

**APERTURA DESCRIPTIVA DEL
TRASTORNO COMO FORMACIÓN
DISCURSIVA¹**

América Celeste Guevara Parra ²

Carlos Roldán Martínez

Christian André Bautista Gutiérrez

**DISORDER CONCEPT DESCRIPTIVE
OPENING AS A DISCURSIVE
FORMATION**

Resumen

Durante la carrera se abordan distintos conceptos que se encuentran situados entre las diferentes posturas epistemológicas que atraviesan el campo de la psicología. Uno de estos conceptos, con el que comúnmente se asocia a la disciplina por su participación en el campo de la salud, es la noción de trastorno, particularmente trastorno psicológico entendido como estado de alteración del equilibrio mental. Sin embargo, con la intención de ir más allá de esta noción básica del concepto y ante las limitaciones metodológicas encontradas en los modelos de investigación comúnmente usados en psicología, se pretende, teniendo como base la investigación con el psicoanálisis y el trabajo arqueológico propuesto por Foucault, penetrar en los distintos elementos y las relaciones entre los mismos que contribuyen a la formación del discurso médico al que obedece la psicología y a su entrecruzamiento con otros órdenes que rodean el concepto trastorno como el de la economía, la gramática y la política

Abstract

During the career different concepts that are settled between the different epistemological positions that cross the field of psychology are discussed. One of these concepts which are commonly associated with the discipline for its involvement in the health field is the notion of disorder, psychological disorder particularly understood as a state of mental imbalance. However, with the intention to go beyond this superficial notion of the concept and to the methodological limitations of the research models commonly used in psychology, it is intended, based on research with psychoanalysis and the archaeological work proposed by Foucault, breach between the different elements and relationships between them to contribute to the raising of medical discourse, which reflects the psychology, and their interbreeding with other orders that surround the disorder concept as economics, grammar and politics.

Palabras clave: sujeto, discurso, trastorno, medicina, psicología.

Key words: subject, discourse, disorder, medicine, psychology.

¹ Este artículo es la continuación de la ponencia presentada en “El encuentro regional de semilleros de investigación”, en San Gil, Santander, el 23 de mayo del 2014 y se desarrolla bajo el proyecto de investigación “El discurso médico y las TCC la exclusión de la subjetividad en la psicología clínica contemporánea”; bajo la dirección del profesor investigador Carlos Germán Celis E.

² Miembros del semillero “Sujeto y psicoanálisis”, adscrito al Grupo de Investigación “Psicoanálisis y Cultura”, del programa de psicología UNAB. aguevara2@unab.edu.co, calle 32 # 25-50 Bucaramanga, 6974220/ 3204150559.

Introducción

En un primer momento surge la pregunta por la manera como se conceptualiza el trastorno psíquico en el campo de la psicología. Se encontró inicialmente que este es presentado como un ente ajeno al sujeto que afecta el funcionamiento de los procesos cognitivos, afectivos y conductuales y, por consiguiente, lo aleja del grupo social de referencia. Por lo tanto, esta noción permite determinar dónde termina lo normal e inicia lo patológico, formalizando así lo que se puede decir al respecto del padecimiento humano (sin necesidad de preguntarse por el sujeto implicado). Así, el trabajo del científico consistiría en develar la forma común como el trastorno se presenta: estableciendo categorías y subcategorías, cuantificando, generando normas, estableciendo correlaciones, biologizando, genetizando y normalizando (Caponi, 2009) para, finalmente, buscar estrategias encaminadas hacia su eliminación.

Además, es frecuente hallar que entre las condiciones que comúnmente caracterizan a un “verdadero diagnóstico” se encuentra el uso del tecnicismo (Laín, 1981), lo que quiere decir que la significación que designa el término utilizado para el diagnóstico debe ser unívocamente comprendida por todos los profesionales inmersos en el campo de la salud, de lo anterior depende que un término sea o no válido universalmente. Es por medio de este consenso, al que llegan aquellos que trabajan en nombre de la ciencia, que se especifican (a través de los manuales diagnósticos) los criterios que deben “ver” los clínicos en sus pacientes antes de efectuar el diagnóstico correspondiente. Dicha práctica implica una doble negación del sujeto en su singularidad, esta se niega tanto del lado del paciente como del clínico, entre los dos se atraviesa la enfermedad que debe ser operacionalizada, es decir, debe definirse en términos “observables” para eliminar sesgos por interpretaciones subjetivas que “contaminarían” la intervención. Incluso se cuestiona la validez de

estos manuales argumentado que son producto del consenso, es decir, que el factor humano interfiere con la probabilidad de diagnosticar correctamente; en su lugar se propone a las neurociencias, ahora en auge, que proporcionarían un “diagnóstico más objetivo”.

