



**FACULTAD DE PSICOLOGIA  
UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO**

**“Trabajo Integrador Final”**

**El derecho a la locura en la  
Ley Nacional de salud mental**

**(Ensayo)**

**Autora:** María Luciana Reynares

**Legajo:** R-0911/3

**Docente responsable:** Ivonne Laus

-2017-

*La cuestión de saber si uno puede ser autónomo, es decir, loco, sin sufrir demasiado el despotismo de la locura está más que nunca a la orden del día. ¿Qué Otro estaría en condiciones de defendernos de nuestra propia locura? ¿Qué ley inventar que, a la vez que proteja, continúe los efectos locos de los progresos de la autonomización simbólica, jurídica y económica del sujeto?*

Dany-Robert Dufour, 2002.

## Índice

Resumen-----	4
Introducción-----	5
Ley de salud mental y adicciones N° 26.657-----	7
La locura: una aproximación histórica-----	10
I. <i>El siglo XIX: el disciplinamiento de la locura</i> -----	11
II. <i>Despsiquiatrización y Antipsiquiatría</i> -----	13
La razón de la locura-----	16
Referencias Bibliográficas-----	18

## Resumen

El tema propuesto en el presente ensayo es 'Locura y Ley de salud mental'. Se analiza la normativa, en relación al denominado cambio de paradigma, haciéndose énfasis en el enfoque de derechos que propone, a partir de una pregunta inicial acerca del sujeto al que la mencionada norma hace referencia. El objetivo principal es interrogar la Ley de salud mental en torno a la categoría de locura. Interesa reflexionar acerca de la misma en tanto ella se encuentra o no contemplada dentro de los derechos expresados en esta norma. Es así que del análisis propuesto se desprende la hipótesis acerca del *derecho a la locura* y su contemplación dentro el marco normativo que regula los derechos y garantías de los denominados *usuarios* del sistema de salud mental nacional. Se concluye al respecto, que dichos derechos y garantías corresponden en la presente ley al sujeto de la razón; planteando así el derecho absoluto de la razón sobre la locura.

Las reflexiones y análisis que sustentan el presente ensayo se fundamentan en la lectura de la obra de Michel Foucault respecto a la locura y al poder psiquiátrico. Según este autor, ya desde el siglo XIX, la naciente psiquiatría junto con la ciencia médica y el discurso jurídico crean las condiciones para que la locura en tanto tal sea atravesada por mecanismos disciplinares que convierten a los locos de entonces en enfermos mentales con derecho a tratamiento y cura.

**Palabras clave:** Ley de salud mental, locura, psiquiatría, paradigma, derechos

## Introducción

El presente trabajo se propone interrogar la actual Ley nacional de salud mental y adicciones (2010) N° 26.657, en relación al cambio de paradigma que se atribuye a la misma, los derechos que otorga a personas internadas en instituciones psiquiátricas, así como también al sujeto al que hace referencia la norma a la hora de garantizar estos derechos. Los puntos descriptos tendrán como principal objetivo el intento de responder a una pregunta acerca de la locura contemplada o no en la actual Ley, en tanto derecho y posibilidad.

La norma, justamente se enmarca en un contexto donde la adquisición de derechos ha sido eje de innumerables políticas de Estado y leyes promulgadas con el mismo propósito: la inclusión social y la ampliación de derechos colectivos.

En varios capítulos de la Ley, la misma expresa los derechos y garantías de las personas internadas, la modalidad de abordaje desde los equipos interdisciplinarios y la problemática de las internaciones. Particularmente los artículos citados, expresarían las bases en las cuales se fundamenta el cambio de paradigma y la defensa de los derechos humanos de las personas internadas; dos cuestiones en las cuales intentaré problematizar en el presente ensayo.

