

¿Es el diagnóstico, en el campo de la salud mental, un pronóstico?

Alberto ADHEMAR CARVAJALO GUTIÉRREZ
Psicoanalista, profesor e investigador UAM-X

Agustín Torres, uno de los primeros directores que tuvo el Manicomio General, mejor conocido como La Castañeda (1910-1968), discutía en un texto publicado en la época, que la enseñanza de la psiquiatría, se iba reduciendo a la transmisión de una nomenclatura. Los expedientes de dicho Establecimiento que corresponden a las dos primeras décadas, de las cinco a las que se redujo su historia, muestran una gran discusión clínica, donde las diferentes escuelas europeas eran revisadas y servían de argumento para diferenciar los singulares detalles psicopatológicos. Como parte de dichos documentos se insertaban los escritos, cartas, dibujos, de los internos lo cual se constata al leerlos en el acervo del Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, en el Fondo del Manicomio General. La discusión que sostenía Torres, nos toca. Han pasado casi cien años y el planteamiento continúa vigente, o más aún, podríamos decir, que ahora es más vigente. Pretendemos introducir algunos interrogantes desde el campo ético en la transmisión de una enseñanza en el horizonte psi (psiquiátrico, psicológico, psicoanalítico). Retomaremos la discusión de Torres y la insertaremos en la práctica del registro actual de los expedientes clínicos.

Un diagnóstico para el diagnóstico

El antiguo manicomio desapareció, sin embargo, como suele ocurrir en operaciones de esta índole, queda un rastro, nada menos que un archivo: el Grupo Documental del Manicomio General La Castañeda que posee más de 60.000 expedientes clínicos, 1620 legajos y 147 libros de registro, de 1910 a 1968¹. En este material se puede leer en la *Hoja de Admisión*, especialmente en la primera década de vida de dicho nosocomio, un no lugar para el diagnóstico, tampoco aparece en la hoja del *Interrogatorio* del Manicomio. Un no lugar de formato.

En esa misma década encontramos un texto escrito por el Dr. Agustín Torres publicado en 1914, en la *Revista Asistencia: Razones por las cuales debe adoptarse la Clasificación de Enfermedades Mentales*, por el Prof. Tanzi, en el Manicomio General, en el que se precisa lo siguiente: *Como es sabido, la clasificación es el procedimiento lógico para identificar, agrupar y*

¹ Grupo documental que pertenece al Archivo Histórico de la Secretaría de Salud ubicado en Donceles 31 frente al Teatro de la Ciudad de México, en el centro.

comparar los asuntos; llena un fin didáctico para transmitir los conocimientos; de suerte que en *Psiquiatría la clasificación de las enfermedades mentales* satisfará esos fines altamente útiles.

Sin embargo el autor señala más adelante una dificultad mayor en psiquiatría a diferencia de las otras ramas de la medicina: *Tenemos cuadros clínicos riquísimos en síntomas; los mismos síntomas apareciendo en distintos padecimientos, por los que un autor los compara a los vestidos de teatro, que hacen aparecer diferentes al mismo individuo, y que el mismo traje viste a diversos autores* (sic en el artículo citado; podríamos leer también actor)²

Este elemento, central para un debate acerca de las clasificaciones en general, y de las clasificaciones de las enfermedades mentales en particular, nos pone en la pista de que esta complicación no pasó inadvertida para los que atendían a los locos del Manicomio General³. La multiplicación indefinida de las entidades mórbidas⁴ fue enriquecida por los descubrimientos científicos de la época: la cuestión de la etiología⁵, y, la idea evolucionista Magnan en Francia y Kraepelin⁶ en Alemania con su *Lehrbuch*, ocho ediciones entre 1883 y 1909).

Agustín Torres alude al carácter de hipótesis que en términos teóricos tiene el diagnóstico, al incorporar sus *razones* para que en el conjunto del manicomio se adopte una clasificación de enfermedades mentales, y precisa el propósito didáctico de la clasificación, hecho que confirma la tesis de Lanteri-Laura⁷, y por otro lado, no deja de avistar que los *vestidos teatrales* –los síntomas- pueden permitir localizar al personaje, pero también al actor cuyo trabajo no deja de lado, más aún, y en el mejor de los casos es la herramienta principal en su ejercicio teatral sin teatro: su experiencia subjetiva. Es necesario diferenciar, como hace Lanteri-Laura⁸ que si bien el diagnóstico corresponde a una inquietud de índole teórica, es el pronóstico lo que es afín a la práctica; el proceso de *diagnosticar* alude al pasaje que no es ni más ni menos que el momento de pasar de la teoría a la práctica: pasar de una hipótesis teórica a una hipótesis de trabajo.

² Artículo citado por Carvajal, A. *Fragmentos para una historia de la clínica*. II Foro Departamental de Investigación, UAM-X, 1994.

³ Calderón Narváez nos comenta al pasar que de los 19 médicos de planta del Manicomio, 12 pertenecían al Colegio Nacional. *Historia de la locura. Anécdotas y casos del Manicomio General de México*, en Médico Moderno, Año XXXIV, abril 1996, no. 8, p. 18.

⁴ Villaseñor, J. *La bouffée délirante*. Revisión histórica de un concepto, en Salud Mental, vol.16, no. 1, 1993.

⁵ Morel *Traité des maladies mentales*, 1860.

⁶ Es posible distinguir algunos hilos conductores a los largo de estos debates, por ejemplo, la continuidad – incluso precisar el tipo de continuidad- que sufrió la *dementia praecox* en su transformación en la *esquizofrenia* y el tipo actual de *esquizofrenia*; las discontinuidades de aquellas clasificaciones que fueron deshechadas.