Ahora bien, con el cometido de dar cuenta de los orígenes del trastorno, el trabajo encomendado al historiador es el de buscar en la historia el momento en que la enfermedad es descubierta y nombrada por alguien, o el momento en que gracias a determinado evento se hizo posible identificar un trastorno nuevo y a partir de entonces empezar a construir su evolución, pasando por las diferentes épocas hasta llegar a la actual y marcando los acontecimientos relevantes como hitos que caracterizan las distintas fases por las que ha pasado el concepto para llegar a su consolidación.

Sin embargo, siguiendo el trabajo “arqueológico” que hace Michel Foucault en sus obras, y que finalmente sintetiza en “La arqueología del saber” (2007), un objeto se entiende no como algo que está a la espera de ser descubierto, sino como efecto del lenguaje que surge y se sostiene gracias a un entramado de relaciones de diferente índole. En este sentido, el propósito no es encontrar el hecho o sujeto fundador de un determinado trastorno, sino analizar las condiciones que hicieron posible su emergencia como objeto. Así, teniendo claro que no se pretende contar una “historia plana o lineal” de la noción de trastorno, surge la pregunta ¿cómo se ponen en juego las relaciones entre los diferentes discursos que dan lugar a determinadas formas de enunciados en el campo de la salud mental?

Es cuestión de discurso

De acuerdo con Foucault (2007), es posible argüir que el estatuto del médico, sus funciones, su rol e imaginarios, se sustentan porque están rodeados por un juego de relaciones determinado; por ejemplo las relaciones dentro del espacio hospitalario de asistencia, de técnicas y códigos,

las existentes entre el papel del médico como terapeuta, pedagogo, como difusor del saber y responsable de la salud pública. Dichas relaciones se establecen de acuerdo con la especificidad de una práctica discursiva que, en este caso, corresponde al discurso médico que no ha sido ajeno a lo enunciado por otros discursos.

En el capítulo “El amo del discurso. El discurso del Maestro de Cos”, del libro *El orden médico* de Jean Clavreul (1983), se dice que un orden es aquello que se preocupa por construir y mantener una imagen, por lo tanto, para el orden médico no es tan relevante la rigurosidad del conocimiento científico como sí lo son las condiciones para construir esa imagen. En este caso, lo que importa es la aptitud del candidato para sostener la imagen del médico (signos como los títulos, la bata o el estetoscopio, una sala de espera llena indicando que es muy solicitado...) en la que se basa el estatus que se le supone. Con esta imagen construida del médico, se espera que la sola presencia del mismo produzca un estado de sugestionabilidad favorable a su prestigio y autoridad. Es por este motivo que, para generar credibilidad, se acude al “disfraz de médico”, pues es importante parecer más de lo que se es. Los médicos custodian esa imagen y la reforman dependiendo de los gustos de cada época, sin embargo, resulta problemático ligar la apariencia al saber cuándo solo es la apariencia la que sostiene a alguien, ante la caída de esta imagen, que por lo demás hoy ocurre con mucha frecuencia, los sujetos de la relación médico-paciente se quedan sin sustento.

Dicho lo anterior, se deduce que la clínica actual no es el establecimiento de nuevas técnicas de observación o de investigación científica o la fundación de la clínica hospitalaria. Se trata más bien de una renovación en la enunciación, del establecimiento de relaciones entre elementos diferentes. La apariencia de la medicina como una unidad indiscutible, emerge únicamente porque se hace actuar de manera constante ese conjunto de relaciones, no porque estas se encuentren

establecidas *a priori* o se den por sí solas con el transcurso del tiempo.

Por su parte, desde la perspectiva que aquí se defiende, los conceptos no son entendidos como una unidad que es por todos sobreentendida, de ahí que, por ejemplo, el trastorno no se conciba como un ente que se incrusta en la vida anímica perjudicando la homeostasis del sujeto, sino como una producción discursiva (y como tal, arbitraria) que subyace a unas reglas de formación y de exclusión. Entonces, a pesar que se aluda, desde una posición científico-positivista, que las enfermedades mentales son descubiertas gracias al arduo trabajo de la investigación científica, lo que es puesto en relieve, gracias a Foucault, es que los trastornos mentales lejos de ser entidades de base biológica, son objetos construidos dentro de un marco discursivo que define, entre otras cosas, quién puede y en dónde hablar de enfermedad mental, el lenguaje técnico que debe ser utilizado para referirse a ella, así como los procedimientos (la terapia o el fármaco), que supuestamente ayudarán a eliminar el síntoma o la enfermedad misma, en fin, el orden médico tiene el poder de decidir el “discurso verdadero” con relación al trastorno. En este sentido, Foucault (2007), resalta la necesidad de ver más allá de la unidad aparente de los fenómenos, preguntarse no por qué suceden los eventos sino por las condiciones que hacen posible que se cuenten de determinada manera, es decir, es una cuestión de discurso.

