



**DIALOGANDO
CON FOUCAULT.
LA LEY DE
SALUD MENTAL
Y EL PODER
PSIQUIÁTRICO.**

GERMÁN CASETTA
JUAN RAFAEL COSCI
(COMPILADORES)



Editorial
Ciencia con todes
FACULTAD DE PSICOLOGÍA • UNC

**Dialogando con Foucault. La
Ley de Salud Mental y el poder
psiquiátrico**

**DIALOGANDO CON FOUCAULT.
LA LEY DE SALUD MENTAL Y EL
PODER PSQUIÁTRICO**

German Casetta - Juan Rafael Cosci
Compiladores



Editorial
Ciencia con todes
FACULTAD DE PSICOLOGÍA • UNC

Córdoba, 2023

Casetta, Germán

Dialogando con Foucault : la ley de Salud mental y el poder psiquiátrico / Germán Casetta ; Juan Rafael Cosci ; compilación de Germán Casetta ... [et al.] ; fotografías de Pablo Figueroa. - 1a ed compendiada. - Córdoba : Ciencia con todes, 2023.

Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga y online

ISBN 978-987-82978-0-4

1. Filosofía Contemporánea. I. Cosci, Juan Rafael. II. Figueroa, Pablo, fot. III. Título.

CDD 199.82

©Editorial Ciencia con todes. 2023

Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Psicología.

Bv. de la Reforma s/n. Ciudad Universitaria

Córdoba. CP: 5011. Provincia de Córdoba

República Argentina

<https://editoriales.facultades.unc.edu.ar/index.php/ect/>

Diseño de Portada: Dana Alejandra Brignone

Fotografías: Pablo Efrán Figueroa

Diagramación y Maquetación: Viviana Dugatto

ISBN: 978-987-82978-0-4

Queda hecho el depósito que marca la Ley 11723.



Dialogando con Foucault : la ley de Salud mental y el poder psiquiátrico por Germán Casetta ; Juan Rafael Cosci comp. se distribuye bajo una [Licencia Creative Commons Atribución – No Comercial – Sin Obra Derivada 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Autoridades

Facultad de Psicología- UNC

DECANO
Germán Pereno

VICE DECANA
Alejandra Rossi

Equipo Editorial

Directora General: Leticia Olga Minhot

Coordinadora Área Educación: Mariana Beltrán

Coordinadora Área Salud: Silvina Buffa

Germán Héctor Casetta

Mariel Castagno

Guido Horacio Coll Moya

Ariadna Eckerdt

María Costansa Gigante

María Gabriela Morales

ÍNDICE

Autoridades	7
Equipo Editorial	7
Agradecimientos	11
Vigencia de la crítica de Foucault al poder psiquiátrico y la lucha por los derechos de los usuarios de la Salud Mental	13
Primera Parte: reflexiones en torno a la locura y sus modos de abordaje	29
El loco como nuevo sujeto epistémico	31
Enrique Pichon-Rivière, Ángel Fiasché y Alfredo Moffatt, prácticas precursoras de la Ley de Salud Mental en la Argentina de los años 70	55
El jaque mate al juego psiquiátrico y la microfísica del poder asilar	93
Segunda Parte: el poder psiquiátrico y la ley de salud mental	107
La desarticulación de la jerarquía psiquiátrica: un nuevo lugar para los psicólogos	109
El cuerpo disciplinado: recuperando su soberanía a partir de la nueva Ley de Salud Mental	135
Hacia una perspectiva de derechos en salud mental: la relación entre los dispositivos de poder psiquiátrico y las dinámicas familiares	145
Cura psiquiátrica y nuevos abordajes en salud mental	165
De la criminalización y exclusión de la locura en la psiquiatría del siglo xix, hacia la inclusión comunitaria de los padecimientos mentales	183

Agradecimientos

A la Vicedecana de la Facultad de Psicología
(Universidad Nacional de Córdoba): Dra. Alejandra
Noemí Rossi.

A la secretaría de Ciencia y Técnica de la Facultad de
Psicología (Universidad Nacional de Córdoba).

Al Dr. Jorge Ibáñez.

Al Lic. Mauro Biondini.

Al Lic. Pablo Figueroa.

VIGENCIA DE LA CRÍTICA DE FOUCAULT AL PODER PSIQUIÁTRICO Y LA LUCHA POR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS DE LA SALUD MENTAL

En noviembre del 2020, desde la cátedra B de “Problemas Epistemológicos de la Psicología” de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Córdoba, con la Comisión de Salud Mental de dicha cátedra, organizamos un seminario-taller titulado “Leyendo con Foucault la Ley de Salud Mental”. Tal actividad fue auspiciada por la Secretaría de Ciencia y Técnica de la Facultad de Psicología (UNC). En dicho seminario-taller el objetivo fue indagar en la articulación de la obra *El poder psiquiátrico* de Michel Foucault en relación con la [Ley de Salud Mental N° 26.657](#). Este evento contó con la participación de docentes de la cátedra como así también con la de estudiantes avanzados (ayudantes-alumnos y adscriptos) en la Carrera de Psicología. En esa ocasión, se presentaron 12 trabajos relativos a la temática propuesta. Luego de dicha experiencia, se propuso la publicación de los trabajos presentados, previa evaluación de estos. Esta publicación es el fruto de esos intercambios.

En referencia a la Ley de Salud Mental N° 26657, sancionada por el Congreso en noviembre de 2010 y promulgada en diciembre del mismo año, es importante decir que dicha legislación logra adecuar los principios y tratados internacionales de derechos humanos de los cuales la República Argentina

es parte. Entre ellos: Declaración de Caracas (1990); Principios de Naciones Unidas para la protección de los enfermos mentales y para el mejoramiento de la atención de salud mental (1991); Conferencia de Basilia “La reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de Caracas” (2005); Consenso de Panamá (2010, OPS/OMS) (cfr. [Chillemi, 2016](#)).

Hasta la fecha de la sanción de la ley, no existía en el país ninguna legislación nacional referida a la salud mental. El proyecto de ley fue redactado por el diputado Leonardo Gorbacz y fue objeto de importantes debates, tras un largo proceso de construcción. Los antecedentes de esta ley pueden encontrarse en las legislaciones de 7 provincias y otra ley correspondiente a la Ciudad de Buenos Aires. La Ley Provincial N° 2.440 de Río Negro (1991). La Ley Provincial N° 10.772 de Santa Fé (1991). La Ley Provincial N° 8.806 de Entre Ríos (1994). La Ley Provincial N° 6.976 de San Juan (1999). La Ley Provincial N° 384 de Chubut (2009). La Ley Provincial N° 536 de San Luis (2010). La Ley Provincial N° 9.848 de Córdoba (2010) y la Ley N° 448 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires de la Provincia de Buenos Aires (2010) (cfr. [Hermosilla y Cataldo, 2012](#)).

La posterior reglamentación de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 en el año 2013 constituye un acontecimiento histórico en el campo de la Salud Mental en Argentina.

La misma se inscribe en un nuevo régimen de enunciados y prácticas en torno a los padecimientos subjetivos, como así también –y fundamentalmente- una reformulación del concepto mismo de salud mental. Al establecer lineamientos específicos de abordajes fundados en un enfoque de derechos y en la

interdisciplina, dicha ley puede ser pensada como un claro intento de ruptura de la hegemonía médica en los modos históricos de abordar la cuestión de la locura ([Serra, 2019: 161](#)).

Se puede sostener que esta ley aún hoy es objeto de debates y resistencias por algunos representantes de la hegemonía médica y asociados. Entre ellos, uno de los más significativos lo constituye el acontecimiento de fines del año 2017, cuando durante el gobierno de Mauricio Macri, se intentó impulsar un decreto de nueva reglamentación tendiente a modificar el texto original de la ley, con medidas anteriores en el tiempo que anunciaban la resistencia de las corporaciones médicas al espíritu de la ley (cfr. [Ferreyra; Stolkiner, 2017](#)). Ese nuevo proyecto de reglamentación propuesto por el ejecutivo nacional, realizado a puertas cerradas y consensuado exclusivamente con la corporación médica, no solo buscó limitar el alcance de la ley, sino que contradice la norma, haciendo uso de un decreto que evita al Congreso. Tal intento originó el alzamiento de voces de variados organismos y actores colectivos que manifestaron su repudio públicamente, frente a lo cual se debió dar marcha atrás con el decreto (cfr. [Serra, 2019: 161](#)). Aún hoy, la ley es tema de debate recurrente entre sectores que defienden una perspectiva de derechos y grupos económicos con intereses lucrativos -como, por ejemplo, los dueños de centros de salud privados- (cfr. [Minini; Paez, 2022](#)); y su implementación es, todavía, una deuda pendiente.

En este sentido, consideramos que gozan de plena vigencia tanto la crítica de Foucault al poder psiquiátrico como la defensa de la Ley de Salud Mental N° 26.657 como un proceso que, aún después de 13 años, sigue esperando su plena

implementación frente a la resistencia que opone la gendarmería de la razón médica.

La vigencia y la actualidad de las ideas de Michel Foucault hacen de sus escritos, cursos y conferencias una caja de herramientas para ejercer una mirada crítica; una mirada que interpela los supuestos sedimentados por el poder. La obra del filósofo -aún hoy y con todas las mutaciones propias del siglo XXI- nos sigue aportando conceptos e ideas con los que podemos reflexionar. Es así como las nociones de *poder*, *saber* y *sujeto* continúan siendo puntos críticos para pensar las formas de gobierno, la producción de subjetividades y los modos de resistencia. De tal manera, podemos pensar que “el poder psiquiátrico” es un curso que nos aporta ideas capitales para reflexionar sobre la locura, la psiquiatría como agente del poder y el asilo como un espacio médicamente reglamentado.

Siguiendo a Foucault, “el poder psiquiátrico” es una revisión sistemática y crítica de la obra *La historia de la locura en la época clásica*; sobre todo de su último capítulo, de lo que allí acontece. Este texto privilegia una lectura de la percepción de la locura en los siglos XVII y XVIII, es decir, de cómo se constituye la imagen del “loco”, qué discursos y representaciones configuran ese imaginario (Foucault, 1973-74: 29-31). Ahora bien: en “el poder psiquiátrico”, el enfoque es otro. Ya no se privilegia la percepción de la locura, sino las operaciones del poder en la construcción de la locura, es decir, cómo los dispositivos de poder producen un conjunto de enunciados que legitiman una verdad sobre la locura; con lo cual, dispositivos de poder y juegos de la verdad son prisma de lectura que nos brinda “el poder psiquiátrico”.

En primera instancia, los dispositivos de poder constituyen lo que el autor denomina “el orden disciplinar”; un orden regulado y reglamentado. Dentro de este orden, la psiquiatría y el espacio asilar ocupan un lugar importante. Las teorías, los

métodos de curación y las propuestas psicopatológicas son tácticas, estrategias y técnicas para el buen funcionamiento del orden disciplinario. De tal manera, el saber en tanto conocimiento teórico y práctico no puede estar librado del poder, como menciona Foucault (cfr. [Foucault, 1973-74: 33 y 34](#)). El poder produce y opera con el saber.

Por lo cual, el saber psiquiátrico -el saber de la locura- produce una legitimación de ciertos enunciados; verdades que ubican a la locura como un objeto que debe recibir un tratamiento disciplinario; es decir, un tratamiento que automatice el cuerpo y silencie lo que allí habla. La locura es -para el tratamiento disciplinar- una anomalía, una condición de anormalidad que, bajo las directrices del saber psiquiátrico y el orden disciplinar, debe recuperar su normalidad. Pero esa supuesta normalidad es el fundamento en el que reposa todo el edificio teórico de la psiquiatría y, más aún, de las disciplinas psi. El poder hace nexos con el saber y formula el patrón de un individuo psicológicamente “sano” -un individuo normal- que no es más que un efecto del poder; en síntesis, un individuo que es útil y dócil a los imperativos del orden “terapéutico”.

En segunda instancia, es, desde esta perspectiva, que Michel Foucault califica al asilo como “la gran máquina de curar” (cfr. [Foucault, 1973-74: 299](#)) y a la psiquiatría como aquellos agentes que dan realidad a la locura. En efecto, es la misma psiquiatría la que sentencia el diagnóstico absoluto de locura; es la función del psiquiatra -en el asilo- la que otorga realidad o no-realidad a la locura. Por lo tanto, no hay un estado “previo o natural” de la locura. Desde las teorizaciones de Foucault, es imposible afirmar que la locura exista como un objeto dado y por fuera del saber. Es el saber de la psiquiatría, el saber de la medicina y de las disciplinas Psi, las que hacen existir a la locura y a las enfermedades mentales; su

existencia responde a la exigencia de normalizar aquellos individuos que escapan a la ortopedia moral y a la microfísica del poder.

De esta forma, Foucault nos introduce en el poder disciplinario que despliega sus juegos en el interior y en el exterior del asilo psiquiátrico. El poder disciplinario -poder de la psiquiatría- no obedece a una cuestión meramente institucional. Más que en las instituciones, el orden disciplinar es verificable en las disposiciones del poder; disposiciones que ejercen tácticas de sujeción en las instituciones, en los individuos y en la sociedad. A partir del siglo XIX, para Michel Foucault, los asilos, la psiquiatría, la medicina, la neurología y las funciones psi son estrategias que el poder emplea (cfr. [Foucault, 1973-74: 32](#)). Estrategias permanentes que no necesitan de la represión física para ejercer el control y la vigilancia sobre los cuerpos. Se trata de estrategias calculadas, meticulosas y perfectamente definidas. Así, el poder, desde esta lectura, no es un poder represivo, sino productivo, no limita a los individuos, al contrario: los produce. El poder es, ante todo, normalizador, es racional y calculado, funciona como una maquinaria con múltiples engranajes, flujos y ensamblajes que determinan las relaciones de poder.

En este sentido, la lectura del “poder psiquiátrico” es, al menos, incómoda; ya que cuestiona los basamentos teóricos en donde descansan las estrategias del poder que producen subjetividades maleables y cuerpos dóciles. A partir de este prisma de lectura, la mirada del saber como conocimiento neutro es interrogada. Foucault nos lleva por los senderos del saber para desenmascarar su pretensión de cientificidad y demostrar que allí no hay objetividad neutra, sino una disposición del poder para producir cuerpos dóciles.

El ejercicio crítico al que nos remite este texto es indispensable para forjar una psicología que no caiga,

indefectiblemente, en los cánones de la gendarmería de la razón y en las agencias del poder. Foucault nos habilita a pensar y reflexionar desde otro lugar sobre la psicología, nos permite repensar el papel de esta en los desfiladeros del poder y qué lugares de resistencia son inteligibles a partir de una lectura crítica de la Ley Nacional de Salud Mental.

En esta publicación, hemos seleccionado en dos partes los trabajos presentados, la primera parte: “Reflexiones en torno a la locura y sus modos de abordaje” se compone de tres artículos que analizan en líneas generales el concepto *locura* y sus modos diversos de abordaje:

Leticia Minhot, en su artículo “El loco como nuevo sujeto epistémico”, profundiza en nuevas posibilidades de nuevos sujetos-personajes epistémicos que resisten los disciplinamientos fundados en un modelo de racionalidad para, de algún modo, producir hendiduras, lastimaduras a un patrón cognitivo que todo lo que produce lo hace para fundamentar su organización de poder. Busca estos personajes para, en palabras de Foucault, eliminar “la tiranía de los discursos globalizantes con su jerarquía y con todos los privilegios de la vanguardia teórica” ([Foucault, 1976:130](#)). En dos apartados, desarrolla el sentido “el “loco” como nuevo sujeto epistémico”. En el primero, se propone mostrar cómo el modelo de racionalidad produce y legitima la concepción de *enfermedad mental*. En el segundo, cómo se despoja del saber de sí a todo aquel que ha sido diagnosticado con una patología mental, y de qué modo la *Ley de Salud Mental* se plantea restituir. Revisa, también, si, efectivamente, la interdisciplina garantiza resistencia al poder psiquiátrico. Finalmente, pasa al sentido “el loco-personaje como nuevo sujeto epistémico”, para pensar nuevas formas de resistencia que rasguen al poder psiquiátrico, específicamente, y al disciplinar, en general.

German Casetta, en su artículo “Enrique Pichon-Rivière, Ángel Fiasché y Alfredo Moffatt, prácticas precursoras de la Ley de Salud Mental en la Argentina de los años 70”, presenta dos aportes que tienen como nexo una misma fuente, Enrique Pichon-Rivière (1907-1977). Esos aportes llevan las prácticas psiquiátricas a un nivel de radicalidad y de resistencia al poder psiquiátrico que merecen ser tenidas en cuenta. A partir de las reflexiones que realiza Foucault en *El poder psiquiátrico* (1973-1974), se presentan prácticas psiquiátricas que efectúan Angel Fiasché (1923-2011) y Alfredo Moffatt (1934-) en hospitales psiquiátricos, entre los años 1960 y 1970. Estas experiencias son relevantes por dos razones: en primer lugar, porque como prácticas psiquiátricas constituyen una resistencia al poder psiquiátrico y, en segundo lugar, ya que son un antecedente a la nueva legislación en materia de Salud Mental en Argentina. De esta manera, estas experiencias son tomadas como líneas precursoras de los lineamientos principales de la Ley Nacional de Salud Mental en Argentina N° 26.657 (2010). La estructura del artículo se compone de un primer apartado donde se repasan, en primer lugar, las principales críticas al poder psiquiátrico desarrolladas por Foucault (1973-74); y, en segundo lugar, se presenta a Enrique Pichon-Rivière como una fuente primera de reforma en el hospicio. En las dos secciones del segundo apartado, se muestran las experiencias psiquiátricas de Fiasché y de Moffatt, respectivamente. En el tercer apartado, se reflexiona sobre estas experiencias como modos de abordar otra psiquiatría posible y sobre cómo, a partir de ellas, se puede sostener que la Ley de Salud Mental tiene importantes antecedentes históricos en el campo.

Candela Peña, en su artículo “El jaque mate al juego psiquiátrico y la microfísica del poder asilar”, repasa cómo desde el siglo XIX, una serie de yugos de la realidad constituyen el

juego de la psiquiatría en forma de campo minado. Desde ese lugar, analiza la clínica como la expansión misma del cuerpo del médico, aún más: lo absorbe. Esto asegura la microfísica del poder, sostenido por sus marcas de saber, que envolverá la figura del paciente. En este sentido, la medicación se disfraza de remedio para la “locura” escondiendo su forma disciplinar con el objetivo de mantener el orden en la institución. Este tablero, en donde se arriesga la realidad misma y se sujeta a los pacientes, se pone ahora en jaque con la nueva [Ley de Salud Mental 26.657](#). Esta nueva forma de abordar la salud mental, centrada en la figura del paciente, brinda el derecho a mantener la identidad. Termina con la lógica medicinal y la lógica de encierro y con las nociones de *dirección* y de *cura*; para incorporar la rehabilitación y la necesidad de reforzar los lazos sociales.

La segunda parte, titulada: “El poder psiquiátrico y la Ley de Salud Mental”, se compone de 5 artículos que trabajan con algunas partes específicas del libro *El poder psiquiátrico* ([Foucault, 1973-74](#)) en articulación con la Ley de Salud Mental 26.657. Hemos sistematizado estas producciones en términos cronológicos a las clases impartidas por Foucault (1973-74) en “El poder psiquiátrico”.

Sebastian Figueroa y Juan Cruz Klor, con el artículo “La desarticulación de la jerarquía psiquiátrica: un nuevo lugar para les psicólogos”, profundizan en la lectura y el análisis de la Ley de Salud Mental N° 26.657, a partir de los postulados introductorios de “El poder psiquiátrico” [Michel Foucault \(1973-74\)](#). Sostienen que dicha ley promueve una inversión de la jerarquía psiquiátrica, que rompe con la disimetría clásica propuesta por la psiquiatría y el modelo médico hegemónico. Sin embargo, la ley perpetúa la *relación* del binomio profesional-usuario que constituye una reedición de los mecanismos de poder, control y normalización. Para ello, en

primer lugar, desarrollan la noción de *jerarquía psiquiátrica* reconstruyendo y analizando las categorías psiquiátricas y su operatoria. En segundo lugar, identifican el lugar de los psicólogos a partir de las disposiciones de dicha ley, analizando parte de su articulado a la luz de la producción foucaultiana y describiendo las características centrales de las nuevas prácticas en Salud Mental. Por último, recuperan las nociones del autor acerca de las tácticas del poder para mantenerse vigente a pesar de las transformaciones que promueve la ley.

Sofía Figueroa, en su artículo “El cuerpo disciplinado: recuperando su soberanía a partir de la nueva Ley de salud Mental” intenta demostrar cómo la Ley de Salud Mental, a partir de un enfoque de derechos, permite recuperar la soberanía de los cuerpos perdida bajo los regímenes disciplinarios. Este objetivo surge ante la pregunta: ¿Cuáles son los aportes de la nueva Ley de Salud Mental para recuperar la soberanía del cuerpo perdida bajo los regímenes disciplinarios? Para alcanzar esa meta, propone, como primer objetivo específico, identificar de qué manera la soberanía de los cuerpos está perdida bajo los regímenes disciplinarios, según Foucault. Luego, en tanto objetivo específico segundo, se identifica el enfoque de derechos de la nueva Ley de Salud Mental. Para desarrollar el primer objetivo específico, propone como actividad reconstruir cómo operan los dispositivos disciplinares sobre el cuerpo y, además, en tanto actividad del segundo objetivo específico, describe el enfoque de derechos en la Ley de Salud Mental.

Dulce Luna Espinola, con el artículo “Hacia una perspectiva de derechos en salud mental: la relación entre los dispositivos de poder psiquiátrico y las dinámicas familiares”, articula las reflexiones de Michel Foucault en *El poder psiquiátrico*, específicamente la clase del 5 de diciembre de 1973, y la Ley de Salud Mental N° 26.657, con el fin de poder aportar un

análisis desde la perspectiva de derechos. A lo largo del trabajo, se pretende alcanzar el objetivo de profundizar sobre la reflexión de la perspectiva de derechos para lxs usuarixs de Salud Mental. En este sentido, la heurística planteada se centra en la idea de que el enfoque de derechos debe orientar cualquier tipo de intervención en salud. Por lo tanto, la pregunta problema que guía el trabajo es: ¿de qué manera podemos garantizar el estado de bienestar integral en las personas que atraviesan un padecimiento mental? En una primera instancia, identifica las dinámicas centrales del discurso asilar, que señala el texto de Foucault. Para lograrlo, por un lado, reconstruye el discurso asilar y cómo se apuntala en las dinámicas familiares y, por otro lado, identifica cómo juega en paralelo la concepción de *usuarixs* de Salud Mental. En segunda instancia, elucida el paradigma de derechos en la Ley de Salud Mental puntualizando, principalmente, la importancia de la lucha por el derecho de lxs usuarixs de Salud Mental para formar parte de la comunidad a la que pertenecen; de ser acompañadx en su tratamiento; y, obviamente, de recibir un tratamiento con las alternativas terapéuticas adecuadas, de forma integral, interdisciplinaria y humanizada.

María Aizpeolea, en su artículo “Cura psiquiátrica y nuevos abordajes en salud mental”, hace hincapié en la pregunta ¿cómo tratar el padecimiento mental?, o bien, ¿cómo abordar el tratamiento del padecimiento mental? Como primera aproximación hacia una posible respuesta, afirma que, en realidad, el tratamiento o la terapéutica se han abordado de diversas maneras, según el paradigma al que se ha adherido. Así, responder la pregunta desde el poder psiquiátrico supone aspirar a la curación psiquiátrica. Esto implica que la forma de abordar el tratamiento de la “locura” sea mediante el modelo asilar. Desde la normativa vigente en Salud Mental, en cambio, el tratamiento del padecimiento mental insiste en los

derechos de lxs usuarixs, con un abordaje no asilar e interdisciplinario.

Juan Rafael Cosci, en su artículo “De la criminalización y exclusión de la locura en la psiquiatría del siglo XIX, hacia la inclusión comunitaria de los padecimientos mentales”, parte de la siguiente pregunta: ¿Qué elementos nos aporta la Ley Nacional de Salud Mental para desmontar el estigma que construyó la psiquiatría del siglo XIX en torno a la locura? Según su perspectiva, la Ley Nacional de Salud Mental ofrece elementos para un tratamiento terapéutico que se desvincule de las lógicas estigmatizantes del poder psiquiátrico. Entiende que dicho estigma tiene una estrecha relación con la función de los psiquiatras del siglo XIX para señalar que en toda locura puede estar inscripta la criminalidad, formando así el criterio de peligrosidad. Esta operación implica un juego de poder, en donde la psiquiatría funciona como portador de un saber sobre la realidad de las enfermedades mentales, y se apoya sobre el funcionamiento de los dispositivos disciplinares. Es por esto que toma algunos aportes del curso “El poder psiquiátrico” -más precisamente, de la clase del 23 de enero de 1974- para ponerlos en tensión con el nuevo paradigma que instaura la Ley Nacional de Salud Mental argentina N° 26.657, promulgada en el año 2010. El objetivo general es demostrar que la Ley de Salud Mental ofrece un tratamiento alternativo al producido por los dispositivos asilares. Del mismo objetivo, se desprenden dos específicos. En primera instancia, identifica la forma en que el poder psiquiátrico estigmatiza a la locura y, en segunda instancia, identifica los nuevos elementos para el tratamiento de los padecimientos mentales que ofrece la Ley Nacional de Salud Mental. Para cumplir esos objetivos emprende dos actividades: 1) describe cómo el poder psiquiátrico estigmatiza la locura y 2) reconstruye algunos aportes de la Ley de Salud Mental para un

tratamiento alternativo de los padecimientos mentales. Por consiguiente, el objetivo general es identificar distintos enfoques o formas de encarar el tratamiento del padecimiento mental; para lo cual, busca profundizar sobre el abordaje del poder psiquiátrico y elucidar, a su vez, el tratamiento desde la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 (2010). Para concretar ese objetivo, desarrolla un caso de cura psiquiátrica y las prácticas implicadas en ella, valiéndose del ejemplo del señor Dupré, paciente del psiquiatra François Leuret, expuesto por Michel Foucault (1973-74) en la clase del 19 de diciembre de 1973 correspondiente al curso “El Poder Psiquiátrico”. Luego, analiza los derechos de lxs usuarixs en Salud Mental, y la modalidad de abordaje del padecimiento mental expresada en esta ley, a modo de comparar ambos enfoques.

No queremos dejar de mencionar las fotografías de Pablo Figueroa del Hospital Dr. Emilio Vidal Abal de la ciudad de Oliva de la provincia de Córdoba, Argentina.

Esperamos que este libro contribuya a la reflexión y puesta en vigor de una propuesta superadora en términos de abordajes de los padecimientos en consonancia con la Ley de Salud Mental, a partir de las críticas esgrimidas al poder psiquiátrico.

German Casetta

Juan Rafael Cosci

Referencias Bibliográficas

- Chillemi, I. “Antecedentes e innovaciones de la Ley de Salud Mental” en *Analytica del Sur. Psicoanálisis y Crítica*. Edición Num. 5, Diciembre de 2016.
- Ferreira, J.; Stolkiner, A. “El cambio es el retroceso” en *Página 12*, 22 de Febrero de 2017.

- Foucault, M. [1973-74]. *El poder psiquiátrico*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2005.
- Hermosilla, A. M.; Cataldo, R. “Ley de Salud Mental N° 26.657, antecedentes y perspectivas” en *Psciencia. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, Vol. 4, Num. 2, pp. 134-148. 2012.
- Ley Nacional de Salud Mental N° 26657, Ministerio de Salud de la Nación Argentina, Buenos Aires, 2010.
- Minini, P.; Paez, N. “Debates. Salud Mental: entre leyes, avances y retrocesos” en *La Izquierda Diario*, 9 de junio de 2022.
- Serra, M. F. “Los debates en torno a la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657. Ensayo de lecturas e interrogaciones en clave habermasiana” en *Revista Cátedra Paralela*, N° 16, pp. 159-182, 2012.



Fotografía Pablo Figueroa

PRIMERA PARTE:

REFLEXIONES EN TORNO A LA LOCURA Y SUS MODOS DE ABORDAJE

EL LOCO COMO NUEVO SUJETO EPISTÉMICO

LETICIA OLGA MINHOT

Facultad de Psicología. Facultad de Ciencias Sociales
(Universidad Nacional de Córdoba)

Introducción

Cuando leemos *El poder Psiquiátrico* de Foucault, podemos ver todas las estrategias que utiliza el poder disciplinario para despojar a un ser humano de su dignidad; en particular, la del saber sobre sí. En este libro, se relata el modo en que se da, cuando alguien es diagnosticado con una enfermedad mental, la pérdida de su condición de “sujeto epistémico”, lo cual implica una incapacidad para determinar qué es verdadero o falso con respecto a sí mismo y a su entorno; pues esa capacidad le ha sido arrebatada y ahora la dispone el llamado “poder psiquiátrico”. Cuando aquí nos referimos al “loco como nuevo sujeto epistémico” estamos haciendo una afirmación que tiene dos sentidos. Uno de ellos lo producimos cuando leemos desde la tensión entre el poder psiquiátrico y la [Ley N° 26657](#) o [Ley Nacional de Salud Mental](#). Lo más apropiado es que cuando abordemos este sentido pongamos entre comillas al término “loco”, pues tal tensión se revela como un cambio semiótico donde el otrora “enfermo mental” -el producido por el poder psiquiátrico-, en la ley en

cuestión, ahora se concibe como una complejidad temporal. Lo que se revela al no utilizar ni “loco” ni “enfermo” ni ningún otro término que remita a un rasgo identitario, sino, más bien, a un “padecimiento” en que intervienen componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos. El “Derecho a que el padecimiento mental no sea considerado un estado inmodificable” ([Ley N° 26657, 2010, art. 7, inc. n](#)) es la prueba del carácter temporal y no constituye la identidad de ningún ser humano.

Entiéndese por padecimiento mental a todo tipo de sufrimiento psíquico de las personas y/o grupos humanos, vinculables a distintos tipos de crisis previsibles o imprevistas, así como a situaciones más prolongadas de padecimientos, incluyendo trastornos y/o enfermedades, como proceso complejo determinado por múltiples componentes, de conformidad con lo establecido en el artículo 3° de la Ley N° 26657 ([Decreto Reglamentario 603/2013](#)).

Una consecuencia que aquí destacamos consiste en que cuando alguien es diagnosticado con un padecimiento, no se le priva de reconocerlo como “sujeto epistémico”. Uno de los grandes avances que implica la Ley mencionada consiste en la aceptación del saber sobre sí que tiene la persona; por ende se afirma la constante apelación al consentimiento informado, a garantizar la designación de abogado, a asegurar su derecho a que haya personas que lo acompañen e incluso, al poder de decisión de abandonar la internación.

Pero este no es el único sentido que le damos a la expresión “el loco como nuevo sujeto epistémico”. Exploramos

otro, que no es excluyente del anterior. Aquí no usamos comillas. Se trata del loco-personaje el cual es envuelto de tres sentidos: el loco epistémico, el loco metafísico y el loco poeta. En ambos sentidos, estamos ante una dimensión ontológica relacional, pues no son etiquetas, sino modos de ser y de vincularnos con el mundo.

En este trabajo, partimos de algunos supuestos que es importante explicitar. En primer lugar, consideramos que no hay algo así como una “enfermedad mental”. Siguiendo a Szasz, a Foucault, e incluso a la misma ley, no hay un hecho natural que podamos llamar “enfermedad mental”. Esto no significa que no existan elementos biológicos en el padecimiento mental, sino que no hay una entidad a la que refiera el término. En segundo lugar, lo que hasta ahora se consideró “enfermedad mental” es una construcción que no puede leerse de modo independiente de la epistemología y de la política. En tercer lugar, dicha construcción debe insertarse en el proyecto de la modernidad europea y, por ende, responde a los parámetros coloniales y patriarcales que definieron dicho propósito.

Rechazamos la categoría “enfermedad” pues al ser una construcción de la modernidad occidental está estructurada por la lógica fundamental con que este proyecto genera alteridades. [Castro Gómez](#) (2000) señala cómo, en nombre de la razón y la humanidad y con una lógica binaria, se homogenizan vidas concretas. Esta lógica distribuye a los seres humanos en dos partes: los que son homogeneizados, por un lado y, por el otro, los que no encuadran y son los diferentes. Este proyecto, señala el autor, bajo un modelo de racionalidad, regula y proporciona los mecanismos de control, tanto de las personas como de todos los seres vivos y del planeta en su totalidad. El Estado es el que reglamenta este dominio, estableciendo los objetivos de todos los seres humanos mediante

un modelo de racionalidad. Con la centralización del derecho de ejercer la violencia, hace de la ciencia la parte fundamental de su proyecto. Ya Foucault, en *Vigilar y Castigar*, nos identificó detalladamente las estrategias del poder disciplinar para someter cuerpos y cuerpas, para transformarlos en máquinas útiles con recursos legitimados por la ciencia. La lógica binaria de este proyecto moderno, entre tantos dualismos que produce, distribuye enfermos y sanos, según esta racionalidad y acorde a sus metas disciplinarias. De este modo, la categoría “enfermedad” está atravesada por los valores epistémico-políticos de este proyecto y, por eso, la rechazamos.

Así, en base a estas premisas es que nos proponemos profundizar en nuevas posibilidades de nuevos sujetos-personajes epistémicos que resistan a los disciplinamientos fundados en un modelo de racionalidad para, de algún modo, producir hendiduras y lastimaduras a un patrón cognitivo que todo lo que produce lo hace para fundamentar su organización de poder. Buscamos estos personajes para, en palabras de Foucault, eliminar “la tiranía de los discursos globalizantes con su jerarquía y con todos los privilegios de la vanguardia teórica” ([Foucault, 1976: 130](#)). En los próximos dos apartados, desarrollamos el sentido “el “loco” como nuevo sujeto epistémico”. En el primero, nos proponemos mostrar cómo el modelo de racionalidad produce y legitima la concepción de *enfermedad mental*. En el segundo, vemos cómo se despoja del saber de sí a todo aquel que ha sido diagnosticado con una patología mental y, de qué modo, la *Ley de Salud Mental* se plantea restituir. Revisaremos, también, si, efectivamente, la interdisciplina garantiza resistencia al poder psiquiátrico. En el siguiente, pasamos al sentido “el loco-personaje como nuevo sujeto epistémico”, para pensar nuevas formas de resistencia que rasguen al poder psiquiátrico -específicamente- y al disciplinar -en general-.