Los puntos más relevantes que establece la norma se relacionan con la prohibición de crear nuevos institutos de internación monovalente, promoviendo dispositivos alternativos como casas de convivencia y hospitales de día, como también adaptar los hospitales generales. Asimismo, las internaciones involuntarias quedan sujetas a decisión del equipo interdisciplinario, como también la atención en salud mental. En su artículo 4, la Ley establece los derechos otorgados a personas con padecimiento mental, y los puntos más relevantes a señalar son: el derecho a recibir una atención basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos; a recibir tratamiento y ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente. Este artículo otorga, a su vez, el derecho a ser informado de manera adecuada y comprensible de los derechos que lo asisten, según las normas del consentimiento informado que, en caso de no ser comprendidas por el paciente se lo comunicarán a los familiares o tutores. Otro punto importante es el que establece el derecho a tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento dentro de sus posibilidades, incluyendo la alternativa de su atención. A su vez, la persona con padecimiento mental es denominada en la Ley: *usuario* en salud mental.

El interrogante que motiva la escritura del presente ensayo se expresa en la pregunta acerca de si la locura como derecho y como posibilidad se encuentra contemplada o no en la presente Ley. Y si los derechos y garantías expresados en la misma, incluyen al *loco* o solo están destinados al sujeto de la razón.

Se hace referencia a la categoría locura, en sentido arqueológico y genealógico, tal como propone en su estudio Michel Foucault; es decir, la locura y sus juegos históricos con el poder, el saber, la verdad y la razón. Se trata, en definitiva, de aquel loco que se cansó de seguir sus designios y empezó a vivir en un mundo donde nada es lo que parece; donde la sinrazón le da razón a su vida.

La hipótesis propuesta en el presente ensayo, plantea que el modelo centrado en un enfoque de respeto y defensa de los derechos humanos, que se atribuye a la mencionada Ley, incluye solo a la persona sujeta a la razón. De lo que se desprende que en nuestra época y en nuestra sociedad, sigue existiendo un derecho absoluto de la razón sobre la locura. Cabe interrogarse acerca de la Ley en cuanto la misma excluye al

loco, o bien, éste nunca tuvo fehaciente existencia en tanto tal. Pregunta que se remonta a Descartes y su afirmación de que es imposible la locura en el sujeto pensante, imposibilidad que ubica al loco como ¿no existiendo?

Se puede rastrear en nuestra historia, determinadas condiciones para que hoy la Ley no contemple a la locura como un derecho humano.

Esas condiciones se pueden pensar a partir del siglo XIX y la entrada de la locura a una maquinaria disciplinar, en donde la consecuencia es todo un proceso de desobjetivación del cual el loco fue víctima. La psiquiatría del siglo XIX es protagonista de la desaparición de la figura del loco, dando emergencia en su lugar a la de enfermo mental, que se convertirá así en el objeto de la psiquiatría. Esta última, junto con el saber médico y el discurso jurídico convierten al loco en un objeto de conocimiento a disciplinar. La locura entra así en un mar de clasificaciones: enfermo mental, débil mental, imbecil, anormal, *padeciente* y, hoy, *usuario*. Clasificaciones que descalifican y mediante las que de ninguna manera se restituye al loco su derecho a la locura.

Se plantea a su vez la hipótesis acerca de que, si bien, la letra de la Ley probablemente da cuenta de un cambio de paradigma, no es expresión de ninguna nueva racionalidad respecto de la locura. Racionalidad que ponga verdaderamente en cuestión el modelo tutelar de la medicina y su antiguo poder psiquiátrico.

Este trabajo se presenta bajo la modalidad de ensayo y se divide en tres apartados: En el primero se aborda la *Ley Nacional de salud mental N° 26.657*, donde se intenta destacar los puntos más relevantes de esta norma, tomados aquí en cuenta en función de la problematización propuesta. En segundo lugar, se aborda la locura mediante una aproximación histórica, donde intenta fundamentarse la desaparición de la locura como tal en la racionalidad política occidental, tomando como ejes o nudos históricos el siglo XIX y sus mecanismos de disciplinamiento social, así como la discusión entre psiquiatría, antipsiquiatría y despsiquiatrización sostenida a lo largo de los siglos XIX y XX, y retomada hoy.

## Ley Nacional de salud mental y adicciones N° 26.657

En el año 2010 en nuestro país es aprobada la Ley Nacional de salud mental y adicciones después de ser largamente debatida, logrando un amplio consenso social, cuya sanción es unánime en ambas cámaras del Congreso de la nación. Dicha Ley se enmarca en un contexto político donde la inclusión social y la ampliación de derechos, es el centro de debates de amplios sectores de nuestra sociedad, como también el eje de varios proyectos de ley enviados por el Poder Ejecutivo Nacional y votados positivamente.