Entrecruzamiento de discursos

Si se entiende el trastorno como formación discursiva, es factible trabajar con sus posibilidades de aparición, esto implica interrogar otros discursos que atraviesan el concepto. Uno de ellos es el discurso de la biología, aquel aporta la modalidad mecánica con la que es entendido el funcionamiento de lo orgánico que se pretende transpolar al campo de lo psíquico (Muñoz, 2009). Si el problema psíquico es entendido a nivel orgánico, la farmacéutica aportaría los medios (fármacos) para solucionarlo, la industria

farmacéutica juega en este sentido un papel fundamental en la designación de un trastorno.

Ahora bien, teniendo en cuenta la homologación entre lo orgánico y lo psíquico, cabe destacar que en la práctica médica prevalecen los signos sobre los síntomas, por ser los primeros medibles y cuantificables, mientras que los segundos, los síntomas, ya que se escapan a la observación del médico, se asumen como la especulación del enfermo acerca de la enfermedad. Citando a Galeno al respecto Julio Hoyos (2001), refiere que lo habitual es que el síntoma se convierta en signo, por lo tanto, después de la valoración inicial el discurso del paciente se desdibuja para dar paso a la búsqueda del signo, el sujeto entonces queda por fuera del discurso de la medicina. En psicología clínica el asunto se complica en la medida en que el psicólogo trabaja con los síntomas, su proceder depende de lo que el paciente enuncia, pero no hay correspondencia exacta entre aquello que dice con lo que quiere decir (Hoyos, 1999). Sin embargo, a pesar de tal división en la interlocución, se toma lo dicho como conducta (parámetro “objetivo”), es decir, se trabaja el síntoma con pretensiones de signo.

Lo anterior permite puntualizar que en la búsqueda del conocimiento (permeada entre otras cosas por intereses económicos) se olvida, en el abordaje de los fenómenos mórbidos, que no se tiene acceso a las cosas más que a través de la mediación del lenguaje. De ahí que se crea que lo que se dice sobre la enfermedad (el lenguaje técnico utilizado) es la enfermedad misma, es decir, que hablar de la enfermedad en términos orgánicos o comportamentales es hacerlo con base en lo “objetivo”. Esto tiene el efecto de eliminar al sujeto implicado, tanto por parte del profesional como del paciente, lo que este último pueda decir en relación con su malestar solo será escuchado en la medida que se ajuste a los parámetros exigidos por el profesional.

Las clasificaciones diagnósticas constituyen otro intento por “objetivar” el malestar, es así como a mediados del siglo XX nace el sistema

clasificador de la conducta anormal, el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM, 1995), de la “Asociación Psiquiátrica Americana” (APA), que junto a otros sistemas de diagnóstico, como la “Clasificación Internacional de Enfermedades” (CIE), entrevistas como el “Diagnostic Interview Schedule” (DIS) y “Composite International Diagnostic Interview” (CIDI), y avances en estadística e informática (Vicente, Rioseco, Saldivia, Kohn & Torres, 2002), han constituido hasta ahora el soporte empírico en el discurso que adoptan las disciplinas adscritas al campo de la salud mental.

Ahora bien, en las sucesivas construcciones de estos manuales se dilucida el paulatino desplazamiento de la teoría por la estadística, es así como, por ejemplo, mientras los DSM I y II estaban referidos a un modelo teórico, las tres últimas versiones adoptan un modelo sindrómico que se desentiende de la etiopatogenia, es decir, se basan en un enfoque descriptivo que pretende ser neutral respecto a las teorías etiológicas. El fin es “garantizar la fiabilidad del diagnóstico en psiquiatría”, con el argumento de acrecentar el carácter científico de la disciplina e impulsar la comunicación entre los especialistas. En este sentido, es visto como necesario que los criterios sean ateóricos-descriptivos, pues de basarse en teorías imposibilitarían llegar a un consenso entre profesionales (Organización Mundial de la Salud, 2004).

La evolución de dicho *Manual* también está ligada al desarrollo de las neurociencias, gracias a estas se llega a clasificar el compromiso neuronal-bioquímico de las estructuras cerebrales. Dichas estructuras están preparadas para recibir el efecto de los psicofármacos que se convierten en agentes ideales de cambios psíquicos debido a su capacidad para regular el funcionamiento del cerebro. Siendo así, instaurado el desequilibrio neuroquímico subyacente a los trastornos clasificados, la declaración del trastorno solo espera la prescripción del fármaco (Villagrán, 2002).

Sin embargo, cabe señalar que valiéndose del estudio de las estructuras cerebrales es imposible entender lo psíquico, pues se trata de dos tipos diferentes de problemas que, por lo tanto, exigen respuestas distintas, lo psíquico es irreductible al cerebro. También es importante tener en cuenta que mientras existan teorías que propongan hipótesis sobre el origen de la enfermedad, es posible concebir un espacio para la discusión que enriquezca el debate académico y científico, por el contrario, resulta inviable dialogar con los criterios de manuales que se pretenden descriptivos y ateóricos o con estructuras biológicas usadas para inscribir lo mental en la función de los neurotransmisores.