La locura y el modelo de racionalidad

Al comienzo de *Ensayo sobre enfermedades de la cabeza* (1764), Kant establece la diferencia entre, por un lado, hombres razonadores e ingeniosos, y locos y tramposos, por otro. Esta dicotomía es la base desde la cual hablará de “estas repulsivas enfermedades”.

La coacción artificial y la opulencia [de la sociedad] dan lugar a hombres ingeniosos y razonadores, si bien en ocasiones también a locos y tramposos y genera la sabia u honesta apariencia que permite carecer tanto de entendimiento como de honradez, siempre que el bello velo que el decoro extiende sobre las secretas dolencias de la cabeza o del corazón sea tupido y suficientemente tejido ([Kant, 1764, K. 261](#)).

De la taxonomía kantiana, interesan aquellas enfermedades de las que se ocupan los “servicios sanitarios oficiales”. Las cuales son divididas en tres tipos: alucinación, delirio y manía. Todas las manifestaciones del cerebro enfermo constituyen grados de los tipos señalados. Lo que tenemos aquí es una caracterización de la enfermedad mental como desviación del modelo presentado como sujeto trascendental, el cual está conformado por las facultades de la sensibilidad, el entendimiento y la razón. Este sujeto es el modelo de racionalidad que Kant desarrolla y que, con pocas variantes, es aceptado en la modernidad europea e impuesto a todos los pueblos. Las enfermedades de la cabeza serán casos de la inversión de la razón. Como comprenden autores como Foucault y

Haraway, entre otros, las taxonomías están al servicio de la fiscalización de la desviación y esto puede percibirse también en las taxonomías kantianas, que vigilan el grado de desviación del modelo de racionalidad. Lo curioso es que comienza con el planteo de las dislocaciones, como señala [David-Menard](#) (1990), estas constituyen el orden del que se supone son un descarrío. Esto implica que el modelo de racionalidad se deriva de su inverso. La alucinación es una “inversión” de la sensibilidad, el delirio es un “desorden” de la facultad del entendimiento y, finalmente, la manía es la alteración de la razón, es decir, respecto a los juicios más universales. La alucinación caracteriza a la persona que sueña despierta. A su vez, el delirante no tiene problemas con la percepción de los objetos, sino con la interpretación de la conducta de las otras personas respecto a sí mismo, siempre lee malas intenciones en los otros. Hay diferentes tipos de delirios, la del melancólico, la pasión amorosa, el caso del orgulloso. La manía se da cuando la razón se extravía en juicios sobre conceptos generales. El demente es aquel al que, además de presentar rasgos de manía, también le fallan los juicios de la experiencia. El desvarío se da cuando hay insensibilidad de las sensaciones externas. Menciona variaciones como la desesperación, la impetuosa vehemencia o el delirio furioso. Tenemos, así, que, para Kant, las “enfermedades de la cabeza” son dolencias de la facultad de conocer y se ubican en el cerebro. La *Crítica* es, entonces, el camino para comprender la inversión de la Razón, es decir, la enfermedad mental; aunque, en realidad, la patología fue la que le enseñó el camino de la racionalidad. La epistemología queda, así, indisociablemente unida a la dolencia mental. En la *Antropología* (1798a), señala que las “enfermedades del alma” son defectos de la facultad de conocer (&45) y la taxonomía que propone allí se basa en esta noción. [David-Menard](#) (1990) destaca la fuerza de la conexión del

proyecto de la *Crítica* con [*Ensayo sobre enfermedades de la cabeza*](#) y con [*Sueños de un visionario*](#) (1766). Muestra que el debate de Kant con Swedenborg, es decir, con el ejemplo de un pensamiento loco, es uno de los temas esenciales que organizan la [*Crítica de la razón pura*](#) (1781). Los límites de la razón que se proponen en este libro están en estrecho contacto con sus reflexiones sobre la locura y son el punto de articulación entre sus intereses antropológicos y la teoría del conocimiento. En [*Sueños de un visionario*](#), Kant critica las ideas del teósofo Emmanuel Swedenborg, quien sostenía que podía conectarse con los espíritus y los muertos. El filósofo estima que los pretendidos conocimientos del vidente sueco son como las representaciones de un alucinado. Luego de destruir la noción de *espíritu* y la idea de principios inmatrimales, la de sistema inmaterial o voluntad universal que gobierna -que, en el caso de existir, no se pueden entender- y de demostrar la patología de los soñadores sensibles, presenta a Swedenborg como un delirante.

Afirma Kant:

Yo, por lo tanto, no censuro de ningún modo al lector si, en lugar de ver en los visionarios semi ciudadanos del otro mundo, los despacha breve y buenamente como candidatos al hospital y, de ese modo, se exime de investigaciones ulteriores. ... y, mientras antiguamente se consideraba necesario quemar a veces a alguno de ellos, actualmente uno se contentará con purgarlos. ([Kant, 1766: 103](#))

Pero las creencias de los metafísicos son semejantes a las de Swedenborg. Las representaciones del visionario, las del

loco y las del metafísico tienen en común que traspasan los límites de la razón, pretenden ir más allá del orden fenoménico. Así, mientras que, en la *Crítica de la razón pura*, la metafísica es una ilusión trascendental propia del ser humano, es decir, la misma razón humana tiene esta tendencia al extravío; en *Sueños de un visionario*, en cambio, inscribe a la metafísica en el ámbito de la locura. Tanto “el loco metafísico” como “el loco enfermo de la cabeza” son definidos desde supuestos epistemológicos. De este modo, el loco como enfermo de la facultad de conocer queda despojado de la capacidad de conocimiento, en especial, de sí mismo. Esto último le cabe también al propio sujeto trascendental “sano”, pues, si bien este puede tener conciencia de sí, sin embargo, no dispone de la posibilidad del autoconocimiento, pues, como señala Díaz (2018), en esta negación consiste la estrategia de este sujeto para mostrarse objetivo, neutro, universal, sin raza, sin género, sin relaciones con el poder, sin localización geopolítica¹. Desde ese lugar, constituye el mundo objetivo², es amo y señor, desde allí considera que, al loco, a aquel que tiene la “razón

1- [David-Menard](#) (1990) destaca la observación de Lefebvre, según la cual el vocabulario de Kant respecto a la locura no es ni médico ni literario. Es propio del autor. En función de su atención a los recursos de la lengua alemana, es una referencia del diccionario Grimm, que lo cita, cuando el propio texto no es muy leído. Por lo que David-Menard destaca que se dice de Kant que no le dio mucha atención a la lengua de la filosofía; sin embargo, pensó dentro de su lengua y, cuando reflexiona sobre la locura, explora deliberadamente los recursos del alemán.

2- En Kant, hay una diferencia metafísica entre el objeto y el sujeto que Davis Menard resume de la siguiente manera: “es por una razón esencial que la existencia, en Kant, es siempre la existencia de los objetos, nunca del sujeto. La existencia de los objetos nunca es sólo su presencia -aunque opuesta- frente a la representación. Ella implica la aprensión de su heterogeneidad metafísica en relación con el sujeto”. La traducción me pertenece.

invertida”, no le cabe la posibilidad de ningún conocimiento. La epistemología, aliada de la medicina, despoja al loco de toda posibilidad de ser sujeto epistémico, pues el loco es el que invierte el modelo de racionalidad y, con “invierte”, Kant connota “pierde”, “deprava”, “envilece”, “trastorna”, “extra-
vía”. Para [Foucault](#) (1964), la alianza se da de modo espontáneo, pues la filosofía es el universal con respecto al que se ubica la particularidad del orden médico.

Es importante ver que en *El conflicto de las Facultades* (1798b), Kant ve como “inversiones” a los místicos, anarquistas y curanderos. Estos tres últimos, “matan la razón”, pues se oponen a la biblia, al derecho civil y al reglamento médico, respectivamente, que son los que fundan la autoridad del poder que gobierna por su intermedio. Así, “matar a la razón” implica ir en contra del poder que las Facultades de Teología, Derecho y Medicina legitiman. Las reglas de conducta son ofrecidas y justificadas: la biblia entrega los mandamientos, el código civil otorga los preceptos del poder legislativo, los reglamentos médicos formulan la administración médica.

Para finalizar este apartado, es importante destacar que en *Ensayo sobre enfermedades de la cabeza*, toda la corrupción del sujeto vista como “inversión de la razón” se encuentra en la sociedad. El entendimiento es sano cuando es suficiente para las necesidades de la vida, pero pasa a ser refinado cuando la opulencia artificial -tanto del placer como de las ciencias- lo requiere. Por lo que el entendimiento sano de un ciudadano es refinado para el hombre natural. Lo que para ciertos estamentos sociales es un entendimiento refinado no es aceptado por quienes viven más cerca de la naturaleza y a veces lo entienden como “locura”. De este modo, la locura no se inserta en la dicotomía naturaleza-cultura, pues toda dolencia mental se da en la sociedad y allí se encuentran sus

fermentos. Esto resulta extraño, pues parece haber aquí un relativismo social con respecto a la locura.

En Foucault, vemos que es en los dispositivos de poder en donde se producen estos fermentos para, así, comprender que no hay padecimiento mental en sí, sino que este siempre está atravesado por lo institucional. [La Ley Nacional de Salud Mental](#) pretende que este saber le sea restituido a quien padece. Explícitamente, en el artículo 3 sostiene: “Se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas”. Todos los derechos de quien padece se derivan de esta presunción, es decir, de esta consideración como sujeto epistémico.

La interdisciplina y la resistencia al disciplinamiento epistémico

Vimos cómo Kant conecta las patologías mentales con el sujeto modelo de racionalidad de la *Crítica*. Las primeras organizan al segundo. Así, la enfermedad es la inversión de dicho modelo. Como la racionalidad es humana, su inversión también lo es y, como señala [Foucault](#) (1964), la taxonomía que se despliega en la *Antropología* muestra la constante amenaza que acecha a la razón. Es importante destacar que el poder siempre se legitima por la inminencia de un peligro, en este caso, de la locura. Es en la propia estructura del sujeto trascendental donde se hace posible el derrumbe. El sujeto modélico define tanto al conocimiento como a su pérdida y, en [Conflicto de las Facultades](#), la filosofía moral práctica es el remedio que no debe estar ausente en ninguna prescripción, pues el arte de prevenir las enfermedades supone el principio filosófico de que el alma humana puede dominar sus sentimientos morbosos mediante firmeza de resolución.

Observamos, entonces, que “inversión” es una desviación del sujeto trascendental. Es su anomalía. Además, el alma humana dispone de la firmeza de resolución para corregir tal desorganización que implica la pérdida de control de las propias acciones.

La idea de que, a veces, tal dominio no es posible habilita a la modernidad a considerar que el disciplinamiento se hace necesario para corregir y prevenir tal inversión. Los dispositivos disciplinares como el trabajo, la escuela, el ejército tienen como meta evitar la pérdida de autocontrol. Para lograr este fin, todos estos dispositivos se articulan entre sí. Sin embargo, su principio de distribución y clasificación implica un residuo, algo “inclasificable”. “Todo poder disciplinario tendrá sus márgenes” (Foucault, 1973-74: 75). El desertor es el que habita el margen del ejército disciplinario; la disciplina escolar produce al débil mental; el delincuente lo es de la disciplina policial, el residuo de la sociedad; los pueblos colonizados lo son de la historia y los enfermos mentales de la humanidad en general. El residuo es lo que se manifiesta como problema, como límite de la existencia de una disciplina y se puede reconvertir, civilizar y someter a un proceso artificial. El enfermo mental es el “residuo de todos los residuos, el residuo de todas las disciplinas, aquel que, dentro de una sociedad, es inadmisibile a todas las disciplinas escolares, militares, policiales, etcétera” (Foucault, 1973-74: 76). El hospital psiquiátrico busca corregir la falla de los otros lugares disciplinadores. Es decir, la persona llega al hospital porque las otras instituciones no pudieron disciplinarlo. Es el desecho de los sistemas disciplinares. La reparación que se considerará cura, esto es, disciplinamiento del indisciplinable, producirá dos rasgos en el enfermo: uno, que sea dócil; otro, que sea útil. El primero implica que aprenderá su lugar en el mundo, esto es, en la jerarquía social, donde, principalmente, los médicos estarán

por encima de él. Por el segundo, aprenderá a trabajar aceptando las reglas que el mundo laboral le impone. Así, el disciplinamiento logrará imponerle el compromiso de curarse, que el enfermo no poseía antes de la administración que dicta la psiquiatría. A partir de esta asociación entre filosofía y medicina, se legitima un modelo de tratamiento en el que se considera que el enfermo, al fallar en el conocimiento, por su razón inversa, no puede saber nada ni del mundo ni de sí mismo. Su perspectiva es completamente ignorada. Esta es la base del poder psiquiátrico. Quien tiene la razón es el psiquiatra, legitimado por “su ciencia”.

El despojo de la posibilidad de saber al que se ve sometido el enfermo se ve fortalecido con la situación de que el psiquiatra no trata con el individuo real, sino con un sujeto institucionalizado que lo concibe desde abstracciones. Para Foucault, *enfermedad mental* es el resultado de representaciones de la psiquiatría -presunta ciencia que solo sirve para diagnosticar ausencia o presencia de locura, no para explicitar sus causas-, que consisten en la colonización del cuerpo ante cualquier desviación al orden social establecido. La psiquiatría, al considerarse como ciencia, se presenta como dueña de todos los criterios de verdad. Ni la locura, ni nada externo a la ciencia puede cuestionarla, toda posibilidad de diálogo está trunca desde el comienzo. Esto se evidencia, en el señalamiento de Foucault, con respecto a lo que un psiquiatra llamaba como “los derechos imprescriptibles de la razón sobre la locura” y era el fundamento de la intervención psiquiátrica ([Foucault, 1973-74: 160](#)). A estas abstracciones, en la mayoría de los casos, el paciente no tiene acceso. Así, ajeno a su mundo y a las generalizaciones que lo encuadran, se lo evalúa como que ha perdido el juicio, esto es, falla su entendimiento, o como que perdió la razón, y esto alcanza a toda su existencia; todos y cada uno de sus actos son una manifestación de su patología.

El lenguaje del asilo que se le enseña al enfermo es el lenguaje del amo. Aprenderlo no sirve para recuperar su verdad, pues es el que manifiesta la realidad de un orden, el orden del soberano. De esta forma, queda convertido en un cuerpo dócil al dominio, que lo único que busca es normalizarlo mediante un disciplinamiento epistémico y moral. La colonización del cuerpo es la estrategia y la táctica de este dispositivo. Esto, justamente, porque el poder disciplinario produce cuerpos sujetos. La función-sujeto se fija al cuerpo, se individualiza como cuerpo sujeto; así, el individuo es un efecto de las técnicas disciplinares normalizadoras.

En este marco del poder psiquiátrico, este disciplinamiento epistémico es la base de todo proceso de cura, pues, sin este, no podrá aprender que está por debajo de los médicos en la jerarquía social. Hay que tener presente que este ejercicio del poder alcanza a todos los involucrados e, incluso, va más allá de la esfera del hospital, para alcanzar a la familia del supuesto enfermo.

La Ley Nacional de Salud Mental pone como un requisito de diagnóstico a la interdisciplina de la que participan no solamente los psiquiatras, sino también psicólogos y trabajadores sociales.

Debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente. Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes ([Ley N° 26657, 2010, art. 8](#)).

Los profesionales con título de grado están en igualdad de condiciones para ocupar los cargos de conducción y gestión de los servicios y las instituciones, debiendo valorarse su idoneidad para el cargo y su capacidad para integrar los diferentes saberes que atraviesan el campo de la salud mental... ([Ley N° 26657, 2010, art. 13](#)).

Esto, claramente, le resta poder al psiquiatra; sin embargo, se puede cuestionar si con esto se afecta al poder psiquiátrico. Si bien el médico es el personaje central en este dispositivo, no obstante, el poder no es algo que este tenga, sino que es todo el entramado de discursos, instituciones, roles, etc. De esta manera, la mera interdisciplina no garantiza la resistencia a este disciplinamiento epistémico cuando todas las áreas del saber de los participantes forman parte del mismo ejido que el dispositivo disciplinar. Aunque sí hay que reconocer que implica movimientos importantes. Pero, si el modelo de racionalidad al que adhieren los involucrados que rodean al paciente es el mismo que legitima al poder psiquiátrico, entonces no hay posibilidad real del “loco” como sujeto epistémico. Se requiere de una nueva epistemología, una que garantice la solidaridad epistémica, es decir, la horizontalidad tanto en las relaciones sociales como en la posibilidad de los diálogos entre los saberes y que incluya el saber que tiene quien padece algún trastorno sobre el mundo y sobre sí mismo. Una epistemología que nos prevenga de los riesgos de los universales homogeneizantes y hegemónicos que subvalorizan saberes como desviados, inversos, patológicos o irracionales cuando no coinciden con su modelo de racionalidad. Una epistemología que cuestione a cualquier supuesto saber ideal que se sitúe como garante de la verdad. Una epistemología

que permita nuevos recorridos, nuevos juegos de la imaginación, nuevos personajes y que, así, posibilite descolonizar el cuerpo.

El loco, nuevo sujeto epistémico

Según Foucault, la ciudadanía completa es atravesada por el poder disciplinar -instrumento del poder político y económico de la sociedad industrial-, que parasita la soberanía familiar cuando le exige la ejecución de la decisión de lo normal y lo que no lo es y le promete la recuperación del individuo al “poder de soberanía de la familia”. Así, la mayoría de los personajes que actuamos en la vida cotidiana son útiles a ese gobierno. Lo que aquí proponemos, siguiendo sugerencias de [Haraway](#) (1985) y de [Rolnik](#) (2018), entre otras, es el camino de la imaginación, de la creatividad, para ir generando las condiciones de posibilidad de resistencia al poder disciplinario, esto es, como práctica de libertad. Como sostiene Rolnik, “... disolviendo los personajes que en nosotros sostienen las relaciones de poder...” ([Rolnik, 2018: 123](#)). Para ello, es necesario crear o recrear nuevos personajes para obtener nuevas brújulas. En este trabajo, proponemos al loco como nuevo sujeto epistémico. No hablamos ya del otrora considerado “enfermo mental” que caracterizamos, siguiendo a Foucault, como residuo de todos los sistemas disciplinares y de la humanidad en general. Aquí, hablamos del loco como personaje para poder resistir a tales sistemas. Para tal objetivo, nuestro personaje debe ser un ser que habite fronteras. Para concebirlo, seguimos la ruta que [Nichols Sallie](#) (1980) describe como el loco en su libro *Jung y el Tarot*. Cuando nos internalizamos en sus rasgos, rápidamente, nos

damos cuenta de que este personaje ya estaba presente en otros momentos de la historia. Los griegos comprendieron perfectamente su necesidad. En la mitología griega, este personaje estaba encarnado en la figura de Dionisio, si bien la cuna del culto a este dios es Tracia. Con rasgos ligados a lo femenino, a la música, al vino, a la danza, resiste a los dones prometeicos -a la civilización, a las abstracciones del lenguaje, a lo figurativo- habitando la frontera entre lo divino y lo humano, entre el infinito y el instante presente. Este dios que baila es perfectamente captado en las palabras de Rumi: “quien conoce la fuerza de la danza vive en Dios, pues sabe cómo el amor mata”. Su ritual es maravillosamente descrito, mostrando todas estas asociaciones, en el libro de Rohde, *Psique. La idea del alma y la inmortalidad entre los griegos*:

El culto presentaba un carácter totalmente orgiástico. Las fiestas dionisiacas celebrábanse en las cumbres de las montañas, bajo las sombras de la noche y al voluble resplandor de las antorchas. Acompañábanse de ruidosas músicas, del sonido estridente de cuernos de bronce, del bronco resonar de grandes panderos y, de vez en cuando, escuchábase “la melodía que incitaba a la locura” de flautas de profundo sonido cuya alma había sido despertada antes que por nadie por los atletas frigios. El tropel de los fieles, excitado por estas salvajes músicas, rompía a danzar entre estridentes gritos... pues no era el de estas danzas orgiásticas, por cierto, el ritmo suave y medido con que los griegos de Homero, por ejemplo, se movían a los sonos del

peán, sino como un torbellino furioso, delirante, que arrastraba a los coros de los danzantes, a modo de un río desbordado, por la falda de las colinas. La mayor parte de los fieles que tomaban parte en estos ritos desmesurados y se entregaban con frenesí a ellos hasta caer rendidos por el agotamiento eran mujeres. ... vestían, por lo general, los llamados “basares”, que eran vestidos de amplio velo, hechos al parecer de pieles de zorro; cubríanse, además, con pellizas de ciervo y, probablemente, se adornaban la cabeza con cuernos. Con los cabellos flotando al viento y en las manos serpientes, que era el animal sagrado de Sabazio, agitaban además en ellas puñales o tirsos bajo cuyo follaje se ocultaban las puntas de las lanzas. Aquellos oficiantes, dejando desbordarse furiosamente sus emociones, empujados por la “divina locura”, lanzábanse sobre las bestias destinadas al sacrificio, despedazaban con las manos el botín y desgarraban con los dientes la ensangrentada carne, que devoraban cruda. ([Rodhe, 1938: 217-218](#))

Es el dios ligado a las emociones, su culto consistía en la exaltación de estas. Señala Sallie que el loco, según el tarot, es presentado como un nómada que, cuando irrumpe en un juego, produce un “jaleo descomunal”. Tiene la capacidad de conectar el mundo de la vida cotidiana con el mundo no verbal de la imaginación. Un tanto como bufón shakesperiano, irrumpe en todos lados sin ser posible atraparlo. Las

abstracciones del lenguaje no lo pueden prender. Es totalmente intuitivo, es insensato, imprudente, nos empuja hacia la vida, es paradójico, tiene la inocencia de la sabiduría, pero también la sabiduría de la profecía. Es poeta. Es ambivalente, abarca todas las posibilidades, incluso las opuestas. Es anárquico. Es el personaje perfecto cuando nuestros planes han fallado, pues encuentra salidas inconcebibles para los esquemas de la razón. Es tramposo, por eso es importante conocerlo y aceptar su existencia. Es una visión característica de Shakespeare de que el personaje disfrazado de loco conduce al rey a la salud mental. No se lo puede fijar a ningún lugar y se embarca en la búsqueda del autoconocimiento. Así, es el personaje perfecto que encarna la inversión de la razón, no ya como patología, sino como práctica de libertad. Este personaje habita en todos nosotros y la patología se produce, más bien, cuando lo ignoramos. Como deidad, se siente celoso cuando es desconocido y expresa su disgusto de manera divina, como señala [Girard](#) (1972) en su análisis de *Las bacantes*. Quizás, la violencia de nuestra sociedad solo pueda ser apaciguada si lográramos encontrar, en el sentido de conocer, al loco dionisiaco en cada uno de nosotros. En *Las bacantes*, el mensaje es claro: si niegas a Dionisio, a las emociones, al cuerpo, si quieres siempre tenerlas atadas a un esquema de la razón, la locura como *pathos* será la venganza del dios. Asociado a la patología mental, sin embargo, está fuera de las consideraciones de los psicoterapeutas, lo que lleva a [López Pedraza](#) (2000), en *Dionisos en exilio*, a preguntarse por las razones. Más cuando, lingüísticamente, “patología” viene de “*pathos*”, que significa “emoción”, “estado agitado del alma”, “afecto vehemente del ánimo”, es decir, remite a lo dionisiaco. Es el dios más reprimido de todos por todas las ortodoxias dogmáticas. El modo en que la filosofía occidental ha eliminado al cuerpo -o lo ha reducido al cerebro, lo que equivale a

ignorarlos- y a la emoción es una de las manifestaciones de esta represión. Muchos solo consideran sus aspectos frenéticos olvidando el sosiego como uno de sus dones.

Pero, concretamente, ¿qué olvidamos cuando ignoramos a Dionisio? La respuesta está en la dirección de lo que Rolnik llama “brújula ética”, la cual consiste en los saberes del cuerpo, no sobre el cuerpo, sino en aquello que el cuerpo sabe, esto es: su condición de viviente, su conexión con la biosfera, el ritmo vital que nos da nuestro cuerpo, los modos en que el cuerpo sabe que es el único camino que trasciende la individuación. En la tragedia griega, lo dionisiaco estaba en el coro, pues la repetición murmurada en su ser múltiple desfiguraba cualquier individuación, cualquier figuración. El autoconocimiento -que el modelo kantiano vedaba y que el psicoanálisis luego desafía y que el mandato delfico pronuncia como el “conócete a ti mismo”- conduce, necesariamente, a lo dionisiaco. La locura dionisiaca es ritual y el alma sale de sí misma hacia lo sagrado, dando lugar a una justicia diferente a la de Zeus o la de Prometeo. En tanto ritual, no consiste en adorar a algo distante, exterior, sino en transformarse en lo divino que siempre tiene algo de extranjero, pues trae mensajes de otras tierras, de otras dimensiones. “... los fieles de Dionisio, exaltados por el frenesí de la fiesta, no se contentaban con ver a su dios, sino que aspiraban a fundirse con él.” ([Rohde, 1938: 219](#)).

En la tragedia griega, lo dionisiaco tiene que ver con la glorificación de la vida de la que todo lo que se presenta como un único modelo de racionalidad válido no es más que su máscara imperfecta. Como vimos, en el loco del tarot, la esencia dionisiaca escapa a cualquier posibilidad de ser encerrada en un esquema racional. La palabra, únicamente cuando se hace poesía, puede captar algo de esta esencia; como comprendía Schiller, solo el loco poeta puede despertar al Dionisio que

nos habita y que un modelo de razón y la idea de pecado intentaron, vanamente, matar. [Deleuze](#) (1993), analizando el misterio de Ariadna según Nietzsche, destaca la idea de acuerdo con la cual el hombre superior, que vence a los monstruos y plantea los enigmas, olvida el monstruo y enigma que él mismo es y, con la pretensión de explorar el laberinto del conocimiento, niega la vida. Ariadna, que representaría el alma, solo cuando está cerca de Dionisio, se vuelve activa, ligera, afirma la vida, se vuelve musical, baila y ríe. Ariadna se cura.

Todos estos autores nos conducen a reconocer, a través de este personaje, la estrecha relación entre práctica de libertad, resistencia al poder disciplinar y salud. Requerimos de una nueva epistemología tal que no patologice estas prácticas.

Conclusión

A lo largo de este trabajo, pudimos explorar la intimidad entre la epistemología y la concepción de *enfermedad mental*. Vimos, de la mano de Kant, cómo el proyecto de la modernidad establece un modelo de racionalidad desde el cual se considera su inversión como patológica. Un modelo de racionalidad que crea los márgenes, los residuos que llevan al hospital. Con Foucault, consideramos el restablecimiento a este estado ordenado que propicia el poder psiquiátrico, del que se hallaba desviado, a través del disciplinamiento. En este modelo, la metafísica, el anarquismo y la mística, constituyen sus desviaciones, son casos específicos de su corrupción. Como práctica de libertad, propusimos al loco-personaje que resiste a este patrón de racionalidad que requiere del poder disciplinar para ejecutarse. Pasamos a asociar una nueva concepción del *saber* con una noción de *salud mental*. Desde una

epistemología basada en los saberes del cuerpo, el loco personaje es poeta-metafísico, es anárquico, es místico, es musical y danzarín. Afirma la vida y nos ofrece la brújula ética con la cual aventurarse en el autoconocimiento. Su locura epistémica resiste las arquitectónicas que intentan las fijaciones de las abstracciones homogeneizantes e individualizadoras. Se percibe afectado por quienes lo rodean y por la naturaleza, se reconoce capaz de transformarse. Se sabe ligero.

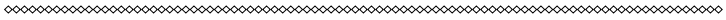
Referencias Bibliográficas

- Castro Gómez, S. Ciencias sociales, violencia epistémica y el problema de la invención del otro. *La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas latinoamericanas*. CLACSO: Buenos Aires, 2000. http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/clacso/sur-sur/20100708045330/8_castro.pdf
- David-Menard, M. *La folie dans la raison pure. Kant lecteur de Swedenborg*. Paris: Vrin, 1990.
- Decreto reglamentario 603/2013 sobre Ley de Salud Mental N° 26.657*, Buenos Aires, 2013
- Deleuze, G. [1993]. *Crítica y clínica*. Barcelona: Editorial Anagrama, 1996.
- Díaz, M. Racismo epistémico y monocultura: Notas sobre las diversidades ausentes en América Latina. *Revista de Epistemología y Ciencias Humanas*, 2018. <https://www.revistaepistemologia.com.ar/wp-content/uploads/2018/09/www.revistaepistemologia.com.ar-r03-02.racismo-epistemico-y-monocultura-notas-sobre-las-diversidades-ausentes-en-america-latina.pdf>

- Foucault, M. [1964]. *Una lectura de Kant. Introducción a la antropología en sentido pragmático*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores, 2013.
- [1973-74]. *El poder psiquiátrico*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica de Argentina, 2005.
- [1975] *Vigilar y Castigar: nacimiento de la prisión*. Buenos Aires: Siglo veintiuno editores, 2002.
- [1976] Curso del 7 de enero de 1976. En Foucault, M. *Microfísica del poder*. Madrid: Las Ediciones de La Piqueta, 1979.
- Girard, R. [1972] *La violencia y lo sagrado*. Barcelona: Editorial Anagrama, 1995.
- Haraway, D. [1985] *Manifiesto ciborg. Ciencia, tecnología y socialismo en los finales del siglo XX*. Bocavularia ediciones, 2015: <https://bocavulvariaediciones.blogspot.com/>
- Kant, I. [1764] *Ensayo sobre enfermedades de la cabeza*. Madrid: Machado libros, 2001.
- [1766]. *Sueños de un visionario*. Buenos Aires: Leviatán, 2004.
- [1781] *Crítica de la razón pura*. Madrid: Santillana ediciones generales, 2004.
- [1798a] *Antropología. En sentido pragmático*. Madrid: Alianza editorial, 1991.
- [1798b] *El conflicto de las facultades*. Buenos Aires: Editorial Losada, 2004.
- Ley Nacional de Salud Mental N° 26657. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. 2010.
- López Pedraza, R. *Dionisos en exilio. Sobre la represión de la emoción y el cuerpo*. Caracas: Festina Lente, 2000
- Rolnik, S. “¿Cómo hacernos un cuerpo? Entrevista con Suely Rolnik por Marie Bardet”. En Gago, V., et al. *8 M Constelación feminista. ¿cuál es tu lucha? ¿cuál es tu huelga?*. Buenos Aires: Tinta limón, 2018.

Rohde, E. [1938] Psique. La idea del alma y la inmortalidad entre los griegos. México: Fondo de Cultura Económica, 2006.

Sallie, N. [1980] Jung y el tarot. Barcelona: Kairós, 1988.



LETICIA OLGA MINHOT

leminhot@gmail.com

Doctora en Filosofía por la Universidade Estadual de Campinas, Brasil. Licenciada en Filosofía por La Universidad Nacional de Córdoba. Profesora Titular de la Cátedra Problemas Epistemológicos de la Psicología. Facultad de Psicología (UNC). Profesora Titular de la Cátedra Concepciones Filosóficas de la Facultad de Ciencias Sociales (UNC). Área de especialidad Filosofía política de la ciencia. Epistemología del Psicoanálisis.

ENRIQUE PICHON-RIVIÈRE, ÁNGEL FIASCHÉ Y ALFREDO
MOFFATT, PRÁCTICAS PRECURSORAS DE LA LEY DE
SALUD MENTAL EN LA ARGENTINA DE LOS AÑOS 70

GERMÁN CASSETTA

Facultad de Psicología
(Universidad Nacional de Córdoba)

Introducción

Este artículo presenta dos aportes que tienen como nexo una misma fuente: Enrique Pichon-Rivière (1907-1977). Como veremos, las contribuciones retomadas aquí llevan las prácticas psiquiátricas a un nivel de radicalidad y de resistencia al poder psiquiátrico que merecen ser tenidas en cuenta. A partir de las reflexiones que realiza [Foucault](#) en *El poder psiquiátrico* (1973-74), se presentan prácticas psiquiátricas que efectúan Angel Fiasché (1923-2011) y Alfredo Moffatt (1934) en hospitales psiquiátricos, entre los años 1960 y 1970. Estas experiencias son relevantes por dos razones: en primer lugar porque, como prácticas psiquiátricas, constituyen una resistencia al poder psiquiátrico y, en segundo lugar, porque son un antecedente a la nueva legislación en materia de salud mental en Argentina. De esta manera, estas experiencias son tomadas como líneas precursoras

de los lineamientos principales de la [Ley Nacional de Salud Mental en Argentina N° 26657](#) (2010).

La estructura del artículo se compone de un primer apartado donde se repasan, en primer lugar, las principales críticas al poder psiquiátrico desarrolladas por [Foucault](#) (1973-74) y donde, en segundo lugar, se presenta a Enrique Pichon-Rivière como una primera fuente de reforma en el hospicio. En las dos secciones del segundo apartado, se muestran las experiencias psiquiátricas de Fiasché y de Moffatt, respectivamente. En el tercer apartado, se reflexiona sobre estas experiencias como modos de abordar otra psiquiatría posible y sobre cómo, a partir de ellas, podemos sostener que la Ley de Salud Mental tiene importantes antecedentes históricos en el campo.

I. a) El poder psiquiátrico según Foucault

[Foucault](#) (1973-74) describe “el poder psiquiátrico” como un dispositivo de poder. Entre sus características principales, podemos subrayar: a) la instancia médica funciona como un dispositivo de poder antes que como saber (cfr. [Foucault, 1973-74: 18](#)); b) este dispositivo trabaja como un poder discreto, repartido, que funciona en red (cfr. [Foucault, 1973-74: 39](#)); c) como dispositivo disciplinario, se basa en la sujeción; esa sujeción se manifiesta como ocupación del tiempo, la vida y el cuerpo de los individuos (cfr. [Foucault, 1973-74: 67](#)); d) de tal modo, se afirma que el poder disciplinario fabrica cuerpos sujetos (cfr. [Foucault, 1973-74: 77](#)); e) por todo lo anterior, el individuo “es un cuerpo sujeto, atrapado en un sistema de vigilancia y sometido a procedimientos de normalización” (cfr. [Foucault, 1973-74: 79](#)).