Tal es el caso de la Ley acerca del matrimonio igualitario, votada en el año 2010, que establece una ampliación en el derecho civil y permite el matrimonio entre personas del mismo sexo. Dos años más tarde, se vota la Ley de identidad de género, proyecto normativo por el cual el Estado garantiza el respeto a la identidad de género, en la cual cualquier persona tiene el derecho a cambiar nombre, foto y sexo de su DNI, respetando así la vivencia interna del género tal como cada persona la siente, la cual puede corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento.

Leyes que, indudablemente, han sido producto de largas luchas, por parte de organizaciones de derechos humanos, organizaciones políticas y sociales, ONG, que han instalado el debate sobre la adquisición e igualdad de derechos. En el caso de la Ley de salud mental, el detonante ha sido las graves denuncias por violaciones a los derechos humanos de familiares de personas internadas en psiquiátricos.

El Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) en el año 2007, en su libro *Vidas arrasadas* detalla que, en nuestro país, alrededor de 25.000 personas están detenidas, privadas de su libertad en instituciones psiquiátricas. El informe denuncia a su vez graves violaciones a los derechos humanos: casos de personas que han muerto incineradas en celdas de aislamiento, que han sufrido actos de violencia física y sexual, como también personas sometidas a la privación sensorial mediante el aislamiento (CELS, 2007).

El informe del CELS fue uno de los impulsores para la creación de la Ley de salud mental; norma que se define como un cambio de paradigma en relación a la salud mental, tomando como eje fundamental la defensa de los derechos humanos de personas con padecimiento mental.

A partir del presente ensayo se intentará interrogar -haciendo referencia a varios artículos de la Ley- lo que comúnmente se denomina *cambio de paradigma*, como también a qué sujeto se hace referencia a la hora de definir derechos y garantías.

Vale decir, en un primer punto, que la normativa tiene como objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de toda persona con padecimiento mental. Por padecimiento mental se entiende: todo sufrimiento psíquico, incluyendo también personas que sufran padecimientos prolongados, trastornos y/o enfermedades. La Ley a su vez, reconoce el derecho, por parte del *usuario* de salud mental, a recibir el tratamiento más adecuado a su padecimiento; como también el derecho a ser informado y decidir sobre su tratamiento y todo lo relacionado a su salud.

En relación al consentimiento informado, la norma establece que en el caso de que el paciente no comprenda la atención y el tratamiento propuesto, el equipo de salud a cargo se lo comunicará a los tutores. Otro punto importante es el que se refiere al consentimiento informado en relación a las internaciones involuntarias, en donde la Ley le da potestad al equipo interdisciplinario para decidir las, cuando se trate de personas que hayan perdido su estado de lucidez o se encuentren en una situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros.

Hasta aquí se puede pensar que el denominado cambio de paradigma que se atribuye a la Ley es, por un lado, el cambio del enfoque tutelar por un enfoque de derechos donde toda persona podrá decidir sobre su atención y tratamiento y, por otro lado, supone el cambio del modelo médico hegemónico que imperaba anteriormente por un modelo interdisciplinario.

Entre los puntos más relevantes que introduce esta Ley, cabe sin dudas destacar, en el artículo 27, el cierre de las instituciones de internación monovalente, pública o privada y la prohibición de crear nuevos psiquiátricos. En su lugar, sugiere adaptar los hospitales generales para tal fin, como también pensar dispositivos alternativos, ya sea casas de convivencia y hospitales de día. En relación a las internaciones serán, a partir de la promulgación de la Ley, los más breves posibles, en función de los criterios terapéuticos del equipo interdisciplinario. En caso de que las internaciones sean involuntarias, el criterio que debe adoptar el equipo interdisciplinario, según el art. 20, es el de riesgo cierto e inminente para sí o terceros; sustituyendo así el concepto de 'persona peligrosa' por el de 'persona en riesgo'.