Ahora bien, es interesante notar que antes, en la práctica médica, cuando no existían los conceptos, se utilizaban analogías, metáforas para referirse a los fenómenos. Foucault, en *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica* (2001), menciona la forma en que Pomme describe aquello que veía salir del cuerpo de una enferma, “porciones membranosas parecidas a fragmentos de pergamino empapado” (p. 2). Después, en el intento de crear un lenguaje que describiera las cosas “como son” (sin referencias externas), la tendencia de la medicina se inclinó hacia el abordaje de la enfermedad equiparándola con determinadas palabras que aluden a lo orgánico en sí mismo, por ejemplo, “lesión anatómica del encéfalo” (p. 3), esa será la función del lenguaje técnico-universal.

Aquella transformación en la forma en que es usado el lenguaje está relacionada con que, en el siglo XVIII, la enfermedad comienza a ser entendida como parte del cuerpo del enfermo, entonces lo patológico, antes en correlación directa con el pecado, será entendido como efecto de lo orgánico. En este sentido, es la disección *post mortem* la que permite que lo invisible sea revelado, con ello se exige a los médicos de teorías y quimeras dando espacio a su objeto, la enfermedad que surge como ente invasor y

separable del sujeto. La implicación de lo anterior es una reorganización de los modos de concebir y nombrar la enfermedad, así como la modificación del espacio de la experiencia médica para dar origen al campo hospitalario y asegurar un lugar a la medicina como disciplina científica (Foucault, 2001).

No obstante, el correlato orgánico resulta insuficiente, especialmente en el terreno de lo psíquico que sobrepasa la explicación biologicista. Para “curar” al enfermo el médico necesitará algo más que justifique su presencia. Entonces, más tarde en el siglo XVIII, se configura una práctica disciplinaria efectuada en el asilo que funciona vigilando y aislando al loco respecto a otros sistemas. De ahí que se apoye en una arquitectura en forma de observatorio o panóptico que genera el efecto de sentirse todo el tiempo vigilado. Es decir, en el asilo todos los trabajadores, y la misma distribución del edificio, operan como una extensión de la mirada del médico (Foucault, 2008).

Pero este poder que adquiere la presencia del médico se sostiene gracias al prestigio que deviene del saber que se le supone, dicho prestigio permite el establecimiento de relaciones disimétricas en donde el médico tiene un “plus” de poder sobre el enfermo, un agregado del que se vale para instaurar la realidad (someter al otro a su voluntad) por medio de técnicas disciplinares. Dentro de esta lógica asilar una de las herramientas utilizadas para instaurar la “realidad”, según Foucault (2008), es la práctica de la dirección que es heredada de la religión, la dirección es aquí entendida como conducción de consciencias. En otros términos, el médico tiene una especie de “función pastoral” que consiste en generar, dirigir y administrar la consciencia “médica” de los individuos en nombre del bien común e individual. De modo que, para que el sujeto acepte un orden determinado debe hacersele renunciar a su propia realidad, a su palabra, ese será el trabajo de los funcionarios encargados de dirigir las consciencias de hoy.

Dicho poder disciplinar y sus técnicas se extienden más allá de la institución asilar, los encargados de externalizarlo a colegios, fábricas, ejércitos, cárceles... serán los psicólogos en tanto representantes del saber “psi”, o sea, en tanto herederos del asilo. El psicólogo intervine cuando el poder que se ejerce en una institución determinada se ve debilitado y, por tanto, resulta preciso intensificar la realidad que dicha institución propone como válida. Aquella práctica contribuye al surgimiento del capitalismo en la medida que prepara los cuerpos para ser introducidos en los sistemas de producción (Foucault, 2010).

Ahora bien, entre las técnicas disciplinarias modernas se encuentran las Técnicas de Modificación de la Conducta (TMC), que se unifican en torno al principio del aprendizaje animal. Labrador (2009) menciona que lo más característico inicialmente en relación con estas técnicas es el intento de unir los desarrollos de laboratorio y teorías subsiguientes con las aplicaciones prácticas. Posteriormente, el sustento teórico de las técnicas deja de ser prioridad, estas se centran en la fundamentación metodológica, a partir de entonces, dice este autor, casi cualquier cosa vale como técnica de modificación de la conducta con tal de que demuestre de forma empírica, que es eficaz. Por lo tanto, en la medida en que ya no había restricciones teóricas, su antes limitado campo de aplicación se expande a todos los posibles trastornos considerados como de salud mental, se pasa de un desarrollo científico a uno tecnológico. Esta falta de referencia teórica conlleva a la pérdida del rigor que caracterizaba a las TMC, de ahí la insistencia en que sus pilares no solo se sustenten en la solidez de la evaluación de sus procedimientos sino también en la fundamentación teórica de sus técnicas. En búsqueda de nuevo sustento epistemológico que le devolviera credibilidad científica, se opta por volver a los desarrollos de los distintos ámbitos de la psicología para explicar las conductas normales y anormales y para fundamentar teóricamente las

TMC, en especial se tienen en cuenta los avances de la nueva psicología del aprendizaje que hace énfasis no en la adquisición de conductas concretas, sino en variables cognitivas mediacionales. Todo esto sin dejar de lado la evaluación de la eficacia de los procedimientos bajo el lema “las teorías cambian con el tiempo pero los datos permanecen”. También se integran los desarrollos de la fisiología y de la neuropsicología e incluso de otros ámbitos aparentemente menos relacionados con la psicología como la farmacología (Labrador, 2009).