Con respecto a las características que toma el poder psiquiátrico como dispositivo de disciplinamiento, Foucault resalta el papel de ruptura con la familia en la conformación del dispositivo. Para ello, se vale de un sistema legislativo que regula su funcionamiento al interior del hospicio, que se constituye como “un campo técnico administrativo o médico estatal” (Foucault, 1973-74: 117). En este sentido, el hospicio desposee al loco de la familia y esta se torna incompatible con el manejo terapéutico. El principio de aislamiento es condición necesaria para el tratamiento de la locura, la figura de la peligrosidad adquiere un papel central en esta estrategia de desposesión familiar (cfr. Foucault, 1973-74: 117, 258, 297). De esta manera, “lo que cura en el hospital es el hospital mismo (...) con su disposición arquitectónica, la organización del espacio, la manera de distribuir a los individuos en ese espacio, el modo de circulación por él, el modo de observar y ser observado...” (Foucault, 1973-74: 124).

El tratamiento moral se apoya en diversas características: a) un sistema panóptico de vigilancia, esto implica el hecho de que el interno se sabe vigilado permanentemente; b) el nosocomio se organiza en una jerarquía piramidal, en cuya cúspide está el director -que es el médico- no por detentar un saber, sino por llevar marcas de un saber -magnificadas en la clínica y la exposición ante un auditorio de estudiantes (cfr. Foucault, 1973-74: 222)-; c) el aislamiento del medio social y; d) el castigo ejemplar. Todo lo anterior permite concluir sosteniendo que la verdad de la nosografía o la anatomopatología no se ponen en juego en la práctica de la cura (cfr. Foucault, 1973-74: 159). Esa voluntad del médico se constituye “como voluntad ajena a la del enfermo y, además, estatuariamente superior e inaccesible, por consiguiente, a cualquier relación de intercambio, reciprocidad e igualdad” (Foucault, 1973-74: 174).

Una serie de maniobras en el tratamiento son descritas por Foucault, cuando retoma a Leuret. La primera maniobra consiste en desequilibrar el poder del paciente; la segunda maniobra implica una reutilización del lenguaje como imperativo, en términos de órdenes y obediencia; la tercera maniobra tiene que ver con el ordenamiento y la organización de necesidades. La cuarta maniobra consiste en enunciar la verdad biográfica como forma canónica (familia, empleo, estado civil, observación médica, internaciones, etc.) y la quinta maniobra propone suprimir el carácter hedonista de la locura (cfr. [Foucault, 1973-74: 172](#) y ss.).

Interesa mencionar que, para este poder psiquiátrico, la obsesión por el orden va de la mano con la aversión a las crisis. En concordancia con esto, una de las razones por las cuales la familia se tiene que desvincular del paciente es porque, en ella, está la causa de su afección y, por tanto, el fundamento de una posible reincidencia. El hospital es un “sistema que obedece a un reglamento, prevé cierto orden, impone cierto régimen” ([Foucault, 1973-74: 293](#)). Se toma como recursos a la anatomía patológica y a la autopsia, pero no a la *palabra* del loco que delira. Hay una estrecha relación entre locura y crimen, ya que lo que se intenta demostrar es que “todo loco es un posible criminal” ([Foucault, 1973-74: 297](#)). Todas estas son características que denotan un medio para señalar la importancia de los psiquiátricos como “práctica de la defensa social puesto que no pueden fundarla en la verdad” ([Foucault, 1973-74: 297](#)).

En referencia al poder del médico, este se vale de tres instrumentos principales: el interrogatorio, la hipnosis y las drogas. El primero realiza la enfermedad en el lenguaje, el segundo la realiza en el cuerpo (el psiquiatra tiene autoridad sobre el funcionamiento del cuerpo) y el tercero la realiza en la subjetividad. Para que no quede como que una parte de la

filosofía hace una crítica “desvinculada” de la práctica psiquiátrica¹, interesa cerrar esta sección con el análisis del psiquiatra argentino, [Francisco Maglio](#) (2020):

En el imaginario social interrogamos los jueces, los policías y los médicos. Los tres estamos uniformados y los tres “internamos”, somos partícipes (...) de un control social. De allí las metáforas militares: “mecanismos defensivos”, “elementos agresivos”, “armamento terapéutico”, “ganglio centinela”. Más aún, un hospital tiene estructura cuartelaria: “pabellones”, “cabas”, “cabos”, “jefes de departamento”, “jefes de unidad”, etc. ([Maglio, 2020: 100](#)).

I. b) Enrique Pichon-Rivière, el baqueano de las relaciones

En esta sección se pasa revista, a partir de la biografía de este médico-psiquiatra-psicoanalista devenido en psicólogo

1- De todos modos, tal crítica es infundada, puesto que el interesado puede comprobar el amplio bagaje teórico y praxeológico de la primera etapa en la que se forma Foucault, luego de diplomarse en Filosofía (1948): en 1949, se gradúa en Psicología; en 1952, obtiene un diploma en Psicopatología y, al año siguiente, otro en Psicología Experimental. Asimismo, trabaja como psicólogo en la década del 50 en el hospital psiquiátrico de Sainte-Anne. Sus estudios no provienen del campo de un filósofo, sino de un practicante de la psiquiatría de la época que, incluso, considera como posible seguir esa profesión. Para más detalles remitirse a: ([Foucault, 1949-54](#)); ([Castro y Sferco, 2022: 12](#)); ([Basso, 2022: 218](#)).

social, de su relación con algunas prácticas reformadoras en el funcionamiento del hospicio:

En 1947, Pichon-Rivière funda el Servicio de psiquiatría de la edad juvenil, en el Hospicio de las Mercedes (hoy llamado “Hospital Borda”). En ese servicio, se practica la psicoterapia de grupo, en donde se considera “la neurosis y la psicosis como un trastorno del aprendizaje” ([Pichon-Rivière, 1951b: 75](#)). Los “grupos de trabajo de enseñanza”, como inicialmente les llamó, se integraban de un grupo de estudiantes de Psiquiatría; luego, se conformaron como un grupo de enfermeros y, por último, los internos se capacitaron como enfermeros (cfr. [Pichon-Rivière, 1968: 53](#)). En ese entonces, Pichon-Rivière le propuso a Gonzalo Bosch, director del Hospicio, hacer cursos grupales para enfermeros, ya que estos no contaban con conocimientos sobre el trato con los pacientes. En esas reuniones, no solamente se transmite información, sino que se plantean las problemáticas con los pacientes y sus familiares, y se comienza a conceptualizar dicha experiencia. Luego, Pichon-Rivière tuvo que enfrentar una situación de emergencia debido a que, por un paro de enfermeros, se vio impulsado a realizar cursos de enfermería entre los pacientes, para poder mantener la atención del servicio (cfr. [Zito Lema, 1976: 72](#)). Al abordar el tratamiento grupalmente -con adolescentes y sus familias en la terapéutica-, se da cuenta cómo, a través de la tarea y en función de esa actividad, mejoran los pacientes; de tal manera, que los menos graves atienden a los más graves.

Estos trabajos grupales, tanto con los enfermeros como con los pacientes y sus familias, generan resistencias en el Hospicio, se realizan denuncias de organizaciones delictivas en el lugar. La experiencia se sostiene únicamente durante ese mismo año, ya que se ve obligado a renunciar por presiones políticas, entre un sector progresista -en el que estaba

Enrique- que contaba con el amparo de Gonzalo Bosch, de ideas liberales socialistas, y otro -ideológicamente opuesto, pero de mayor poder por entonces-, de integrantes de la Alianza Libertadora Nacionalista, un grupo de fascistas (cfr. [Fabris, 2007a: 139](#)). Por ello, hubo oposiciones sindicales y políticas de la derecha fascista -instalada en el Hospicio- hacia Enrique Pichon-Rivière. A pesar de su amistad con Hortensio Quijano -el vicepresidente de Perón en ese momento-, este nada pudo hacer. A raíz de este altercado, Pichon-Rivière se alejó del Hospicio; sin embargo, nunca se alejó de los grupos (cfr. [Carpintero y Vainer, 2004: 199-200](#)).

Algunos interrogantes pueden ayudarnos a entender los motivos del alejamiento: ¿Cuáles fueron los elementos que generaron las resistencias en el poder psiquiátrico? ¿Qué prácticas concretas generaron el rechazo de sus colegas? ¿Cuáles eran las condiciones que se querían mantener en el hospicio y que, al parecer, Pichon-Rivière desafiaba?

En primer lugar, interesa mencionar la experiencia de aprendizaje en el tratamiento, el uso de las capacidades de los internos más estables, la delegación de responsabilidades en personas que no eran consideradas como tales por la tradición psiquiátrica, el uso de la experiencia de la locura para el acompañamiento de otras personas. Esta experiencia marca un quiebre con respecto a un modo de tratar la locura en el hospital y sus efectos repercuten aún en nuestros días y merecen ser tratados más profundamente. Podríamos afirmar que el retorno de lo reprimido aparecerá en las figuras de dos discípulos (por lo menos) de Pichon-Rivière, con prácticas que guardan una estrecha relación con esa experiencia que se acaba de describir.

2. a) Ángel Fiasché, un diletante de las prácticas

*Las instituciones psiquiátricas de la Argentina vienen desarrollando un proceso de marcha regresiva desde 1910 hasta nuestros días (Fiasché, 2003: 115).
...el tratamiento de las enfermedades mentales es el reflejo de la sensibilidad moral y estética que un pueblo tiene (Fiasché, 2003: 205).*

Médico, psiquiatra y psicoanalista, fundador de la Escuela Psicoanalítica de Suecia y con experiencias profesionales en el campo de la psiquiatría social. Organiza diversos servicios de salud mental en Estados Unidos, Suecia, Noruega. En Argentina, es designado, en 1990, como “Director nacional de salud mental”. En esa época, interviene todos los hospitales psiquiátricos: El Moyano, El Borda, El Montes de Oca. Las razones obedecen al déficit en la provisión de comida, el trato con los pacientes, la corrupción del “no trabajo” que corrompe cada sector del lugar (cfr. [Fiasché, 2005](#)).

Este discípulo de Enrique Pichon-Rivière participa de la primera época de sus seguidores, con compañeros destacados como José Bleger, Edgardo Rolla, David Liberman, Fernando Ulloa, entre otros. No sigue hasta la segunda época -en la que intervienen Armando Bauleo, Hernán Kesselman y Alfredo Moffatt, entre otros-, porque se radica en Estados Unidos en 1967.

Participante asiduo del Instituto Argentino de Estudios Sociales (IADES), acompaña los distintos proyectos de Enrique Pichon-Rivière, incluyendo la experiencia Rosario (1958). Tenemos su testimonio escrito gracias a su participación en un seminario-taller que realizamos en el año 2010

sobre el tema: “La experiencia Rosario como modelo de abordaje social en la perspectiva de Pichon-Rivière”². El testimonio -que tiene por co- autor a Daniel Seghezze- se titula “La experiencia de Rosario”. Entre sus párrafos se menciona lo siguiente:

La reunión realizada en Rosario para realizar una clase magistral a cargo del Dr. Pichon-Rivière tuvo facetas originales y no comunes, en lo que se refiere a clase didáctica y formal con respecto a este tipo de evento.

En primer lugar, es necesario mencionar que, junto con el Dr. Pichon-Rivière, nos trasladamos para participar en esta experiencia, no menos de diez discípulos; con la consigna previa de trabajar, posteriormente a dicha conferencia, con la audiencia repartida en grupos y con el cometido de elaborar los conocimientos que serían transmitidos en la conferencia.

Dicha experiencia fue propuesta por un miembro de nuestro grupo, el Dr. E. Teper, quien habitualmente daba cursos y supervisiones de trabajo

2 - Este seminario-taller fue organizado por Leticia Minhot y Germán Casetta y avalado por la Secretaría de Extensión de la Facultad de Psicología de la Universidad de Córdoba. El seminario se desarrolló en torno al tema: “La Experiencia Rosario como modelo de abordaje social en la perspectiva de Enrique Pichon-Rivière”, los días lunes 29 y martes 30 de noviembre del año 2010. Contó con la presencia de Angel Fiasché, Ricardo Avenburg -ambos participantes directos de la experiencia Rosario (1958)- y el Dr. Fernando Fabris.

psicoterapéutico en la ciudad de Rosario a ciertos profesionales interesados y volcados en su tarea en esta localidad. Es necesario aclarar que en aquel período existía en nuestro país, como fuente de formación psicoanalítica oficial, la Asociación Psicoanalítica Argentina asociada con la institución con asiento en Londres, sede de la Asociación Internacional de Psicoanálisis.

También es oportuno mencionar que la Asociación Psicoanalítica Argentina, con sede en Buenos Aires, era la única existente en toda América Latina y, por lo tanto, funcionó durante varios años como asociación madre y centro de formación de psicoanalistas brasileños, colombianos, venezolanos y mejicanos que, a posteriori de su formación oficial, se trasladaron en su mayoría a sus países de origen y formaron sus propias instituciones, reconocidas por la Sede Internacional ([Fiasché; Seghezzo, 2010](#)).

Fiasché se desempeña como Director de hospitales psiquiátricos y de salud mental en el Hospital Boros de Suecia, en el Hospital Moyano de Buenos Aires, el Hospital Maimónides de Brooklyn y el Hospital Neuropsiquiátrico de Oslo (Noruega) (cfr. Kesselman en [Fiasché, 2003: 18](#)).

Es co- fundador -junto al Dr. Navedo- de un “Centro de Arte, Ciencia y Tecnología” en las sierras de Córdoba -Los Cocos-, ubicado en un antiguo hotel en desuso que tenía veinte habitaciones, entre las cuales se habían instalado: un telar, una carpintería, un taller fotográfico y una huerta. La

enseñanza en esos oficios cuenta con maestros especiales. El equipo, básicamente, se conforma de un médico, un psicólogo y un asistente social. En ese centro, no hay “pacientes”, sino “invitados”, y funciona al estilo de un “hospedaje”; Fiasché lo compara al “Arborus Crisis Centre” (1973-2010) fundado y dirigido por Joseph Berke (cfr. [Fiasché, 2003: 56](#)). Según Kesselman, en 1987, ya funcionaba ese centro, al cual fue invitado (Kesselman en [Fiasché, 2003: 15](#)).

... organizamos un esquema de asistencia psicoterapéutica (...) que se vinculaba más con el proceso de aprendizaje que con el modelo médico tradicional. (...) observamos un fenómeno interesante: espontáneamente se fue estableciendo una corriente de comunicación entre los turistas, que paseaban por el lugar, y los pacientes, que se movían libremente por el pueblo...en el “Centro”...ya no había “pacientes”, sino gente que vivía en el hospedaje...Aquí la semántica es importante, porque cambiar el rol de la persona nos ayuda a establecer un enfoque terapéutico diferente, un compromiso de relación distinto ([Fiasché, 2003: 56-57](#)).

Esa necesidad de cambiar la nominación de los atendidos responde a la necesidad de transformar el ecosistema, dado que desde el modelo médico es alienante (cfr. [Fiasché, 2003: 57](#)). La salud mental depende intrínsecamente de las vicisitudes que acompañan al aprendizaje, pero no a nivel escolar, sino a nivel de aprendizaje de la realidad -ya que van acompañados tanto de placer como de dolor (cfr. [Fiasché, 2003: 74](#)).

Fiasché centra la atención en el ecoespacio³, para definirlo enuncia algunos parámetros como la “distancia óptima”, “la convivencia en la familia”, “el tiempo libre”, “el ruido”. Busca identificar los significados del espacio en un pueblo, comparado con el de una ciudad, y estudia acerca de la patología ocasionada por los sistemas de concentración; lo cual lleva a la profusión de actitudes violentas –tal como el caso de Estados Unidos en donde la desconfianza no deja expresar la capacidad de amar y solamente se abriga la necesidad de sobrevivencia-. En consecuencia, propone advertir sobre los significados del espacio para instrumentar en la atención de la salud mental (cfr. [Fiasché, 2003: 83](#); [Fiasché, 2002](#)).

Su visión del psicoanálisis es crítica, así como su papel en la historia: cuestiona el modo en que el psicoanálisis se ubica fuera de los hospitales psiquiátricos y, por ende, por fuera de la problemática y la programática de la salud en general ([Fiasché, 1994: 108](#)). Hasta ese momento, en Argentina, el psicoanálisis no se interesa por la psiquiatría hospitalaria, con la excepción de Pichon-Rivière -en ese momento, jefe del servicio de adolescentes-, que se posiciona desde una orientación psiquiátrica-psicoanalítica. Pichon-Rivière, a juicio de [Fiasché](#) (2003), encarnó el paradigma de la lucha contra esa corriente paralizadora ([Fiasché, 2003: 22](#)), motivo por el cual fue expulsado del Hospicio de las Mercedes -hoy Borda-. De

3- El ecoespacio es un concepto con el que Fiasché (2003) busca analizar el caso de las grandes metrópolis a medida que la población crece y, concatenadamente, progresa la condición anómica de su hábitat. Hay tres variables interdependientes que nos permiten inferir la mayor o menor intensidad de esa condición anómica. La primera está relacionada con el crecimiento poblacional, la segunda se relaciona con la armonización entre el incremento poblacional horizontal y el vertical, la tercera se vincula a los compartimentos espaciales como parques y centros de distracción al servicio de la utilización del tiempo libre (cfr. [Fiasché, 2003: 42](#)).

esta manera, la psicopatología psicoanalítica no figuraba en los programas de salud mental del gobierno peronista. Sin embargo, el servicio del Hospital Lanús es un mojón de cambio que marca una nueva etapa a través del Dr. Mauricio Goldenberg (cfr. [Fiasché, 1994: 118](#)).

Para Fiasché, Pichon-Rivière es el primer psicoanalista culturalista que tuvo la Argentina. Admirador de Sullivan, introduce a Erich Fromm y Frida Fromm Reichman en la disciplina “psi”. En la escritura de Fiasché, se entremezcla la sensibilidad por la cultura de la miseria que producen las condiciones de enfermedad -el hábitat, la villa miseria, el analfabetismo, la promiscuidad, el alcoholismo-, las visiones de Winnicott sobre el reconocimiento de la naturaleza conflictiva como un fenómeno mental creativo (cfr. [Fiasché, 2003: 29](#)) y los modelos tendientes a la desmanicomialización -entre ellos la experiencia del “hospital de puertas abiertas” de Maxwell Jones-. Sus reflexiones sobre este último punto, por demás interesantes -dado el momento de transición hacia la [Ley de Salud Mental N° 26.657](#)-, giran en torno a la petición de que, además de abrir las puertas del hospital, hay que abrir las puertas de adentro de las personas, lo cual genera procesos de horizontalidad, que pueden lograrse a través del consenso en el proceso de decisión (cfr. [Fiasché, 2003: 50-51](#)) y la búsqueda de un enfoque diagnóstico y pronóstico vinculado con la identidad nacional ([Fiasché, 1994: 125](#)). La ideología humanista, presente en un nuevo enfoque de la psiquiatría, promueve un punto de partida en lo psicosocial y en la enorme importancia del ecoespacio (cfr. [Fiasché, 2003: 43-46](#)).

Por último, podemos señalar que Fiasché valora la prevención terciaria que radica en la rehabilitación y que tiene por objeto la “dignificación de la persona”, porque “el asilismo no se cura, es irreversible” ([Fiasché, 2003: 53](#)).

Con respecto a la relación terapéutica que se debe instalar en el hospicio, considera la horizontalidad como eje de la relación:

En el campo de la salud mental hubo que luchar muchos años para lograr un tipo de relación entre “asistente y asistido” basado en el concepto de la horizontalidad. ¿Qué significa horizontalidad? Significa que alguien acepte cierto grado de relación de dependencia sin perder los derechos individuales ([Fiasché, 2003: 46](#)).

Como promotor de las comunidades terapéuticas, Fiasché reconoce al Dr. Domingo Cabred como “pionero de la comunidad terapéutica, que fue en toda América – no sólo en Latinoamérica- quien abre, por primera vez, de norte a sur, un hospital nuevo: el “Open Door”, el primer hospital de puertas abiertas que existió en la República Argentina” ([Fiasché, 2003: 47](#))⁴.

Entre las experiencias que narra, comenta una por demás interesante, en 1964, cuando se realiza el Primer Congreso Mundial de Psicoterapia. Una nueva conceptualización del *hospital* como comunidad terapéutica fue el punto más relevante. El Dr. Maxwell Jones narró la experiencia de un hospital de puertas abiertas en Escocia, a 60 km de Edimburgo. Este hospital manejaba la horizontalidad en la convivencia. Cuando se le preguntó cómo se maneja esa horizontalidad,

4- Con esto, se refiere al inicio del sistema psiquiátrico de puertas abiertas, que alcanza su consagración con la inauguración de la Colonia Nacional de Alienados Open Door, en 1889 (cfr. [Vezzetti, 1985: 78](#)).

concluyó afirmando que se la debía ejercitar por medio del consenso en el proceso de decisión.

Todo el staff debía tener la plasticidad necesaria para poder colocarse permanentemente a la altura del paciente. Asistentes y asistidos tenían los mismos derechos en el marco de referencia institucional, en la dinámica institucional, en la vida cotidiana dentro de la institución. Utilizaban las mismas dependencias, no tenían privilegios de ningún tipo, usaban el mismo tipo de habitación, comían la misma comida, en el mismo comedor (...) sin diferencias de roles o estatus, es decir, cocineros, lavanderas, enfermeras, etc. (...) Acostumbraban reunirse todos los días, en lo que se llamaba el “Community Center”, para cualquier tipo de decisión, aún las aparentemente más insignificantes. Por ejemplo, cuando visité el hospital en 1964 tuve que esperar que la comunidad se reuniera para dar su conformidad, pues el director no tenía autoridad para decidir que alguien visitara la comunidad sin la aprobación de la comunidad en pleno ([Fiasché, 2003: 51](#)).

Al respecto del ideal de la comunidad terapéutica, Fiasché estima que, para una institución psiquiátrica de este tipo, no se deberían superar los 300 o 400 internados. En contraposición, afirma que:

...El Hospital Moyano, por ejemplo, tiene 1600 enfermas, de las cuales 1000 tienen más de 10 años de internación y 400 de ellas llegan a tener entre 30 y 50 años de internación. Entonces, cuando hablamos de “desmanicomialización”, tenemos que pensar que esa persona tiene una enfermedad, que es el asilismo ([Fiasché, 2003: 53-54](#)).

El asilismo es una enfermedad irreversible que, una vez instalada en la persona, demanda que ésta no sea abandonada a sus propias fuerzas. Todo enfermo que superó el año de internación en un hospital ya está impregnado de asilismo, y el que superó los cinco años de hospital no puede salir más ([Fiasché, 2003: 166](#)).

Son muy claras las correspondencias con Pichon-Rivière cuando afirma que: “Hay que tomar como base que no hay mejor salud mental que el aprendizaje” ([Fiasché, 2003: 68](#)). En línea con las enseñanzas de Pichon-Rivière, comenta que en un hospital general donde trabajaba, ocurrió que una noche no había gente capacitada para atender a un paciente adicto -que debía someterse a un período de abstinencia-, pues solo quedaba una enfermera para atender a 10 o 15 enfermos. Esto nos creó la necesidad de enseñarles a los otros pacientes cómo atender el estado de este enfermo. A partir de esa experiencia, con el tiempo, va comprobando que este fenómeno químico, clínico, que es el “síndrome de abstinencia” no aparecía, y ello, posiblemente, se debía al hecho de que se había creado determinado vínculo humano al tener individualizado afectivamente a alguien. Hace corresponder este

hecho con la comunidad terapéutica de Maxwell Jones, en la cual nunca se tuvo que tratar una catatonía, patología que se observa con mucha frecuencia en el Hospital Borda. Esto podría indicar que donde hay interacción social, la catatonía no se presenta. “Muchas veces, el agente de salud no necesariamente es el profesional” (Fiasché, 2003: 70).

Su ingreso al Hospital Maimónides (Brooklyn, Nueva York) se remonta al año 1966, cuando invita a dar una conferencia, en la Universidad Nacional de La Plata, en la cátedra de Psicoterapia, a un psiquiatra-psicoanalista argentino que se radicaba hacía muchos años en Estados Unidos, Amnón Issacharoff. Este profesional lo invita como consultor a ese establecimiento que contaba con un programa llamado “Ley Kennedy de asistencia a la pobreza”. En este, llevaba a la práctica la heterogeneidad del grupo, “la “unidad de internación” pasó a ser dirigida por un psicólogo y todo el hospital, administrado por un asistente social” (Fiasché, 2003: 163). Esta propuesta se enfocaba bajo la premisa de que:

...la salud mental no es patrimonio de ninguna disciplina profesional en especial, sino de varias (...) todos formamos parte de la salud mental: no solo el médico, el enfermero, el cocinero, etc. sino también el voluntario, el abogado, el líder barrial (Fiasché, 2003: 163-164).

Comenta una experiencia vivida en ese lugar de trabajo: se hace amigo de unos ocho adolescentes, de relativa peligrosidad y, al cabo de un tiempo, los invita a su casa de fin de semana; allí, uno entra en una crisis por consumo de ácido lisérgico, a partir de lo cual observa que entre ellos se atienden en esos períodos críticos.

Ellos lo sabían todo, eran especialistas; y aunque yo era el psiquiatra, el especialista y tenía los libros, ellos sabían más que yo y, en efecto, el muchacho salió de la crisis. Pero mi quehacer terapéutico no se perdió, porque, después de todo, me sirvió para discutir el tema, elaborarlo con ellos, desentrañar su sentido (...) día a día tenemos que aprender a reconocer a los agentes de salud que nos rodean, y que el factor terapéutico está permanentemente en ciernes en la comunidad y que hay que descubrirlo (...) debemos descubrir en cada patología qué componente creativo contiene y puede ser recuperado, y qué componente no lo es y debe ser elaborado para un cambio. El prejuicio surge en la sociedad cuando ésta no es capaz de descubrir, precisamente, los componentes creativos que hay en la enfermedad, y no sólo los destructivos ([Fiasché, 2003: 71-72](#)).

El valor de las relaciones interpersonales es algo que rescata en el tratamiento como un elemento fundamental: “(...) el hombre depende del desarrollo psicoafectivo-emocional por medio de la interacción social, de la relación interpersonal” ([Fiasché, 2003: 76](#)). En ellas estriba el significado de la vida, tal es así que a todo lo que interfiere en la relación interpersonal, lo considera como “enfermedad”, desde la psicopatología (cfr. [Fiasché, 2003: 78](#)).

Entre otras de las experiencias que narra, se encuentra una del año 1973, en Nueva York. En ese año, era jefe del Servicio de internación y, con el personal a su cargo, trasladan

la internación a una playa de estacionamiento que había adquirido el hospital y hacen una “feria del encuentro”. Esta consistía en organizar durante el verano, un centro abierto a la comunidad, al cual asistían tanto personas mayores como chicos del barrio. En este centro, disponían de una pileta de natación, un teatro abierto, pintadas de murales para los más jóvenes y una especie de “cafecito de París” donde concurrían otros pacientes del hospital de consultorio externo. Esa experiencia duró cuatro meses, pero surgieron algunos problemas porque el lugar funcionaba desde las 8 de la mañana hasta las 2 de la mañana siguiente “y no se les permitía a los pacientes ir a sus habitaciones entre esas horas, pues se trataba de que no las utilizaran como refugio” (Fiasché, 2003: 88).

Narra otra experiencia de resocialización en el Hospital Maimónides en 1970, consistente en la construcción, por parte de un equipo de enfermos crónicos, de un asador de ladrillos, de la urbanización y el embellecimiento del patio de la unidad III de dicho hospital; actividad realizada con el fin de hacer una evaluación piloto de un equipo de pacientes. En julio comienza el primer grupo de pacientes –que luego se des hizo- de cuatro internados portorriqueños: tres alcoholistas y un disminuido mental. El trabajo avanzó rápidamente, hasta que el conjunto del *staff* reaccionó negativamente, obligándolos a derrumbar lo construido y ubicar el proyecto en otro patio (siendo que anteriormente se les había informado de lo proyectado y no había habido problemas con respecto al lugar). Este evento ocasionó que los participantes constructores desistan de la obra. Se conformó un segundo equipo de trabajo con ocho internos, pacientes muy crónicos y, aunque sin la capacidad de trabajo del equipo anterior, este grupo fue estable a lo largo de dos meses. Este proyecto no pudo llevarse a cabo plenamente por la acción obstaculizante del establishment (cfr. Fiasché, 2003: 97-102).

A partir de su experiencia como director nacional de Salud Mental, describe posibles causas de su fracaso en ese organismo, ya que su plan consiste en la

...reinserción familiar y distribución adecuada de las grandes sumas de dinero que se malgastan, entregándolo, en cambio, a la familia del enfermo y/o buscando otras familias pobres para que los atendieran (...) En el Hospital Moyano para alivianar un poco el problema de los chicos de la calle durante las vacaciones de verano, cuando no tienen nada que hacer, armé un programa para que los chicos fueran al hospital a ayudar en el mantenimiento, a limpiar, etc. con una mínima retribución económica; pero no fue posible, los gremios no lo aceptaron. Entonces, tenemos esta característica, que es la única en el mundo: en las instituciones psiquiátricas son los gremios y el personal que trabaja allí los que tienen en sus manos el destino de la institución ([Fiasché, 2003: 121](#)).

Los testimonios que narra le incitan a decir que en el hospital tampoco se promueve el trabajo de los internos como modo de terapéutica.

En el Hospital Moyano traté de organizar una cooperativa textil con las enfermas menos deterioradas, con aquellas que sabían manejar una máquina de coser, y conseguí de una fábrica textil una importante

donación de telas; pero estuvieron saboteándome durante ocho meses y no pude conseguir que funcionara. En la Colonia Montes de Oca hicimos alambrar dos hectáreas para crear una cooperativa agrícola. Era el primer intento de sacar de esos pabellones a los muchachos más lúcidos. Habría cinco casas a donde se podría ubicar a varios de ellos; iban a ser 45 muchachos para trabajar en una quinta de verduras. Este proyecto también se frustró ([Fiasché, 2003: 122](#)).

Otro de los elementos frustrantes que describe, en El Moyano, tiene relación con la comida y la estrategia para evitar el robo de las materias primas:

Cuando estaba la interventora –nombrada por nosotros-, propusimos comprar la comida manufacturada para que llegara realmente al internado, evitando así el robo de la materia prima. Este arreglo no duró mucho tiempo, y cuando poco después el Dr. Marchand fue reinstalado como director –luego de mi alejamiento del cargo-, eliminó los planes de externación, y adoptó el sistema de privatización, manejándose siempre con las mismas prebendas ([Fiasché, 2003: 122](#)).

Narra otra experiencia que vivió en su gestión como director nacional de Salud Mental: se presenta un domingo en el Hospital Moyano, observa gran ausentismo del personal y

observa cómo algunas enfermas atienden a otras enfermas más débiles.

...[E]l hospital funcionaba mejor sin las enfermeras, sin los médicos, ni el personal de mantenimiento. Era increíble ver todo más tranquilo y con menos ansiedad, y que lo único que necesitaban era que les dejaran un poco de comida en la cocina ([Fiasché, 2003: 170](#)).

En contraposición al trato jerárquico que era valorado por el poder psiquiátrico, descrito por [Foucault](#) (1973-74), y con respecto al aislamiento que se propugnaba por ese dispositivo de poder, encontramos otra discrepancia: “El puente entre la hospitalización y la familia se hace necesario para la mejor evolución de todo paciente hospitalizado” ([Fiasché, 2003: 137](#)).

Como solución de rehabilitación, Fiasché propone terminar con el modelo médico e incorporar un modelo teórico ligado a la teoría del aprendizaje. En este sentido, el objetivo sería transformar los hospitales y asilos en auténticas escuelas de arte, ciencia y tecnología. Se buscaría reducir el número de profesionales pertenecientes al modelo médico e incrementar el de maestros, arquitectos, profesores de taller, pintores, actores, etc. Esto se realizaría con todos los materiales que dispone cada actividad, de modo de reproducir en un adentro el afuera y:

...ayudar al aprendizaje del trabajo como hecho económicamente rentable, con el mismo valor económico

que tiene en la sociedad. Esta será la única manera de que los enfermos recuperen la dignidad perdida, no sólo como consecuencia de la enfermedad misma, sino también por el trato regresivo del medio, que los infantiliza. La terapia ocupacional, tan en boga durante muchos años, constituye, asimismo, un elemento iatrogenizante que facilita la cronicidad (...). Ya es hora de que asumamos la responsabilidad de preservar la condición de persona de todo enfermo, respetándole sus derechos ([Fiasché, 2003: 141](#)).

2. b) Alfredo Moffatt o el arquitecto de la comunidad popular

*...encuadrar la transformación, según nuestro esquema, tiene que ver con el respeto a la autonomía. Se tiene que tener cuidado de ser solo el **partero** del cambio y no pretender ser el **padre** del cambio; ser asesor y no el dueño* ([Moffatt, 1974: 222](#). El resaltado me pertenece).

Fue hijo de inmigrantes alemanes, por parte de madre, e ingleses, por parte del padre. A los cuatro años, a raíz de una pelea entre su padre y su abuela –los dos muy autoritarios– con la madre, se distancian de ellos. La madre le transmitió la fuerza por salir de las dificultades, ella padecía una artritis que la fue dejando en silla de ruedas y la debieron internar. Así, con tan solo cuatro años, se denomina “refugiado infantil” (cfr. [Moffatt, 2000](#)), “exiliado”, paria infantil (cfr. [Moffatt, 2007c](#)) por haber tenido que vivir con familias muy distintas;

unas de clase alta y otras de clase muy baja. “Venía de ser el rey del hogar en la familia alemana y pasé a ser “el hijo de la señora enferma”” (cfr. [Moffatt, 2007c](#)). Esto le permitió calificarse de “antropólogo precoz” para adaptarse a esas nuevas situaciones ([Moffatt, 1984](#)). Ese exilio termina a los siete años, puesto que desde los ocho años fueron años felices para Moffatt, producto del restablecimiento con su madre -la cual le dio el soporte afectivo y existencial que se repite en sus reflexiones-, a pesar de las continuas mudanzas que, para cuando Alfredo Moffatt tiene doce años, llegan a 17 (cfr. [Moffatt, 1984](#)).

Se recibe de Arquitecto en 1960, por mandato de su padre, al cual define como un “autoritario protector”, comparándolo con Fidel Castro “él protege a los cubanos, pero es el único que piensa. Entonces crea gente convencida pero dependiente de lo que piensa Fidel” ([Moffatt, 1997](#)). Viendo a su madre en la situación de estar en silla de ruedas, Alfredo Moffatt decide ser médico, pero el deseo del padre “Alfredo como su prolongación”, fue que sea arquitecto ([Moffatt, 2000](#)). La figura de la madre es la que lo salva de la dependencia y le permite desarrollar un pensamiento propio y la fortaleza ante las adversidades. En la arquitectura, desempeña funciones docentes: es profesor adjunto de la cátedra de “Análisis del Diseño en Equipamiento”, en la Facultad de Arquitectura y Urbanismo en 1965; y Profesor Asociado de la Cátedra de Historia de la Arquitectura del Arq. Juan Molina y Vedia, en la Facultad de Arquitectura y Urbanismo de la Universidad de Buenos Aires, entre los años 1972 y 1973. Irónicamente, Moffatt sentencia: “De la Arquitectura, me quedó la fotografía” ([Moffatt, 2004](#)).

