

Acerca de la ética del compromiso terapéutico

J. FABREGAS *

El presente trabajo se articula en torno a tres cuestiones:

El término *hospital* y sus implicaciones ocupa el primer lugar de la reflexión. El *orden de las reglas* y normas institucionales, como contrapuesto o complementario al de la ley, y el correlato de voluntariedad como libre elección enmarcan el segundo punto que, finalmente, nos remite a una reflexión sobre la *ética* del compromiso terapéutico.

EL HOSPITAL

La negligencia y el mal trato, la cronificación y miseria de los hospitales psiquiátricos no están en su denominación sino en la esencia de su funcionamiento. La enfermedad mental es uno de los hechos que definen lo humano. También lo es la muerte y no por llamar a los cementerios de otro modo dejaría ésta de señalarlos.

Es lo que BASSAGLIA denominó la cara social de la enfermedad y la salud y sus instituciones lo que debemos afrontar, criticar y transformar. Es por su propia dinámica y función social que el hospital psiquiátrico, de día o no, debe recuperar la significación etimológica que lo contextualiza como lugar de tránsito y cura y no de permanencia y custodia. No se es un enfermo, se está. Cómo se efectúa y ha-

cia dónde vaya la modificación depende al menos en gran medida, de quienes en nuestra práctica social nos responsabilizamos de ello.

Nuestra preferencia por el término Hospital de Día ¹ alude a que los objetivos básicos de este tipo de instituciones han de ser el de proponerse como lugar de *transformación terapéutica*; planificando y dirigiendo el esfuerzo asistencial, a tiempo parcial, hacia perspectivas de modificación y mejora de los pacientes objeto de atención, en un plazo de tiempo más o menos prolongado pero orientativamente prefijado en cada caso. Finalizado ese tiempo, que enmarca un proceso terapéutico programado e intensivo, deben darse las condiciones para que el paciente —y su propia familia— puedan reintegrarse (o quizá integrarse) a un ritmo de vida que no precisa la asistencia continuada a una institución psiquiátrica que actúe como soporte permanente y cotidiano de sus posibilidades de adaptación activa.

Evidentemente en un porcentaje de casos (un 12 % en nuestro caso), una cierta mejoría de la calidad de vida de los pacientes, en el sentido individual y relacional, aparece directamente relacionada con su vinculación durante un tiempo más o menos indefinido a una institución

* Coordinador Técnico del Hospital de Día C.P.B. (Diputación de Barcelona).

¹ Coincidimos con las definiciones básicas al respecto expuestas por FREEMAN y KAPLAN en su *Tratado de Psiquiatría*, en las que diferencian Hospital y Centro de Día.

«protésica» que actúe como garante socio-terapéutico continuado de sus limitaciones objetivas de autonomía e integración social. El ideal de salud, con que el entorno económico y socio-cultural, marca y sanciona el resultado final de la cura es ambiguo en sus definiciones pero preciso en sus exigencias. El orden propiamente sanitario de la salud y los síntomas se confunde aquí con la asistencia social de las carencias.

Una sociedad que, trascendiendo el manicomio como depósito, pretende hacerse cargo de ese resto que su misma estructura general —y en cierto sentido precisa— debe conformar unos dispositivos sanitarios, de carácter predominantemente terciario, para cuya indiscutible necesidad deben reservarse otros términos que el de hospital. «Club socio-terapéutico, centro de día, centro de ocupación terapéutica...» pueden marcar en su misma denominación los objetivos y fundamentos teórico-técnicos que, frente a la población y la administración, los define con claridad en el abanico de recursos de una planificación en psiquiatría comunitaria.

Quisiera añadir que cierta tendencia actual a incluir esta problemática político-sanitaria en el ámbito de responsabilidad de los servicios sociales estatales me parece una falacia que olvida y escamotea el hecho psiquiátrico. La experiencia italiana, con todos sus efectos positivamente cuestionadores, debe sugerirnos algo al respecto.

El término hospital de día en nuestro caso, matiza explícitamente al paciente —y por extensión a la comunidad— que se vincula a una institución donde se promueve la salud desde el abordaje de la enfermedad, de «su» enfermedad. Esto facilita, en nuestra opinión, la exclusión de las comunes negaciones que en torno al padecimiento psíquico encubren lo intrínseco del enfermar y su abordaje terapéutico con mixtificaciones al estilo de «casa de reposo», «sanatorio» o «centro de actividades de ocupación y entretenimiento». Apelativos con que familias, pacientes y

algún que otro profesional fomentan las actividades obstaculizadoras y resistenciales que conforman el propio trastorno que llevó a algunos a la institución psiquiátrica.