En suma, los constantes intentos de disciplinas como la psicología de ser reconocidas y mantener un lugar en el ámbito científico, las lleva a tratar los fenómenos que abordan como si fueran entidades, lo anterior tiene el efecto de sacar al sujeto que hay detrás del diagnóstico o de la estructura cerebral alterada que empiezan a “hablar” en su nombre. No obstante, estos parámetros utilizados con la pretensión de objetividad, más que obedecer a la construcción de un saber científico, obedecen a un entrecruzamiento de discursos, a un ideal político y económico de adaptación. Lo anterior recuerda la definición de *salud* otorgada por la Organización Mundial de la Salud como “estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (Organización Mundial de la Salud, 2007), es decir, se busca que los hombres estén bien adaptados (de ahí la utilidad de las TMC) a fin de que nada intervenga en su rol en tanto productores.

El papel de la arqueología

Tras los ejemplos mencionados, se pretende enfatizar en que con la arqueología no se trata de poner en evidencia aquello que ha debido suceder para que una ciencia se constituya como tal, sino lo que ha debido ser dicho para que sea factible la emergencia de un discurso que, eventualmente,

responda a unos criterios experimentales o formales de cientificidad, o dicho de otra manera, se trata de unos elementos que deben formarse por una práctica discursiva para que un discurso científico se establezca. Foucault (2007), llama a estos elementos *saber*; el *saber* es, por ende, aquello de lo que es posible hablar en una práctica discursiva: el dominio de los diferentes objetos susceptibles o no de estatuto científico, el espacio en que el sujeto puede tomar posición para referirse a los objetos que constituyen su discurso, el campo de coordinación y subordinación en que los enunciados aparecen, se definen, se aplican y se transforman, en fin, el *saber* da cuenta de las posibilidades que el discurso designa, tanto de utilización como de apropiación. Entendido así, el *saber* no solo invade el campo de las demostraciones, también interviene en otros campos como el literario, filosófico o el político, aparentemente ajenos a lo experimental. Por eso Foucault enfatiza el papel de la ideología, refiere que el funcionamiento ideológico de las ciencias corresponde al rol que esta cumple sobre el *saber*, rol que cambia según las diferentes formaciones discursivas y que se modifica con sus mutaciones. Ahora bien, Foucault (2015), vincula el *saber* con otro término que denomina *poder*, en este caso si el *saber* está relacionado con procedimientos y efectos aceptables en un momento dado y en un dominio definido, con *poder* se refiere a una serie de mecanismos particulares susceptibles de inducir comportamientos o discursos. A este respecto propone un frente de análisis que consiste en describir el nexo entre *saber* y *poder* que permita aprehender lo que constituye la aceptabilidad de un sistema (como el de la enfermedad mental o el trastorno). En conclusión, los sistemas no están dados por sí mismos ni han llegado a ser aceptables por algún derecho originario y tampoco están inscritos en ningún *a priori*. Descubrir la aceptabilidad de un sistema, dice Foucault, es inseparable del develamiento de lo que más cuesta aceptar, es decir, de “su arbitrariedad en términos de conocimiento, su violencia en términos de poder” (p. 71). El intento por ilustrar el entrecruzamiento *saber-poder* tiene

como objetivo entrever las formas de sujeción de los sujetos al poder y sus posibilidades de dilucidar caminos alternativos que cuenten con el sujeto.

La pregunta por el sujeto

Para el médico y para el científico el objeto es la síntesis exacta entre palabra y cosa, para el médico el organismo no miente, para el científico el objeto es lo real, sin embargo, no aceptan que tanto la enfermedad como lo que produce la ciencia, son discursos sobre lo real, pero no lo real mismo. En este sentido se podría decir que la práctica médica está orientada por un discurso que deviene de un orden, o sea, de una manera de ver y proceder necesarias para hacer existir un objeto (la enfermedad, el diagnóstico, el trastorno) y hacerlo parte de su dominio. El orden médico es una práctica que se justifica con el discurso de la ciencia y se nutre de la permanente definición de categorías como salud y enfermedad. Ahora bien, para sostener este orden, se mantiene al margen todo lo que pueda representar una amenaza, de ahí que la subjetividad (lo in-inscribible que habita en cada sujeto) deba ser desechada.