Trabaja⁵ en la Dirección de Arquitectura y Urbanismo en la Municipalidad. Se interesa por los hospicios de Salud

5- Para Moffatt, esto no era un trabajo, “las dependencias munici-

Mental porque su primo, Tommy, enferma de esquizofrenia a los veinte años y “los psiquiatras lo destruyeron con electroschock, insulina y otras barbaries psiquiátricas. Por eso con la psiquiatría manicomial tengo una cuestión personal” ([Moffatt, 2007c](#)). El hospicio se convierte en el lugar que lo fascina.

Su protagonismo en la psiquiatría se remite al hospital Borda, cuando en 1967, con veinte pacientes psicóticos, organiza una empresa constructora, hacen la plaza, que actualmente se encuentra en el centro del hospital, y pequeñas piecitas, en las que actualmente se encuentra la radio “La Colifata” (cfr. [Moffatt, 2004](#)). Esta experiencia se hizo con el control didáctico de Pichon-Rivière (cfr. [Moffatt, 1974: 220](#)). La inserción institucional se hace desde una beca de investigación del Instituto Nacional de Salud Mental (INSM) sobre “Psicología Institucional”, desarrollada durante 1963. El modelo de trabajo lo estudia con Pichon-Rivière, la transformación del rol de paciente-psicótico a obrero-albañil se hizo de acuerdo a la concepción de grupos operativos, dado que la complejidad de la tarea es parte de un “rompecabezas” colectivo -como tal no puede hacerse por separado (cfr. [Moffatt, 1974: 227](#)).

Por el año 1963, se organiza el “Club El Fogón”, un círculo matero en el que es admitido Alfredo por ser un viejo mero-deador del hospicio. Este club funciona al fondo del hospital y es organizado por pacientes. Cuando Osvaldo García (interno y ex albañil) comienza a vender cigarrillos y los comienza a invertir en bolsas de cemento y pintura, se forma un grupo de construcción, que funciona durante nueve meses. El resultado es la construcción de 2 kioscos (uno de ellos se transforma en peluquería), un escenario, una pista, un jardín y la

pales te aseguran que podés charlar, tomar cafés, tenés que firmar, pero no hay ningún peligro de que hagas nada” ([Moffatt, 2000](#)).

construcción de bancos alrededor de un árbol -que es el símbolo de reunión de la peña más adelante-. De esta manera, se promueve a la transformación de un baldío a la plaza del pueblo (cfr. [Moffatt, 1974: 222](#) y ss).

La figura de Enrique Pichon-Rivière es señera en la psicoterapia que propone Moffatt. A Pichon-Rivière lo conoce cuando saca el libro *Estrategias para sobrevivir en Buenos Aires* (1967), antes le había vendido unas fotografías del manicomio, lo comienza a frecuentar por la misma época que Ana Quiroga -poco después que fallece su segunda mujer en un accidente en Córdoba (cfr. [Moffatt, 2007b: 101](#))-.

En el año 1970, Ángel Fiasché lo lleva a trabajar en el manicomio de Nueva York (*Brooklyn State Hospital*) (cfr. [Moffatt, 2007c](#)). De regreso, Moffatt, funda la “Peña Carlos Gardel” (1971-1974) en el hospital Borda, dando lugar a muchas otras comunidades y al libro *Psicoterapia del Oprimido* (1974)⁶. En esta obra, propone un proyecto de liberación en el que se rescata la identidad negada y degradada de las personas institucionalizadas. Moffatt desarrolla una perspectiva existencial en la que se puede apreciar la configuración del tiempo y el espacio en las instituciones asilares y la incidencia de la comunidad terapéutica. Posteriormente, durante la última dictadura militar, deja de trabajar en lo comunitario en Argentina pero lo hace en Brasil, donde colabora con Freire.

La comunidad de la peña comienza a funcionar el 11 de diciembre de 1971. Toma concreción a través de una carta de

6- Su primer libro lo saca en el año 1967, lo llamó *Estrategias para sobrevivir en Buenos Aires* (1967), luego viene *Psicoterapia del Oprimido* (1974), el tercer libro se titula *Terapia de Crisis, Teoría temporal del psiquismo* (1982) y, luego de muchos años, escribió *En caso de angustia rompa la tapa* (2004). Por último, publicó *Terapia de Crisis: la emergencia psicológica* (2007a).

Pichon-Rivière, que le envía a los directivos del hospital. La relación con el hospital se mantuvo siempre en dos niveles, uno explícito -oficial- y el otro implícito -rumores-. El nivel oficial comienza con la carta de Enrique Pichon-Rivière al director del hospital, Dr. Carlos Sisto, mediante la cual presentaba la Peña como una “experiencia de campo” de la Escuela de Psicología Social, que coordinaba Moffatt como jefe de investigación de la escuela (cfr. [Moffatt, 1974: 256](#)). A pesar de esa carta, no se produce ningún tipo de relación institucional. “En más de dos años no vino a la Peña ni un solo profesional del hospital” ([Moffatt, 1974: 257](#)).

Esta experiencia tuvo dos años de duración. La constitución se hace a través de dos grupos: uno de internos (pertenecientes en su mayoría al “Club el fogón”) y otro externo, con participantes de un seminario que dicta Alfredo en la Escuela de Psicología Social de Enrique Pichon-Rivière. La Peña se organiza todos los sábados alrededor de un gran árbol que es decorado para la ocasión, con carteles, imágenes, frases, etc. y luego del cierre se sacan los adornos hasta la semana siguiente. En la misma, participan alrededor de 100 personas (unas 20 vienen de afuera del hospicio como colaboradores). Se realizan, en la semana, dos reuniones menores (martes y jueves) en el que funcionan grupos de mateadas, teatro, grupos de trabajo (cooperativa) y grupos de aprendizaje (la universidad obrera) (cfr. [Moffatt, 1974: 234](#)).

Los diez años que Moffatt recuerda junto al maestro le imprimen un apoyo a todos los proyectos que realiza. La idea de entrar al delirio del paciente está tomada como modelo del caso de Enrique Pichon-Rivière. Es decir, incluirse en el núcleo delirante para luego volver a la realidad, lo cual exige que el terapeuta tenga trabajado su propio núcleo psicótico (cfr. [Moffatt, 2007a: 24](#)).

Solo “metiéndose en el delirio del otro y luego saliendo juntos por donde se pueda” se cumple con una psiquiatría que comprende primero y después ayuda a elaborar (a salir “por donde se pueda”). La propuesta del sistema es reprimir, cortar, eliminar bruscamente el delirio (esto es tan injusto y estúpido como si un mecánico, cuando un motor falla, lo encerrara en el taller en vez de desarmarlo y repararlo).

Yo creo que este encuadre técnico puede ser percibido claramente a partir de una maniobra terapéutica de Pichon-Rivière: el paciente estaba en brote, y recostado en el diván, alucinaba que estaba acostado en las vías del ferrocarril y el tren se acercaba, lo percibía cada vez más cerca... ya lo estaba por atropellar y la angustia era cada vez más grande cuando de pronto, Pichon rápidamente se acostó al lado de él, lo abrazó y, sacándolo del diván, le gritó... “¡irajemos que nos agarra!!”. Si analizamos esta arriesgada maniobra terapéutica, veremos que se cumple con las dos partes de este punto: “introducirse en el delirio del paciente y luego salir juntos”. En este caso, Pichon empleó una maniobra corporal, actuada, que le permitió un mensaje a un nivel sumamente primario y concreto ([Moffatt, 1974: 218](#)).

Para explicitar el modelo de intervención, Alfredo Moffatt parte de la base de un modelo de psiquiatría popular diferente

al de la psiquiatría del sistema. En cuatro postulados básicos, se resume esta concepción práctica de la *psiquiatría popular*:

i) Resulta de una *movilización de las bases* en donde los compañeros, internados, van conquistando más autonomía y autodeterminación. Aquí se debe procurar que el oprimido ponga la energía para el cambio. Esto se logra con la concientización del internado para que luego se organice, lo que se conoce como “empujón de afuera”. Esto remite a la idea que sostiene que la comunidad popular exige que el cambio provenga desde abajo (por conveniencia de la mayoría). Debido al alto grado de alienación, se propone el trabajo con un equipo mixto (entre personas internas y externas al hospital) que deseen un cambio. Una vez realizada la ligazón afectiva (parte fundamental de la ideología que sostiene la comunidad popular) entre ambos grupos comienza el trabajo “hombro a hombro” (cfr. [Moffatt, 1974: 236](#)).

ii) El replanteo de la psiquiatría se hace desde, y a través de, la cultura popular, por lo que exige una intensa labor de rescate de figuras culturales sistemáticamente descalificadas y negadas por el régimen de poder y los procesos de colonización. La restitución de la salud se hace a partir del reencuentro del origen (natural, histórico-cultural) (cfr. [Moffatt, 1974: 238-239](#)).

iii) La meta final es una redistribución de la locura y, por lo tanto, de la cordura y la imaginación. Rectificar el mecanismo por el cual se consagra como chivos emisarios a los que se encierra. Para esto, se defienden contenidos considerados irracionales para poder promocionar procesos de creatividad, innovación, imaginación, lo cual permite reconocernos a nosotros mismos en las diferencias y la aceptación. Ya que, a

mayor nivel de intolerancia a la diferencia, mayor es el nivel de locura (cfr. [Moffatt, 1974: 239-240](#)).

iv) Estamos en situación de ir de la práctica a la teoría para que, en sucesivas experiencias, se pueda ir configurando un modelo teórico que realimente la práctica y, así, sucesivamente. Se considera que tanto el grupo interno como el externo se curan, los primeros, del hospital degradatorio y, los segundos, de la colonización ideológica (cfr. [Moffatt, 1974: 216, 240](#) y ss.).

Todas estas premisas se vuelcan al esfuerzo de confluir las energías para el proletariado en lugar de servir a la burguesía (cfr. [Moffatt, 1974: 244](#)). Las experiencias que funcionan de modelo a nivel de Comunidad Terapéutica son las de Maxwell Jones, un psiquiatra inglés; en Argentina, las dos comunidades más importantes fueron la Colonia de Ciudad Federal -Entre Ríos- y el Centro Piloto del Hospital Esteves -Lomas de Zamora-, que crearon y dirigieron Raúl Camino y Wilburg Grimson, respectivamente. Ambas tenían un antecedente común: la experiencia del Hospital Roballos en Entre Ríos, dirigido por Luis César y Guedes Arroyo y un gran equipo (cfr. [Moffatt, 1974: 211](#)).

Todos los sábados, de 15 a 20 h., se forma una asamblea en la cual se reúnen en ronda, alrededor de un árbol y de un corazón pintado de celeste y blanco, en el suelo. En cada cierre del encuentro, se canta, en ronda y abrazados, la canción de Gardel, “Mi Buenos Aires querido”. Al término del encuentro, se reúnen entre 20 y 30 personas durante 4 horas -aproximadamente- para elaborar lo sucedido en el encuentro, esta reunión se hace con integrantes del grupo de afuera y de adentro (que forma parte de la organización). En la peña, funcionan 4 subgrupos: grupo de mateadas, grupo de teatro, grupo de

trabajo (cooperativa) y el grupo de aprendizaje (universidad obrera).

Cada grupo tiene misiones especiales: entre el grupo de mateadas, se analizan conflictos entre los asistentes al modo de una psicoterapia criolla; el grupo de teatro dramatiza la obra de Juan Moreira; en la cooperativa de trabajo (que tuvo un año de duración), se producen diversos objetos y, en el grupo de aprendizaje, cada cual enseña lo que sabe. Interesa mencionar diversas experiencias en cada grupo. En primer lugar, la elaboración de conflictos que se desarrollan en el grupo de mateadas. Con respecto al grupo de teatro, es interesante resaltar la identificación con el personaje “Juan Moreira” y su lucha con la ley, tanto así que, muchas veces, las dramatizaciones giran y mutan el tema para salvar al protagonista, hacer cambiar de ideología al representante de la ley, que se arrepiente de los atropellos e injusticias cometidos. En la cooperativa, el grupo debe dejar de funcionar, como producto de que en el hospital los echan del espacio techado que habían ocupado para el trabajo (pese al hecho de que el espacio había estado abandonado previamente). Este grupo empieza confeccionando artesanías, para luego ser contratado por una empresa de guantes de látex y, finalmente, emprenden la tarea de crear una fábrica de carteras de cuero cuando ocurre el desalojo (cfr. [Moffatt, 1974: 269-270](#)).

En las páginas finales de *Psicoterapia del oprimido* (1974), Moffatt desarrolla una propuesta para una psiquiatría popular, allí advierte que cualquier alternativa que se proponga al modelo manicomial choca con dos limitaciones: en primer lugar, la falta de un lugar propio, ya que el poder psiquiátrico no hace lugar a estas prácticas; en segundo lugar, cualquier alternativa propuesta constituye “un sub-sistema que está incluido conflictivamente en un sistema mayor” ([Moffatt, 1974: 275](#)). Los proyectos que planifica son tres: una peña volante,

una clínica popular y una cooperativa de producción. Cada uno atiende a la prevención primaria, secundaria y terciaria, respectivamente.

Para ir cerrando este apartado, podemos afirmar que los promotores de la Peña proponen una concepción innovadora para la época, en lo que respecta a la salud mental. Tal noción reivindica el derecho de las personas que se encuentran en estas instituciones asilares y les asigna un papel activo en el tratamiento, focalizando en la ligazón afectiva como motor del cambio y la concientización a partir de la elaboración de conflictos, que incluye tanto los atinentes a la subjetividad como a lo social y comunitario. En tanto, se utilizan técnicas que tienen como base una estructura solidaria y cooperativa, priorizando los vínculos que posibilitan asumir la identidad cultural y personal. Esto tiene correspondencia con la concepción de Pichon-Rivière de la *salud* como la adaptación activa a la realidad, teniendo su objetivación en los grupos operativos y en la conceptualización del esquema referencial operativo -ECRO.

Conclusiones

Luego de pasar revista por el análisis de Foucault en [*El poder psiquiátrico*](#) (1973-74), se nota el contraste con las experiencias relatadas de Pichon-Rivière, Fiasché y Moffatt. Al relatar esas experiencias, se deducen las correspondencias con la [Ley de Salud Mental N° 26657](#), así como los correlatos y derechos que se proponen en esta Ley vienen siendo anunciados por estas prácticas psiquiátricas, por decir algunas: la presunción de capacidad de todas las personas mencionadas en el artículo 3° de la ley “...tratar de que cada uno pudiera

desarrollar el potencial que tuviese dentro de su condición asilar. Este es el único camino que podemos encontrar, o sea, ver en qué la persona es útil, dónde y cómo. Es pensar en el trabajo como recuperador de la función social.” (Fiasché, 2003: 167). O, en términos de Moffatt, trabajar a partir de los emergentes que el interno trae, ya sea aprendizajes de oficios, conocimientos provenientes de sus regiones geográficas que muchas veces la gran ciudad desprecia (cfr. Moffatt, 1974: 221 y 238).

El valor de lo interdisciplinario que la ley rescata como premisa fundamental en su artículo 5°, 8° y 13° resuena cuando Fiasché explicaba la importancia de los liderazgos de acuerdo a las circunstancias especiales de cada institución; por otro lado, Moffatt rescata el valor de cada persona en la construcción de la peña y la confluencia de personas a partir de la heterogeneidad, reivindicando la historia personal, regional-geográfica de la cual cada una procede, el valor de lo que puede enseñar cada uno de acuerdo a la experiencia de vida. Todo lo anterior confluye en una línea, aún hoy tema pendiente, que es la psicología/psiquiatría para la liberación.

Otro punto de concordancia con los nuevos postulados de la Ley N° 26657 estriba en lo que refiere al artículo 7, inciso p), en donde se promueve la justa compensación por la tarea realizada; en este sentido, tanto Fiasché como Moffatt consideran muy relevante la justa compensación por las tareas del interno, como una clave de prevención terciaria y las propuestas de resocialización, a diferencia de las prácticas relacionadas con el poder psiquiátrico -que utiliza la mano de obra “chiflada” para abaratar costos en la producción-.

La promoción del mantenimiento de los vínculos que la ley enuncia en el artículo 14 ya viene siendo anunciada en el programa que recomienda Fiasché cuando resalta el valor de las relaciones interpersonales y el requerimiento humanístico en

las relaciones asistentes-asistidos (cfr. [Fiasché, 2003: 177](#)). Así como en la conformación de la ligazón afectiva, fundamento de la ideología que mantiene la cohesión grupal y de pertenencia en los proyectos de Moffatt (cfr. [Moffatt, 1974: 236](#)).

Sí es lógico que estas prácticas anunciadas primero por Pichon-Rivière y luego por Fiasché y Moffatt hayan sido objetos de boicots y formado parte de la resistencia del establishment, puesto que no había -ni hay, podemos seguir sosteniendo- una sensibilidad abierta a los derechos y dignidades de las personas que tienen que pasar por el encierro del hospital. Lo dicho por escrito debe pasar a las acciones concretas en los espacios específicos para llegar a la población que sufre esta enfermedad irreversible denominada “asilismo”, este es aún un proyecto por cumplir.

Estos desarrollos son de suma importancia en nuestro país, ya que actualmente asistimos a cambios significativos en políticas de salud mental, donde se hacen necesarios nuevos dispositivos para trabajar en el campo disciplinar.

Este somero pantallazo por las producciones de los discípulos de Pichon-Rivière nos permite establecer líneas de semejanza tanto en lo que respecta a la operatividad de sus terapias, como en lo respectivo a la renovada conceptualización del *sujeto*, lo cual promueve una valoración sobre la salud mental que se enfoca en las condiciones sociales e históricas particulares -que gozan de plena vigencia, teniendo en cuenta la nueva legislación en materia de salud mental-. No está de más agregar que esta modalidad operativa de enseñar/aprender psicología -que demarcamos a partir de las enseñanzas del maestro- tiene, como fuente y lugar geográfico, a la Primera Escuela de Psicología Social fundada por el Dr. Enrique Pichon-Rivière, a la cual asisten casi todos los estudiantes de psicología y psicólogos que quedaron sin

formación en las universidades (mientras se producían las intervenciones a las carreras de psicología, como resultado de la última dictadura militar).

Referencias Bibliográficas

- Basso, E. “Situación del texto” en *Michel Foucault: Ludwig Binswanger y el análisis existencial* [1949-1954]. Siglo XXI editores: Ciudad Autónoma de Buenos Aires, pp. 217-243, 2022.
- Carpintero, E.; Vainer, A. *Las Huellas de la memoria: Psicoanálisis y Salud Mental en la Argentina de los 60' y 70'*. Ed. Topía: Buenos Aires, 2004.
- Castro, E. y Sferco, S. “El joven Foucault” en *Michel Foucault: Ludwig Binswanger y el análisis existencial* [1949-1954]. Siglo XXI editores: Ciudad Autónoma de Buenos Aires, pp. 11-27, 2022.
- Fabris, F. *Pichon-Rivière, un viajero de mil mundos: génesis e irrupción de un pensamiento nuevo*. Ed. Polemos: Buenos Aires, 2007a.
- “Génesis e irrupción de un pensamiento nuevo” en *Cuadernos de Campo*. Año 1, Nro. 1, pp. 25-29, 2007b.
- Fiasché, Á. “Políticas de Salud Mental” en *Políticas en Salud Mental*, Saidón, O.; Troianovski, P. (compls.). Lugar Editorial: Buenos Aires, pp. 107-130, 1994.
- “Psicopatología de la clase media pauperizada” en *El Dámero*, Año 2, N° 6, Nov/Dic 2002.
- Hacia una Psicopatología de la Pobreza*. Ed. Madres de Plaza de Mayo: Buenos Aires, 2003.

- “Memorias del Moyano” (Entrevista con Alberto Castro) en *La Urdimbre*, 2005. Extraído de: <http://www.laurdimbre.com.ar/articulos/nov05.htm>
- Fiasché, Á. y Seghezzeo, D. “La experiencia de Rosario” presentación para el Seminario-Taller: *La experiencia Rosario como modelo de abordaje social*, Casetta, G.; Minhot, L. (Organizadores), Noviembre de 2010. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Córdoba (inédito), 2010.
- Foucault, M. [1949-54] *Michel Foucault: Ludwig Binswanger y el análisis existencial*. Siglo XXI editores: Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2022.
- [1973-74] *El poder psiquiátrico*. Fondo de Cultura Económica: Buenos Aires, 2007.
- Kesselman, H. “Prólogo II” en *Hacia una Psicopatología de la Pobreza* (Fiasché, A.). Ed. Madres de Plaza de Mayo: Buenos Aires. (pp. 13 – 19), 2003.
- Ley Nacional de Salud Mental N° 26657, Ministerio de Salud de la Nación Argentina, Buenos Aires, 2010.
- Maglio, F. *La dignidad del otro: puentes entre la biología y la biografía*. Libros del zorzal, Buenos Aires, 2020.
- Moffatt, A. *Psicoterapia del Oprimido: Ideología y Técnica de la Psiquiatría Popular*. Ed. Librería ECRO SRL: Buenos Aires, 1974.
- “Charla con un periodista” Entrevista de Fernando Almirón en Revista *El Porteño*, Octubre de 1984.
- “Entrevista a Alfredo Moffatt”. Entrevista de Florencia Belinky en Revista *Fritz Gestalt*, Agosto 1997.
- “Vida de Moffatt” Entrevista de Matías Salvatore, Julio 2000 Extraído de http://www.moffatt.com.ar/frame09inf_vidamoffatt.htm.
- “Si nos esperamos todos... a lo mejor cambiamos las cosas” Entrevista a Alfredo Moffatt de Luis Bruschtein, en *Página 12*, 18 Octubre de 2004.

Enrique Pichon-Rivière, Ángel Fiasché y Alfredo Moffatt, prácticas precursoras de la Ley de Salud Mental en la Argentina de los años 70

----- *Terapia de Crisis: la emergencia psicológica*. El autor: Buenos Aires, 2007a.

-----“Recuerdos de Pichon” en *Psicología Social 50 años no es nada*, Coblier, D.; Grande, A. (comp.) Ediciones Nuevos Tiempos: Argentina, pp. 101-102, 2007b.

-----“Vida de Moffatt: Intento de autoanálisis (desde dónde digo lo que digo...)” en *Terapia de Crisis: la emergencia psicológica*. El autor: Buenos Aires, pp. 144-150, 2007c.

-----“Enrique de cerca leyendo el país” en *Pichon-Rivière como autor latinoamericano*, Fabris, F. (comp). Lugar editorial: Buenos Aires, pp. 55-58, 2014.

Pichon-Rivière, E. [1951b] “Aplicaciones de la Psicoterapia de Grupo” en *El Proceso Grupal. Del psicoanálisis a la psicología social (I)*. Nueva Visión: Buenos Aires, pp. 75-81, 1985.

-----“Grupo Operativo”, en *Cuadernos de Psicoterapia*. Ed. Genitor: Buenos Aires. Vol. IV, N° 2-3, pp. 47-54, 1968.

Vezzetti, H. *La locura en la Argentina*. Paidós: Buenos Aires, 1985.

Zito Lema, V. [1976]. *Conversaciones con Enrique Pichon-Rivière*. Ediciones Cinco: Buenos Aires, 2006.

.....

GERMAN CASSETTA

german.casetta@gmail.com

Doctor en Psicología por la Universidad Nacional de Córdoba.
Licenciado en Psicología por La Universidad Nacional de Córdoba.
Profesor Adjunto de la Cátedra B “Problemas Epistemológicos de la Psicología” y Profesor Asistente de la Cátedra “Antropología Cultural, Contemporánea y Latinoamericana” ambas de la Facultad de Psicología (UNC).

EL JAQUE MATE AL JUEGO PSIQUIÁTRICO Y LA MICROFÍSICA DEL PODER ASILAR

CANDELA NAHIR PEÑA

Facultad de Psicología
(Universidad Nacional de Córdoba)

Nociones en la psiquiatría del Siglo XIX

La creación de la norma es una de las formas que la sociedad disciplinaria, conceptualizada por Foucault, tiene para mantener el poder. Por su intermedio, crea la diferencia que se define a sí misma, su mismidad y, en el mismo acto, define su otro, el cual siempre significa peligro. La sociedad disciplinaria no permite la fuga y la diferencia: parte de la acción de patologizar proviene de una normalización forzosa, por ello se crean sistemas disciplinarios complementarios. La categoría “enfermedad mental” es algo relativamente nuevo, según los estudios de Foucault. Donde hay una patología hay una norma; así, lo que entendemos por “normal” se instaure en el marco de su propia creación: la diversidad. Introduce su discursiva en el propio marginado, crea terapias para el loco, escuelas especiales para el ajeno al consenso cognitivo, y una serie de instituciones que servirán para aplastar

y suprimir cualquier fugitivo. Las cárceles, las fábricas, las escuelas, los asilos psiquiátricos... nos dice Foucault: son poderes disciplinares.

Se torna valioso recordar a [Antonín Artaud](#) (1896-1948), poeta, actor y dramaturgo francés, que pasó varios años de su vida en asilos, a los que llamaba “refugios de miseria humana”. Ese tiempo de reclusión lo llevó a desarrollar un gran odio por la psiquiatría, el cual manifestó en una de sus cartas a los poderes:

(...) Pero nos rebelamos contra el derecho concedido a ciertos hombres -incapacitados o no- de dar por terminadas sus investigaciones en el campo del espíritu con un veredicto de encarcelamiento perpetuo.

¡Y qué encarcelamiento! Se sabe -nunca se sabrá lo suficiente- que los asilos, lejos de ser “asilos”, son cárceles horrendas donde los reclusos proveen mano de obra gratuita y cómoda, y donde la brutalidad es norma. Y ustedes toleran todo esto. El hospicio de alienados, bajo el amparo de la ciencia y de la justicia, es comparable a los cuarteles, a las cárceles, a los penales. (...) ([Artaud, 1988: 38-39](#))

Esta analogía que hace Artaud de los asilos psiquiátricos con las cárceles se asemeja a la de Foucault, quien sostiene que el asilo se conforma como un espacio disciplinario y que se relaciona con todas las nociones brindadas sobre las cárceles, las escuelas, etc. Salvo que se va a diferenciar en una cosa: el asilo es un espacio médicamente marcado. Volveré a esto en un rato. Señalan Acosta y Heras Monner Sans:

En el pensamiento de Foucault la norma es un concepto político. En lo atinente a su función, la norma trae aparejados a la vez un principio de calificación y un principio de corrección. Su función no es excluir ni rechazar, sino que está ligada a una técnica positiva de intervención y transformación, en una especie de proyecto normativo. El siglo XVIII logra crear un poder que no es de superestructura, sino que está integrado al juego, la dinámica, a la estrategia y eficacia de las fuerzas ([Acosta y Heras Monner Sans, 2015: 9](#))

Tomando los aportes de [Foucault \(1973-74\)](#), del siglo XIX, sobre el ámbito de la psiquiatría, encontraremos dos ideas:

1. la idea de que los locos necesitan una dirección, un régimen.
2. esa dirección debe estar en manos de un personal médico.

Partamos por la primera idea: el poder psiquiátrico, en el siglo XIX, era tres cosas: un régimen; una lucha contra la locura -tal como era concebida en ese momento-; y dominación. Esta institución de régimen y dominación, de regularidad y lucha al mismo tiempo, se caracterizaba por la noción de *dirección*.

Es el cuerpo del psiquiatra el que dirige el asilo y los individuos, con el objetivo de dar a la realidad un poder apremiante. Es decir, por un lado, hacer que esa realidad sea inevitable, hacerla funcionar como un poder. Por otro lado, convalidar el poder ejercido dentro del asilo. Este poder se justifica en nombre de la realidad; es un poder absoluto que

debe ser una reproducción de la vida misma. Así, el juego asilar consiste en dar poder a la realidad y fundar el poder sobre ella, es una especie de tautología.

En síntesis, se produce un juego no solo con los cuerpos en tanto biológicos, es decir con los medicamentos y terapias, sino también en nuestro universo simbólico, porque la noción de *enfermedad* juega con la construcción de identidad, con la realidad que habitamos y con los significados que tenemos de ciertos significantes. Señala [Bourdieu](#) (2002) que cuando se reflexiona sobre los saberes y poderes en el área de la salud mental se puede percibir la complejidad que la atraviesa como campo, el cual es como una configuración donde se producen y reproducen prácticas sociales.

Entonces, en cuanto al juego de la realidad en el asilo, la realidad a la cual debe enfrentarse el enfermo es:

- *la voluntad del otro* (superpoder situado del lado del otro en cuanto este es superior).
- *yugo de la identidad* (el nombre, la identidad, el pasado, la biografía relatada en primera persona y reconocida en el ritual de algo que no está lejos de la confesión... el hecho de que lo que importa no es saber el nombre de los compañeros, sino el apellido del médico y su lugar de poder. Así como la enfermedad que le confiere su identidad, dejando toda su vida detrás).
- *la realidad ambigua de la locura* (por un lado, se trata de mostrar al loco que está efectivamente enfermo y, por otro lado, mostrarle que en el corazón de su locura no está la enfermedad, sino el defecto, la maldad).
- *el dinero, la necesidad, el carácter imprescindible del trabajo* (“ganarse la vida”)

Estos cuatro elementos de la realidad van a definir, a su vez, al individuo que está curado. A esta “cura” llega aquel que ha aceptado estas realidades. Esa cuádruple realidad que debe portar el individuo, a la que debe someterse, es la *ley del otro*. La identidad consigo mismo, la no admisibilidad del deseo y la inserción de la necesidad en un sistema económico. La cura es la sujeción física cotidiana e inmediata producida en el asilo que va a convertir a este individuo -en tanto está individualizado por el poder disciplinar- en portador de estas cuatro realidades. Así como cuando un preso, al momento de entrar a la cárcel es transgresor y al momento de salir es delincuente; entonces, en el asilo, podría decirse que uno entra como ajeno, como desajustado, y sale como enfermo. Es este sistema de ajuste o de fijación del cuerpo el que cura y restituye al individuo. Esta cuádruple sujeción se concreta dentro de un espacio disciplinario y gracias a él.

Ahora, como he mencionado antes, la única diferencia con respecto a otros dispositivos de poder -como la escuela, las cárceles, las fábricas, etc.- es que el asilo es un espacio que está médicamente marcado.

Esto nos lleva a la segunda idea: que la dirección debe estar en manos de personal médico. La misma utilización de los medicamentos y castigos terapéuticos funcionan al mostrarse ante los enfermos como remedios, y son la prolongación de la disciplina asilar en la superficie del cuerpo o en su interior. Aseguran la calma que hay en el interior del asilo y es extendida al cuerpo del enfermo -el uso de tranquilizantes responde a la misma finalidad-.

Esta marcación médica del poder asilar es fundamentalmente la presencia del médico y, sobre todo, su omnipresencia. El asilo es el cuerpo del psiquiatra. Este cuerpo debe ser aquel al cual el enfermo debe someterse y tiene que estar presente por doquier, constituyéndose en una *microfísica del*

poder. Debe poder ver todo en una sola mirada, como en un panóptico, y controlar la situación de cada uno de sus pacientes con una sola caminata. Los vigilantes no son más que sus instrumentos. Son los engranajes esenciales para que se dé esa microfísica del poder. El médico abarca con su mirada, sus oídos y sus gestos, todo el espacio asilar. La maquinaria del asilo y el organismo del médico deben constituir una única y misma cosa.

El enfermo debe estar, a su vez, envuelto en el cuerpo del médico. ¿Por qué del médico? Porque posee el saber. Según [Deleuze](#) (1990), los *dispositivos* implican líneas de fuerzas, de poder y de saber. En el hospital deben articularse: el saber del médico y la eficacia terapéutica. No importa el contenido de este saber, sino la forma. Este poder médico va a funcionar dentro del asilo por las marcas que designan en él la existencia de un saber. Esta es la forma. Estas marcas, compuestas por la técnica del interrogatorio, el juego de la medicación, la vigilancia constante, la posición de médico y profesor, entre otras; a través de estas marcas de poder se articulan esas cuatro realidades que nombré -superpoder del médico, la ley de la identidad, el deseo inadmisibles de la locura y la ley del dinero-.

En el siglo XIX, en la clínica, la palabra del médico aparece como poseedora de un poder más grande. La ley de la identidad pesa sobre el enfermo, obligado a reconocerla en todo lo que se dice sobre él, así como en la anamnesis que se hace de su vida, al responder públicamente las preguntas y dejarse arrancar una confesión final en la que reconoce y acepta la realidad de ese deseo.

Esa marcación médica que caracteriza el espacio asilar es la introducción de un juego entre el cuerpo sometido del loco y el cuerpo institucionalizado del psiquiatra. Este es uno de los rasgos de la microfísica del poder asilar; aquel poder que

se expande sobre el asilo y que es una extensión del cuerpo del médico, en el sentido en que son uno y es necesario para mantener al cuerpo del individuo sujeto.

La Ley de Salud Mental N° 26657

La [Ley de Salud Mental N° 26657](#) opera en el campo complejo de las relaciones conocimiento-saber-poder. Así mismo, mucho de lo que se plasmó en la Ley fueron prácticas interdisciplinarias, de muchas organizaciones y profesionales quienes, trabajando desde una concepción de la *salud mental* como un derecho, han estado constituyendo espacios-otros, espacios clínicos, comunitarios, terapéuticos y artístico-estéticos donde se iban alojando prácticas autonómicas y posiciones políticas decididamente diferenciadas del modelo médico hegemónico. Foucault nos enseña que el discurso médico reproduce las relaciones de poder en el mismo ejercicio de construcción del objeto de sus prácticas, un ejercicio en el que no tiende a pensar al paciente como sujeto. Por lo tanto, es lícito hacer estas conexiones entre el saber médico y el poder sobre el cuerpo que sustenten las asimetrías que reconocemos en las tendencias actuales a conservar una hegemonía científico-ideológica en el interior del dispositivo de la salud mental.

La *salud mental*, desde esta ley, es considerada no como algo fijo y estable, sino como un proceso:

(...) se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya

preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona ([Ley N° 26657, 2010, art. 3](#)).