«La idea de hospital de día (alternancia entre el medio natural y el medio de acogida y cuidado de la locura) puede aparecer si una sociedad adopta una representación de la locura que implique la posibilidad de una acción modificadora y se imagine que esta acción debe efectuarse por un proceso de duración prolongada abandonando las actitudes de segregación y la utilización defensiva e inadecuada del modelo médico tradicional por el redescubrimiento de la dimensión social del fenómeno psicopatológico»².

El Hospital de Día, por el simple hecho de existir como tal, genera efectos modificadores en las actitudes prejuiciosas de la población hacia la locura. El ir y venir de los pacientes, la implicación de sus familias y las distintas instituciones naturales de la comunidad presenciando y acompañando el hecho terapéutico extienden al tejido social un mensaje cuya cotidianeidad muestra que es posible una otra conceptualización del padecimiento psíquico y su tratamiento que la segregación y el encierro. Mil esforzadas charlas en la comunidad sobre salud mental y la crítica del manicomio producirán quizá menos modificaciones que la posibilidad de los convecinos de saludar cada día a «aquel chico tan raro del 2.º que desde que va al hospital ese parece que está mejor... ¡y eso que no está encerrado!».

DE LA SINGULARIDAD DE LAS REGLAS A LO UNIVERSAL DE LA LEY

Tras el muro no hay compromisos sino sumisión. Caos de imposiciones y obediencias, de arbitrariedades y reglas aleatorias que tan sólo unos saben y usan mientras otros intuyen y padecen. El ma-

² *Les hôpitaux de jour*. G. BLEANDONU.

nicomio, la institución total se sustenta en un discurso imperativo que no accede a ninguna dialéctica: fuera o dentro; o estás o te fugas... en todo caso te echan. Sucesión de cuerpos y presencias, encadenamiento de palabras vacías. Código moral inapelable donde la norma no escrita ni consensuada, pretende disfrazarse de ley. Entorpeciendo toda posible mediación entre lo imaginario —el orden de las reglas— y lo simbólico —el orden de la ley—, la institución total puede constituirse así como escenario, fábrica y almacén de la locura.

La sociedad filantrópica-utilitarista de finales del siglo XVIII se acerca a las instituciones de la segregación y pretende humanizarlas reconvirtiendo su función meramente custodial en provecho moral de la mayoría. Jeremy BENTHAM propone hacia 1800 el panóptico como modelo de este tipo de establecimientos. Caricatura arquitectónica del pensamiento social de la época que FOUCAULT nos desmenuzó. Se instaure por fin el orden de las reglas, no mediante la palabra sino la mirada. En el panóptico los ocupantes van a quedar sometidos ya no al castigo sino a la vigilancia. El poder se instala en el lugar imaginario del ojo divino que todo lo ve³.

La institución no precisa ya de la violencia física ni la agresión corporal. Mundo medido de espacios y prescripciones. Institución abierta al público donde unos son vistos sin ver pero donde todos pueden ser observados, valorados y juzgados. Ni tan sólo eso; basta con que cada cual crea que puede ser así. Sin embargo, mientras los guardianes entran y salen, los guardados permanecen sin opción.

Resabios de esta filosofía utilitarista y filantrópica, basada en la falacia naturalista del bien común, impregna la interiorización de la norma que apelando al beneficio de la colectividad funda un siglo más

tarde los principios de la comunidad terapéutica; «que todos sepamos lo que cada uno hace y que cada uno haga lo que convenga a la mayoría». Para esos grupos, reuniones y asambleas. Parodia de igualdad y comunalismo sustentada por la diferencia de los que cobran: el equipo. Sólo una actitud de desvelamiento de aquello que en la institución sobredetermina el juego especular de las reglas permite que el compromiso entre el paciente y el hospital pueda llegar a adquirir la categoría de pacto simbólico.