⁷ Lanteri-Laura, G. *La chronicité en psychiatrie*. Institut Synthelabo, Paris, 1998.

⁸ Op.cit. p. 9.

Es esto lo que está en juego en esa falta en la *Hoja de Admisión* y en el *Interrogatorio*, no nos permite concluir que no estaba en la práctica; el lugar que tenía era otro, no era una prioridad de formato, no formaba parte del ato institucional, en todo caso, podemos decir que la atadura no era del registro institucional. Estaba, de alguna manera, en la práctica clínica, puesto que al final de los expedientes, cuando se anuncia el fallecimiento de un enfermo, o bien, su mejoría, o cura, y la consecuente salida del manicomio, uno se encuentra con el diagnóstico. Cabe entonces la pregunta sobre lo que constituía la prioridad en dicha práctica, es decir, qué es lo que daba estructura a la atención de los locos; a la llamada cura que permitía un acto: la salida del manicomio.

En este sentido, aunque parezca una verdad de Perogrullo, y, lo sea, los manuales estadísticos que circulan actualmente en psiquiatría y en psicología, no abordan este problema, simplemente no lo toman como tal, es necesario aceptar que su interés es otro. Notemos cómo esta discusión que después de Torres ya no aparece más, se alimenta con la entrada triunfal de los medicamentos. El tratamiento *bioquímico* queda descubierto, su nombre: **psicofármacos**. He aquí un pasaje de significativo: de bío- a psico-, donde podemos localizar todo un debate de la tradición filosófica que aquí se tramita de un salto, y las consecuencias problemáticas, pasan desapercibidas. Para citar una: el abandono del tratamiento psicofarmacológico (no de lo que hizo o dejó de hacer el psiquiatra, donde uno puede preguntarse dónde quedó el rapport, vamos, la transferencia?) es uno de los factores más importantes que se citan como causa de los reingresos a las clínicas y hospitales psiquiátricos. El salto tramita algo que es un supuesto: una sustancia bioquímica es introducida en el cuerpo, cabe la pregunta, ¿es introducida también en la psique?. El cuerpo 'acepta' la intervención farmacológica, ¿lo acepta también la psique? La mayoría da muestras de que no es así, hace falta poner atención a lo que quedó eludido por el salto, a saber, la subjetividad.

La apertura del manicomio

La formación médico psiquiátrica carece de herramientas metodológicas y conceptuales para la indagación subjetiva. Tampoco decimos que tiene que hacerse de ellas. Quizás entonces lo que convenga es que las llamadas enfermedades mentales, que también podrían ser abordadas en tanto formaciones subjetivas, no sean tomadas en tanto feudo de la intervención médica. Podría dar lugar dicha formación a su carácter parcial y coadyuvante para el posible tratamiento de dichos sufrimientos subjetivos. Ubicada así, de manera ética la formación psiquiátrica daría lugar al concurso de otras disciplinas (psicoanálisis, psicología, sociología, antropología, lingüística,

filosofía, literatura, las artes) cuyos métodos y cuerpos conceptuales permitirían reubicar a las llamadas enfermedades mentales en tanto crisol de los inconvenientes en diversos campos: el de los procesos de identificación; de los cambios en la historia de las relaciones familiares; de las modificaciones en el lazo social producido por la entrada de nuevas tecnologías; de las formas diversas del ejercicio de la sexualidad; de las intervenciones en la imagen y en el cuerpo; de las modificaciones en la concepción de la muerte, en fin, consideremos que una construcción subjetiva, devela en un corte longitudinal (singular) una muestra transversal de eventos contemporáneos y compartibles.

Con ello no hacemos más que apoyarnos en la declaración de Alma Ata, citada en el texto de Vicente Navarro: *El momento cumbre de la OMS de aquellos años tuvo lugar cuando la Asamblea Mundial de la Salud aprobó la declaración de Alma-Ata 1, en la que se proclamaba que la salud exigía un enfoque de salud pública que fuera mucho más allá de las intervenciones médicas.* En las dos últimas décadas como señala también dicho autor, (...) *Los pacientes se convierten en "clientes" y la prestación de servicios se reemplaza por la competencia privada y el mercado.*

A manera de conclusión

Es conveniente dar lugar al ejercicio que realiza hace 500 años Erasmo de Róterdam, para hablar de la locura en su *Elogio*: otorga la palabra a la locura, deja que esta hable y habla a quien esté dispuesto a escucharla, a leerla. Cuando se inaugura con bombo y sonaja el Manicomio General, tenemos noticias que los dichos de las primeras 419 mujeres que fueron llevadas del Hospital El Divino Salvador *La Canoa* no formaban historia alguna; lo mismo ocurrió cuando se realizó la llamada Operación Castañeda (1967-68): el abandono y su ulterior demolición del manicomio impidió articular de manera orgánica lo que ocurría en su interior con la apertura política y académica que fueron los móviles del movimiento estudiantil del 68. El traslado de una comunidad de más de tres mil enfermos paso inadvertida para la sociedad en ebullición, la locura y sus enseñanzas no inmutó a nadie. Ningún testimonio fue tomado en cuenta, más aún simplemente no los hubo, nadie los registró. El desdén por la historia (cfr. *Mujeres sin historia...Revista Secuencia # 51, Instituto Mora*) que marcó el inicio del gran manicomio, impidió transmitir lo que en su seno se produjo incluidos sus trabajadores y así se reeditó una vez más ese no lugar a la subjetividad y sus avatares que nos conciernen.