Asimismo se atribuye el derecho, al *usuario* de salud mental, a recibir atención basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos, y la autoridad de aplicación (Dirección Nacional de salud mental y Adicciones) es la que dirá cuáles son las prácticas que se encuentran basadas en dichos fundamentos.

La interrogación que se desprende de los puntos descriptos de la Ley, es por un lado ¿A qué sujeto hace referencia? ¿Qué connotación tiene para esta norma la categoría 'usuario'? ¿Qué lugar hace al sujeto 'loco'?

Las preguntas son de orden genealógico, pues se trata de analizar el estado actual de las cosas y de los acontecimientos en relación a la locura y al loco.

El loco al que aquí se hace referencia es aquel que un día se levanta y cree que es el Rey Jorge III y que su casa es el Palacio de Windsor; o el hombre que ve en la sinrazón, la única razón de su existencia. El loco que un día pierde la cabeza y se embarca en una aventura sin tiempo, sin reglas, sin disciplinas; esa persona que, adueñándose de su locura y liberándose de su razón, emprende un viaje, tal vez sin retorno, pero con la certeza que el camino elegido lo llevará a vivir en un mundo de fantasías al que posiblemente no quiera abandonar.

Si la locura fuese, para la actual Ley, el equivalente al padecimiento mental ¿no se calificaría al loco como una persona que padece su locura, sufre sus creencias, fantasías y delirios? Interrogante que promueve y hace proliferar toda una serie de nuevas preguntas en torno a la concepción que la normativa vigente otorga, precisamente, a la locura como derecho y como posibilidad.

Los derechos del loco a vivir de acuerdo con su locura ¿Están incluidos en la presente Ley? Si respondiéramos por la negativa, esos derechos ¿están excluidos o ni siquiera han podido ser debatidos? ¿Es la razón, en tanto modalidad de pensamiento de una época, el límite que ninguna legislación puede franquear?

En relación a las prácticas a que hace referencia la Ley ¿Son prácticas que tienden a la subjetivación o en realidad restituyen viejas prácticas objetivantes?

Haciendo referencia al poder médico – psiquiátrico, ese poder que se adueñó de los criterios de verdad sobre la locura (Foucault, 2007a) ¿Se acaba en la Ley actual? Y por último, en relación al equipo interdisciplinario ¿Le restituye al loco la posibilidad de producir su locura? ¿No se corre el riesgo de que la interdisciplina configure un disfraz que termina por esconder el poder médico?

Preguntas que quedan vinculadas a una lógica de las sustituciones que esta norma implementa y que se evidencia en -por lo menos- tres aspectos, que en el presente ensayo se pretenden abordar:

- 1- La sustitución de los manicomios por los hospitales polivalentes
- 2- El modelo tutelar por el modelo interdisciplinario
- 3- La categoría de loco por la de usuario

Definitivamente, no es nuestra época la que ha excluido al loco. Siempre, en mayor o menor medida, la locura se ha marginado o se la ha excluido, pero interesa en este ensayo interrogar las condiciones de posibilidad que hicieron de la locura algo que no solo ha perdido valor en sí mismo, sino que ha perdido también algo así como existencia.

Desde la época en la que Foucault localizó la locura clásica hasta hoy, ha podido existir -para el discurso psiquiátrico, psicológico, jurídico, entre otros- el enfermo mental, el débil mental, el anormal, el padeciente o el *usuario*, entre otras. Sin embargo, la figura del loco, no solo se fue perdiendo dentro de las clasificaciones, sino que hoy termina siendo una palabra que es parte del discurso común, usada para descalificar al sujeto. Se puede pensar, con lo dicho, que existieron condiciones históricas específicas que han posibilitado que en la legislación actual sobre salud mental esté ausente la locura como tal.

