

EDITORIAL

El lecho de Procusto: especificidad y escepticismo terapéutico

«La visión mutilante y unidimensional se paga cruelmente en los fenómenos humanos: la mutilación corta la carne, derrama la sangre, disemina el sufrimiento».

Edgar Morin, 1990

Ha sucedido en la historia de la Reforma de la Salud Mental en nuestro país, lo que es hoy evidente en el análisis del devenir del discurso feminista europeo y americano. En los comienzos de la Reforma, valoramos como prioridad la integración de la salud mental en el sistema sanitario público como una especialidad más y el abandono del ostracismo manicomial. Así, a favor de la necesaria integración en el sistema, dejamos en un segundo lugar la defensa de la singularidad de nuestras especialidades, la especificidad de nuestro objetivo, en pro de un discurso de gestión sanitaria necesario, pero alejado de la clínica. Había compromisos más urgentes. Aunque defendida teóricamente, esta singularidad, que afecta a todos los ámbitos de nuestra práctica clínica: desde los instrumentos terapéuticos (que requieren más recursos humanos que materiales), los elementos arquitectónicos, la relación con las normas legales (tratamiento de la peligrosidad, sustitución de penas por tratamientos...) y laborales, la modalidad de trabajo en equipo que precisan nuestras intervenciones, la complejidad en la articulación de diferentes recursos, etc., la fuimos relegando a un segundo plano. Eran tiempos de contento, el objetivo irrenunciable de la integración justificaba, tal vez, que sacrificásemos en su altar las particularidades que definen nuestra teoría de la subjetividad y la práctica asistencial consecuente.

Otro tanto sucedió con un primer feminismo que intentó minimizar las diferencias de género acentuando el discurso de la igualdad. Sin embargo, la pérdida de singularidad que la igualdad entre hombres y mujeres, caballo de batalla de ese primer momento, llevaba implícita, trajo consigo una pronta reacción. Distintas voces se alzaron hasta conceptualizar lo que hoy se conoce como feminismo de la diferencia: hombres y mujeres no somos iguales, aunque nos amparen los mismos derechos y precisemos de idénticas oportunidades. El reconocimiento de la diferencia entre un género y otro abrió, a partir de los 80, un amplio debate sobre la relación entre los problemas que comportan las diferencias de género (considerada como una construcción históricamente determinada), de raza, de cultura, económicas..., con los problemas de la desigualdad social, así como la necesidad de

que la justicia y la equidad sirvan de base sobre la que ahondar en las diferencias entre los grupos humanos.

Este debate, podría, a mi modo de ver, servirnos de modelo para resolver el callejón sin salida que sufre la salud mental hoy.

Para nuestras disciplinas, la integración en el sistema sanitario ha funcionado como un auténtico lecho de Procusto, recortando, mutilando aquello que quedaba fuera de unas exigencias surgidas al amparo de una tradición científica positivista. Un lecho al que no hemos ofrecido excesivas resistencias, llevados, entre otros factores, por el optimismo de la integración, en un primer momento, y por el corsé del pensamiento único después.

Pero la medida de Procusto nos es ajena y, de hecho, han sido los recursos de rehabilitación y la salud mental infanto-juvenil, nuestras diferencias más acusadas en cuanto al modo habitual de actuación del sistema, así como nuestras armas más eficaces para abordar la prevención y la cronicidad, los miembros que más han sido amputados de nuestro cuerpo teórico y de la red asistencial propuesta. Ante la dificultad de homogeneizar esas prácticas con las habituales en el resto del sistema sanitario, han sido excluidas o limitadas. Como ha señalado Manuel Desviat: «El riesgo se centra en la segregación del sistema sanitario de los pacientes crónicos, y la limitación de las ‘habilidades terapéuticas’ en unas prestaciones públicas recortadas en el tiempo y calidad».

De este modo, renuncia a renuncia, las mutilaciones sufridas por aquello que más define nuestra práctica, nos han conducido al malestar actual, pues a medida que prescindimos de nuestras diferencias nuestros instrumentos terapéuticos se degradan, creciendo la insatisfacción. La subordinación al modelo hegemónico ha producido una pérdida de identidad y de representación propias. De Salud Mental, hoy, saben otros: gestores, tecnócratas, economistas.