El psicoanálisis nace de la medicina, pero no es una disciplina auxiliar puesto que no comparte el objeto de estudio, el objeto del psicoanálisis es el sujeto del inconsciente. En esta vía, el aporte del psicoanálisis a la clínica es la insistencia por dar un lugar al sujeto, a su palabra, al discurso que no se somete al estándar, pero que se escucha con base en una ética fundada por principios. Como aportes a esta discusión se encuentran los trabajos de Luis Teszkiewicz (2011), “El sujeto clasificado: una salud mental *ready made*”, y el de Santiago Castellanos (2011) “Las derivas de la ciencia en su aplicación a la salud mental”.

El primero hace énfasis en el hecho de que la medicina es un discurso sobre el organismo y que su efectividad sobre el mismo, produce como consecuencia el olvido de que es un semblante o un modo de tratar lo real. Así para Teszkiewicz (2011), en esta época de la ciencia, la medicina es

solidaria con su corporativa idea de desarrollo, lo anterior ha producido un “imaginario cientificista”, según el cual se representa al médico como aquel que actúa con recursos físicos y químicos sobre un cuerpo biológico. Lo anterior se promociona como si el semblante científico de la medicina fuera propio de su ser, se reniega de la práctica médica como históricamente determinada. Sin embargo, para el autor, la historia enseña precisamente que tal semblante de la medicina y, con mayor razón el de la psiquiatría, es solo eso, uno de los semblantes que su discurso puede permitirse.

Se enfatiza en que los médicos al carecer de las herramientas para abordar la locura, tuvieron que atribuirle un origen orgánico y de este modo darle una nueva denominación como “enfermedad mental”, una equivalencia de la alteración orgánica transpolada a lo psíquico como si tuvieran la misma naturaleza. Respecto al sistema de “Clasificación internacional de enfermedades” (CIE) de la Organización Mundial de la Salud (equivalente del DSM), Teszkiewicz (2011), destaca que la nosología psiquiátrica, producida a lo largo de la historia, se fragmenta hasta el absurdo y el sinsentido clasificatorio, a través del cual el sujeto que dirige una demanda al aparato de salud mental es reducido a un dígito. Cabe suponer que existen pedidos de atención por parte de un paciente que no pueden incluirse en los códigos listados, pero resulta que cada una de las revisiones tiene entre sus firmes convicciones incluirlas, creando nuevos apartados, ampliando los criterios o modificando los ya existentes, de esta forma: “la demanda dirigida al campo de la salud mental participa así en la definición de aquello que ha de incluirse como “trastorno mental” en la clasificación. Y esta última acoge la demanda, toda demanda, y la sanciona con algún dígito comprendido entre F-00 y F-99, verdadero sumidero de toda subjetividad” (Teszkiewicz, 2011, p. 54).

Para Castellanos (2011), el discurso de la ciencia invade todos los aspectos de la civilización y de la

vida cotidiana, por este motivo todo lo que se presente como garante de ese discurso es automáticamente legitimado, incluso si carece del más mínimo rigor científico (la publicidad que se justifica en la imagen del médico es una prueba de ello). El autor hace un análisis crítico a las neurociencias y a las corrientes más biologicistas de la psiquiatría, las cuales se “presentan en la actualidad como la aplicación de la ciencia al campo *psi*” (p. 16). Enfatiza que desde estas corrientes el cuerpo es manipulado como si fuera una máquina (un artefacto que le pertenece a la ciencia) que se puede ajustar e intervenir sin considerar las consecuencias, además anota que se invierten grandes sumas de dinero en “homogenizar” la diferencia. Como se parte de la hipótesis que considera la psicopatología como una alteración bioquímica del cerebro, se experimenta con las mismas técnicas utilizadas desde hace años para las enfermedades degenerativas de origen orgánico como el Parkinson. Todo esto conlleva a la inminente desaparición de la clínica (entendida como estar al lado del paciente) que progresivamente es sepultada por el reinado del fármaco. Las consecuencias de esta idea de desarrollo, agudizan el problema de la exclusión de la subjetividad del paciente, razón por la cual insiste en que:

el sueño cartesiano de volvernos los dueños de la naturaleza, de la naturaleza exterior por la “mecánica” y de la naturaleza de nuestro cuerpo por la medicina, tiene consecuencias muy significativas cuando se trata de la subjetividad del ser humano (p. 18).