## La locura: una aproximación histórica

Esa sabiduría que la razón solo podía encontrar en la locura; una locura que no existía sin la razón, y una razón comprometida con su propia locura que le marcaba el rumbo, empieza a ponerse en duda en el siglo XVII, época de dudas y certezas. Descartes (1637) inaugura con la frase “pienso, luego existo” la certeza de que el loco no piensa, y por ello estará excluido de toda vida razonable. Y así lo expresa:

No es la permanencia de una verdad la que asegura al pensamiento contra la locura, como le permitiría librarse de un error o salir de un sueño; es una imposibilidad de estar loco, esencial no al objeto del pensamiento, sino al sujeto pensante (...) no se puede suponer, ni aun con el pensamiento, que se está loco, pues la locura justamente es condición de imposibilidad del pensamiento (Foucault, 1986, p. 35).

Para Descartes el loco no piensa, por consecuencia ¿tampoco existe? Por un golpe de razón, el loco se convirtió poco a poco en un personaje temible, extraño y peligroso, al que hay que eliminar. El gran encierro de la locura del siglo XVII se produjo por órdenes de una razón que se atribuyó todos los derechos sobre la locura.

Es sabido que en nuestra sociedad la locura ha sido siempre objeto de exclusión. Se puede decir que no existe sociedad sin sistemas de coacciones: toda sociedad, al plantear una coacción, plantea al mismo tiempo un juego de exclusiones. Toda sociedad recorta en sí misma una serie de obligaciones que dejan fuera de su dominio y de su sistema a determinados individuos o determinados comportamientos, conductas, palabras. No puede haber sociedad sin margen, siempre habrá un resto, un residuo, alguna cosa que se le escape. En mayor o menor medida, la mayoría de las sociedades vieron al loco como ese resto, ese residuo que siempre se excluía (Foucault, 1999).

Sin embargo hubo épocas donde, más allá de que los locos ocuparan lugares marginales, aún se los toleraba. Tal es el caso del bufón de la edad media, personaje marginal pero aceptado en algunas pequeñas sociedades aristotélicas. Era ese loco que decía a la gente sus verdades, predecía el futuro, desenmascaraba las mentiras, oficiaba de consejero. El bufón, en cierto modo, ha sido la verdad en estado libre. El bufón y sus palabras teñidas de locura estaban institucionalizadas; una palabra marginal en cierto sentido pero suficientemente importante como para ser escuchada (Foucault 1999).

En el renacimiento el loco ha sido, por un lado, una figura monstruosa, aterradorante, que navegaba sin rumbo y sin tiempo; el insensato prisionero de los mares, ese loco que por ser extraño en la ciudad se lo condenaba al olvido, abandonándolo en la nave de los locos. Y por otro lado, la locura era algo propiamente humano, que no acechaba al hombre sino que constituía una relación que él tenía consigo mismo. La locura era una experiencia en donde el hombre afrontaba su propia verdad moral (Foucault, 1986).

A partir del siglo XVII comienza una etapa donde ya no hay margen de tolerancia hacia lo extraño y lo diferente. El naciente capitalismo que se iba organizando lentamente en toda Europa, cuya base fundamental era el trabajo, hizo de la figura del loco un personaje intolerable para la nueva organización social (Foucault, 1999). Ese loco que hasta el siglo XVII se lo marginaba pero, en cierta forma, estaba incluido en la sociedad; con las nuevas normas económicas queda excluido materialmente de esa misma

sociedad. De navegar sin rumbo por las agitadas aguas del mar, el loco desembarcaba en los fríos y silenciosos muros de los asilos.

La particularidad del encierro de la que es objeto el loco, desde el siglo XVII hasta el siglo XIX, es aquella a partir de la cual se lo interna en asilos y hospitales; sin ser un internamiento médico en sentido clásico, pues no se trataba de enfermos que había que preocuparse en curar. Aun así se los encerró junto con vagabundos y pobres, rotulados como incapaces de trabajar. Será recién en el siglo XIX donde no solo se lo dejará encerrado, sino que lo despojarán de lo único que le quedaba: la posibilidad de producir su locura

### *1. El siglo XIX: el disciplinamiento de la locura*

El hecho de que el loco siempre haya sido excluido es algo que la historia puede dar cuenta. Siempre ha formado parte de ese resto de la sociedad, aunque su abordaje haya sido diferente en cada época histórica. No obstante lo que me interesa poder interrogar en este ensayo, son las condiciones por medio de las cuales esa figura está ausente en la letra de la actual normativa que legisla sobre la salud mental. Si la Ley intenta restituir sus derechos ¿por qué no restituye su figura? Las condiciones de esta ausencia pueden rastrearse en la transformación que a partir del siglo XIX, hace del loco un objeto de conocimiento.

