Es entonces cuando ocurre –con la claridad del milagro– la belleza del arte, para que Dios renazca como un niño, desde el amor y sin miedo...

La locura es impensable desde la razón, como la muerte es impensable desde la vida, a menos que nos proteja el alma la locura, para que el terror del grito se convierta en silencio... (Un silencio que de allí en más será la cuna de la poesía, naufraga y a la deriva).

Detrás de la vida nos acecha el dolor, igual que un ángel con su cuchillo..., que se olvidó de la compasión pero no de las lágrimas.

En los manifiestos de la locura se desnuda, como una flor umbría, la sospecha de un crimen...

La pregunta siempre será:

¿Qué has hecho con el amor...?

La noche se inicia con una palabra...

La mañana jamás se inicia, y tampoco se detiene, siempre está allí, nos espera, como esencia y existencia, porque las po-

brecitas almas necesitan de la luz para construir la oscuridad de los delirios...

La muerte duerme en nuestra cama desde el día sin memoria en que nacimos.

Aterrados por semejante eternidad que se despierta ante nuestros ojos, buscamos en la razón un cielo sin nubes que sostenga el pensamiento. (La callada ilusión, la verdad que como un sol de piedra late, es para que el pensamiento sepa mantener el horror de la muerte a raya; todo lo demás son las huellas difusas de nuestros sueños, apenas las risas de Narciso en el fondo del lago...)

Es el pensamiento quien nos repara de las lluvias de la demencia, pero es también el pensamiento quien nos arroja ataditos de manos, y con el culo bien limpio y empolvado, a la impiadosa muerte, esa muerte que ni siquiera podemos pensar, ya que es parte de la vida de los otros. (Esos otros que serán nuestra vida cuando entreguemos nuestra muerte, sin penas y sin llantos...)

Así vamos, movido por el destino en la crueldad del aprendizaje: cómo nombrar ese bien y esa belleza que son anteriores a la palabra y que el pensamiento, que origina la producción de la realidad, pervierte en valor de cambio, a caballo del ruido que nos impide oír el silencio...

Día a día, hora tras hora, con maliciosa paciencia se levantan los muros que nos defienden de las pasiones, vistas ya como un peligro, en tanto hemos perdido la divina herencia de aquél humilde pulidor de cristales, que hizo de las pasiones la llave para abrir las puertas del misterio. Ese espacio donde se refugian las conductas angélicas, dementes y subversivas, siempre peligrosas, aún en la maravilla, y cuyo registro esencial (hablo de un sísmógrafo del alma), sólo es percibido desde las poéticas del ser, hechas acción y también ética del lenguaje, y cuya personificación metafórica demanda las escenas teatrales, sea la tragedia, para la catarsis del espíritu alucinado, sea el drama, que anuncia la historia del mañana. Sabemos, desde el saber de la agonía, que el ayer contiene el color de nuestro tiempo, y que no lo supimos purificar.

Para nuestra desgracia hoy está escrito con sangre sobre la cresta del mar y pesa sobre nuestras almas:

*La pasión trastoca lo tangible y desnuda la fragilidad de lo permanente.*

*La pasión socava el orden de la materia y solo reproduce las sombras.*

*La pasión conduce la recta justicia a la boca del infierno.*

*La pasión convierte en polvo del camino el santo bien que purificó la pobreza.*

*La pasión humilla la belleza, que en adelante y con rápidos pasos será pus, o será excremento, o peor aún: sudor y olor de los cuerpos bestializados.*

Las apariencias del poder son hoy la esencia del poder, la máscara es su único ser, y es el pensamiento quien lo legaliza desde la razón, como ayer lo hizo desde el horror. Con su lógica de: *más pública es la crueldad, mayor es la eficacia*, esgrime sin pudor la *legítima defensa*, y dispone del verdugo para ahorcar a la pasión en el árbol más alto, el que hunde sus raíces en la bóveda celeste. (Después dirá con serena impudicia: *¡estaba mojada la maldita pasión, y la colgué allí para que se secara...! ¡Y sus gotas fueron el rocío sobre la faz de Dios!*)