A partir de lo anterior, Castellanos (2011), analiza cómo en el *corpus hippocraticum*, origen de la medicina occidental, ya se mantenía la idea de que el cerebro es la sede de las funciones anímicas superiores y el intérprete de la conciencia. Luego, desde el siglo XVII triunfa el modelo que pretende dar cuenta del funcionamiento y de las disfunciones orgánicas con base en la mecánica propia de la reparación de una máquina. Estos son ejemplos del permanente esfuerzo de reducción de

la ciencia para evitar lo amenazante que resulta la emergencia del sujeto. Castellanos (2011) afirma que se intenta minimizar al grado cero la falla, y el sujeto es precisamente aquello que se sostiene en la falla y el error. Por su parte, alude que el psicoanálisis nace en el momento en que la medicina es abarcada por la ciencia positivista, y si Lacan hace el intento de ubicar el estatuto del sujeto en la “ciencia y la verdad”, planteando que la ciencia y el psicoanálisis se ocupan del mismo sujeto, es para indicar que la ciencia se esfuerza en erradicarlo, mientras que el psicoanálisis intenta escucharlo para que en “su aparición evanescente algo pueda abrirse” (p. 19).

Finalmente, Castellanos (2011) hace alusión al hecho de que la medicina en la época pre-científica, operaba con las palabras, ya que la función del médico consistía en proporcionar una cierta significación a la enfermedad, por eso “el paciente iba a ver al médico para ser curado, pero en la medida en que las herramientas terapéuticas eran muy escasas, también pedía ser escuchado y que le dieran un cierto sentido a la enfermedad” (p. 19). Sin embargo, esa función que aludía a entender la clínica como estar junto al lecho del enfermo, se fue perdiendo en el proceso de deshumanización en la atención a los pacientes y el surgimiento de la enfermedad en tanto ente, porque la creciente hegemonía de las corrientes más biologicistas ha alejado de la práctica clínica la consideración del sujeto que habla, así se excluye un estatuto singular y particular para cada sujeto y en su lugar “hablan” los neurotransmisores cerebrales y los sistemas neurohormonales y endocrinos. En síntesis “cuando el fármaco fracasa, y esto ocurre con mucha frecuencia, se trata de intervenir directamente sobre lo real del organismo. Entonces el ser humano se convierte en la metáfora de la rata” (p. 19).

Para concluir este apartado vale la pena considerar de nuevo los planteamientos del médico y psicoanalista francés Jean Clavreul en su obra *El orden médico* (1983), allí afirma que a la medicina

no le interesa saber nada del sujeto que sufre, pues lo que este sufrimiento le hace decir no es de la competencia del médico (en tanto no es más que una experiencia subjetiva). El enfermo no debería razonar, porque lo que dice de sus síntomas, al estar “contaminado” por sus emociones, no es objetivo, lo que dice solo tiene validez en la medida que corresponde con lo que se manifiesta en el cuerpo y es mesurable, es decir lo que dice de sus síntomas cobra sentido solo en el discurso del médico, y desde este punto de vista, lo que dice su cuerpo es más confiable que lo que dice su voz. Aquí se muestra la importancia del examen como el procedimiento que otorga la inscripción o rechazo en el orden médico y su consiguiente inscripción en la “clase inferior” de la subjetividad. Sin embargo, según Clavreul (1983), no hay fórmula que pueda oponerse a la demanda del paciente como poseedora de la verdad, dado que en su lugar se trata de la manera como se la escucha. Con la demanda el sujeto da cuenta de un ser fallido, de su inalcanzable búsqueda del objeto que sustituya su falta; sin embargo, el enfermo solo es escuchado a partir del discurso médico, por lo que su demanda, para ser tenida en cuenta, debe estar organizada en función del mismo.

De lo mencionado en este apartado se puede decir que, tanto la medicina como otras disciplinas científicas, entre ellas la psicología, son prácticas discursivas, son una manera de referirse al objeto que pretenden abordar. No obstante, aquellas han creado una imagen de sí mismas tal que se suponen la única forma razonable de entender lo que consideran objetivo, es decir, el organismo o el comportamiento, olvidando con ello que tratan con objetos formados discursivamente. Dejar esto de lado implica que en la clínica se le dé prioridad a lo “evidente”, o sea, lo observable y mesurable y se omita lo que el paciente pueda referir en relación con su padecimiento. Es precisamente esa palabra que no es tenida en cuenta en el marco de las disciplinas científico-positivistas lo que pretende ser rescatado y dignificado por el psicoanálisis.

Conclusiones

Comúnmente en la clínica, con pretensiones de objetividad, se exige cumplir con ciertos protocolos que determinan qué buscar en el discurso del otro, aquello que confirme unos criterios que dan cuenta de una patología o trastorno. Por el contrario, al tomar una aptitud analítica se deja enseñar por el paciente, aquí la experiencia no es acumulable y sobran las técnicas que tranquilizan al clínico al decirle cuál es el procedimiento a seguir, se necesita coraje para enfrentar la incertidumbre a la que tanto le teme la ciencia, tiene sentido que esta abogue por la objetividad, pues si asume al otro como sujeto asume su incertidumbre y ante eso no tiene como responder. Los postulados del discurso científico, en la medida que pertenecen a un discurso que se propone así mismo como el verdadero, se introducen en la conciencia colectiva y se cimienta como un estatuto político, de ahí la fe que ha logrado suscitar. Con esta aptitud omnisapiente que establece cuáles fenómenos son verídicos y cuáles no, se olvida que no se hace más que una traducción de los fenómenos, que es una cuestión de discurso.