La captura del loco por los diferentes discursos -psiquiátrico, psicológico y jurídico-hizo de la locura, no solo, algo que se puede conocer, sino también algo que se puede disciplinar; a costa de su propia desaparición.

Con la revolución francesa nace una nueva tecnología de poder, y se ponen en práctica dispositivos donde la locura no sería más objeto de exclusión. Épocas de cambios que encontrará al loco siendo un individuo más, sujetado a una disciplina. Al nuevo poder disciplinar (Foucault, 2008) no le interesó ni siquiera excluir al loco, pero sí controlarlo e incluirlo en una norma. Se trata de una forma de inclusión que le cuesta al loco su propia desobjetivación; arrasamiento subjetivo que el poder médico-psiquiátrico puso en práctica a principios del siglo XIX en complicidad con el derecho penal.

Ya a fines del siglo XVIII se suceden transformaciones en las prácticas tanto médicas y jurídicas que atraviesan todo el cuerpo social. En relación a la práctica médica, cambia no solo la mirada hacia el enfermo sino también el espacio de la enfermedad. Un cuerpo enfermo como un objeto a ser estudiado; cuya enfermedad se muestra a través de signos y síntomas. El espacio del hospital es el escenario elegido para que la enfermedad salga a la luz y muestre su verdad, ofrecida a la mirada atenta y casi pura del médico (Foucault, 2004). Esa mirada que hizo del cuerpo enfermo un saber sobre la enfermedad, es la misma mirada que convirtió al loco en un enfermo mental. Saber – verdad – poder, unidos en esta nueva tecnología que hizo del loco un individuo sujeto a una disciplina. Y el espacio donde se puso en práctica la maquina normativa fue el internamiento psiquiátrico, utilizando una nueva figura construida para tal fin: la enfermedad mental.

La enfermedad mental como identidad ficticia, no se podría haber logrado sin la complicidad del derecho penal y las reformas que se sucedieron hacia finales del siglo XVIII y principios del siglo XIX.

Tras la revolución francesa y su reforma penal del año 1790, se cambia la figura del criminal; el criminal pasa a ser un enfermo, patologizando el crimen e introduciendo así a la medicina como parte del aparato punitivo (Foucault, 2007b).

El nuevo código no castiga el acto criminal sino al sujeto criminal, al cambiar la figura se cambia el discurso y las prácticas tanto médicas como jurídicas. Desde entonces, para que una conducta criminal sea penalizada tiene que haber una razón para el crimen, y el criminal no solo tiene que confesar sino tiene que dar estas razones (Foucault, 2007b). Si el crimen tiene una naturaleza, entonces, se requiere de un saber sobre esa naturaleza; saber que estará a cargo de la medicina. Se ligan así los binomios: normal - patológico; legal - ilegal, y una nueva alianza entre la medicina y el derecho penal jugando para una nueva tecnología del poder en manos de una naciente burguesía.

Antes de la reforma penal, se consideraba que el loco era alguien que tenía el demonio en el cuerpo, y que la acción del diablo provocaba la enfermedad en el individuo débil (Foucault, 2008). Es a principios del siglo XIX donde el discurso jurídico hace aguas ante crímenes cometidos en el ámbito de lo familiar, crímenes que eran cometidos sin razón aparente, y donde el sujeto se veía interpelado a la confesión de ese acto criminal, sin poder dar razones por ello. Ese criminal sin razón, convertido en el 'loco criminal', fue el objeto de la psiquiatría, que desprendiéndose de la medicina construyó su objeto propio (el enfermo mental), así unió criminalidad con locura, construyendo una nueva figura: la monomanía homicida. El síntoma único de esos crímenes sin razón era la locura, es decir la locura era la razón de los mismos y, dado que para el derecho penal el criminal era un enfermo, el loco pasa a ser un enfermo mental (Foucault, 2008). La locura que hasta el siglo XIX había sido una forma de error, pasa a ser, gracias a la psiquiatría del siglo XIX, una enfermedad cuya conducta había que corregir y disciplinar. Se logra así patologizar la locura.