Siguiendo con la estructura en la que me basé, en cuanto a la primera idea, que se basa en el juego de identidad, podría contraponerse a dos derechos presentes en la nueva Ley de Salud Mental:

- Derecho a conocer y preservar su identidad, sus grupos de pertenencia, su genealogía y su historia. No que al entrar al asilo todo eso sea devorado y la identidad esté definida por una “enfermedad”.
- Derecho a que el padecimiento mental no sea considerado un estado inmodificable. Es decir, se implementa la rehabilitación en vez de la cura, terminando con la lógica medicinal y de encierro, quitando las nociones de *dirección* y *cura* para incorporar la rehabilitación y la necesidad de reforzar los lazos sociales. Crear un espacio de socialización para fomentar la reincorporación en la sociedad, en contraposición con ese encierro y esa única necesidad de saber el apellido y la posición del médico.

Ahora, en cuanto a la segunda idea, el espacio asilar, en el siglo XIX, se caracteriza por ser un poder disciplinar médicamente marcado, ya que la “dirección” que necesita el individuo es dada por el médico. En contraposición, en la Ley de Salud Mental encontramos que:

La prescripción de medicación sólo debe responder a las necesidades fundamentales de la persona con padecimiento mental y se administrará exclusivamente con fines terapéuticos y nunca como castigo, por conveniencia de terceros, o para suplir la necesidad de acompañamiento terapéutico o cuidados especiales. La indicación y renovación de prescripción de medicamentos sólo puede realizarse a partir de las evaluaciones profesionales pertinentes y nunca de forma automática. Debe promoverse que los tratamientos psicofarmacológicos se realicen en el marco de abordajes interdisciplinarios ([Ley N° 26657, 2010, art. 12](#)).

Con esto, vemos a las personas no como “enfermos”, sino como “sujetos de derechos”. Además, hay que darles el lugar en el discurso, mediante espacios de organización en donde puedan alzar sus voces y ser escuchados. Existe, aún, un largo camino para que podamos conformar un sistema de salud mental eficiente. El mismo debería poder contemplar la mayoría de las realidades e injusticias; discutir y revisar, mediante los órganos de revisión propuestos, no solamente la aplicación, sino también los puntos que podrían hacer agua en la Ley. Por ejemplo, se debería ver mediante qué mecanismos los usuarios pueden convertirse en parte activa de sus tratamientos y contar con recursos -como la vivienda y el trabajo digno- para evitar la institucionalización. Esto no se logrará sin las decisiones políticas necesarias que lo garanticen.

Entonces, las preguntas que nos podemos hacer son: ¿qué concepción tenemos de la *salud mental*?, ¿cómo esto repercute en la *praxis*?, es decir: ¿qué tipo de prácticas llevamos a cabo y cómo afectan estas a los cuerpos, al universo tanto físico, como social, como simbólico del sujeto? Dejo abiertas las preguntas respecto a la manera en la que podemos hacer que este juego psiquiátrico basado en el castigo -que es más bien un monopolio-, se convierta en un sistema interdisciplinario que haga uso de lo lúdico, donde los que salgan ganando sean los sujetos; que fomente la creatividad, la preservación de identidad y los lazos sociales, así como la reinserción en sociedad.

Referencias bibliográficas

- Acosta, C. y Heras Monner Sans, A. “Salud mental, asimetrías de poder-saber y heterotopías” en *Jornadas Internacionales: Discurso y poder: Foucault, las ciencias sociales y lo jurídico (A cuarenta años de la publicación de “Vigilar y castigar”)*. UNLA, Lanús, Pcia. de Buenos Aires. Julio, 2015. Dirección estable: <https://www.aacademica.org/ana.ines.heras/105>
- Artaud, A. *Carta a los Poderes*. Editorial Argonauta, 1988.
- Bourdieu, P. *Campo de poder, campo intelectual*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Montessor, 2002.
- Deleuze, G. “¿Qué es un dispositivo?”. En *Foucault, filósofo*. Gedisa Editores, Argentina, 1990.
- Foucault, M. [1973-74]. *El Poder Psiquiátrico*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2007.
- Ley Nacional de Salud Mental N° 26657, Ministerio de Salud de la Nación Argentina, Buenos Aires, 2010.



CANDELA NAHIR PEÑA

candelanahir@gmail.com

Estudiante de Licenciatura en Psicología en la Facultad de Psicología de la UNC. Ayudante alumna de la cátedra “Problemas Epistemológicos de la Psicología (B)” en dicha facultad. Estudiante de Letras Modernas en la Facultad de Filosofía y Humanidades de la UNC. Ayudante alumna de la cátedra “Sociología del Discurso” en dicha Facultad. Escribe para espacios académicos y literarios.



Fotografía Pablo Figueroa

SEGUNDA PARTE:

EL PODER PSIQUIÁTRICO Y LA LEY DE SALUD MENTAL

**LA DESARTICULACIÓN DE LA JERARQUÍA PSIQUIÁTRICA:
UN NUEVO LUGAR PARA LES PSICÓLOGUES**

SEBASTIÁN M. FIGUEROA

Facultad de Psicología
(Universidad Nacional de Córdoba)

JUAN C. KLOR

Facultad de Psicología
(Universidad Nacional de Córdoba)

Introducción

Durante el debate previo a la sanción de la Ley N° 26657, en la cámara de senadores de la República Argentina, el Dr. Marchant -por entonces, presidente de la Asociación Argentina de Psiquiatras-, afirmaba:

En los 40 años que llevo en esta profesión, siempre he trabajado con psicólogos y terapeutas ocupacionales -tengo libros escritos de la comunidad terapéutica- y nunca tuvimos ningún problema, al contrario, el psiquiatra se complementa con el psicólogo. Ahora,

cuando hablamos de internación de pacientes ahí sí tenemos problemas (Sr. Marchant en [Serra, 2019: 174](#)).

Lo que se planteaba por entonces era lo problemático que resultaba para la hegemonía psiquiátrica el deslinde de los privilegios asilares. Esto es, la pérdida de un tipo de eficacia que dotaba a los psiquiatras de las competencias para dictar internaciones y externaciones. Desde el principio, el debate se centró en dos ejes que el proyecto de ley contemplaba y que implicaba la disrupción de los órdenes hasta el momento establecidos. Según [Serra](#) (2019), por un lado, en el eje hospitalario de atención, gran parte de la polémica se centró en la resistencia del modelo médico a la *desmanicomialización* que proponía el proyecto. Por otro lado, el debate pivoteó sobre las incumbencias, la formación de los profesionales de la Salud Mental, como así también sobre los nuevos lugares que ocuparían dichos profesionales en la atención de los padecimientos. Estas dos aristas dejaron en claro lo que entendemos como la resistencia psiquiátrica a la pérdida de la hegemonía en el campo de la Salud Mental. Más adelante, veremos qué motivó esta pérdida y por qué la desmanicomialización y la ruptura de la primacía psiquiátrica se encuentran íntimamente ligadas.

Consideramos que, si bien han pasado más de diez años desde el inicio del debate del proyecto de ley, es necesario revisar las nociones que aún hoy en día dominan el terreno de la Salud Mental. La [Ley 26657](#) promueve una inversión de la jerarquía, que rompe con la disimetría clásica propuesta por la psiquiatría y el modelo médico-hegemónico. Las nuevas estructuras de abordaje en Salud Mental promueven lógicas grupales y vinculares, tanto a nivel de atención como a nivel terapéutico. La inclusión de otros modelos teóricos y, con

ellos, otros profesionales, rompe con la fijeza del discurso de saber-orden-poder médico.

Es por esto por lo que nos preguntamos: ¿cómo impacta la nueva Ley de Salud Mental 26657 en la ruptura de las disimetrías y jerarquías psiquiátricas? Vale decir, ¿qué lugares en el campo de la salud mental conservan su fijeza? y ¿por qué? ¿En qué lugar se encuentra el núcleo sobre-determinado de la resistencia médica? ¿Qué poder-saber-norma los sostiene?

Nos apoyaremos en la mirada foucaultiana, justamente, para no restringir nuestro campo de análisis. Comprendiendo que el *poder psiquiátrico* al que nos referiremos no se agota en la figura del psiquiatra. Sino que, antes que nada, se trata de un poder que puede ser ejercido por cualquier profesional, o no profesional, implicado en las dinámicas de atención en el campo de la Salud Mental. Es decir que, además de abordar las dinámicas y operatorias del poder psiquiátrico, lo que pretendemos es descubrir cuál es el lugar que la Ley 26657 le ha reservado a los psicólogos. Como quedó advertido en la producción de Foucault, estar al tanto del poder no significa no estar al servicio de este en cuanto a su reproducción y recreación infinita.

Los psicólogos, por tanto, no están excluidos de las dinámicas del ejercicio del poder. El sistema de relevos en el que se basa la tradición psiquiátrica de atención requiere un aval profesional para sostenerse. Más aún, comprendemos que la Ley 26657 ha socavado este sistema de relevos de tal forma que su primacía ha quedado asegurada. No es ya el problema de la psiquiatría y su mirada asilar, sino que estamos ante una estructura que, así como se valió del discurso psiquiátrico, también puede valerse del psicológico. Foucault dirá que ya es tarde, para la psicología, esta advertencia: es un discurso de orden disciplinario. Por nuestra parte, la [Ley 26657](#), su debate y sanción, nos da tiempo para pensar las teorías y los

quehaceres. Pero, principalmente, los compromisos éticos que orientarán nuestras prácticas.

1. La jerarquía psiquiátrica

Foucault cita unos párrafos de Foderé, quien describe, en rigor de ideal, cómo debe ser el entorno y el clima de un asilo mental. El común denominador es el *orden*: debe regir en todos los espacios y estar presente en todos los actores. Para el orden, asilar los cuerpos son tan sólo “...superficies que es preciso atravesar y volúmenes que deben trabajarse [...] de modo que sean parasitados y trabajados por él” (Foucault, 1973-74: 16). El orden es, entonces, no solo aquello que debe permanecer inmanente en el aire y los espacios, sino que tiene un fin muy específico: penetrar los cuerpos. La forma que emplea es toda una estructura de relaciones de poder, en la que están insertos los actores del sistema de relevos del asilo mental. Pero, antes de comenzar a describir las herramientas que se utilizan en el modelo manicomial, haremos dos precisiones más que menciona Foucault (1973-74) y que terminan de aclarar la idea de la importancia del orden en los asilos.

En primer lugar, tenemos una argumentación de tipo epistemológica. El *orden* permite crear un espacio aséptico para que el saber médico funcione correctamente sin irrupciones ni fallas. Es decir, el saber médico reclama el orden en tanto este le permite realizar prescripciones y terapéuticas sin la injerencia de agentes que contaminen el saber. Solo así se puede construir y hacer perfectible un saber médico válido y objetivo. Foucault (1973-74) denomina a esta operatoria: *esquema prescriptivo de regularidades*.

En segundo lugar, [Foucault](#) (1973-74) encuentra en el modelo asilar una argumentación, que justifica la terapéutica imperante en dicha estructura. El orden es condición de curación. Sin orden la curación no es posible. El desorden, el descontrol, los sentimientos, las pasiones, alejan al paciente del saber médico indispensable. Esta condición terapéutica justifica y demuestra lo indispensable que es, para el funcionamiento asilar, el uso de la *violencia*. La curación se da, exclusivamente, dentro de una distribución regular del poder. Podríamos expresarlo del siguiente modo:

orden = esquema de regularidades + terapéutica

Pero más allá del orden, toda la estructura asilar está atravesada por una disimetría que está asociada a una instancia interna del asilo, a partir de la cual se realiza el reparto y la dispersión de la disciplina. Dicha instancia está dotada de poder ilimitado al que nada debe ni puede resistírsele. Esta instancia es el médico, que funciona “como poder mucho antes de funcionar como saber” ([Foucault, 1973-74: 18](#)). ¿Quién es el médico del que habla Foucault? Es el médico/poder que subyace en la literatura y práctica psiquiátrica de Fodéré, Pinel, Esquirol y Haslam. Sin embargo, tanto el trabajo de Foucault, como el presente, no pretenden confeccionar una historia de la psiquiatría, sino, más bien, lo que se sostiene es que este modelo impera, con algunos *aggiornamentos*, en la actualidad.

El poder se presenta, en primer lugar, como un personaje a través del cual se establece primordialmente la relación psiquiátrica. Este personaje es el *físico mismo del médico*, con una caracterización morfológica bien definida en la que se destacan cualidades físicas. El cuerpo del médico es el punto de sobre- determinación en el cual se encarna el poder

psiquiátrico. A diferencia del cuerpo del loco, la disimetría asilar le permite al médico no ser presa de las tácticas, sino que es la condición de posibilidad de toda táctica.

Esta concepción del médico-*encarnación-del-poder* le permite a Foucault deconstruir la estructura asilar: las instituciones no funcionan en cuanto a reglas, sino que el asilo mismo es un campo polarizado por una disimetría que toma forma en el cuerpo mismo del médico. Toda la arquitectura asilar se apoya sobre su espalda. Para dimensionar la trascendencia del cuerpo del médico en este orden, [Foucault \(1973-74\)](#) extrae una cita de “*Traité du délire, appliqué à la morale et à la législation*” de François Fodéré publicado en 1817:

Un hermoso físico, es decir, un físico noble y varonil, es acaso, en general, una de las primeras condiciones para tener éxito en nuestra profesión es indispensable, sobre todo, frente a los locos, para imponérselos. Cabellos castaños o encanecidos por la edad, ojos vivaces, un continente orgulloso, miembros y pecho demostrativos de fuerza y salud, rasgos destacados, una voz fuerte y expresiva; tales son las formas que, en general, surten un gran efecto sobre individuos que se creen por encima de todos los demás. El espíritu, sin duda, es el regulador del cuerpo; pero no se lo advierte de inmediato y requiere las formas exteriores para arrastrar a la multitud (Fodéré en [Foucault, 1973-74: 18](#)).

Sin embargo, como sabemos, desde la perspectiva foucaultiana, el poder no es algo que tenga alguien en particular, ni tampoco algo que sea capaz de emanar de un cuerpo (Foucault, 1973-74) aunque este sea el de un médico. Vale decir, no basta con el médico. El poder psiquiátrico al que se refiere Foucault (1976), no deviene de la institución asilar en sí misma, ni de sus aparatos que darían garantía de sujeciones exitosas, estas son más bien formas terminales. [El poder] “no debe ser buscado en la existencia primera de un punto central, en un foco único de soberanía del cual irradiarían formas derivadas y descendientes” (Foucault, 1976: 89).

El poder no es algo que alguien posee o algo que emane de alguien: el poder se ejerce a partir de innumerables puntos (Foucault, 1976); no se agota con el médico, ni con la estructura que sobre este se cimenta. Tampoco con el saber que las condiciones institucionales producen. En este orden, la disimetría también es insuficiente. El mero hecho de la existencia de una asimetría no da cuenta del ejercicio de un poder. En ese campo polarizado que es el asilo, la asimetría psiquiatra -paciente tan solo nos indica quién ejerce sobre quién el poder. El poder funciona en tanto puede establecerse un sistema de diferencias. Sin embargo, hay algo medular capaz de capturar la operatoria del poder psiquiátrico en el asilo mental. “El poder está en todas partes; no es que lo englobe todo, sino que viene de todas partes” (Foucault, 1976: 89). Para esto, se requiere de un sistema de relevos que permita que el poder médico funcione, vale decir, que se disperse y que se produzca a cada instante. Las relaciones de poder funcionan como relevos de este. Lo producen y presentifican permanentemente.

$$\frac{\text{relaciones}}{\text{relevos}} = \text{poder}$$

En la dimensión asilar, el sistema de relevos está caracterizado por los profesionales y no-profesionales que *atienden* al paciente. Estos son: el vigilante y el sirviente. Ambos son relevos del médico. Son condición de posibilidad de la omnipresencia de este y de la omnipotencia del poder.

En primer lugar, tenemos a la figura del vigilante. Sobre él, [Foucault](#) (1973-74) nos dice que sus tareas principales son informar al médico sobre los enfermos; ser la mirada no armada, no erudita; ser el canal óptico a través de la cual va a observar la mirada erudita (médico); además, nos dice que su mirada debe caer sobre los enfermos y sobre los sirvientes y que, aunque está dentro del sistema, se encuentra en una posición asimétrica respecto del vigilante. Es decir, en este sentido, que el vigilante es el amo entre los últimos amos y aquel cuyo discurso, mirada y observaciones deben permitir la constitución del saber médico. Dice Foderé sobre la figura del vigilante:

El vigilante de insensatos es menester buscar una contextura corporal bien proporcionada, músculos llenos de fuerza y vigor, un continente orgulloso e intrépido cuando llegue el caso, una voz cuyo tono de ser necesario, sea fulminante; además, el vigilante debe ser de una probidad severa; de costumbres puras, de una firmeza compatible con formas suaves y persuasivas [...] y de una docilidad absoluta a las órdenes del médico (Foderé en [Foucault, 1973-74: 16](#)).

En segundo lugar, tenemos los *sirvientes*, quienes encarnan la posibilidad del poder de mirar a los enfermos desde el plano de la cotidianidad. En el simulacro del servicio,

quedará asegurada la cobertura del enfermo por la voluntad del médico. El sirviente debe encontrarse en una posición de *merodeo* con respecto al enfermo. Así, el sirviente es el poder de abajo, no solo porque es el último relevo sino porque debe estar *debajo* de los enfermos. Pero solo en apariencia obedecen las órdenes de los enfermos.

Tanto los médicos como los vigilantes y los sirvientes forman parte del sistema de relevos, vale decir, se encuentran en una disposición táctica que le permite al poder estar en todo el asilo. La táctica asilar tiene un objetivo: resolver el problema de la victoria. Retomamos aquí la noción de la institución asilar como un campo polarizado en el cual entran en tensión dos términos opuestos, por un lado, el enfermo mental, por el otro, la táctica asilar. En el caso del enfermo mental, este es caracterizado, por el modelo psiquiátrico, como un sujeto cuyas pasiones y fuerzas se encuentran descontroladas. La violencia del enfermo representa uno de los polos del asilo. El eje del espacio asilar se apoya sobre la premisa que afirma: “hay un poder amenazante que es preciso dominar o vencer” ([Foucault, 1973-74: 22](#)).

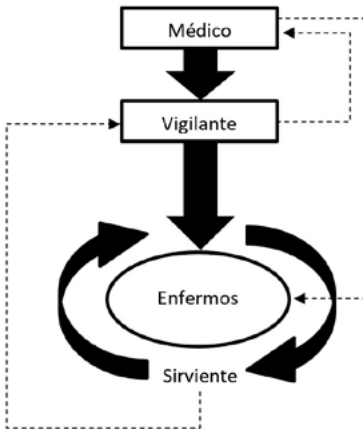


Figura 1

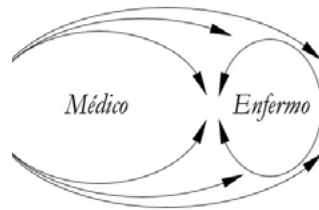


Figura 2

2.1. La táctica asilar

Por “táctica asilar” entendemos a la multiplicidad, la dispersión y el sistema de diferencias y jerarquías a partir de los cuales se ejerce el poder psiquiátrico. Esta táctica parte de la siguiente premisa: los individuos ocupan sitios determinados y cumplen funciones específicas (Foucault, 1973-74). Como ya quedó descrito, dentro del espacio asilar, el poder se reparte a partir de la disimetría médico-paciente. Al ser esta la relación de poder que inicia la serie, parten de esta los flujos de poder que luego se dirigirán hacia todos lados impregnándolo todo (Foucault, 1976). La distribución de la táctica asilar es el fundamento de la objetividad y de la verdad del discurso psiquiátrico.

En primera instancia, por “multiplicidad” se comprende la variabilidad de ejes infinitos a partir de los cuales se estructura el poder. Esto es, el físico del médico, la arquitectura asilar, los reglamentos y los aparatos, como así también las tecnologías involucradas. Es decir que se trata de aquellos polos a partir de los cuales se logra que el poder “venga de todos lados” (Foucault, 1976: 89).

Luego definimos la *dispersión* como el flujo de poder que emana del médico como sujeto de saber/poder, pero, además, como el referente principal de la cadena de relevos. La dispersión fuerza a todo y a todos a estar bajo el poder psiquiátrico, incluso puede prescindir de la existencia misma del médico, lo cual la relaciona con la noción de *multiplicidad*. Basta que un articulador nucleee el sistema para que opere la dispersión.

Posteriormente, se entiende por diferencia a la ya descrita disimetría o asimetría asilar. Es decir, a la noción que establece un sistema de inteligibilidad a partir del cual se establece

una racionalidad de la diferencia. El médico, por diversos supuestos que escapan a nuestra investigación (culturales, sociales, políticos, etc.), se encuentra en una posición de superioridad ontológica incapaz de ser puesta en cuestión. Claramente, podemos identificar aquí la articulación saber/poder operando.

Por último, la noción de *jerarquía* nos remite a la utilización de una estructura articuladora de las características anteriores. No solamente se trata de distinguir roles o funciones, sino, más bien, de organizarlos a partir de un sistema que resulte operativo para el ejercicio del poder. Tal y como plantea Foucault en *Vigilar y Castigar* (1975), la vigilancia jerárquica es una de las tres formas de encauzamiento de las conductas. Su disposición triangular de relevos responde a dos funciones. En primer lugar, forma una red sin huecos; mientras que, en segundo lugar, es lo bastante discreta como para no ser obstáculo sino más bien facilitador de los efectos del poder. Es menester aclarar que la organización jerárquica de la vigilancia tiene el funcionamiento de una maquinaria. Por ello, más allá de darle un lugar privilegiado al médico, es el aparato en su totalidad el que produce poder y distribuye a los cuerpos en el espacio.

$$\text{táctica asilar} = \left(\begin{array}{c} \text{multiplicidad} \\ \text{dispersión} \end{array} \right) + \left(\begin{array}{c} \text{disimetría} \\ \text{jerarquía} \end{array} \right)$$

Sin embargo, el poder no es exclusivo de ninguna de las características de la táctica asilar, sino que es exclusivo de las relaciones que surgen a partir de esta. Tanto la multiplicidad como la dispersión, la disimetría o la jerarquía, dan cuenta de un denominador común: las relaciones. “El poder no es algo que se adquiera, arranque o comparta [...] el poder se ejerce a

partir de innumerables puntos, y en el juego de relaciones móviles y no igualitarias” ([Foucault, 1976: 91](#)).

La táctica es independiente del modelo asilar. Se desprende incluso de las relaciones mismas. Toda relación encubre una táctica a partir de la cual el poder opera. Estar advertidos de esto a nivel de la Salud Mental, nos permite estar advertidos de cómo se estructuran los engranajes del poder. La táctica asilar ha predominado por sobre la psiquiatría desde su nacimiento, aun cuando los paradigmas médicos fueran variando. Es decir, el modelo por excelencia del poder psiquiátrico ha sido la disposición táctica en el espacio asilar. Sin embargo, como quedó demostrado, dicha táctica es capaz de prescindir de discursos disciplinares específicos. No opera a partir de una disciplina, sino a través de todas ellas.

3. Terapéutica e interdisciplina: dos inversiones jerárquicas

La sanción de la [Ley 26657](#), en 2010, fue un hito en el sistema de salud de Argentina ya que propone una nueva forma de abordar el padecimiento mental. Desde nuestra perspectiva, esta ley busca deconstruir de raíz el sistema del poder psiquiátrico descrito por Foucault. Dichas acciones se erigen, principalmente, por el abordaje interdisciplinario y la noción de *sujeto de derecho* del usuario.

Entendemos que ambos conceptos, fundamentales en la constitución y espíritu de la ley, generan inversiones jerárquicas en las estructuras del poder psiquiátrico. El abordaje interdisciplinario es uno de los ejes elementales de la ley, ya que plantea que distintos saberes, técnicas y prácticas

profesionales confluyen en la atención de la salud de los usuarios de Salud Mental. En su artículo 13, se expone:

Los profesionales con título de grado están en igualdad de condiciones para ocupar los cargos de conducción y gestión de los servicios y las instituciones, debiendo valorarse su idoneidad para el cargo y su capacidad para integrar los diferentes saberes que atraviesan el campo de la salud mental. Todos los trabajadores integrantes de los equipos asistenciales tienen derecho a la capacitación permanente y a la protección de su salud integral, para lo cual se deben desarrollar políticas específicas ([Ley N° 26657, 2010](#)).

Una de las finalidades de la ley es desprenderse del paradigma biologicista y mono causal que justifica el tratamiento meramente farmacológico, tal como lo entiende la psiquiatría clásica. En cambio, plantea un paradigma emergente, multicausal y complejo, sosteniendo que la salud mental es el resultado de procesos influenciados no solo por factores biológicos sino también por factores sociales, culturales, económicos, históricos y psicológicos. Indefectiblemente, se necesita un abordaje interdisciplinario a causa de la complejidad del padecimiento del usuario.

Ahora bien, la consecuencia que genera en la jerarquía psiquiátrica trabajar con dicho paradigma y, por consiguiente, con la interdisciplina, es la destitución del lugar del médico como el personaje, dentro de este sistema psiquiátrico, que ejerce el poder sobre el usuario. Esto produce la democratización del lugar de conducción y gestión con otros profesionales de la salud mental, según amerite la situación. A partir de esto, el

campo polarizado en una asimetría ya no se hace cuerpo en el médico, sino en un conjunto de profesionales que trabajan de manera interdisciplinar e intersectorial.

Otro eje esencial de la ley, que subvierte la lógica jerárquica de la psiquiatría, es la concepción de usuario del sistema de salud mental. En los desarrollos teóricos de la psiquiatría clásica vemos, de manera recurrente, un sujeto peligroso al que se busca encauzar. El fin de ello es hacer que el paciente acepte pasivamente las decisiones e indicaciones del médico. Es decir, es solo un cuerpo que el poder atraviesa, a causa de la gran asimetría. De nada sirve la perspectiva del trabajo interdisciplinar si no adscribimos a la conceptualización del *usuario* del sistema de salud mental. En toda intervención que se circunscribe al marco de la Ley, se parte de la presunción de capacidad de todas las personas. En tanto sujeto de derecho, y con capacidad de ejercerlo, el usuario tiene una participación decisiva a lo largo del tratamiento. En el artículo 7, se detalla cada uno de los derechos que le corresponden al sujeto, entre los cuales destacamos:

el derecho a poder tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento dentro de sus posibilidades, y el derecho a que el padecimiento mental no sea considerado inmodificable ([Ley N° 26657, 2010, art.7, inc. k; inc. n](#)).

Sin dudas, a partir del trabajo interdisciplinario y de la noción de *usuario*, se desarticuló la jerarquía del poder psiquiátrico. Sin embargo, lejos de caer en un nihilismo, buscamos romper los cimientos para construir nuevas formas de pensar la Salud Mental a partir de la dimensión ética de los

profesionales intervinientes. Para ello, nos interrogamos sobre el lugar de los psicólogos en la constitución de las nuevas prácticas y terapéuticas que se desprenden de la Ley de Salud Mental.

3.1. Nuevas prácticas en salud mental: el lugar de los psicólogos

La Ley 26657 coronó, en nuestro país, un proceso que se había iniciado con las declaraciones internacionales en materia de salud mental integral basada en la perspectiva de los derechos humanos. Los movimientos sociales ligados a la defensa de los derechos de los usuarios comenzaron también a poner en jaque a las premisas con las que la psiquiatría venía trabajando. Tanto las normativas como las luchas populares y nuevas producciones teóricas (como las de Foucault), produjeron una revolución que arrancó a la psiquiatría de la primacía racional y disciplinar. Los fragmentos de debates citados anteriormente y el resurgimiento de la puesta en cuestión de la Ley 26657, a partir de los medios de comunicación, dan cuenta de cómo la psiquiatría lee la ley como una pérdida de hegemonía.

En primer lugar, se presenta una cuestión de delimitación paradigmática. La Ley 26657 reconoce a la salud mental “como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales biológicos y psicológicos” ([Ley N° 26657, 2010, art. 3](#)). Es decir, ya no se trata ni de enfermedad, ni de locura reducidas al cerebro o a la electroquímica neuronal, sino que se contemplan dimensiones disciplinarias que involucran otros saberes y no específicamente el psiquiátrico.

En segundo lugar, tenemos la cuestión del abordaje interdisciplinario. La ley sostiene que:

se debe promover una atención en salud mental que esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados [...] se incluyen áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes ([Ley N° 26657, 2010, art. 8](#)).

Es decir que no se restringe el campo al psiquiatra, sino que se incluyen otras disciplinas, que incluso en primera instancia no están reconocidas socialmente como integrantes de los procesos de Salud Mental. “Los profesionales con título de grado están en igualdad de condiciones para ocupar cargos en conducción y gestión de los servicios y las instituciones” ([Ley N° 26657, 2010, art. 13](#)). Vemos, además, que la ley plantea una horizontalidad de saberes entre el psiquiatra y los demás profesionales.

Por último, tenemos dos cuestiones que se vinculan entre sí. Primero, la premisa desmanicomializadora de la ley, en la que se pierde el asilo en tanto ente estructural y se intercambia por otro tipo de espacio que no responde ya a las características descritas del asilo ([Ley N° 26657, 2010, art. 14; art. 15; art. 16 y art. 27](#)). Segundo, se plantea la cuestión de las internaciones, campo por excelencia del médico psiquiatra. A partir de la sanción de la ley, es el equipo de salud el encargado de diagnosticar y determinar las condiciones de internación.

De este modo, vemos cómo la pérdida de la hegemonía disciplinar, e incluso de eficacia simbólica, decanta en un articulado legal. Así, la ley presenta el último obstáculo que presentaban las luchas anteriores. Asimismo, cabe aclarar que esta pérdida de hegemonía implica una gran responsabilidad por parte de los psicólogos y otros profesionales no

psiquiatras. Como vimos anteriormente, la pérdida de la hegemonía psiquiátrica representa un desafío para la psicología. La táctica asilar pasó de ser un instrumento psiquiátrico a ser una matriz condicionante de las disciplinas de la Salud Mental.

Con Foucault, hemos delimitado que la práctica inversión por excelencia no se restringe a las dimensiones interdisciplinarias o terapéuticas, sino que la inversión por excelencia es aquella que genera un nuevo modelo de producción/reproducción del poder. La retirada de la psiquiatría dejó sin eje ordenador a la táctica, por lo que la táctica misma pasó a ser eje orientador, ahora, de las prácticas y disciplinas en Salud Mental. Podríamos expresarlo de la siguiente forma:

$$\text{psiquiatría} \frac{\text{psiquiatría}}{\text{táctica}} \text{revolución} = \frac{\text{psiquiatría}}{\text{táctica}} = \frac{\text{táctica}}{\text{disciplina}} = \left(\begin{array}{c} \text{táctica} \\ x \end{array} \right)$$

Vemos cómo el nuevo lugar de los psicólogos debe permanecer fuera de los espacios que requiere para sí la táctica. El discurso psicológico es susceptible, como todo discurso, de encarnar una nueva táctica del poder, una nueva multiplicidad con su aparatología, una nueva dispersión -ahora orientada por la figura del psicólogo-, y una nueva jerarquía. Cabe preguntarse, entonces, si los pasos dados nos orientan, o no, en las direcciones deseadas. ¿Es intención de los psicólogos ubicar a la disciplina en torno al eje de la táctica? Esperamos que no, pero, aun así, debemos prestar atención a los signos de cristalización de cualquier modelo que reemplace al asilar y que aparezca como una alternativa creativa y liberadora.

Consideramos que dentro de esta perspectiva foucaultiana jamás podrá el discurso de la psicología desasirse completamente del poder. Pero sí somos optimistas con las instancias

emancipadoras, que la mayoría de las veces se relacionan con compromisos éticos más que con los disciplinares.

4. Los impasses de la legislación

Si bien hemos afirmado que la Ley 26657 desarticula la jerarquía psiquiátrica otrora ostentada por las instituciones mentales y por los médicos, debemos reconocer que, como todo ente legal, no permite una circunscripción completa de los fenómenos a una *emancipación* total del poder. [Foucault](#) (1977a) sostiene que uno de los interrogantes políticos pendientes de respuesta es aquel que se pregunta acerca de la ligazón entre la crítica a las tecnologías de encierro y el acontecer de las coyunturas políticas y sociales¹. Pero más necesario aún es, para el autor, preguntarse sobre la existencia de un núcleo social que es, por un lado, el blanco perenne de los dispositivos de poder y, por el otro, el único nodo capaz de desasirse efectivamente de dichos dispositivos. Foucault llama a este núcleo *la plebe*. Por una parte, *la plebe* no existe, pero sí *hay* plebe. Es decir, que ser plebeyo/a no es formar parte *per se* de una clase o estrato social, sino que la *plebe* es algo que habita las identidades de los cuerpos. Por otra parte, el autor sostiene que la *plebe* no es el punto más externo del campo del poder, sino más bien su resistencia más tenaz. Es por ello, también, que “la plebe es aquello que motiva todo nuevo desarrollo de las redes de poder” ([Foucault, 1977b: 53](#)). El movimiento para deshacerse del poder también lo recrea.

1- La pregunta de [Foucault](#) (1977a) intentaba abordar la espinosa cuestión entre la crítica a las tecnologías de normalización y la lucha contra el *gulag*.