En el hospital de día, los pacientes se imbricarán en un proceso que, de una u otra manera implica su previa decisión de inscribirse en un mundo de reglas particulares y explícitas que el hospital le propone como compromiso: horas y espacios, personas y roles, responsabilidades y derechos quedan fijados de antemano en un sistema de convenciones, en un juego de reglas mutuamente conocidas y aceptadas en el que la familia queda incluida.

El encuentro terapéutico en el Hospital de Día se basa en la posibilidad del paciente en acudir o no. En esta opción la que permite que la relación dialéctica entre tratantes y tratados, mediatizada por la institución, puede inscribirse en algún momento en el registro de la cura. Es en la circulación de la palabra y en el resquicio imaginario que deja lugar a la transgresión donde radica una cierta garantía de que el Hospital de Día sea para algunos algo más que un mero escenario de identificaciones secundarias. Fotocopiadora de imágenes sin deseo. Simple pedagogía de la normativa que se pretende curativa. Quizá sólo eso se nos pide..., ¿o ni eso?

Compromiso significa pacto mutuo. Relación dual de obligaciones entre la institución y el paciente. Se trata en principio de crear las condiciones de una *ritualidad*: juego imaginario de las reglas, que posibiliten en algún momento trascender a alguna *socialidad* inscrita en el orden de la ley. De la relación dual marcada por el ritual de las convenciones, de la esfera de las normas, pasar a una relación dialéctica,

³ El modelo del panóptico fue adoptado por zoológicos, prisiones y hospitales, psiquiátricos o no. La Prisión Modelo de Barcelona está constituida bajo estas directrices. Sobre el tema, ver *Vigilar y castigar*. M. FOUCAULT. Ed. Siglo XXI.

la que ordena el universo de la ley, del intercambio simbólico que define lo social.

La regla actúa como sustituto paródico de la ley. Como acertadamente BAUDILLARD reflexiona: «Lo que se opone a la ley no es en absoluto la ausencia de la ley, es la regla». «La regla no necesita para funcionar ninguna estructura o superestructura formal, moral o psicológica. Precisamente porque es arbitraria, infundada y sin referencias no necesita una voluntad o una verdad del grupo. Existe, eso es todo, sólo existe compartida, mientras que la ley flota por encima de los individuos dispersos»⁴.

El juego de reglas y normas que fundan la relación entre el paciente y, en nuestro caso el Hospital de Día, configuran un espacio de *paridad*, no de *solidaridad*. La paridad, que alude al mimetismo de lo especular no necesita solidaridad; su regla la envuelve sin que tenga necesidad de ser analizada ni interiorizada. La solidaridad implica individualidad, remite a la dialéctica del libre arbitrio que es la de la esfera de la ley y del goce que se deriva de su obediencia o transgresión. En el juego de las reglas no hay coerción o prohibición sino obligación. Su registro es el del ceremonial y no el del deseo. Los ceremoniales, las fórmulas sociales de la buena educación, por ejemplo, son un simulacro de igualdad sin distinciones. Igualdad masiva y fusional que no está fundada sobre el principio del placer y de realidad sino sobre el hechizo de la regla, la singularidad de las convenciones, sin otro sentido ni verdad oculta más allá de su propio ámbito.

La ley es trascendente, instaura la prohibición, la represión y, en consecuencia, la distinción entre un discurso manifiesto y uno latente.

LA ETICA DEL COMPROMISO TERAPEUTICO

Desde la primera experiencia de DZAGAROV en Moscú en 1933, los Hospitales de

Día, no alcanzan el vigor de instituciones habituales en la planificación de la asistencia psiquiátrica, sino a partir de los 50 en EE.UU. y en Francia e Inglaterra especialmente. El horror del enclaustramiento asilar vivido en su propia carne por la sociedad entera impulsó que, tras la contienda, la trágica caricatura dictatorial que es el manicomio fuera cuestionada por los profesionales y sectores sociales más sensibilizados.