La locura cambia de estatuto a partir que el discurso médico la captura como objeto de conocimiento; cuyos saberes la fueron envolviendo, impregnándola de verdades incuestionables por el solo hecho de hablar en nombre de la ciencia. Desde ese momento, es decir, desde el nacimiento de la psiquiatría y el tratamiento moral de la locura, el loco empieza a tener miedo de volverse loco; a temerle a su propia locura. ¿No es acaso el temor de que le arrebaten la propia verdad de su locura, verdad que puede hablar en sus delirios, en sus creencias y fantasías?

A partir del siglo XIX la psiquiatría pasa a ser dueña de los criterios de verdad sobre la locura. La resistencia del loco en esas famosas escenas de curación de Bicêtre era en realidad la negativa a ser algo que no era, es decir a confesarse un enfermo mental y así estar obligado a someterse al poder psiquiátrico y todo el dispositivo disciplinar.

Es interesante recordar -con Foucault- aquella escena en la que Leuret, psiquiatra francés, retrata con maestría la curación del loco. Es una escena donde lo que se hace es someter al loco a un régimen de saber-verdad impuesto desde el poder psiquiátrico. Sometimiento que tiene como premisa la confesión de ser lo que el psiquiatra dice que sea: 'un loco' o mejor dicho 'un enfermo' y así tener que doblegarse al poder disciplinar del médico (Foucault 2014).

La escena referida ocurre en Bicêtre Hospital y data del año 1840. El relato que acerca Michel Foucault comienza así: Leuret le pide al enfermo que cuente en detalle su delirio, introduciendo de este modo dentro de la terapia el discurso del loco pero para desprestigiarlo y decir que nada de lo que él dice es verdad, obligando de este modo al enfermo a confesar que está loco, pese a que el 'enfermo' se resiste a ello. Leuret, a fuerza de duchas heladas sobre la cabeza, logra que el 'enfermo' confiese su locura. Recién allí, la psiquiatría de entonces, lograba *curar* la locura (Foucault 2014). Para la psiquiatría no se puede estar loco y a la vez tener conciencia de que se está loco.

La tolerancia cero de que fue objeto el loco, ha hecho que desde el siglo XIX se sepultara a la locura dentro de alguna clasificación ¿Cuál? La que sirva a cada época histórica, siendo lo importante la desaparición de la figura del loco como tal. La primera clasificación que mostró todo su poder, puede que haya sido la del enfermo mental, pero a lo largo del siglo XIX hasta nuestros días, han sucedido innumerables clasificaciones/descalificaciones donde ninguna de ellas restituye al loco su derecho a la locura.

## II. *Despsiquiatrización y Antipsiquiatría*

Para el naciente capitalismo de fines del siglo XVIII, ya no es conveniente tener al loco perdido por los mares, ni que esté preso junto con vagabundos y enfermos; tiene, en cambio, que incluirse al sistema. Como la locura es inclasificable dentro de esta nueva forma de organización social, la opción fue clasificarla pero cambiando la figura. El llamado enfermo mental, sometido a diversos tratamientos médicos, fue en realidad un cuerpo sometido al poder disciplinar (Foucault, 2008), un cuerpo que había que domesticar. En la misma medida que para los delincuentes aparece la prisión, para los locos aparece el asilo, el cual contiene todas las escenas de curación antes comentadas.

A partir del siglo XIX, la psiquiatría atribuye su estatus adhiriendo al discurso médico y su práctica. Con ello la verdad ya no se pone a juego en el enfrentamiento del médico con el enfermo, sino que la misma se encuentra en el médico y su mirada. La psiquiatría, apoyándose en el discurso médico científico, ha hecho que los criterios de verdad sobre la locura queden en manos de la mirada del psiquiatra y el saber que el mismo poder psiquiátrico construye (Foucault, 2007a).