Es esta paradoja la que motiva nuestro interrogante acerca de la condición real de la legislación como ente catalizador capaz de representar el nodo de resistencia del poder, en este caso psiquiátrico. Sostenemos que la legislación posee en sí misma un eje *plebeyo*. Sin embargo, nos preguntamos ¿cuáles son los mecanismos que se perpetúan en dicha ley? ¿En qué modalidades de encierro encuentra un límite? ¿Qué de la procedencia histórica de la psiquiatría moderna se conserva aún? Si la Ley 26657 produjo *movimientos* para deshacerse del poder psiquiátrico, ¿qué dispositivos se recrearon a partir de esta *plebe*? Para Foucault (1973-74), hay una escena que funda la psiquiatría moderna. Esa escena tiene como protagonista a Pinel quien, en lo que aún no era el hospital Bicêtre, decide soltar a los *locos furiosos* de sus cadenas y calabozos. Esta escena produce que los ingresados en el hospital reconozcan² al psiquiatra como aquel que los libera y eso los conduce a la curación. En esa escena se inscribe el dispositivo de control y vigilancia que se hará efectivo en todos los hospicios psiquiátricos, con este movimiento *se funda una nueva microfísica del poder* (Foucault, 1973-74: 55). La fuerza ya no es necesaria como mecanismo. En este punto, también nos preguntamos acerca de lo que se funda a partir de la escena de *liberación* que propicia la Ley 26657. Sostenemos que el principal mecanismo de control que perpetúa la *nueva ley* es la circunscripción al principio médico y al discurso universitario. La *hegemonía* de la razón sigue asentada sobre las bases de la eficacia simbólica de los profesionales de la *Salud Mental*. No solamente las decisiones tendientes a internaciones o exte-rnaciones, sino que la configuración del campo disciplinar de

2- Cabe señalar que aquí opera el principio de conversión judeocristiano. Esta escena era, pues, la ascensión de Cristo como salvador, aquel al que sus discípulos *reconocían al partir el pan* (Lc. 24, 30). Dicho reconocimiento implicaba un *cambio* de vida.

la psiquiatría permite la operación del poder incluso si es necesario prescindir del término “psiquiátrico”. Es decir, el lugar ocupado por la psiquiatría moderna puede ser ocupado por otra u otras disciplinas afines, o no, que conservan en dicha posición una fijeza particular que las predispone al ejercicio del poder. Esto se evidencia en la necesidad de contar con un psiquiatra o con un psicólogo para indicar internaciones. En este punto, la ley homologa al psicólogo con la figura del psiquiatra, quien, hasta el momento de la sanción, ostentaba el monopolio de la locura y la táctica asilar. Sin embargo, la operatoria del poder psiquiátrico no se agota en las primeras fases de las tácticas de disciplinamiento. Existe una suerte de algo que podríamos llamar *táctica terminal* que continúa operando en la ley a pesar de los esfuerzos por emancipar la *Salud Mental* de los discursos y prácticas normalizadoras.

[Foucault](#) (1973-74) postula que las lógicas asilares y la organización del mundo psiquiátrico no tiene como fin la cura. La concepción de *cura* de la psiquiatría no es la del proceso, sino la de la aparición espontánea. La *cura* acabará por manifestarse por trabajo y efecto del poder. Dicha noción de *cura* plantea cuatro interrogantes los cuales son descritos del siguiente modo:

[...] en primer lugar, el aislamiento en el asilo; segundo, una serie de medicamentos de orden físico o fisiológico: opiáceos, láudano, etc.; [tercero] una serie de coerciones propias de la vida asilar: la disciplina, la obediencia a un reglamento, una alimentación determinada, horas de sueño y trabajo; instrumentos físicos de coerción, y por último, también una medicación psicofísica, a la vez punitiva y terapéutica, como

la ducha, el sillón rotatorio, etc. ([Foucault, 1973-74: 169](#))

Estas prescripciones del poder psiquiátrico representan, para el autor, un *código tácito* por el cual se establece una relación de fuerza que subyace a todo abordaje psiquiátrico. Y es que esa relación de fuerza es aquella que desequilibrará el poder y lo ubicará del lado médico del binomio psiquiatra-paciente³. Lo que Foucault llama *marcación de poder* será vital para estructurar la asignación de poder al médico. Este mecanismo se pondrá en marcha a partir de la mostración del profesional como un *aparato imponente*. Este se correlaciona con lo que describimos anteriormente acerca de la figura del psiquiatra. Sostenemos que esta operatoria continúa vigente de modo tácito en la Ley 26657. Sin embargo, en este caso, no se trata de la figura física del psiquiatra, sino del *aparato imponente* del saber que constituye una verdad. El fenómeno social de la *anormalidad* interroga al saber y este inicia el proceso de construcción de una verdad, en tanto que dispositivo, para dar respuesta. Para [Foucault \(1975\)](#), la verdad y las instituciones que la ostentan son parte de la red que luego llamará *dispositivo*. La verdad, por tanto, no es una revelación, sino el proceso mismo que constituye los nexos entre los entes que componen el dispositivo. En este sentido, el aparato imponente del saber es argüido también por los nuevos profesionales que intervienen en el binomio tradicional. Se prescinde del psiquiatra como término unívoco en el campo psiquiátrico. Su lugar se hace intercambiable y se multiplica. Los discursos de la psicología y el trabajo social se atraviesan en la superficie de la *Salud Mental* y encuentran su corolario en la

3 - Hacemos referencia, aquí, a todas las conjugaciones disciplinares posibles de este binomio.

articulación de sus voces. En este punto, la interdisciplina es entendida como una operación de las lógicas panópticas. Se profundiza la incidencia de la mirada sobre aquel que padece, en favor de hacer más efectiva aún la cura. Para [Foucault](#) (1973-74), tanto la *marcación*, vale decir el desequilibrio, *de poder* y el *aparato imponente* se caracterizan por estructurar la pendiente que separa al médico del *loco*. Observamos que ambos principios se manifiestan y continúan operando desfiguradamente aún con las actualizaciones de la Ley 26657.

En primer lugar, el desequilibrio de poder sigue estando vigente: en el art. 8 se indica qué profesionales ostentan el patrimonio de salud mental⁴. A pesar de la ampliación del campo teórico, la operatoria realizada aquí es la de la *dispersión* del poder como un mecanismo para efectivizarlo. No se trata de una legitimación profesional del discurso psiquiátrico, para [Foucault](#) (1973-74), el poder no requiere ser legitimado. En este caso, estamos al frente de la ampliación de un único discurso que se articula de modo diverso con la realidad y los fenómenos. Lo que se consideran *aportes* de la psicología, enfermería y trabajo social son en realidad diversos modos narrativos de los discursos de sujeción articulados a partir del patrimonio de la razón.

En segundo lugar, el *aparato imponente* del saber se ve ampliado por la aparición de otros conocimientos referidos al padecimiento subjetivo. La verdad, que sí requiere ser legitimada en su proceso por la disimetría psiquiátrica, constituye una construcción global del fenómeno psiquiátrico a partir de diversos saberes que se encuentran conjugados en los equipos de abordaje. Lo que podría ser leído como la diversificación del discurso psiquiátrico es entendido por nosotros como la

4 - Esta expresión hacer referencia a una táctica y no a una estructura arquitectónica.

asunción de facultades a partir de las cuales el poder opera de un modo más velado y efectivo a la vez. Esto es, la información de la que se provee a los profesionales de los equipos es cada vez más acabada. La indagación permite penetrar los rincones más recónditos de la *psique*, el hogar, la economía del sujeto, la familia, etc. ...”Se trata de vulnerar, reducir la omnipotencia de la locura mediante la manifestación de otra voluntad, más vigorosa y dotada de un poder superior” (Foucault, 1973-74: 175). El grupo interdisciplinario vendría a confirmarle a los usuarios que ellos carecen de todo poder y que deben entregarse dócilmente a los efectores de la Salud Mental sin resistencias, pues están *rodeados* por todos los flancos. Aun así, se nos podría objetar que el equipo interdisciplinario no hace ejercicio de la violencia -como lo hacía otrora- para probar la carencia de poder del usuario. Una vez más, Foucault advierte que esta operación de destitución de *una* voluntad por *otra*⁵ puede vehiculizarse, también, a través de una demanda de estima y de confianza.

Por un lado, se nos presenta la cuestión de la existencia de un facto plebeyo, que subyace a la militancia, concreción y aplicación de la Ley 26657. Pero, por otro lado, nos encontramos con estos *impases* que ponen en jaque gran parte de la estructura la legislación y el abordaje en Salud Mental. No es tarea de esta investigación refutar a los organismos internacionales que promovieron la desmanicomialización en Argentina y gran parte de Latinoamérica. Este breve texto tampoco se orienta en una dirección que minimice la lucha de los colectivos de derechos humanos que resguardan la ley. Sino que se trata de una posición crítica respecto de lo que

5- Para profundizar en esta noción de destitución, recomendamos remitirse a la clase del 14 de noviembre de 1973 (Foucault, 1973-74).

toma la forma de una superficie sin irregularidades o de un ideal.

Por último, cabe hacer tres breves aclaraciones respecto de los componentes de la cura, noción que no figura en la Ley 26657, ni implícita, ni explícitamente. Resuena aquí la premisa foucaultiana: la cura sobreviene producto de un éxito en el tratamiento, tampoco es efecto directo de la terapéutica; la cura es el triunfo de una voluntad *soberana* por sobre otra que pretendía serlo. En este punto, se observa un viraje hacia las definiciones ampliadas de *cura*. Sin embargo, la no contemplación de una finalización del tratamiento resulta problemática, ya que la *salud mental* parece no estabilizarse o encontrar un punto de equilibrio en el que los dispositivos puedan *desprenderse* de los usuarios. De este modo, se perpetúa la sujeción de una voluntad soberana, en tanto que desde la existencia misma del sujeto esta reclama la concreción de sus acciones *naturales* en los cuerpos y las consciencias.

Referencias Bibliográficas

- Foucault, M. [1973-74] *El poder psiquiátrico*, Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2007.
- [1975] *Vigilar y Castigar: Nacimiento de la prisión*. Buenos Aires: Siglo veintiuno editores, 2018.
- [1976] *Historia de la Sexualidad 1: la voluntad de saber*, Buenos Aires: Siglo Veintiuno editores, 2008.
- [1977a] “Michel Foucault: la seguridad y el Estado (Entrevista con Robert Lefort)”, en Foucault, M. *El poder una bestia magnífica. Sobre el poder, la prisión y la vida*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno editores, 1994.

-----[1977b] “Poderes y estrategias. La teoría como caja de herramientas (Entrevista con Jaques Rancière)” en Foucault, M. *Microfísica del poder*, Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Siglo Veintiuno, 1994.

Ley Nacional de Salud Mental N° 26657, Ministerio de Salud de la Nación Argentina, Buenos Aires, 2010.

Serra, M. F. “Los debates en torno a la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657. Ensayo de lecturas e interrogaciones en clave habermasiana” *Cátedra Paralela*, (16), 159-182, 2019. Recuperado de: <https://doi.org/10.35305/cp.vi16.8>

SEBASTIÁN M. FIGUEROA

sebastian.figueroa@mi.unc.edu.ar

Cordobés, es estudiante del tramo final de la Licenciatura en Psicología de la Facultad de Psicología en la Universidad Nacional de Córdoba. Ayudante alumno de la Cátedra B de Problemas Epistemológicos en la misma casa de estudios. Editor de la Revista académica *Heterocronías. Feminismos y Epistemologías del Sur*.

JUAN CRUZ KLOR

juancruzklor@gmail.com

Nació en Córdoba, es Estudiante del tramo final de Licenciatura en Psicología de la Facultad de Psicología en la Universidad Nacional de Córdoba.

EL CUERPO DISCIPLINADO: RECUPERANDO SU SOBERANÍA

A PARTIR DE LA NUEVA LEY DE SALUD MENTAL

SOFÍA FIGUEROA

Facultad de Psicología
(Universidad Nacional de Córdoba)

Introducción

Michel Foucault, en la clase del 14 de noviembre de 1973, en su libro: [*El poder psiquiátrico*](#), nos ayuda a entender bajo qué lógicas funcionaba la psiquiatría del siglo XIX. Relata allí la escena de curación del rey Jorge III, donde explica el paso del poder soberano al poder disciplinario, con el fin de desarrollar su funcionamiento. De esta manera, esclarece cómo es que este último marca los cuerpos, apropiándose los.

Por lo tanto, en el presente escrito partimos de la [*Ley de Salud Mental N° 26.657*](#), sancionada en la Argentina en el año 2010, que permite pensar un giro a esta lógica disciplinar ya que la misma está basada en un enfoque de derechos. De esta manera, marca un camino de protección de lxs sujetxs y, en este sentido, un mejoramiento de la atención de la salud mental. Desde esta perspectiva, gracias a la Ley, es posible

plantear que los usuarios de los servicios de Salud Mental sean partícipes de sus tratamientos, pudiendo así ser los soberanos de sus cuerpos. Asimismo, guiados por estos planteamientos, formulamos la siguiente pregunta: ¿Cuáles son los aportes de la nueva Ley de Salud Mental para recuperar la soberanía del cuerpo perdida bajo los regímenes disciplinarios? Se puede considerar que la Ley Nacional de Salud Mental permite que los sujetos recuperen sus corporalidades, sustraídas por el poder en el terreno de los servicios asistenciales y de tratamiento de la salud mental.

[Foucault](#) (1973-74) presenta la práctica psiquiátrica inaugurada a principios del siglo XIX. La reconoce como el surgimiento de lo que podemos llamar “práctica disciplinaria”, una nueva *microfísica del poder* que va a barrer con lo anterior -el poder soberano del Siglo XVIII regido por la *macrofísica del poder*-. Es, de esta manera, que se van a introducir los elementos nucleares de todas las escenas psiquiátricas.

La psiquiatría de este nuevo siglo radica en la estrategia de crear cuerpos dóciles y sumisos bajo este poder disciplinar, donde lxs sujetxs son sometidxs a tratamientos en contra de su voluntad. En este sentido, se plantea como primer objetivo de este recorrido lo siguiente: identificar las lógicas disciplinares del poder psiquiátrico y el tipo de corporalidades que produce. Desde esta perspectiva, iniciamos realizando una primera actividad que se formula del siguiente modo: reconstruir cómo operan los dispositivos disciplinares sobre el cuerpo. Al desarrollar esta actividad, esperamos como resultado que se logre, a partir de la escena de curación del rey Jorge III, reflexionar sobre cómo el poder psiquiátrico produce cuerpos dóciles y funcionales a las relaciones de poder.

En este sentido, coincidimos con [Michel Foucault](#) que, en 1973, presenta una escena de curación, la del monarca Jorge III donde se ilustra cierta táctica de manipulación de la

locura, donde se dibujaba la trama de relaciones de poder con la que se esperaba conducir a la curación. Así, a partir de tal situación, quedan definidos, en esa escena, los inicios de la psiquiatría del siglo XIX.

La nueva [Ley de Salud Mental N° 26657](#) está atravesada por una perspectiva de derechos humanos, la cual tiene por objetivo asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas y el pleno goce de estos en todos los usuarios con padecimiento mental. Podemos pensar así que la Ley reconoce a los sujetos como activos en sus tratamientos, donde nos da la posibilidad de pensar un nuevo orden a la estrategia disciplinar de sumisión con la que operaba la psiquiatría del siglo XIX. La nueva mirada implica, así, que las personas pueden decidir sobre sus cuerpos, evaneciéndose con esto la modalidad de pasividad con la que la disciplina pretende abordar. Desde esta perspectiva, iniciamos realizando una segunda actividad que se formula del siguiente modo: describir el enfoque de derechos en la Ley de Salud Mental. Al desarrollar esta actividad esperamos promover como resultado la reflexión acerca de cómo la Ley Nacional de Salud Mental, al recuperar una mirada vinculada al enfoque de derechos, permite agenciar a los usuarios de los servicios de Salud Mental como sujetos activos que deciden sobre sus cuerpos; en oposición a las lógicas del poder psiquiátrico, que trata a estos últimos como pasivos y reduce el cuerpo a un objeto de operaciones del poder.

La soberanía de los cuerpos perdida bajo los regímenes disciplinares

La escena de curación de un monarca de Inglaterra, Jorge III, que analiza [Foucault](#) en 1973, se vuelve importante

porque presenta exactamente lo que por entonces era la práctica psiquiátrica como manipulación reglamentada y concretada de las relaciones de poder. Se explica allí que el rey cae en la manía y para que su curación sea más rápida y sólida, no se pone ninguna restricción a las medidas de quien lo dirige. Todo el aparato de la realeza se desvanece y el monarca, alejado de su familia y de todo lo que lo rodea, queda confinado en un palacio. Se lo encierra solo en una recámara, cuyos cristales y muros son cubiertos con colchones para impedir que se hiera y para que no pueda tener ningún contacto con el exterior. El autor explicita: “Quien dirige el tratamiento le informa que ya no es soberano y le advierte que en lo sucesivo debe mostrarse dócil y sumiso” (Foucault, 1973-74: 36). Sus antiguos pajes quedan a cargo de atender las necesidades del rey, pero también de convencerlo que se encuentra bajo dependencia y que, de allí en más, debe obedecerlos. “Guardan con él un tranquilo silencio, pero cuanta oportunidad se les presenta le hacen sentir la superioridad de su fuerza” (Foucault, 1973-74: 36).

El monarca recibe con dureza a su antiguo médico, donde lo embadurna con suciedades y basura. Ante esto, uno de los pajes lo toma y lo arroja con fuerza sobre un montón de colchones. Allí lo desviste, lo lava, le cambia la ropa mirándolo con altivez. En el relato, cuenta el autor que se establecieron lecciones similares y reiteradas por intervalos, durante meses con el fin de producir una curación sólida y sin recaídas.

Foucault (1973-74) pone en evidencia que, en la escena de Jorge III, aparece el sujeto reducido a la pasividad y marcado por la disciplina. Nos permite pensar que su cuerpo ya no le pertenece, que su voluntad no importa. Se trata de poner al rey bajo una dependencia total, donde todo el aparato de la realeza se desvanece y lo que aparece, en el fondo, es una ceremonia de destitución; una especie de coronación al revés,

establece el autor. En la escena, el médico de manera explícita le informa que “ya no es soberano”, siendo así el operador del descoronamiento. Podemos pensar, a partir de esto, que ya no es soberano ni de su propio cuerpo.

Hay una destitución, una caída del rey, donde el monarca ha perdido su soberanía. Con esto hay un paso del poder soberano a otro, el de la disciplina, cuyo efecto no consiste en consagrar el poder de alguien, sino en recaer sobre el cuerpo de la persona. En este nuevo poder, que busca la docilidad y sumisión, quien se resiste obtiene un castigo; como ejemplo, Foucault relata: “el vigilante le anuncia que, por mostrarse tan indócil va a privarlo del agua fría” (1973-74: 49).

El rey queda reducido a la impotencia, a la imposibilidad de decisión sobre su persona, sobre su tratamiento y su cuerpo. El autor esclarece: “Por obra de ellos, todas las funciones esenciales de la monarquía quedan, en sentido estricto, puestas entre paréntesis” (Foucault, 1973-74: 38). Es entonces que, en lugar de los signos de la corona y la espada, ya solo están los colchones, que lo encierran y lo reducen en el sitio que se encuentra, a lo que es, es decir, a su cuerpo.

Hay, en esto, una inversión y un desplazamiento: mientras que, anteriormente, a quien atentara contra la soberanía, se le habrían arrojado piedras e inmundicias y se lo habría ejecutado; la disciplina que interviene ahora, al contrario, va a derribar, desnudar, lavar, hacer del cuerpo algo limpio y verdadero al mismo tiempo. Nos permite pensar que la finalidad es disciplinar el cuerpo, quitándole el poder de decisión a la persona sobre este.

El poder disciplinar, a diferencia del soberano, está repartido en red, funciona bajo una lógica de microfísica, de esta manera, es sutil y no se acaba con la mera destitución de quien lo porta. Es por lo que hace difícil su percepción concreta; a diferencia del poder soberano, no hay una figura en la cual

recae todo el poder, sino que este último se encuentra fragmentado y disperso en las relaciones de poder y los juegos de verdad. Hay así, una transformación de poder de soberanía al poder disciplinario, en donde el sujeto queda sujetado por las relaciones de poder impuestos por el poder. Los dispositivos disciplinarios ejercen sujeción bajo el cálculo reglado de la manipulación, la coacción y la extracción de las fuerzas del cuerpo. En esta misma línea, Foucault nos comenta: “Seamos muy antiinstitucionalistas. Lo que me propongo este año es poner de manifiesto la microfísica del poder, con anterioridad del análisis de la institución” ([Foucault, 1973-74: 52](#)) De tal manera, Foucault, desde sus conceptualizaciones, nos aproxima a una reflexión que nos permite comprender el modo en que los dispositivos disciplinares operan con los cuerpos, volviéndolos dóciles y útiles.

El enfoque de derechos de la nueva Ley de Salud Mental

La Ley de Salud Mental de la Argentina está marcada por una perspectiva de derechos humanos. En su artículo 3, parte de la presunción de la capacidad de todas las personas, donde la preservación y mejoramiento de la salud mental implica una dinámica de construcción social, vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona (cfr. [Ley N° 26657, 2010](#)).

Con el objetivo de reconocer los derechos, en el artículo 7 de la Ley, se establece la importancia de asegurar la recuperación y preservación de la salud, por lo tanto, lxs sujetxs deben recibir atención sanitaria y social integral y además humanizada (cfr. [Ley N° 26657, 2010](#)). Es por esto que tienen que ser

tratadxs con la alternativa terapéutica más conveniente para cada unx, aquella que menos restrinja sus derechos y libertades. En el mismo artículo, se explicita que las personas ahora tienen que ser informadas de manera adecuada y comprensible sobre sus derechos como usuarixs y de todo lo inherente a su salud y tratamiento.

Además, en el artículo mencionado, se especifica que la Ley se rige según las normas del consentimiento informado, donde se le debe informar a la persona todo lo que esté implicado en su tratamiento, definiendo así su modalidad de abordaje. Lxs sujetxs, de esta manera, poseen la potestad de tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento dentro de sus posibilidades; además, este debe llevarse a cabo en un ambiente apto con resguardo de su intimidad, con el pleno respeto de su vida privada y la libertad de comunicación.

Puede notarse la importancia que le da la Ley a la voluntad de las personas sobre sus tratamientos y esto es importante porque permite resguardar la dignidad, ya que, al reconocer estos derechos, no son meros objetos de manipulaciones. Se deja entrever, así, que este nuevo enfoque parte de una concepción activa de lxs sujetxs en relación con su salud mental, donde estxs ahora tienen la libertad de decidir, sin ser tomadxs como objetos, sin ser deshumanizadxs. En este sentido, la Ley implica un giro en cuanto a los mecanismos opresivos del poder disciplinario, ya que el sujetx ocupa una posición activa y, de tal manera, puede encontrar un margen de decisión con respecto a sus tratamientos, lo cual permite enfrentar, en alguna medida, las prescripciones normativizantes según las cuales se regía la psiquiatría del siglo XIX, en donde el cuerpo solo era objeto de órdenes y manipulaciones impuestas por los agentes del poder psiquiátrico, llevadas a cabo en las instituciones y en los tratamientos. Con la Ley Nacional de Salud Mental, el cuerpo puede empezar a emanciparse de estas

manipulaciones porque el sujeto recupera un territorio de soberanía: ahora se le debe informar y, en base a esto, puede tomar decisiones -dentro de sus posibilidades- sobre sí mismo, sobre su cuerpo, sobre distintos tratamientos y posibilidades de asistencia.

Conclusión

La Ley de Salud Mental, atravesada por este nuevo enfoque, marca un cambio con respecto a las concepciones de la psiquiatría del siglo XIX.

Foucault explica que la finalidad de la disciplina es ejercer poder, es hacer cuerpos dóciles y útiles afines a un sistema, perdiendo el eje de las capacidades de las personas, de sus garantías, sus preservaciones y libertades. El cuerpo es un objeto que debe disciplinarse y no le pertenece a nadie más que a este poder.

Al entender el enfoque de derechos que atraviesa la Ley de Salud Mental, se puede comprender que el individuo es el soberano de sí y recupera así la soberanía de su cuerpo, ya que se le devuelve la voz, la libertad de decisión y, por ello, la dignidad.

A partir de lo planteado, pueden surgir interrogantes: ¿Cómo se llevaría a cabo el tratamiento de Jorge III hoy en día? y ¿qué de ese poder psiquiátrico, que busca disciplinar, queda hoy en día en el ámbito de la salud mental?

Lo que sí podemos constatar con la nueva Ley es que hay un cambio importante en cómo se concibe a las personas con padecimientos y en cómo se concibe a lxs sujetxs en sí. A partir del nuevo enfoque, los cuerpos ya no son objetos ni campos

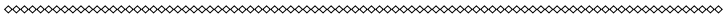
El cuerpo disciplinado: recuperando su soberanía a partir de la nueva Ley de salud Mental

de dominación, ahora -por el contrario- tienen y se les reconocen sus derechos, han recuperado su soberanía.

Referencias bibliográficas

Foucault, M. [1973-74]. *El Poder Psiquiátrico*. Buenos Aires. Fondo de Cultura Económica, 2014.

Ley Nacional de Salud Mental N° 26657. Argentina, Buenos Aires, 2010.



SOFÍA FIGUEROA

sofiafigueroafrandjie@gmail.com

Licenciada en Psicología de la Universidad Nacional de Córdoba. Cursando actualmente el Posgrado en Psicoanálisis con Atención Clínica en la Institución Fernando Ulloa. Bs As. Adscripta en la Cátedra Problemas epistemológicos de la Psicología y Ayudante Estudiante de la cátedra de Psicopatología, ambas de la Facultad de Psicología en la Universidad Nacional de Córdoba.

HACIA UNA PERSPECTIVA DE DERECHOS EN SALUD MENTAL: LA RELACIÓN ENTRE LOS DISPOSITIVOS DE PODER PSIQUIÁTRICO Y LAS DINÁMICAS FAMILIARES¹

DULCE LUNA ESPINOLA

Facultad de Psicología
(Universidad Nacional de Córdoba)

*Cuando una persona es violentada en sus derechos nos
violentan a todos*
([Carballeda et al., 2017](#)).

Introducción

En este trabajo, a lo largo del primer apartado, se realiza una exposición de las dinámicas del discurso asilar, esbozando dos distintos momentos en la concepción de lx usuarix de Salud Mental. Para esto, se propone una construcción histórica del aislamiento y, a su vez, se explicita la concepción de lx usuarix de Salud Mental. Posteriormente, en

1-El presente trabajo es redactado en lenguaje inclusivo mediante el uso de la “x” en pro de evitar el lenguaje sexista y binario. Su uso es avalado por la Resolución Rectoral del Honorable Consejo Superior de la UNC (RHCS-2019-1095-E-UNC-REC).

un segundo apartado, se desarrollan las novedades que trae el paradigma de derechos, en este se incluye una breve historización del trabajo en materia de derechos y, puntualmente, se abordan los postulados de la Ley N° 26657 en Argentina.

En el primer apartado, se presenta un desarrollo de un primer momento de la psiquiatría, donde lx sujetx es ligadx a la idea de peligrosidad y, en consecuencia, se lo debe aislar de la familia y de la sociedad como único tratamiento posible. Una concepción que lo desposee de derechos y voluntades y deposita en las decisiones de la familia, medicxs y poderes judiciales. Luego, se señala el segundo momento, donde se concibe a lx usarix ligadx a la idea de niñx y, por lo tanto, como alguien vulnerable que requiere cuidados.

Con respecto al segundo apartado del escrito, se aborda cómo el paradigma de derechos nos brinda una concepción activa y participativa de lxs sujetxs frente a su tratamiento. Se hace un desarrollo de los nuevos derechos que se proponen, haciendo hincapié en cómo la internación empieza a ser vista como la última opción de tratamiento y surgen nuevas alternativas que involucran al sujetx con padecimientos mentales subjetivos con la vida en comunidad.

Se invita a lxs lectores a reflexionar sobre cómo han ido modificándose las condiciones de lx usarix de salud mental, y, cómo el rol de lxs profesionales e involucradxs en el área ha afectado los derechos de lxs sujetxs.

El discurso aislar y la construcción del usarix apuntalado en las dinámicas familiares

Construcción histórica del aislamiento

[Michel Foucault](#) (1973-74), en la clase presentada en *El poder psiquiátrico*, aborda el discurso de verdad psiquiátrico,

cómo ejerce el poder, y cómo este se transforma en el discurso familiar. La historia psiquiátrica se ha caracterizado por la ruptura y desposesión de los derechos de la familia del usuari^x de Salud Mental. Se desarrollan dos momentos de la psiquiatría: el primero, que apela a una concepción de usuari^x de Salud Mental ligada a la peligrosidad y, el segundo, donde se la ve ligada a la idea de niñ^x.

En el primer momento, [Foucault](#) (1973-74) identifica la concepción de que el locx es un adversario social y peligrosx para la sociedad, es decir, se entiende que es un peligro para sus familiares y allegadxs. El aislamiento o reclusión se justifica con el fin de proteger a la familia, aunque puede llevarse a cabo como un procedimiento de interdicción o, incluso, independientemente de este. Siempre se trata de una reclusión de hecho, es un proceso irregular que concluye en la toma de posesión del locx. Esta aprehensión se basa en la captura de los cuerpos, el sujetx pasa por la derivación de su familia o de un profesional y, luego, por la posterior aprobación de la autoridad prefectoral – médica. Se considera al “locx” como una persona sujeta a la interdicción; esta es entendida como el acto que, al ser solicitada por la familia del usari^x, pasa por una posterior medida de orden judicial y, finalmente, pasa por la transferencia de los derechos civiles del individuo interdicto a un consejo de familia y del sometimiento del alienad^x al régimen de tutela.

Antes de continuar profundizando sobre el aislamiento, resulta pertinente esclarecer que, en [Foucault](#) (1974-75), para esta época, la psiquiatría se plantea como una institución de precaución social; entonces, como consecuencia, se patologiza lo que se sale de la norma, resultando peligrosx aquel considerado enferm^x/locx. Se clasifica a lxs individuos entre quien está enferm^x y quien no lo está. Además, es sencillo entender que, desde estas concepciones, lx locx, en cierta forma,

se pierde. No logramos diferenciar su estatus en las dinámicas familiares, ya que fue desposeído de estas. Ahora se lo vislumbra desde un campo técnico administrativo o médico estatal.

La técnica asilar de las que nos habla [Foucault](#) (1973-74), como herramienta de la disciplina médica, plantea cuatro principios que usa la psiquiatría de la época para explicar la ruptura terapéutica que justifica una ruptura necesaria entre el asilo y la familia. En primer lugar, un principio que contempla las ideas que refieren a la existencia de un saber técnico, según el cual jamás se podrá curar a un alineadx dentro de su familia. Se plantea que el medio familiar es incompatible con el manejo terapéutico que se requiere; por lo tanto, cualquier contacto con la familia, amigxs, hogar, es perturbador y peligroso y, en la medida de lo posible, se debe evitar. El espacio donde se aísla al usarix debe ser ajeno a su cotidianeidad. Acá se busca la distracción, la familia debe estar ausente, lx individux debe estar en un mundo completamente ajeno a lo cotidiano. El objetivo es que el sujeto nunca piense sobre su locura. En relación con esto, se plantea el segundo principio, donde se dictamina que la familia es la culpable del malestar. Al considerar que lo que produce la locura son los malestares cotidianos, se señalan como posibles causas las siguientes: problemas de dinero, separaciones, mal de amores, etc.

El tercer principio de esta psiquiatría ubica al usarix como un desconocedor de la causa de su malestar y como quien, por lo tanto, la busca en su entorno. Esquirol introduce el concepto de *sospecha sintomática* para hablar de la persecución, este lo plantea como el fondo donde se desarrollan las relaciones de lx enfermxx con su entorno. En esta línea, se plantea que si se pretende que lx usarix tome conciencia de su enfermedad y sepa que la extrañeza que percibe se debe a su malestar, es preciso desconectar su existencia de todos

esos personajes que lx han rodeado y que ahora son vistos como sospechosxs.

La última razón, siguiendo a Foucault, que encuentran lxs psiquiatras de la época para explicar la ruptura con la familia, es que dentro de esta existen relaciones y dinámicas de poder. Estas se piensan incompatibles con la curación de la locura, por dos motivos distintos: en primer lugar, porque, como las relaciones de poder alimentan la locura, se debe privar a lxs individuos de la situación de poder, de los puntos de apoyo de poder de que disponen en la familia. En segundo lugar, se piensa que, a causa de las diferencias entre el poder médico y el poder de la familia, si se quiere ejercer e imponer este poder médico sobre lx usuarix, es necesario dejar en suspenso todo lo relacionado con las configuraciones familiares.

Bajo estas concepciones, la familia nunca se ve involucrada en el tratamiento, no es concebida como un operador de la cura. Si eso es lo que se pretende, jamás se deben apoyar en elementos, disposiciones, estructuras, que puedan siquiera hacer recordar a la familia. En cambio, se concibe como instrumento para la cura al hospital médico de tradición panóptica.

Retomando a [Foucault](#) (1973-74), el hospital actúa como una máquina para ejercer el poder, actúa como un sistema de inspección permanente, de mirada interrumpida, lxs individuos están bajo mirada constante de quien es el encargadx de vigilarlxs. De este último, el autor nos plantea cuatro elementos que participan en la función operativa de la curación: uno de estos elementos es el principio de visibilidad permanente, que responde a la búsqueda de construcciones en donde lx locx siempre pueda ser visto, vigilado. Se piensa que lx usuarix debe ser y saber que está siendo vigiladx en todo momento, ya que así, lx sujetx no mostrará su locura. Otro elemento es el principio de la vigilancia central que hace referencia a

que, en los hospitales, existe un sector destinado a lx directorx, que debe estar en el centro para vigilar los pabellones que se encuentran dispuestos alrededor. A su vez, es una institución que se maneja con una jerarquía piramidal: guardianes, enfermerxs, médicxs y médicx jefx donde converge el poder-saber unitario y absoluto. Un tercer elemento es el aislamiento, donde se reproduce el mecanismo de la celda del panóptico de Bentham. En la clínica psiquiátrica de esta época, en este aislamiento, lx sujetx se encuentra asilado con otrxs usuarixs en una situación similar, esto encuentra un sentido en que se pretende que lxs locxs puedan captar la locura del otrx. Lxs médicxs les muestran a estas personas, que cada unx en ese lugar está enfermx. Se intenta que lxs usuarixs, de esta forma, comprendan triangularmente la locura de lxs demás y extiendan esto al punto de entender su locura. El último elemento que Foucault rescata de lo panóptico en los hospitales psiquiátricos es que, en estos, el asilo actúa en virtud del castigo inminente.

Siguiendo el análisis de [Foucault](#) (1973-74), en este sistema psiquiátrico la familia no cumple ningún papel, ha sido aseptizada, excluida y olvidada. Se genera un tipo de coerción completamente extrafamiliar. En un asilo, nada te hace pensar en la organización de los sistemas familiares; se trata más bien de un taller, la escuela, el cuartel. Y lx sujetx se ve ausente, perdidx y desposeídx de cualquier voluntad, las decisiones de su vida en torno a su tratamiento las están tomando lxs profesionales que lx rodean.