Entre otros aspectos, el ideal de voluntariedad, perseguido como meta que presida el intercambio entre la institución psiquiátrica y sus usuarios, lleva al cuestionamiento y análisis sobre el compromiso terapéutico en sus implicaciones éticas. Se abre por fin ese arduo dilema al que nuestra práctica nos enfrenta día a día y cuya dimensión última parece tener más cabida en la poética del deseo que en la ética de un código. La locura poco sabe de constituciones. El discurso seductor de las apariencias, al que gratamente nos sometemos, le es ajeno. La voluntariedad del tratamiento como ideal, en ese borde resbaladizo que ni la imposición psiquiátrica con fines «sanitarios» ni la mística de la liberación cooperiana han logrado afianzar. En el extremo, una y otra racionalizan la ruptura de toda posible dialéctica entre la locura y la salud como, en su día, Giovanni JERVIS nos avisó. Valga como prueba inmediata el actual movimiento desestabilizador que frente a las propuestas de reforma de la ley de internamiento psiquiátrico y tutela vienen ejerciendo, apoyadas rígidamente en la legalidad, algunas de las instancias psiquiátricas más conservadoras.

La aceptación, si más no dubitativa y expectante del paciente hacia el acogimiento que la institución y sus representantes le proponen no es un acto burocrático. Es una relación dialéctica, nunca agotada, que pivota en torno a una demanda marcada por una especularidad siempre incierta: ¿Quién pide qué, a quién, para qué?

⁴ Jean BAUDILLARD. *De la seducción*. Ed. Cátedra.

Es la psicosis en su irreductibilidad quien nos propone, día a día, la búsqueda de nuevas soluciones para los mismos errores. La demanda mayoritaria de los Hospitales de Día la constituyen los pacientes psicóticos y sus familiares. Otros pacientes psíquicos permiten a sus portadores imbrincarse en las leyes sociales del intercambio⁵. La psicosis por su misma esencia no demanda curación, al menos en el sentido en el que los neuróticos clamamos por nuestra salud. Los perversos tampoco pero en general se las apañan para no cursar lo que con atino GOFFMAN denominó la «carrera psiquiátrica»⁶.

Sin embargo el psicótico, como cualquier vecino, sí sabe valorar las condiciones generales de vida que rigen la institución y posibilitan el intercambio relacional que se pretende terapéutico. No sabe de tratamiento, pero sí de trato. Compromiso, recordémoslo, implica encargo mutuo. La psiquiatría también debe comprometerse.

Una institución psiquiátrica que se pretenda abierta a la comunidad debe indagar y desinvertirse de sus elementos paranoicos. De sus violencias, absurdidades, privilegios y castigos. Ese conjunto no es más que la imagen real e invertida de los temores del loco. La antipsiquiatría y el movimiento institucional desenmascaran esa obviedad.

En las instituciones de dinámica manicomial (cualquiera puede tenerlo) el temor de ser maltratado impreso en las estructuras paranoicas que configuran el malestar del enfermo queda plenamente avalado, confusionalmente fundido con la cotidianeidad de la respuesta institucional. La propuesta de cura y cuidado se desdobra en una paradoja enloquecedora e insoluble que haría las delicias de BATESON: «aquí te curarás, te atenderemos en tus sufrimientos y borraremos tus temores y angustias... confía en nosotros», se

le dice mientras se le ofrece un recinto lóbrego e inhóspito, se le desposee de sus mínimas libertades, atributos y pertenencias y se le imponen sin opción extrañas y violentas prácticas a las que se denomina «el tratamiento», precedidas en ocasiones por el ceremonial de análisis, pruebas y tests que, en la mayoría de las veces de poco sirven más que para confundir al paciente) y justificar el salario de algún «voyeur» del comportamiento humano.

Pero no basta que el hospital logre desprenderse de sus emblemas totalitarios para que todo cambie. El análisis y evitación de las burdas contratransferencias institucionales; el trascender la actuación agresiva o compasiva de los terapeutas como respuesta a la ansiedad y desconcierto que la locura conlleva es condición imprescindible para que el inicio del encuentro terapéutico pueda tener lugar, pero no da cuenta de la totalidad del proceso. Uno de los pacientes del Hospital de Día, con varios internamientos previos en otras instituciones dejó de acudir porque «le olía mal que allí le dieran tan bien de comer...». «Algo raro debía significar tan buen trato sin pagar nada». La distorsión de la psicosis desbarata nuestras confortables certezas. Afortunadamente nos queda el alivio de comprender, analizar e interpretar. La puerta abierta a la investigación. El compromiso se juega instante a instante en la relación.