Las exigencias que impone el sistema sanitario, espúreas a la clínica, se han visto incrementadas por la caída del estado de bienestar, y aparecen sospechosamente coincidentes con los intereses mercantilistas de la industria farmacéutica y la vocación privatizadora del actual poder político. Mientras, hemos ido perdiendo por igual especificidad y capacidad para mantener la rebeldía actual (recurso aquí a Camus) necesaria para resistir el envite de la integración, defendiendo la singularidad de nuestra práctica clínica, la complejidad de su particular objeto, la vocación integradora y multidimensional de nuestras actuaciones, la concepción bio-psico-social de la enfermedad.

Desprovistos de nuestros referentes teóricos, de los saberes que nos distinguen y que sustentaban nuestro difícil quehacer, desembocamos en un callado escepticismo terapéutico que mina las bases de nuestra clínica cotidiana. El abandono de tratamiento viene hoy de parte del equipo tratante, pues el escepticismo terapéutico es, en definitiva, la renuncia a tratar. Este mal ha ido modificando la

representación que de la enfermedad mental tienen tanto los profesionales como la población: la enfermedad mental ya no se trata, porque no se cura (no entraré aquí a polemizar sobre el deseo de curar), sino que se gestiona *sine die*, se dirime en el transcurrir por unos servicios asistenciales ajenos al malestar que dicen resolver, un desplazamiento indefinido que nada tiene de terapéutico y sí de una estructural iatrogenia que postulo en la base de una parte de la nueva cronicidad.

Aceptemos que depositar en la integración en la sociedad el motor de la cura, como se pensó durante el ingenuo optimismo de los ochenta, donde la comunidad *per se* era considerada el mayor agente de transformación subjetiva, es hoy, en la sociedad del poseer (Lipovetsky), de la irresponsabilidad moral (Castoriadis), de la pasión por la ignorancia (Bruckner), de la crisis de la familia y la desintegración de los papeles tradicionales, sencillamente, ingenuo. Pero de ahí a desembocar en una práctica masificada y reduccionista, con apenas más contenido que las crecientes prescripciones farmacológicas, o en un esfuerzo titánico por amoldar a determinaciones heterónomas el tratamiento de la enfermedad psíquica (técnicas ultra rápidas de psicoterapia, consensos homogenizadores en el tratamiento de grupos de patologías con igual diagnóstico), va un abismo.

Nos hemos autoinmolado en el lecho de Procusto, y desde aquí cabe lanzar una voz de alarma que reclame nuestra especificidad, nuestras diferencias, al igual que el movimiento feminista dio un giro al observar las deformaciones que la realidad de las mujeres sufría constreñida por la doctrina de la igualdad.

Feminismo de la diferencia, salud mental como distinta a la salud del cuerpo biológico de la medicina, servicios de salud mental que garanticen la especificidad de nuestra práctica, deformada, donde la expresión del malestar no se conciba como mero desequilibrio hormonal o accidente genético. Pero para evitar la peligrosa indiscriminación es preciso crear alguna representación colectiva de la diferencia, hoy confusa. Desde la especificidad cabe reivindicar una discriminación positiva que incremente la inversión en rehabilitación, cabe la discusión desde otros parámetros que no sean, en palabras de Mariano H. Monsalve, la invitación a «un pragmatismo acrítico, al abandono de la teoría, y a la uniformidad conformista en aras de un espejismo de científicidad», así como un diálogo enriquecedor con otras especialidades.

Ejercer la resistencia en el pensamiento de nuestra práctica clínica significa la posibilidad de mantener espacios de reflexión crítica, de soportar la angustia que la libertad de pensar al margen del sistema trae consigo, cuestionando la ideología implícita que éste genera envuelta en una supuesta asepsia tecnocrática.

Se trata de mantener una distancia óptima con los mecanismos de poder que gestionan el lecho de Procusto, soportar una desidentificación productiva tanto de la seductora demanda institucional como de la oralidad de los usuarios, envueltos ambos en los hechiceros velos de un mismo no-pensamiento. (¿Es el bebé el por-

venir del hombre?, se pregunta Bruckner), promoviendo la investigación independiente y una teorización comprometida con los límites de nuestro saber y la batalla por ampliarlos, todo ello desde la abandonada, pero imprescindible multidimensionalidad.

Tal vez ésta sea la tarea que nos queda.

LOLA LÓPEZ MONDÉJAR