En referencia al otro momento de la historia de la psiquiatría que nos acerca [Foucault](#) (1973-74), es durante las décadas de 1850 y 1860 que empieza a circular la idea de que el locx es como un niñx y que, por lo tanto, es preciso ponerlo en un medio análogo a la familia. Desde esta idea, se comienza a plantear que el locx debe ser tratado como un niñx y la familia

es la que debe, desde los primeros tiempos, asegurar el tratamiento de la moral, el tratamiento modelo de todos los extravíos del corazón y del espíritu. El valor terapéutico lo tiene la familia y es el modelo concreto sobre el cual y, a partir del cual, se puede construir una ortopedia psicológica y moral. En esa época, se empieza a apelar a los sentimientos de la humanidad y no a las cadenas. Surgen las casas de salud de Brierre de Boismont, Blanche, en las que se empieza a poner en juego un intercambio económico a cambio de la cura de los padecimientos mentales.

Esta “colonización” de la familia se logró gracias al modelo de organización familiar, con la introducción de la familia a las tradiciones. La familia aparece como un remedio para lxs delincuentes y lxs locxs, es decir, de la condición de “salvaje”.

Siguiendo con esto, entonces, decimos que coexistían, por un lado, los hospitales más bien “militares” para lxs explotadx y, por otro, las casas de salud confortables para lxs ricxs. Sin embargo, es fácil distinguir que se siguen sosteniendo las dinámicas asilares, se sigue viendo que lx locx no se puede curar en su casa. Aunque en las nuevas dinámicas, como se le pide que pague la internación, existe un compromiso por garantizar una devolución a la imagen de la familia. El beneficio, dice [Foucault](#) (1973-74), es la prolongación del sistema de poder interno de la familia, lxs médicxs devuelven a una persona conforme, adaptada y ajustada al sistema de poder. Por lo tanto, el aislamiento fabrica individuxs re-familiarizados.

Es de este modo como los sistemas disciplinares tienen la primera función masiva y global de ajustar la multiplicidad de individuxs a los aparatos de producción o a los aparatos de Estado, que los controlan e incluso adaptan el principio de acumulación de hombres a la acumulación de capital. Estos sistemas, por su carácter normalizador, dan origen, por la exclusión, a anomalías, ilegalidades e irregularidades.

La construcción de lx usarix de Salud Mental

En este apartado, se pretende aclarar cómo se construye la concepción en torno al usarix de salud mental en ambos momentos de la psiquiatría que se propone historizar Foucault. En el primer momento del discurso psiquiátrico, la institución aislar se construye como un modelo panóptico, asociado a dinámicas de castigo cuasi militares o carcelarias. Se piensa que lx locx es un adversario social, peligrosx para la sociedad; se entiende que es un peligro para sus familiares y allegadxs. En el segundo momento, el aislamiento apela a las dinámicas familiares con el objetivo de la re- familiarización de lxs usarixs, por lo que se entiende que es unx individux que necesita de cuidados, tanto como un niñx. Podemos ver que en ambos momentos se construye una idea de que las personas con padecimiento mental están desposeídas de sus derechos, son excludxs de la vida en sociedad.

Un punto en común que tienen estos dos discursos es que lxs usarixs no forman parte de las decisiones que se relacionan con su tratamiento, por lo tanto, son puestxs en una posición pasiva. Son tratadxs de manera casi universal, es decir, despersonalizadxs, no se piensa cuáles alternativas son las más adecuadas. Como ya se dijo, es un aislamiento de hecho, la cura y el tratamiento están en el aislamiento, pero desde ambas concepciones vemos que la decisión de tratarse siempre queda a cargo de otrx: la familia, las autoridades judiciales y médicas, etc.

Son tratamientos que buscan la normalización de lxs individuos, que lxs locxs se vuelvan normales. Siguiendo a [Foucault](#) (1974-75), se analiza la norma como una técnica disciplinar de las sociedades, “la norma tiene principios de

calificación y corrección, por lo tanto, su función no es excluir, al contrario, siempre está ligada a una técnica positiva de intervención y transformación, a una especie de proyecto normativo” (Foucault, 1974-75: 57). Entonces vemos que, en la psiquiatría de la época, estaría circulando una idea de anormalidad en torno a los padecimientos mentales, a la cual se le otorgan las atribuciones propias de cada contexto. A su vez, no se está pensando la posibilidad de inserción a la vida en comunidad desde el trabajo en redes, sino, en eliminar la locura de lxx sujetxx para poder devolverle a la familia unxx individuo que sea capaz de vivir en familia, en sociedad y desenvolverse como es esperado.

La perspectiva de derechos / lxx usuarixx de Salud Mental como participante

Breve historización del trabajo en perspectiva de derechos

Históricamente, en el ámbito de derechos en Salud Mental, vemos gran cantidad de años de anulación de lxx sujetxx, de sus derechos y voluntades, de acuerdo con lo señalado en el apartado anterior. Se nota la predominancia del tratamiento a partir del aislamiento del sujeto, además del desposeimiento de derechos (no existe el consentimiento, por ejemplo). Es decir que se sostienen tratamientos violentos, arbitrarios, que apuntan a una normalización de lxx sujetxx anormal, locxx o peligrosxx.

Como dicen [Carballeda et al.](#) (2017), los antecedentes en el paradigma de derechos comienzan en la década del 60 y el 70, con movimientos locales e internacionales que cuestionan las prácticas de las dinámicas psiquiátricas o manicomiales.

Distintos sectores relacionados al área se han propuesto lograr un cambio del paradigma, tomando los distintos desarrollos en materia de derechos humanos de distintas legislaciones como, por ejemplo, la [Declaración de Caracas](#) (1990). En esta, se plantea la reestructuración de la psiquiatría asociada a la Atención Primaria de Salud, la cual promueve modelos alternativos centrados en la comunidad y dentro de sus redes; además, este proceso de reestructuración implica la revisión crítica del papel del hospital psiquiátrico; se propone que los tratamientos dados deben velar por los derechos humanos, posibilitando la integración en la comunidad; las legislaciones deben ajustarse y preservar estos derechos, se debe capacitar a los recursos humanos en salud mental y psiquiatría. Por último, los participantes deben comprometerse a desarrollar programas que promuevan todas las metas anteriores. Vásquez & de Salud en [Loor et al.](#) (2019), plantean que, antes de esta declaración, ningún país de Latinoamérica contaba con una legislación, planes o políticas de Salud Mental que traten sobre los derechos de los usuarios de Salud Mental. Recién ahora se comienza a incluir a los usuarios y a su familia a ser partícipes de la protección de sus derechos.

La Ley 26657 o [Ley Nacional de Salud Mental](#) (2010), como un movimiento innovador y de prácticas alternativas, viene a cuestionar la concepción sobre la persona en situación de padecimiento mental, reconociendo en primera instancia, los derechos fundamentales de las mismas, antaño vulnerados de manera reiterada. [Loor et al.](#) (2019) plantean que, hasta la elaboración de esta ley, Argentina no tenía muy trabajada la situación de vulnerabilidad de los usuarios, pero, luego, pasó a ser un referente por reconocer a las personas con, y en, sus derechos, porque se propuso la despatologización de los padecimientos mentales. También esta ley se propone reinventar los tratamientos, tomando en cuenta

distintas opciones psicoterapéuticas posibles, es decir, desde la interdisciplinaridad. Abandona la idea de un tratamiento basado en el uso exclusivo de psicofármacos. Además, se caracteriza por cambiar la concepción del criterio de “peligrosidad” por la del concepto “situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros”.

En esta línea, [Carballeda et al.](#) (2017) plantean que la ley introduce cambios conceptuales y operacionales en la salud del país. Requiere que se haga una revisión de las prácticas y concepciones que determinan las atenciones, por ejemplo, con respecto al consentimiento informado, relativo al aislamiento por internaciones de lxs usuarixs. En definitiva, todas las estrategias de tratamiento que nos propone la ley son marcadas desde políticas de derecho, siempre apunta a garantizar los derechos del sujetx.

Siguiendo con [Carballeda et al.](#) (2017), la ley se fundamenta en los principios internacionales de políticas públicas con gran abordaje del enfoque de derechos, a fin de garantizar la atención de las personas con sufrimiento psíquico, en el sistema de salud como usuarixs o en casos de crisis. La Ley Nacional de Salud Mental, entonces, surge como marco de referencia vinculado a la humanización del sujetx y a la garantía de sus derechos, cuestiones históricamente silenciadas. Nunca fue esperable que lxs actores judiciales se pregunten por qué una persona internada contra su voluntad gozaba de pocas garantías, o por qué no podía acceder fácilmente a un abogado o, simplemente, por qué la persona quería señalar su disconformidad con las condiciones en que debía transitar una internación.

Derechos de las personas con padecimiento mental

Los aportes a una nueva concepción de la *salud mental* se desprenden de la Ley N° 26657 en los siguientes términos:

...se reconoce a la salud mental, como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona ([Ley N° 26657, 2010, art. 3](#)).

Es decir, la Ley N° 26657 nos propone un abordaje de la salud mental y del sujetx desde una complejidad multidimensional. En la misma línea, la [Organización Mundial de la Salud OMS](#) (2017) define a la salud mental como un estado de bienestar integral, donde confluyen: el bienestar físico, mental y social, sin considerar la ausencia de enfermedades y padecimientos, en estas ideas podemos captar entonces que un estado de salud implica distintas dimensiones del sujetx.

Esta ley se posiciona con una concepción de *sujetx* donde todas las personas son capaces, donde nunca puede /debe hacerse diagnóstico sobre la base exclusiva de:

- Estatus político, socioeconómico, pertenencia a un grupo cultural, racial o religioso
- Demandas familiares, laborales, falta de conformidad o adecuación con valores morales, sociales, culturales, políticos o creencias religiosas prevaletes en la comunidad donde vive la persona.
- Elección o identidad sexual.
- La mera existencia de antecedentes de tratamiento u hospitalización.

[Loor et al.](#) (2019) identifican como un gran aporte de esta ley el abordaje de lxs usuarixs de Salud Mental desde su

padecimiento o sufrimiento subjetivo, por lo que ponen la atención en lo que las personas sienten, más allá de las clasificaciones que un profesional clínico pueda observar sobre determinados modelos de normalidad y patología. A su vez, también la ley incluye dentro de las problemáticas de salud mental, el tema de las personas que mantienen un uso problemático de las drogas. Por lo tanto, todos estos elementos constituyen avances en materia de derechos.

Bajo estas reformas, la existencia de un diagnóstico no autoriza, en ningún caso, a presumir riesgo de daño o incapacidad. Esto último solamente será planteado a partir de las evaluaciones interdisciplinarias, atendiendo a la subjetividad del caso por caso.

Uno de los mayores avances de la ley, según [Carballeda et al.](#) (2017), es en relación con la internación. Antes de la ley, existía la posibilidad de retener privada de libertad a una persona, sin su consentimiento. Lxs jueces decidían las internaciones, con un cuerpo médico, generalmente estas eran a destiempo y, cuando llegaban, muchas veces, el paciente ya estaba compensado. Pero el mayor conflicto se presentaba a la hora de la externación.

En relación con lo anterior, la implementación de la ley requiere que se prohíba la creación de hospitales monovalentes y exige la sustitución de los ya existentes. [Carballeda et al.](#) (2017) analizan que llevar a cabo esto requiere plantear un régimen de internación como recurso excepcional e, incluso, concebir un modelo de tratamiento ambulatorio, o puertas abiertas, poniendo énfasis en la rehabilitación psicosocial de lxs pacientes con un sufrimiento mental. Se considera que el paciente necesita atención psiquiátrica y psicológica permanente y necesita un taller donde realizar tareas de recreación.

En las anteriores prácticas, fue notable cómo el encierro y el aislamiento provocan pérdida de las habilidades sociales y, a la larga, generan dependencia y disminuyen capacidades de lx sujetx. [Loor et al.](#) (2019) identifican que, desde la ley, se propone un cambio al abordar los padecimientos, pensando tratamientos con el objetivo de integrar a la persona en la comunidad. Esto provocaría un cambio en el paradigma de la relación profesional- pacientes, ya que se busca fortalecer la autonomía, la competencia y la capacidad de lx sujetx que sufre para tomar decisiones sobre su propia salud.

[Loor et al.](#) (2019) concluyen que una de las metas de la ley es lograr que las personas que atraviesan padecimientos mentales sean tratadas en hospitales generales y no en instituciones psiquiátricas monovalentes. Se pretende garantizar que las internaciones sean breves y notificadas al juez, en caso de ser necesarias. En el capítulo 7 de la ley, se plantea: “La internación es considerada como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, y sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social...” ([Ley N° 26657, 2010, art. 14](#)).

En todo el capítulo, se resalta que siempre la internación es un último recurso y que se realiza bajo consentimiento de la persona que se va a internar, a excepción de casos donde el equipo de salud considere que hay riesgo cierto o inminente para sí o terceros. Además, siempre se debe promover el sostenimiento de los vínculos, el contacto entre las personas internadas y sus familiares, allegadxs, el entorno laboral y social. La internación, en definitiva, solamente se prescribe en función de criterios terapéuticos interdisciplinarios, porque la idea de riesgo cierto e inminente plantea que la persona está en una situación de crisis que amerita la internación, pero que cuando esté en condiciones de evitar los riesgos

tiene que ser dada de alta, ayudada y acompañada en el proceso de vivir en comunidad. Además, se precisa de revisión en un lapso no mayor a 10 horas posteriores a la internación, el juez debe haber sido notificado y debe pedir informes como máximo cada treinta días, igual que el órgano de revisión.

[Loor et al.](#) (2019) esclarecen que las personas que están pasando por una internación tienen derecho a que un abogado los represente si consideran que su internamiento se efectúa en contra de su voluntad. Además, nunca puede negarse la visita de sus familiares, lo cual incluye acceso a telefonía gratuita. Debe garantizarse que puedan salir cuando así lo deseen, en tanto no exista una situación de riesgo cierto o cercano.

Resulta pertinente resaltar, en esta parte, una selección de ciertos derechos que introduce la [Ley N° 26657](#), en el capítulo 4:

Derecho a recibir atención sanitaria y social integral y humanizada, a partir del acceso gratuito, igualitario y equitativo a las prestaciones e insumos necesarios, con el objeto de asegurar la recuperación y preservación de su salud (...);

... derecho a recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria;

derecho a ser acompañado antes, durante y luego del tratamiento por sus familiares, otros afectos o a quien la persona con padecimiento mental designe; (...)"

... derecho del asistido, su abogado, un familiar o allegado que éste designe, a acceder a sus antecedentes familiares, fichas e historias clínicas;

derecho a que, en el caso de internación involuntaria o voluntaria prolongada, las condiciones de esta sean supervisadas periódicamente por el Órgano de Revisión; (...)

... derecho a ser informado de manera adecuada y comprensible de los derechos que lo asisten, y de todo lo inherente a su salud y tratamiento, según las normas del consentimiento informado, incluyendo las alternativas para su atención, que en el caso de no ser comprendidas por los pacientes se comunicarán a los familiares, tutores o representantes legales;

derecho a poder tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento dentro de sus posibilidades;

derecho a recibir un tratamiento personalizado en un ambiente apto con resguardo de su intimidad, siendo reconocido siempre como sujeto de derecho, y con el pleno respeto de su vida privada y libertad de comunicación ([Ley N° 26657, 2010, art. 7](#)).

En esta selección, podemos ver que se pretende que lx usuarix de Salud Mental pueda involucrarse activamente en su proceso psicoterapéutico y que este tratamiento apunte a la integración de lx sujetx en el mundo social donde se

desenvuelve. El proceso involucra la comunicación de lx sujetx con sus allegadxs a fin de hacerlx sentir acompañadx y apoyadx en su proceso de reinserción a la vida en comunidad.

Específicamente, el involucramiento de la familia como apoyo, y no como tutela, del usarix marcan también una diferencia. Como se plantea en [Builes Correa y Bedoya Hernández](#) (2008), la familia es promotora de la salud o de la enfermedad mental de sus miembrxs, en tanto lxs sujetxs se captan e incluyen en los relatos familiares configuradores de su historia. Las familias tienen capacidades de resiliencia en cuanto logran tener prácticas comunicativas y, también, cuando sus miembrxs son reconocidxs como sujetxs. Esto hace referencia a unas mayores posibilidades de salud mental porque refiere al apoyo emocional. Entonces, con derechos que involucran y tratan de mantener el vínculo de lxs usarixs con su familia, se puede esperar que lxs sujetxs se vean incluidxs y reconocidxs en estas dinámicas familiares.

El poder judicial, ahora, toma la responsabilidad de proteger los derechos de las personas, evitando internaciones involuntarias innecesarias, por ejemplo. Además, se incorpora el equipo interdisciplinario, considerando que las intervenciones en salud mental necesitan de la mirada compleja de distintas disciplinas que guiarán el tratamiento coordinado por una participación democrática, siempre que el profesional esté acreditado por las autoridades competentes.

Conclusión

A modo de síntesis, podemos decir que estamos en camino para no repetir viejas concepciones deshumanizadoras de las personas usuarias de Salud Mental. Ya todxs podemos acceder a múltiples reflexiones que nos muestran que el

tratamiento asilar aborda el padecimiento de lxs usuarixs desde abordajes muy limitados y que siguen perpetuando solo los saberes médicos, cargados de violencia y desconocimiento de lxs sujetxs, sus derechos y voluntades.

Basándonos en esta ley, advertimos que la concepción de *salud mental* no está determinada exclusivamente por situaciones biológicas, sino que es un proceso en el que interaccionan componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos. Es tarea de lxs profesionales y futurxs profesionales del área de Salud Mental continuar reflexionando, aprendiendo e interiorizando a la salud desde miradas complejas e incorporar los principios de la ley en nuestra práctica, para no repetir los tratamientos del pasado. Tenemos la tarea, desde el trabajo de equipos interdisciplinarios, de pensar la creación de redes comunitarias para garantizar, en la medida de lo posible, la inserción de lxs usuarixs en sociedad. Es menester trabajar en cómo garantizar que lx sujetx no pierda sus vínculos con la familia y con aquellxs que lx acompañan en el proceso de convivir en comunidad. Y, también, es clave continuar trabajando en la implementación de espacios alternativos donde puedan darse los abordajes de los padecimientos mentales.

Referencias Bibliográficas

- Builes Correa, M. V., & Bedoya Hernández, M. La familia contemporánea: relatos de resiliencia y salud mental. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, vol. 37, (3), pp. 344-354. 2008. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80611205005>
- Carballeda, A; Balviano, E; Stolkiner, A. [Barricada TV] (21 de diciembre de 2017). *¿Qué implicaría una reforma de la*

CURA PSIQUIÁTRICA Y NUEVOS ABORDAJES EN SALUD MENTAL

MARÍA AIZPEOLEA

Facultad de Psicología
(Universidad Nacional de Córdoba)

Introducción

El presente artículo se centra en la pregunta: ¿cómo tratar el padecimiento mental?, o bien: ¿cómo abordar el tratamiento del padecimiento mental? La pregunta se justifica en que el padecimiento puede ser abordado de diferentes maneras ya que son distintos los tratamientos posibles. El objetivo será, entonces, identificar estos distintos enfoques o formas de encarar el tratamiento del padecimiento mental. Así, resulta desigual la respuesta que, desde el poder psiquiátrico o desde el enfoque de derechos de la Ley Nacional de Salud Mental, se puede dar a la pregunta planteada.

La Ley de Salud Mental N° 26657, promulgada en el año 2010, implicó un cambio de nociones sobre el entendimiento y, sobre todo, sobre el abordaje de la salud mental y del padecimiento. Pero ¿cuál es el paradigma que buscó y que, aún hoy, busca superar? Para esto, nos podemos valer de los

aportes de [Foucault](#) (1973-74) en *El poder Psiquiátrico*, curso que llevó a cabo entre los años 1973 y 1974. Específicamente, será de utilidad la clase del 19 de diciembre de 1973. Esta se centra en un aspecto: la cura psiquiátrica, es decir, la terapéutica entendida desde el poder psiquiátrico, que remite al concepto de *curación de la locura* y para la cual resulta ilustrativo un ejemplo que Foucault presenta: el caso del señor Dupré, dirigido por el psiquiatra francés François Leuret. En definitiva, se intentará desarrollar este caso de cura psiquiátrica y las prácticas implicadas en ella.

En contraposición a lo anterior, también se presentará el tratamiento del padecimiento mental entendido desde la perspectiva de la vigente Ley de Salud Mental, se pretenderá así enunciar los derechos de lxs usuarixs en Salud Mental, para poder comparar ambos abordajes, a modo de comprender la urgencia de efectivizar lo propuesto en dicha legislación.

Tratamiento desde el poder psiquiátrico: la cura psiquiátrica

Para comenzar, resulta preciso explicitar el objetivo de la cura psiquiátrica. El mismo consiste en buscar el regreso a un buen funcionamiento de lx sujetx, lx alienadx¹ en cuestión, es

1- A lo largo del texto, se encontrarán términos como “alienadx”, “enfermx”, “locx” o “paciente”, ya que así aparecen mencionados en el curso *El Poder Psiquiátrico* ([Foucault, 1973-74](#)). Sin embargo, hoy, desde la [Ley Nacional de Salud Mental N° 26657](#) (2010), más bien se habla de “usuarixs de servicios de salud mental”, y así lo encontrará lx lectorx cuando indague por el apartado correspondiente al abordaje del tratamiento desde dicha ley. Lo mismo ocurre con

decir, que lx mismx sea “normal” ante las pautas de la sociedad. Por ende, consiste en hacer operar la realidad, el orden, la regularidad. Esta es la función normalizadora del modelo asilar que Michel Foucault desarrolla a lo largo del curso *[El poder Psiquiátrico](#)* (1973-74). Siguiendo esta línea, en la clase del 19 de diciembre de 1973, el autor comienza afirmando que la función del poder psiquiátrico, y específicamente del saber-poder del médico², es la de imponer la realidad, que esta le gane a la locura, al delirio de lx alienadx.

Ahora bien, como señala Foucault, para lograr esto –la curación o imposición de realidad– deben desarrollarse una serie de tácticas, maniobras o elementos estratégicos, es decir, un plan de acción. Las tácticas y estrategias son, en definitiva, la terapéutica del poder psiquiátrico. Puesto de otra manera: la forma de abordar un tratamiento que lleve a la curación, para la psiquiatría moderna, es a través de esta serie de elementos o prácticas desplegadas en el asilo.

Para explicar estas maniobras utilizadas, Foucault analiza un ejemplo paradigmático de cura, llevado a cabo por el psiquiatra François Leuret en el siglo XIX. Al presentarlo, Foucault pone al descubierto los mecanismos generales de la

los términos “locura”, “enfermedad mental”, o “alienación mental”: desde la ley se prefieren nociones como “padecimiento mental” o incluso “sufrimiento psíquico”.

2 - En el artículo, se utiliza lenguaje inclusivo mediante el empleo de la “x” y, aun así, podrá observarse que la palabra “médico” aparece siempre en masculino. No es motivo de este trabajo ni se desarrolla en el texto, pero, igualmente, es preciso aclarar que este empleo no es casual o por descuido. Es que, como se verá más adelante al pasar, es condición del médico psiquiatra demostrar su “virilidad”, su “hombría”, para imponer su fuerza, su voluntad y su omnipotencia frente al paciente. De esta manera, simplemente para ilustrar este atravesamiento por el género, se decidió usar, cuando aparece la figura del médico psiquiatra, el sustantivo en masculino.

cura psiquiátrica, ya que las prácticas, dispositivos, maniobras, en fin, estrategias explícitas en el caso, son a su vez puestos en acción por todos los psiquiatras contemporáneos, en mayor o menor medida, describiendo, justamente, una forma de tratamiento general de la “locura”, y constituyendo, así también, el saber psiquiátrico moderno. Entonces, tomar el tratamiento dirigido por Leuret es a fin de ser didáctico, por la claridad del ejemplo, su detalle, elaboración y precisión, pero no se debe olvidar que el caso del señor Dupré –el alienado tratado por el psiquiatra francés– se enmarca en un contexto más amplio, que es el de la práctica asilar de ese entonces.

Si tenemos en cuenta lo dicho hasta el momento, hay dos cuestiones que merecen ser destacadas. En primer lugar, la cura a través de la utilización de tácticas da cuenta de que el tratamiento, lejos de basarse en una explicación fundada en basamentos médicos y teóricos, es un conjunto de prácticas ejecutadas sin justificación, al punto que se espera la curación de la persona sin recurrir a una teoría, tal como el autor afirma:

Podemos distinguir una serie de dispositivos o maniobras que Leuret nunca teoriza, y con referencia a los cuales no da ninguna explicación que esté fundada ya sea en una etiología de la enfermedad mental, una fisiología del sistema nervioso o, incluso, y de manera general, en una psicología de la locura. Simplemente desmonta las diferentes operaciones que ha intentado ([Foucault, 1973-74: 172](#)).

Si bien la cita refiere al caso de Leuret, esto no resulta exclusivo de ese relato. No ha habido teorías de la curación; en

cambio, la forma de tratar a lxs “locxs” es a través de un corpus de maniobras.

La segunda cuestión para destacar se nos revela si se retoma la función normalizadora ya explicada. Más que una curación en el plano de la medicina, lo que se busca es el “tratamiento moral” de lx sujetx, su adecuación a la normalidad. Curar para el poder psiquiátrico es entrar en el juego de la realidad disciplinada, la del orden y la obediencia. En concreto, se habla más de un poder disciplinario que de un saber médico, y es justamente esa la base del poder psiquiátrico.

Con todo lo dicho, nos adentraremos ahora en cada uno de los elementos estratégicos. Estos son: *desequilibrio del poder, reutilización del lenguaje, ordenamiento de necesidades, enunciado de verdad* (Foucault, 1973-74).

La primera estrategia para el logro de la curación es aquella consistente en *desequilibrar el poder*, esto es, mostrar la jerarquía entre el médico y lx “enfermx” (Foucault, 1973-74). Desde el primer contacto, ya debe ser demostrado que no existe coparticipación o reciprocidad alguna, el poder es desigual, está de un solo lado, el del médico. Esta demostración de fuerza resulta ser el primer episodio de contacto a modo de ritual generalizado:

...[E]s preciso, desde el comienzo, que haya un mundo diferencial, un mundo de ruptura y desequilibrio (...) un mundo donde existe cierta pendiente que jamás puede remontarse: en su cima, el médico; en el fondo, el enfermo (Foucault, 1973-74: 173).

Esta demarcación de poder no es otra cosa que una afirmación de la omnipotencia del médico –es decir, la creencia de que todo lo puede, de que tiene el poder absoluto–, la cual

busca reemplazar la omnipotencia de la locura, supuesta en todos los “enfermos” por su condición de delirantes, por enajenarse de la realidad a una realidad propia. En el caso del señor Dupré, podían observarse delirios de grandeza debido a su creencia de ser Napoleón principalmente, y en otras ocasiones figuras como Delavigne, Picard, Audrieux y demás. También podían observarse delirios tales como ser el único hombre, varón, del asilo. La tarea del médico entonces –al buscar imponer la realidad y que esta gobierne a la locura– es desestimar esa afirmación de omnipotencia, sustituyendo la voluntad propia, en el ejemplo la voluntad de Dupré, por una voluntad ajena, que es la voluntad omnipotente del médico, absolutamente superior e inaccesible, encarnada en este caso por Leuret ([Foucault, 1973-74](#)).

El poder desigual que el asilo le otorga al médico tiene también la finalidad de generar docilidad en el alienado, de manera que reciba y cumpla las órdenes y prescripciones que el médico formule. A su vez, la manifestación de la voluntad ajena, vigorosa, sojuzgadora del psiquiatra apela, en mayor o menor medida, a la utilización de violencia y prácticas de castigo. Este ritual de marcación de poder, tal como lo desarrolla Leuret, se inclina por una forma muy directa de agresión, observable a través del uso de la fuerza, elementos como la “ducha” o laxantes, prácticas de humillación, amenazas, etcétera, con el motivo de probar su “virilidad” y supremacía física, generando el temor deseado en Dupré.

La segunda maniobra es la “reutilización del lenguaje” ([Foucault, 1973-74: 177](#)). Se trata de una serie de operaciones que buscan corregir delirios en el plano del lenguaje, como nominaciones erróneas y el no reconocimiento de la verdadera identidad. Para comprender: Dupré distorsionaba su identidad real atribuyéndose otras diversas, pero, al mismo tiempo, no reconocía a otras personas por su identidad, en su

imaginario eran todas mujeres que estaban a su servicio. Lo que el poder psiquiátrico va a pretender –en este caso, personificado en la individualidad del psiquiatra Leuret– es inculcar el uso de imperativos del lenguaje, el lenguaje de las órdenes. Por ejemplo, se le obliga a Dupré a aprender los nombres que ocupen un lugar en la “pirámide disciplinaria del asilo” (Foucault, 1973-74: 177), a quienes debe responder con orden y obediencia. Es el aprendizaje, no únicamente de la nominación, sino, por sobre todo, de la identidad jerárquica: “Es menester que aprenda mi apellido, el de los alumnos, los vigilantes, los enfermeros. Debe llamarnos a todos por el apellido” (Leuret en Foucault, 1973-74: 177). No precisa el reconocimiento de los nombres de lxs demás pacientes del asilo y, aún más, no incluye el nombre de pila, solo el apellido. Mediante otras operaciones, también se le enseña la utilización del lenguaje no casual, aquel que remite al sistema educativo o disciplina escolar, y, por último, se lo incita al entendimiento y cumplimiento de órdenes puntuales.

Todas estas prácticas tienen la finalidad de una utilización del lenguaje de la disciplina, de la obediencia, de la imposición. Imposición que es ejercida por la figura del psiquiatra, poseedor del poder (Foucault, 1973-74).

A través de un juego de órdenes, de imposiciones que se formulan, simplemente se procura volver a poner al sujeto en contacto con el lenguaje en su carácter de portador de imperativos: un uso imperativo del lenguaje que se remite y se ajusta a todo un sistema de poder. Es el lenguaje propio del asilo, que asigna los nombres definatorios de la jerarquía asilar; es el lenguaje del amo. Y detrás de ese lenguaje que se enseña

debe dejarse ver como realidad toda esta trama de poder ([Foucault, 1973-74: 178](#)).

La tercera estrategia del tratamiento asilar es la del “ordenamiento de las necesidades” ([Foucault, 1973-74: 180](#)). Lo que se irá desarrollando es la organización o priorización, e incluso el surgimiento o creación de nuevas necesidades, con la pretensión de generar, a fin de cuentas, un estado de carencia en lx alienadx, y, sobre todo, de hacerle comprender que “la locura se paga y la curación se compra” ([Foucault, 1973-74: 186](#)).

En este caso, Dupré no ve la importancia ni el valor del trabajo ni del dinero. A partir de esto, Leuret buscará hacerle comprender la necesidad de ambos, forzándolo a pagar para acceder a cuestiones tan básicas como la comida o el uso del excusado. Se establecerá una relación entre el dinero y la comida, entre el dinero y la defecación y, a su vez, todas ellas con el trabajo, el cual es necesario para la obtención de ese dinero. Así, comienza a significarse en el señor Dupré su utilidad, a razón de necesidades creadas artificialmente por el poder médico. Esto es importante, ya que el poder psiquiátrico asilar se vuelve generador de necesidades y carencias ([Foucault, 1973-74](#)).

Con esto, se comprenderá mejor la frase “la locura se paga y la curación se compra” ([Foucault, 1973-74: 186](#)): *la locura se paga* porque la misma tiene un precio, que es el de la carencia constante, el de la falta y la privación; es decir, que lx enfermxx se somete a las necesidades y carencias artificialmente creadas por la institución asilar, de manera que, para suplirlas, deberá realizar una serie de trabajos y esfuerzos, teniendo que prestar obediencia y disciplina. A esto va el segundo punto, *la curación se compra* con disciplina, trabajo, rendimiento y obediencia. Nuevamente, la obediencia cobra

un papel central para la obtención de la cura psiquiátrica: “Cuando usted haya comprendido que debe trabajar para alimentarse, ganar dinero e incluso para defecar, habrá llegado el momento de salir al mundo exterior” ([Foucault, 1973-74: 185](#)).

El último elemento estratégico para la curación, desde el poder psiquiátrico, es el “enunciado de verdad” ([Foucault, 1973-74: 186](#)). Se busca, ni más ni menos, que lx alienadx diga la verdad. Pero la verdad que se solicita es la verdad autobiográfica, la de la propia historia. Que Dupré es Dupré, que no es Napoleón Bonaparte; que vive en París; y, por último, que se encuentra internado ([Foucault, 1973-74](#)). El disciplinamiento de lxs individuux y la curación requieren que el paciente se aferre a su identidad. Pero bien se trata de la identidad impuesta, no de lo que Dupré perciba de sus vivencias, sino de los episodios reconocidos por el psiquiatra, por su historia clínica, por su familia, por su estado civil, su currículo, y, por ende, por su corpus biográfico establecido desde afuera. Lo que el paciente, en este caso Dupré, debe confesar es una identidad administrativa, el reconocimiento de la locura, la identificación con la realidad ([Foucault, 1973-74](#)).

Habiendo desarrollado las operaciones que Leuret utiliza, se debe recordar, una vez más, que las mismas representan una forma de tratamiento generalizable al poder psiquiátrico en conjunto. En palabras del autor:

La máquina asilar debe su eficacia a una serie de cosas. En primer lugar, el encuadramiento disciplinario ininterrumpido; la disimetría de poder que le es inherente; el juego de la necesidad, el dinero y el trabajo; la fijación estatutaria a una identidad administrativa

en la cual uno debe reconocerse por un lenguaje de verdad ([Foucault, 1973-74: 191](#)).

A su vez, estas estrategias asilares conllevan, todas ellas, un carácter de poder e imposición. La disimetría, el uso imperativo del lenguaje, la generación de carencia sistemática, la imposición de una identidad desde fuera, son todas manifestaciones de poder que se dan en las prácticas asilares y que permiten imponer la autoridad frente a la locura para gobernarla. El papel que desempeña la imposición de la obediencia es fundamental para la obtención de la curación desde el poder psiquiátrico. El tratamiento desarrollado en estas páginas demuestra su implicación con el juego disciplinario, esto es, el disciplinamiento de lxs individu@s (cfr. [Foucault, 1973-74](#)).

Ahora bien, para lograr la obediencia, los cuatro elementos siguientes resultan fundamentales ([Foucault, 1973-74](#)). En primer lugar, el *aislamiento*. La mayor carencia generada por el poder psiquiátrico es la de la falta de libertad. El encierro es fundamental para el tratamiento desde este abordaje. En segundo lugar, la *medicalización*, en muchas ocasiones, para beneficio del médico psiquiatra, a modo de castigo o para generar un estado de docilidad y no para el bienestar o por necesidad de lx paciente. En tercer término, ciertas *coerciones institucionales* como la disciplina, la obediencia a reglamentos y órdenes, horas de sueño y de trabajo delimitadas, etcétera. Por último, *instrumentos de castigo*, físicos o no. Las distintas estrategias o maniobras expuestas denotan la utilización de prácticas punitivas y reprochables como el uso de la ducha, el sillón rotatorio, el chaleco de fuerza, la cauterización, la privación alimentaria o privación de distintos servicios y derechos, la utilización de la fuerza, amenazas verbales, entre otras.