El pensamiento de la razón se mueve a impulsos de la usura; para confundirnos se disfraza, hasta de bailarina, pero mejor avanza con toga o de uniforme. Por ello *su discurso* (que es un orden lingüístico, pero también estético, en tanto privilegia con templanza la contemplación virtuosa de la existencia), unifica, finalmente, en la argamasa despreciada de la sinrazón, los contenidos del delirio, la pobreza y el crimen, que al desencadenarse como un *obrar apasionado* tienen reservado en la caverna del alma el rostro del *Mal*.

La consecuencia original, en la conciencia vigente –marchita por alienada– es que al *Mal* se lo entierra. *Vivo o muerto*, es el reclamo que por igual rinde plusvalía.

Hemos aprendido, en los piélagos de la obstinada historia, que sobre la locura pesa la peor de las sospechas. Y ante la sospecha la ley y el orden de la antropofagia demandan cuerpos para el castigo.

Todavía se escucha la plegaria que funda el terror: *que así sea a lo largo de los siglos*.

Acaso hubo una época en que la locura fue una desesperada búsqueda del amor por otros medios.

Hoy, en el tiempo del martirio social que llamamos exclusión, no solo el amor, también la piedad muestra los ropajes de la muerte.

He aquí una extremada síntesis de los motivos que me llevaron, por tantos años, a escuchar las voces de la *sinrazón*, a reivindicar el derecho al delirio, esa antigua lengua de los primeros Dioses, cuando hablaban con los hombres. Son las voces que brotan en los hospicios, o en un puente donde se apilan las gomas como fogatas rebeldes y negras, o en un libro, que llega de mano en mano, con su riqueza clandestina, haciéndonos entender lo que falta nombrar, sin olvidar ni negar la potente maldición socrática que pesa sobre la palabra escrita.

Por haberme estrellado una y mil veces la cabeza contra la pared, tengo el consuelo, y me atrevo a decir la alegría, de seguir escuchando con obstinada pasión las músicas de mis recuerdos, desde donde me miran, llenos de agua, los ojos poseídos de todos los delirios.

## POST SCRIPTUM

Lo he dicho y tengo necesidad de repetirlo: Por vía de los Dioses o el azar, por violencia o por enfermedad, o por accidente, por muerte que fue cuando no debiera ser o cuando pudo ser impedida, con crueldad o con inocencia, entre gritos o socorridos por el amor, cada ser humano deberá construirse y reproducirse históricamente sobre la angustia y en la tristeza, entre el furor y la resignación.

Nacemos destinados a vivir en la locura, somos parte de ella, pugnando a dentelladas por salir de ella en la agonía de la desesperación, pero también, en paradoja cruel, dialécticamente, atados a ella como última morada de la vida antes de la muerte, camino de puro dolor que anticipa la muerte absoluta en el silencio de la soledad o en la soledad del silencio. Sea un silencio de palabras, de carcajadas, de vacíos o furores. Y aún así, pese a todo y por encima de todo, no cejamos en preguntar y preguntarnos, en obtener las respuestas –siempre precarias– que den sentido al ser en su existencia.

Qué le queda entonces al sufriente convertido en muerto civil, o al que siente como propio, desde su conciencia que hierve, el sufrimiento del internado en un hospicio, o en una cárcel, o en un asilo, o sea en los espacios de la absoluta desesperación; qué nos queda por hacer ante tamaño laberinto que nos envuelve, que nos asfixia con sus manos sin piedad apretando nuestro gañote; qué nos queda ante la muerte, cuando ya no soportamos vivir por fuera de la conciencia. La respuesta es un fugaz producido humano, aunque por su permanencia y calidad, que atraviesa todos los seres y toda la historia, a todo lo vivo y a todo lo muerto, pareciera de esencia divina: la poesía...