Por su parte, las disciplinas inmersas en el campo de la salud mental, como la psicología y la psiquiatría, que se pretenden científicas, renuncian a los saberes que se sirven de disciplinas interpretativas (en los cuales se apoya el sujeto para poder decir algo) y favorece el saber de la biología. Entonces, con las llamadas neurociencias, pretenden ver los “componentes de lo psicológico” en el cerebro, la paradoja está en que sus prácticas se convierten en una manera de

darle un lugar al cuerpo (organismo), pero sin el cuerpo (simbolizado, elaborado, significado, erotizado), es decir, no se le permite al sujeto construir un saber frente aquel, no se tiene en cuenta qué hace el sujeto con su enfermedad ni que esta es diferente en cada uno. Para el orden médico las cosas empiezan a existir en la medida en que la evidencia (avalada por el profesional) lo demuestre, de ahí lo violento del discurso que ejerce presión sobre las cosas para que estas sean.

Las disciplinas incluidas en este orden prefieren no saber acerca del carácter discursivo de su práctica, hacerlo daría paso a la duda con el riesgo de que el sujeto tome una posición distinta y no se entregue al saber que se pretende imponer y que es necesario para mantener un orden. Sin embargo, es preciso tener en cuenta que el orden médico se sumerge cada vez más en el orden de la economía, de esta suerte, el médico se convierte en facilitador de la industria farmacéutica, dejando de estar del lado del paciente.

Desde el psicoanálisis, y teniendo en cuenta el método arqueológico, se busca interrogar la unidad para ponerla en duda, de cuestionar el trastorno como ente y comprenderlo como objeto formado por un discurso atravesado ideológica, política y económicamente, se trata con esto de no aceptar ciegamente todo lo que deviene del otro solo por el estatus “científico” que este porta. El propósito es el de abrir el campo de posibilidades estratégicas, teniendo en cuenta que un tema da lugar a distintos tipos de discurso y, en este sentido, que el sujeto puede trabajar por construir un discurso propio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Caponi, S. (2009). An epistemological analysis of the diagnosis of depression. *Interface* Vol.13-29, 327-338.
- Castellanos, S. (2011). Las derivas de la ciencia en su aplicación a la salud mental. *Revista Letras*, vol. 2, 14-19. Obtenido de letraslacanianas.com: http://issuu.com/uzapuca/docs/letras_2_digital_ocr.
- Clavreul, J. (1983). *El orden médico*. Barcelona: Argot.
- Foucault, M. (2001). *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica*. México D.F.: Siglo XXI.
- Foucault, M. (2007). *La arqueología del saber*, 23ª. ed., México: Siglo XXI Editores, s.a de c.v.
- Foucault, M. (2008). *El poder psiquiátrico*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2010). *Nacimiento de la biopolítica*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2015). Crítica y Aufklärung. En M. Foucault, F. Gros & J. Dávila, *Foucault, literatura y conocimiento* (pp. 40-78). Caracas: Bid & co. editor.
- Hoyos, J. (1999). ¿Si el cadáver no responde, quién? *Affectio Societatis*, vol. 2-4, 1-10. Obtenido de revistas/index.php/affectiosocietatis: <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/affectiosocietatis/article/view/5414/476>
- Hoyos, J. E. (2001). La relación médico paciente: entre la supremacía del signo y la exclusión del síntoma. *IATREIA*, vol. 14-2, 141-148.
- Labrador, F. (2009). Introducción a las técnicas de modificación de conducta. En F. J. Labrador Encinas, *técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Pirámide.
- Laín, P. (1981). Los orígenes del diagnóstico médico. *Acta Hispanica ad Medicinam Scientiarumque Historiam Illustrandam*, vol. 1, 3-15. Obtenido de <http://www.raco.cat/>: <http://www.raco.cat/index.php/Dynamis/articloe/viewFile/106159/149274>
- Muñoz, P. (2009). La maquinaria del pasaje al acto paranoico. En P. Muñoz, *La invención lacaniana del pasaje al acto*. Buenos Aires: Manantial SRL.
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Guía latinoamericana de diagnóstico psiquiátrico*. Obtenido de Asociación Psiquiátrica de América Latina Sección de Diagnóstico y Clasificación: http://www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/salud_mental_documentos/13_gladp2004.pdf
- Teszkiewicz, L. (2011). El sujeto clasificado: una salud mental ready made. En *Revistas Letras*, vol. 2, 50-53. Obtenido de letraslacanianas.com: http://issuu.com/uzapuca/docs/letras_2_digital_ocr.
- Vicente P., B.; Rioseco S., P.; Saldivia B., S.; Kohn, R. & Torres P., S. (2002). Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica (DSM-III-R/CIDI) (ECP). *Revista Médica de*