En conclusión, retomando los aportes de [Foucault](#) (1973-74), la terapéutica entendida desde la psiquiatría moderna pretende la curación desde un modelo asilar. Es decir, solo en el hospicio –el cual supone el encierro y el alejamiento de los vínculos familiares– puede producirse un tratamiento adecuado. El mismo se desenvuelve a través de la dirección del médico quien, mediante su saber-poder otorgado por el asilo, despliega distintos elementos estratégicos o prácticas que buscan la imposición de la realidad, disciplinaria, y el gobierno de la locura. Estas estrategias fueron desarrolladas exhaustivamente en este apartado partiendo del ejemplo de cura de Leuret.

Tratamiento desde la Ley de Salud Mental: el enfoque de derechos

Si nos centramos en la [Ley Nacional de Salud Mental N° 26657](#) (de aquí en adelante LNSM) sancionada en el año 2010, el abordaje que la misma tiene, para el tratamiento del padecimiento mental, es disímil al formulado en el apartado anterior desde la mirada del poder psiquiátrico. Dicha ley implicó una manifestación formal de un cambio de paradigma que se venía gestando en el entendimiento de la salud mental y el tratamiento de sus usuarios, de manera que su espíritu emancipatorio ataca de lleno al poder psiquiátrico disciplinar.

Pueden reconocerse tres ejes que marcan los puntos principales de esta nueva modalidad de abordaje del padecimiento mental, que se diferencian con el tratamiento desde el poder psiquiátrico. Estos son: *derechos humanos, interdisciplinariedad y modelo no asilar*.

Para comenzar, resulta preciso dar a conocer el aspecto más importante que la nueva Ley de Salud Mental ofrece: se enmarca en un *enfoque de derechos*. Por ende, busca el reconocimiento y la protección de los derechos humanos de todas aquellas personas con padecimiento mental ([Ley N° 26657, 2010](#)). A modo de hilo conductor, este elemento es el que da coherencia a los componentes de la LNSM. No solo busca la no vulneración de los derechos humanos de las personas, sino la forma de garantizar la concreción de estos. El tratamiento del padecimiento o sufrimiento psíquico, en líneas generales, debe ser aquel que resulte más beneficioso para la persona y el que menos restrinja sus derechos y, asimismo, debe ser digno, humanizado, ético y responsable ([Ley N° 26657, 2010](#)). Esto supone, por nombrar algunos ejemplos explícitos en la ley, que lx usuarix no sea objeto de tratamientos experimentales; la no medicalización a modo de castigo -para beneficio de tercerxs o como manera de generar un estado de docilidad-; etc. Este enfoque es contrario a las prácticas de castigo y violencia mencionadas en el apartado del abordaje desde el poder psiquiátrico, lo que denota el carácter abusivo del mismo, y cómo desde el poder disciplinario los derechos de las personas son transgredidos y anulados, limitando su libertad y autonomía.

Los restantes dos ejes que se ofrecen para el tratamiento del padecimiento mental resultan igualmente fundamentales, novedosos y disruptivos.

La *interdisciplinarietà* refiere a un equipo de trabajo que comprende tanto psiquiatras como psicólogxs, trabajadores sociales, enfermerxs, y todo aquellx profesional que resulte pertinente en cada caso ([Ley N° 26657, 2010](#)). Desde este punto, también se observan quiebres con respecto al modelo asilar, ya que, como se ha visto anteriormente, la curación desde el poder psiquiátrico está dirigida por la figura

individualizada del médico, que en el ejemplo desarrollado se encarnaba en Leuret. Es decir, el médico psiquiatra cuenta con el saber-poder otorgado por el asilo para, mediante su figura única y absoluta, imponer su omnipotencia y voluntad ante la omnipotencia y voluntad de lx enfermxx mental. A partir de la publicación de la [LNSM](#) (2010), en cambio, profesionales de distintas disciplinas cuentan con las mismas capacidades y competencias que lx psiquiatra para el tratamiento y se encuentran en igualdad de condiciones para la dirección y conducción de los servicios e instituciones en salud mental. Esto, en aras de conformar un equipo de trabajo en el cual cada profesional aporte desde su saber, siempre para el beneficio de lx usuarixx. Así, el tratamiento del padecimiento mental no se basa en las acciones o prácticas empleadas por lx psiquiatra, sino en el plan de trabajo llevado a cabo por el equipo interdisciplinario.

Finalmente, el tratamiento o la atención entendida desde la [LNSM](#) (2010) se rige por el espíritu de la *desmanicomialización* en busca de un *modelo no asilar*. Esto quiere decir varias cosas. Recientemente, se ha aludido a la búsqueda del modo de abordaje que resulte más beneficioso para la persona y que menos restrinja sus derechos, lo que lleva a promover siempre el mantenimiento de los lazos sociales y los vínculos con familiares y allegadxs. Si se tiene eso en cuenta, entonces debe evitarse el proceso de atención mediante internaciones hospitalarias, tal como se describe en el artículo 9, rehuendo así a las prácticas de encierro, aislamiento y privación de la libertad y la autonomía de la persona. A su vez, en los casos en los que la internación resulte la forma de atención con más beneficios terapéuticos para la persona, la misma debe ser voluntaria. Es obligación contar con el consentimiento informado de lx sujetxx, lx cual debe prestar comprensión y conocimiento de su situación, a la vez que debe

encontrarse en un estado de lucidez y plena conciencia. Solo se permitirán internaciones involuntarias “cuando a criterio del equipo de salud mediare situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros” ([Ley N° 26657, 2010, art. 20](#)). En internaciones, tanto voluntarias como involuntarias, se requiere además una debida justificación, con el dictamen de un equipo interdisciplinario, y aun cuando todo esto ocurriese, la internación debe ser lo más breve posible, teniendo en cuenta que, en el caso de ser voluntaria, la persona podrá, en cualquier momento, decidir su abandono, y, en el caso de ser involuntaria, el equipo de salud deberá externarla apenas cese la situación de riesgo. Asimismo, las internaciones en salud mental tienen que desarrollarse, a partir de la sanción de la ley, en hospitales generales. Por ende, no pueden ser desarrollados en instituciones totales, asilares, monovalentes. De hecho, el artículo 27 establece la prohibición de la creación de nuevos hospicios neuropsiquiátricos o manicomios, tanto públicos como privados. Los ya existentes, a su vez, deben adecuarse y adaptarse a lo propuesto en la ley hasta su sustitución definitiva por medios alternativos de tratamiento, dispositivos sociales y comunitarios que privilegien el mantenimiento de los vínculos de la usuaria de los servicios de salud mental antes, durante y después de su tratamiento. Estos dispositivos son hospitales de día, de medio camino, ambulatorios, casas de convivencia, cooperativas de trabajo, centros de capacitación, instituciones o emprendimientos varios que promueven la prevención y la promoción en salud mental. Todos ellos tratan de evitar el encierro. Son servicios parciales y no instituciones totales como el asilo. Permiten la inclusión social y laboral de la persona con padecimiento mental y aspiran a una atención comunitaria que se base en los principios de la atención primaria de la salud ([Ley N° 26657, 2010](#)).

Como puede observarse, esto también impacta directamente sobre el poder psiquiátrico. La cura psiquiátrica, como se ha mencionado, tiene lugar precisamente en la institución asilar ([Foucault, 1973-74](#)). Desde la estructura y la arquitectura hasta los profesionales que forman parte de la pirámide institucional disciplinaria, con el médico psiquiatra en su cúspide, todos estos elementos conforman el poder psiquiátrico en su conjunto. De esta manera, extraer el mayor dispositivo de la cura psiquiátrica, que es el asilo, implica sustraer aquello en lo que se sostiene el poder. Sin manicomio, no hay poder psiquiátrico, en los términos en los que se ha descrito. Además, el encierro, el aislamiento, la sustracción de la libertad y la autonomía de la alienación, es decir, la mayor carencia artificial producida por el mismo sistema asilar, resulta desmantelada. La [LNSM](#) (2010) vela por el fortalecimiento de los lazos de la persona con su comunidad, objetivo contrario al de la institución total o monovalente que busca, desde la teoría del aislamiento, la separación y ruptura entre el paciente y su familia, y que la persona, a partir de la deseabilidad de la libertad y el afuera, aporte a su curación. Nuevamente, aparece el asilo como productor de necesidades y carencias ([Foucault, 1973-74](#)).

Con todo lo dicho, se observa el papel activo que cobra la persona con padecimiento mental en su tratamiento. Partiendo de la presunción de capacidad de todas las personas, la [LNSM](#) (2010) rescata el derecho de estas en la toma de decisiones relacionadas a su atención y su tratamiento. Por nombrar un ejemplo, la obligación del consentimiento informado a la hora de la internación remarca el carácter de voluntariedad. Además, el usuario debe ser informado sobre sus derechos y sobre lo inherente a su salud y tratamiento, requiriéndose su consentimiento en todo tipo de intervenciones, también en casos de tratamientos alternativos a la

internación. Solo se exceptúan los casos de internación involuntaria antes mencionados ([Ley N° 26.657, 2010](#)). El tratamiento de lx usuariix de los servicios de salud mental, de esta manera, debe basarse en información, planificación con anticipación y debida justificación o fundamentación. A su vez, debe tener en cuenta el caso por caso.

Para concluir, el artículo 7 en su inciso “C” plantea el “derecho a recibir una atención basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos” ([Ley N° 26657, 2010](#)). Resulta valioso rescatar este postulado si se recuerda la terapéutica del poder psiquiátrico, la cual se basaba en un corpus de maniobras o elementos estratégicos sin definición teórica o justificación médica alguna. En contraposición a aquello, entonces, un tratamiento debidamente justificado en todos los casos, planeado con anticipación, consensuado por todo el equipo interdisciplinario y en beneficio siempre de lx usuariix en Salud Mental, que respete de manera ética y responsable sus derechos como persona, no es poca cosa; y, si se toma este punto como antagonista al abordaje del apartado anterior, debe ser tenido en cuenta en este escrito.

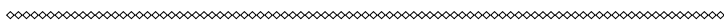
Conclusión

En el presente artículo, se han desarrollado dos formas casi opuestas de abordar el tratamiento del padecimiento mental de lxs usuariix de los servicios de salud mental. Se ha profundizado sobre la cura psiquiátrica, el tratamiento entendido desde el modelo asilar del poder psiquiátrico. Esta cura no es otra cosa que la imposición de una realidad disciplinada. Luego, se ha desarrollado el paradigma formalizado en la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657, como una forma

distinta de comprender y atender a lxs sujetos, basada en un enfoque de derechos humanos, y en donde resulta imprescindible el trabajo interdisciplinario y el mantenimiento de los vínculos de la persona. Todo lo expuesto, en última instancia, no hace otra cosa que invitar a la reflexión en el campo de la salud mental, repensar cómo se entiende a lxs sujetos que padecen y qué prácticas se siguen hoy aplicando. Lo que se busca aquí es retomar el valor de la promulgación de la nueva ley de salud mental, y remarcar la importancia de que, a más de diez años de su publicación, se trabaje para su concreción y efectivización, aun teniendo en cuenta su carácter -por momentos- idílico.

Referencias Bibliográficas

Foucault, M. [1973-74]. *El Poder Psiquiátrico*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2007
Ley Nacional de Salud Mental N° 26657, Ministerio de Salud de la Nación Argentina, Buenos Aires, 2010.



MARÍA AIZPEOLEA

maria.aizpeolea@mi.unc.edu.ar

Nació y reside en Córdoba, Argentina. Es estudiante de la Licenciatura en Psicología de la Universidad Nacional de Córdoba. Forma parte del equipo de la Cátedra B de Problemas Epistemológicos de la Psicología desde el año 2020 como Ayudante Alumna.

DE LA CRIMINALIZACIÓN Y EXCLUSIÓN DE LA LOCURA EN
LA PSIQUIATRÍA DEL SIGLO XIX, HACIA LA INCLUSIÓN
COMUNITARIA DE LOS PADECIMIENTOS MENTALES

JUAN RAFAEL COSCI

Facultad de Psicología
(Universidad Nacional de Córdoba)

Introducción

En el libro *El poder psiquiátrico* (Foucault, 1973-74) el autor recopila las clases del curso que dictara por esos años, su preocupación fundamental es señalar la forma en que el poder disciplinar se instala en el corazón de la práctica psiquiátrica. De esta manera, el autor profundiza en las relaciones de poder que se despliegan en los dispositivos asilares. Los elementos que se presentan en este espacio conforman todo un circuito de saber, poder, resistencia y verdad.

La forma en que Foucault presenta el poder incluye como principales características su anonimato, su ramificación en redes y su continua presencia; es decir que el poder psiquiátrico se distingue por no centralizarse sobre ningún individuo, por no estar localizado en ningún sector concreto -al

contrario, se proyecta en red a través de instituciones o relaciones- y por su ejercicio continuo. El resultado es el control absoluto de los cuerpos produciendo efectos de sumisión y/o docilidad.

Sin embargo, nuestro interés por este curso se focaliza en la clase del 23 de enero de 1974. Allí, Foucault expone cómo el paso de la psiquiatría del siglo XVIII a la del siglo XIX se ve acompañado por el abandono de la noción de “crisis médica”. Es interesante señalar que la noción de *crisis* es una prueba de verdad para la medicina. En este sentido, la exclusión de la crisis en la práctica médica -en general- y en la psiquiátrica -en particular-, encuentra sus soportes en: 1) el espacio disciplinario del asilo, 2) el recurso de la anatomía patológica, y 3) las relaciones de la locura y el crimen. Sobre este último haremos hincapié. No obstante, es imposible dejar de lado lo referente al espacio disciplinar y al recurso de la anatomía patológica.

Asimismo, en el año 2010, se aprueba la [Ley Nacional de Salud Mental N° 26657](#) en Argentina. Ello significó un hito en la historia de la salud mental, ya que implicó un cambio de paradigma. En esta línea, vimos el paso de un paradigma centralizado en una práctica asistencialista hacia una práctica focalizada en la prevención y en la promoción de la salud en la comunidad. Además, fomentó una nueva definición de la *salud mental* -la cual se desprende de la categoría “enfermedades mentales”- que propone nombrar al malestar psicológico como “padecimientos mentales”. Esta transformación nos permite pensar en la salud mental desde la multiplicidad de factores que entran en juego y su carácter transitorio. Así, la redefinición de la salud mental, la incorporación de una serie de derechos para lxs usuarixs y el abordaje interdisciplinario e intersectorial, son algunos elementos que ofician un desmontaje a los principios del poder psiquiátrico. Dichos

elementos nos serán útiles para reconstruir algunos aportes para proponer un tratamiento alternativo al ejercido por los psiquiatras del siglo XIX.

El poder psiquiátrico y la estigmatización de la locura

Como señala el filósofo, previamente a la inserción de la práctica psiquiátrica en los dispositivos disciplinares, el discurso jurídico y el discurso médico fueron los componentes centrales del poder. Para que el poder disciplinario se interese en la práctica psiquiátrica, hicieron falta una serie de condiciones. Entre ellas, el paso de una verdad acontecimiento a una verdad demostrativa. A este aspecto, Foucault lo llama una “tecnología de la verdad demostrativa”.

En la clase del 23 de enero, el autor dedica una gran parte de esta a desarrollar una *genealogía* del conocimiento en estrecha relación con la *arqueología* del saber. Destacamos que tanto la genealogía como la arqueología son dos herramientas que Foucault utiliza para sus estudios sobre el poder y el orden del discurso. Pero, sin alejarnos de nuestro objetivo, la genealogía del conocimiento le permite a Foucault develar toda una historia de la verdad. Dicha historización propone dos series. Por un lado, la serie de la verdad acontecimiento y, por el otro, la de la verdad demostrativa. El paso de una a la otra está dado por la implantación de una tecnología propia del discurso científico (Foucault, 1973-74).

De manera sintética, la verdad acontecimiento se caracteriza por ser discontinua y dispersa; en oposición, la verdad demostrativa es continua e ininterrumpida. Entonces, a partir de estas dos series de verdad, Foucault (1973-74) comenta

que en la vieja medicina de la crisis (Medicina griega, latina o medieval) había siempre un momento exclusivo para la verdad, un momento que se revela como una ocasión. Era ese el momento en el cual el médico funcionaba como árbitro entre las fuerzas del Mal (enfermedad) y las fuerzas de la Naturaleza (salud). Esta verdad de la enfermedad, presentada en un instante y que tenía sus portadores privilegiados (los médicos de aquella época), se ve poco a poco reemplazada por otra verdad: la verdad demostrativa.

En palabras del autor:

La verdad del tipo del acontecimiento fue recubierta poco a poco, durante el siglo XIX, por otra tecnología de la verdad o, al menos, que se intentó recubrir esa tecnología de la verdad acontecimiento, a propósito de la locura, con una tecnología de la verdad demostrativa, de constatación ([Foucault, 1973-74: 275](#)).

En esta operación, la psiquiatría entra como el principal actor de la escena. Cabe aclarar que este paso, según Foucault, es generado por los siguientes elementos: A) los procedimientos de la pesquisa, B) la institución de un sujeto de conocimiento y C) la exclusión de la crisis en la medicina y la psiquiatría. Nosotros vamos a interesarnos por este último aspecto.

La exclusión de la crisis y el surgimiento del poder psiquiátrico.

Como ya mencionamos, la exclusión de la crisis en la práctica médica y psiquiátrica, se debe fundamentalmente al paso

de una verdad acontecimiento a una verdad demostrativa. Sin embargo, dicha exclusión se ve posibilitada por los elementos que la soportan. Entre ellos, encontramos el espacio disciplinar, el recurso de la anatomía patológica y las relaciones que se establecen entre locura y crimen. Estos tres elementos habilitan al surgimiento del poder psiquiátrico como un brazo del poder disciplinar que se instala en el interior de las instituciones y sociedades en el siglo XIX. Para contextualizar el periodo histórico que estamos trabajando, citaremos un extracto de una entrevista realizada a [Michel Foucault](#) (1978). En la misma, el autor comenta:

Intento analizar, cómo, al comienzo de las sociedades industriales, se instauró un aparato punitivo, un dispositivo de selección de los normales y anormales. Será preciso que haga más adelante la historia de lo que ocurrió en el siglo XIX, mostrar cómo, a través de una serie de ofensivas y de contraofensivas, y de efectos y contraefectos, se ha podido llegar al enorme complejo estado actual, y al perfil contemporáneo de la batalla ([Foucault, 1978: 103](#)).

En la cita, podemos ubicar lo que Foucault trabaja en *“El poder psiquiátrico”* como “los dispositivos disciplinares”. Dichos dispositivos operan sobre los cuerpos produciendo un control completo de los mismos y distinguiendo lo “normal” de lo “anormal”. Con ello, lo que se genera es una normalización de los individuos. De manera que, quien escape a esta normalización será visto como un posible *enemigo social*, por lo cual, su destino será el encierro en asilos o prisiones ([Foucault, 1973-74](#)). En este punto, se observa cómo se

instalan los dispositivos disciplinares y cuál es su función precisa. Asimismo, se observa cómo opera el poder, es decir: produciendo una lógica de sujetos normales y anormales, de los cuales los últimos serán excluidos del aparato productivo de la sociedad y encerrados. En resumen, el poder disciplinario *vigila y castiga*.

Ahora bien, centrándonos en el propósito de nuestro trabajo, ¿qué nos dice Foucault acerca del espacio disciplinar? Lo siguiente:

El hospital funciona como sistema disciplinario, es decir, como un sistema que obedece a un reglamento, prevé cierto orden, impone cierto régimen del cual se suprime todo lo que tenga que ver con un desencadenamiento de una crisis furiosa y violenta de la locura a partir de sí misma ([Foucault, 1973-74: 293-294](#)).

La función principal del dispositivo asilar es suprimir todos los síntomas de la enfermedad mental, para así impedir el advenimiento de una crisis de la enfermedad y sostener el orden disciplinario. Se le dispone una serie de actividades al enfermo para que ningún signo de la enfermedad despliegue una posible crisis, en el interior de los asilos no hay lugar para la crisis.

A este primer soporte, para la exclusión de la crisis, le sigue el recurso de la anatomía patológica. Para lo cual el autor expone:

El recurso constante a la anatomía patológica, que alrededor de 1825 comienza a utilizarse en la práctica asilar, tuvo un papel de rechazo teórico de la crisis (...)

si hay una verdad de la locura, con seguridad no se encuentra en lo que dicen los locos y solo puede estar en sus nervios y su cerebro (...) la crisis como momento de la verdad (...) está epistemológicamente excluido por el recurso de la anatomía patológica ([Foucault, 1973-74: 294-295](#)).

Por lo tanto, tenemos, en primer lugar, un rechazo de la crisis por parte de los asilos; en segundo lugar, un rechazo epistemológico de la noción de crisis; y, por último: “Tercera y última razón para rechazar la crisis (...) el problema de la relación entre la locura y el crimen” ([Foucault, 1973-74: 295](#)). Este último aspecto nos interesa en demasía, ya que nos sirve de fundamento para señalar lo que hemos denominado como “la estigmatización que construyó la psiquiatría para con la locura”, y que se resume en la siguiente afirmación: “todo loco es un posible criminal” ([Foucault, 1973-74: 297](#)). Con esta maniobra, la psiquiatría crea una nueva categoría: las *monomanías*, que se generaliza en el grueso de la sociedad bajo la creencia de que la locura es peligrosa (la criminalidad es un posible síntoma de la locura) tanto para uno mismo como para los otros. Esto se ha traducido en una *estigmatización* que durante varios años ha sido el fundamento de la exclusión de las personas que sufren de un padecimiento mental. Vale aclarar que si la locura, al igual que el criminal, son un peligro y un enemigo para las sociedades, la función de la psiquiatría se deriva a un supuesto *defensor social*. En este punto, el régimen disciplinar homologa la “anormalidad” de la locura a la “anormalidad” del crimen y, al igual que con este último, el destino de las enfermedades mentales es el encierro. En este sentido, Foucault menciona:

La atribución de la locura a un crimen era el medio de fundar el poder psiquiátrico, no en términos de verdad, pues no se trata precisamente de la verdad sino en términos de peligro: estamos aquí para proteger a la sociedad, porque en el corazón de toda locura, está inscrita la posibilidad de un crimen ([1973-74: 297](#)).

El poder psiquiátrico, como dispositivo disciplinar, nace a partir de una función eminentemente punitiva, y se apoya en hacer desaparecer la crisis de la enfermedad, pues la crisis misma puede ser peligrosa en términos de criminalidad. Al tiempo que dicha crisis no es necesaria, la psiquiatría dispone de un régimen disciplinar para solapar los síntomas de la enfermedad y de un recurso anatomo-patológico para silenciar la palabra del sujeto. Así, lo que posibilita el surgimiento del poder psiquiátrico no es una verdad, sino un saber. Con ello, tenemos una paradoja: al excluir la noción de *crisis*, la psiquiatría no puede fundarse como verdad; pero, inversamente, le será necesaria.

¿Qué resuelve entonces esta paradoja en el corazón de la práctica psiquiátrica? La invención de una nueva crisis: la crisis de realidad. La psiquiatría del siglo XIX, en consonancia con la práctica médica de la crisis de la antigüedad, se ubicó como árbitro de la enfermedad, pero no entre las fuerzas del Mal y las de la Naturaleza, sino “con respecto a la cuestión de la realidad o no-realidad de la locura” ([Foucault, 1973-74: 299](#)).

Por lo tanto, hay un doble funcionamiento del poder psiquiátrico: realiza la locura, en tanto la sanciona como tal, al tiempo que instala un dispositivo asilar para suprimir cualquier síntoma de la enfermedad. Foucault va a señalar a la *demencia* como el ideal ejemplar de este funcionamiento, ya

De la criminalización y exclusión de la locura en la psiquiatría del siglo XIX, hacia la inclusión comunitaria de los padecimientos mentales

que la psiquiatría va a dar realidad a este padecimiento mental y, al mismo tiempo, la función de las instituciones psiquiátricas va a suprimir sus síntomas a partir de la internación asilar. Por ello, creemos que la ley de salud mental constituye un hito en la historia de la salud, ya que promueve un movimiento desmanicomializador, entre otras propuestas que nos permiten pensar un tratamiento alternativo y una solución a la estigmatización que la psiquiatría del siglo XIX construyó sobre las enfermedades mentales.

La Ley Nacional de Salud Mental N° 26657: un hito en la historia de la salud argentina.

Luego de una multiplicidad de procesos históricos, políticos y sociales, en el año 2010, se sancionó la [Ley Nacional de Salud Mental N° 26657](#) en Argentina. Con una aplicación a nivel nacional, esta ley conformó un hito significativo en la historia de la salud argentina, ya que significó la instauración de un *nuevo paradigma*. En este sentido, podemos afirmar que posibilitó el paso de *las enfermedades mentales* a los *padecimientos mentales*.

El espíritu de esta ley radica en la desmanicomialización, la promoción y prevención de la salud mental y el abordaje interdisciplinario e intersectorial de los padecimientos mentales. La idea central de este apartado es señalar que hay una serie de elementos que nos permiten pensar un tratamiento alternativo al oficiado por la psiquiatría del siglo XIX.

Reconstruyendo los principales aportes de la ley: de saber-poder psiquiátrico a la diversificación de los saberes en el campo Psi

Ahora bien, es necesario reconocer que la ley tiene una amplia variabilidad de elementos. Nosotros vamos a centrarnos en: 1) la definición de salud mental, 2) los derechos de las personas con padecimientos mentales, 3) la modalidad de abordaje, 4) los equipos interdisciplinarios y, por último, 5) lo referente a las internaciones.

Como desarrollamos en el primer apartado, las enfermedades mentales constituían, en el siglo XIX, un criterio de peligrosidad. La nueva definición que nos aporta la ley permite, en principio, desligarnos de este criterio. Ello se debe a una serie de razones. En primera instancia, hay una nueva categoría: *padecimientos mentales*. Por un lado, esta nueva manera de nombrar el sufrimiento humano se desvincula del carácter absolutista, aspecto que caracterizaba a la locura en el siglo XIX. Por otra parte, la multiplicidad de factores que puede producir un padecimiento habilita a pensar los malestares con un criterio de multicausalidad, que va más allá del recurso anatómico patológico. La singularidad, la transitoriedad y la multiplicidad de causas que pueden motivar un padecimiento mental, se desligan de la lógica estigmatizante y disciplinante de la psiquiatría del siglo XIX. El sobre-poder del cual hacían uso los psiquiatras para diagnosticar unilateralmente, y a partir de una sola causa, la anatómica, se suprime con la Ley de Salud Mental. En lugar de ello, surge la interdisciplinariedad y la intersectorialidad, como modalidades de poner en juego una diversidad de saberes. En este sentido, la ley promueve una preservación y mejoramiento de la salud mental que implica una dinámica de construcción social movilizadora por la concreción de derechos humanos y sociales de toda persona, tal como lo señala el artículo 3. De esta manera,

el asilo deja de ser el lugar para amordazar a los sujetos, al tiempo que se deja de lado la función de árbitro respecto a la realidad o no-realidad de la locura que osaba ejercer la psiquiatría. Los asilos, de tal forma, son transformados en hospitales polivalentes, destituyendo su función de hospicio. En esta misma línea, el artículo 5 dice:

La existencia de diagnóstico en el campo de la salud mental no autoriza en ningún caso a presumir riesgo de daño o incapacidad, lo que sólo puede deducirse a partir de una evaluación interdisciplinaria de cada situación particular en un momento determinado ([Ley N° 26657, 2010, art. 5](#)).

A partir de la ley, el criterio de peligrosidad deja de ser un indicador para diagnosticar o evaluar a los individuos. Por el contrario, lo que vemos es la participación de lxs usuarixs de los servicios de salud, apuntalada en la capacidad que los mismos poseen. En verdad, es un gran avance porque si analizamos el lugar de la locura en la psiquiatría del siglo XIX, esta era considerada como objeto pasivo de intervenciones. La ley corroe este estigma y otorga un lugar de autodeterminación, participación y capacidad a partir de una dinámica social e integral.

En esta línea, es preciso notar los derechos que la ley dispone para las personas con padecimientos mentales. Entre ellos destacaremos, solo a fines prácticos de nuestra labor, dos: el derecho a no ser discriminado por un padecimiento actual o pasado, y el derecho a que el padecimiento mental no sea considerado un estado inmodificable. Indudablemente, hay un fuerte desvinculamiento con respecto a las lógicas del poder psiquiátrico, ya que los padecimientos mentales no son

considerados como un estado inmodificable, es decir que no se trata de adjudicar la enfermedad y defender a la sociedad de los peligros que de ella emanan. Muy por el contrario, se trata de considerar que el sufrimiento es inherente a nuestra condición de humanos y que, como tales, todos podemos padecerlo. En este sentido, la ley promueve el derecho a no ser discriminado por un padecimiento actual o pasado.

Al igual que la redefinición de la salud mental y la inclusión de derechos a las personas con padecimientos mentales, la modalidad de abordaje con la ley se modifica. En contraposición a lo mencionado en el primer apartado, la ley promueve un abordaje interdisciplinario integrado por profesionales de diferentes áreas, sin la primacía de ninguna. El proceso mismo de atención debe realizarse con preferencia fuera de los ámbitos de internación, en un marco interdisciplinario e intersectorial, y orientado a la restitución o promoción de los lazos sociales. Muy por el contrario del lugar que tenía el espacio disciplinar en el tratamiento, con estos lineamientos vemos que la principal orientación en términos de tratamiento es la promoción de lazos sociales, es decir la inclusión en la comunidad a la cual las personas con padecimiento mental pertenecen. Ya no se trata de su exclusión, sino de su inclusión. Las internaciones son consideradas como el último recurso terapéutico al que acudir y solo se implementan cuando aportan mayor beneficio terapéutico que el resto de las intervenciones realizadas en los entornos sociales, familiares y comunitarios.

Por último, en los equipos interdisciplinarios, todos los profesionales tienen iguales condiciones para ocupar los cargos de conducción y gestión de servicios e instituciones. Asimismo, todos los trabajadores de estos equipos tienen el derecho a la capacitación permanente y a la protección de su salud integral. Con este último elemento, el lugar de privilegio

de la psiquiatría se desplaza y emerge una gran diversidad de profesionales y de saberes en la salud mental para un tratamiento integral, basado en los derechos de las personas con padecimientos mentales, y a partir de la consigna de promover los lazos sociales como orientación principal hacia la comunidad.

Conclusiones

Luego de varios procesos sociales, particularmente en Argentina, conseguimos desmontar los pesados lastres del poder disciplinar en lo referente a la salud mental. Encontramos el camino para pensar un tratamiento alternativo a los padecimientos mentales. Vemos que la ley nos permite deshacernos de los dispositivos disciplinares y que, en lugar de ello, aparecen los dispositivos interdisciplinarios e intersectoriales. Esta nueva forma de alojar el sufrimiento subjetivo invita a emanciparnos de las lógicas de dominación que caracterizan a la psiquiatría del siglo XIX. Asimismo, es un logro en términos de progreso social ya que, desde el enfoque propuesto por la ley, los padecimientos mentales no son objeto de exclusión social, sino de inclusión comunitaria. La orientación es clara: promover y restituir los lazos sociales.

Sin embargo, nos queda como saldo pensar de qué manera se ve implementada esta ley, cuáles son las ofensivas y contraofensivas que eventualmente pueden emerger por parte del poder disciplinario u otros dispositivos que busquen retornar a la estigmatización de los padecimientos mentales.

Referencias bibliográficas

Foucault, M. [1973-74]. *El poder psiquiátrico*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2005.

----- [1978] *Microfísica del poder*. Ed. Planeta-Agostini, Barcelona, España, 1995.

Ley Nacional de Salud Mental N° 26657, Ministerio de Salud de la Nación Argentina, Buenos Aires, 2010.



JUAN RAFAEL COSCI
j.rafael49@gmail.com

Profesor de Psicología y Licenciado en Psicología por la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Córdoba. Miembro del Ciclo de cine y psicoanálisis. Actualmente incorporado como ayudante alumno de Problemas Epistemológicos de la Psicología (Cátedra B) y actualmente incorporado como ayudante alumno de la cátedra de Psicoanálisis (UNC).



Fotografía Pablo Figueroa

Dialogando con Foucault.

La Ley de Salud Mental y el Poder Psiquiátrico

German Casetta - Juan Rafael Cosci

El presente libro integra un conjunto de escritos realizado por los integrantes de la comisión de salud mental pertenecientes a la Cátedra B de “Problemas Epistemológicos de la Psicología” de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Córdoba. El objetivo principal que se propone es problematizar las lecturas e interpretaciones de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 a la luz de aportes que proviene de otros campos y autores. En el presente libro se articula la filosofía de Michel Foucault con la Ley de Salud Mental.

De tal manera, como resultado de la lectura del curso (1973-74) de Foucault: “El poder psiquiátrico”, los trabajos aquí contenidos buscan explorar diversas nociones y conceptos correspondientes al campo de la Salud Mental: poder, dispositivos de disciplinamiento, producción de locura y enfermedad mental, cuerpo como objeto y blanco de control, objetos de saber y regímenes de verdad, entre otros tantos, son conceptos utilizados para la reflexión sobre los principales preceptos establecidos en el corpus de la Ley de Salud Mental. El resultado es un texto que se divide en dos partes. Una primera parte: “Reflexiones en torno a la locura y sus modos de abordaje”, en la cual se reflexiona sobre el concepto “locura” e indaga en múltiples formas de abordaje, y una segunda parte: “El poder psiquiátrico y la Ley de Salud Mental” que intenta problematizar y generar un debate, a partir de partes específicas del libro de Foucault, con la Ley de Salud Mental.

Es por ello por lo que, a partir de una mirada crítica, el libro invita al lector a sumergirse en una serie de discusiones sobre el poder psiquiátrico y los relacionados a la Ley Nacional de Salud Mental, así como los modos de abordaje del padecimiento mental que de dicha ley se derivan. Así, este libro se revela como una intertextualidad entre estos dos campos, el de la filosofía y el de la salud mental. Esperemos que esta articulación logre promover una posición crítica en los lectores, fomentando el debate y la discusión de ideas.

ISBN 978-987-52078-0-4