¿Qué espera del otro el psicótico? ¿A qué se compromete cuando, en el mejor de los casos, acepta pasivamente acudir a la institución? La experiencia del, torpe o refinado, maltrato recibido en otros lugares, facilita quizá el enganche de algunos. Es posible que, sin formularlo sepan que su destino pasa en este momento por la sumisión. Y aquí al menos hablaron con él, casi parece que si quisiera no tendría porqué venir. En último término la amenaza permanece implícita: o aquí o allá. Cualquier sitio puede ser mejor que el incomprendible encierro. En todo caso la formulación de la demanda está en otro lugar; la familia a veces... no siempre.

⁵ Otra cosa es las posibilidades de acceso económico que enmarcan las distintas ofertas terapéuticas y la calidad de las mismas.

⁶ E. GOFFMAN: *Estigma*. Ed. Amorrortu.

El hecho de que el psicótico, sin demanda aparente, acuda al Hospital de Día, es un fenómeno complejo cuya singularidad debe descifrarse en cada caso. Es común que en los primeros días, el paciente solamente pueda responder cuando los demás le interperlan: «Vengo porque lo quiere mi familia... pero a mí no me pasa nada... ¿cuándo podré irme?».

Ante las evasivas, justificaciones, abandonos y sabotajes de la relación terapéutica del neurótico, anteponemos la interpretación. La resistencia es la esencia misma del encuentro que se pretende curativo. Tras todo el bagaje del inconsciente y sobre lo que la palabra niega se halla sin embargo, la demanda de atención. Demanda conscientemente expresada que, explícita o implícitamente fundó el compromiso entre el paciente y el terapeuta. La exigencia social, como siempre, sobre-determina el asunto atravesando a ambos por igual. Desde una ética de las intenciones sólo hay una relación terapéutica porque alguien encargó a un otro, que se autoriza como tal, que se constituya en agente y garante de su cura.

El psicoanálisis, en su dimensión de práctica curativa, se sustenta en la ética del intercambio. El contrato como fórmula social tiene aquí licitud plena. Sabemos que si introducimos en esta lógica contractual el lenguaje del inconsciente, la cosa se complica: alguien pide al otro lo que el otro no tiene. Pero eso no es más que el espejismo primordial que sujetando al sujeto, marca la intersubjetividad de lo humano. El analista, el buen analista tratará de que ese equívoco que preside la relación se desvele en ella.

En último término, el neurótico, insertado en lo social, concluirá, seguirá o abandonará su tratamiento. Opción de todo ciudadano a elegir ciertas cosas. Al terapeuta no debería preocuparle más que como interrogante científico. En el psicótico la resistencia es obstáculo. La evasiva es firme oposición anclada en un vacío.

FREUD lo entendió así y nos legó el dilema de la imposibilidad del tratamiento en el sentido que la medicina lo desea para sus enfermos.

Cierto progreso en el conocimiento de la estructura psicótica ha resultado útil al terapeuta. Da razón de nuestra presencia frente al otro, pero poco más. KLEIN y LACAN, por distintos caminos nos alertaron. Más cerca de VESALIO que de PASTEUR, la historia del conocimiento les reservará el lugar de honor del investigador en el campo de lo psíquico. Otra cuestión es la curación.

En tanto en cuanto la institución psiquiátrica deja de parapetarse tras la rejas, el problema de la voluntariedad, la libre opción del paciente y por consiguiente el cuestionamiento ético del terapeuta adquiere nuevas dimensiones.

Cuando no hay más límite que la palabra (incluso el psicofármaco se sustenta en ella), el lenguaje nos muestra su insuficiencia para dar cuenta de lo real. El mejor trato, la más amable acogida, la meditada frase encuentran respuesta en la indiferencia, la oposición e incluso la agresión. El designado como paciente no quiere venir, la familia se desentiende. La sociedad demanda algo, pero no del orden de la cura; en todo caso de la custodia, amable o no según la encrucijada histórica.

¿Debemos proseguir cuando ofrecemos un tratamiento que el paciente rechaza, la familia no pide y la administración no valora más que como coyuntural interés? ¿Dónde radica la ética de esta obstinación? El análisis psicodinámico de las resistencias parece avalarnos pero aunque contenga cierta verdad, ¿nos otorga ésta el derecho y la obligación de imponer nuestro deseo como terapeutas? Incomprensible heroísmo sanitario, cumplimiento de un extraño deber del que alguien debería dar razón. La cuestión queda abierta.

Barcelona, marzo de 1984.