Tales criterios sobre la locura, al que solo se le podía interrogar al interior de la ciencia psiquiátrica, empiezan a regir a finales del siglo XIX, y a encontrar barreras que no solo le impiden avanzar sino que ponen en peligro la propia práctica psiquiátrica. Los muros del asilo, construidos tiempo atrás por el poder de la razón para defenderse de la locura, se estaban cayendo a causa de ese contrapoder utilizado por el loco para resistirse al poder psiquiátrico y su institución: ese contrapoder fue la simulación (Foucault, 2007a)

Esa gran simulación colectiva como método de lucha contra el poder psiquiátrico comienza con la simulación de las histéricas en el hospital Salpêtrière a principios del siglo XIX.

Esas 'locas histéricas' se transformaron, con el cambio de figura, en enfermas mentales con derecho a tratamiento y cura; las histéricas convertidas por el poder psiquiátrico en *ratas de laboratorio*, armaron una gran obra de teatro donde las escenas se montaban sobre la reproducción de síntomas ficticios y armados por ellas mismas para defenderse del gran aparato disciplinar y asilar; desde contracturas de la cara, paraplejias, catalepsias, parálisis faciales, auras; hasta la reproducción de síntomas que concordaban con la sintomatología de la epilepsia. Todo esto se realizaba bajo la mirada atenta del psiquiatra, con miras de reconocer a la histeria como enfermedad orgánica.

Fue Charcot, neurólogo, quien intentaría a través de la sugestión y la hipnosis convertir a la histeria en una enfermedad orgánica.

Toda esta sintomatología simulada por las histéricas le permitió a la psiquiatría del siglo XIX, por una parte, ensayar y producir la verdad de la enfermedad, y por otra, comprobar y conocer los fenómenos. A instancias del poder – saber médico, esas

escenas le permitieron producir la realidad de una enfermedad mental cuya característica era reproducir fenómenos accesibles al conocimiento (Foucault, 2008).

La gran crisis de la psiquiatría se produjo en 1881, cuando se comprueba que en la Salpêtrière, todos esos síntomas estudiados por Charcot eran en realidad creados por él mismo, a partir de la simulación de las pacientes (Foucault, 2007a)

Esa gran simulación colectiva puso en duda saberes que eran incuestionables para la psiquiatría de ese momento; simulación que hizo que la verdad se escapara de la mirada del psiquiatra, al tiempo que el poder psiquiátrico empieza perderse en los pasillos del asilo.

Producto de la crisis, hacia fines del siglo XIX la psiquiatría cambia de estrategia pero no de objetivo; modifica meramente sus prácticas a modo de constituirse como una práctica más creíble, pero el derecho absoluto de la razón sobre la locura no se transforma, el loco sigue estando a merced de un poder disciplinar que ha ido mejorando su táctica.

El movimiento de despsiquiatrización hace referencia justamente a ese cambio de estrategia en favor de sostener el poder de la razón psiquiátrica. Así se refería Foucault a la despsiquiatrización

Este movimiento aparece inmediatamente después de Charcot. Se trata entonces no tanto de anular el poder médico cuanto de desplazarlo en nombre de un saber más exacto, darle otro punto de aplicación y nuevas formas de evaluación. Se trataba de despsiquiatrizar la medicina mental para restablecer en su justa eficacia un poder médico al que la imprudencia (o la ignorancia) de Charcot había llevado a producir abusivamente enfermedades y, por tanto, falsas enfermedades (Foucault, 2008, p.55).

El pionero de este movimiento fue Joseph Babinski, neurólogo y a la vez crítico de Charcot, quien planteaba que los signos y cuadros descritos en la histeria se debían a la sugestión que éste ejercía sobre las enfermas; sustituyendo el concepto de histeria por el de "pitiatismo", el cual refiere a que los síntomas son producidos por sugestión, y curados por persuasión.

Ya no interesaba producir la verdad de la enfermedad por medio del teatro, lo que se busca a partir de entonces es reducir la enfermedad a su estricto mínimo, a los signos que sirvan para diagnosticar la locura como enfermedad mental, como también las técnicas para la desaparición de sus manifestaciones. Se podría nombrar esta forma 'aséptica' y asintónica' de despsiquiatrización 'psiquiatría de producción cero'. La psicocirugía y la psiquiatría farmacológica son sus dos formas más relevantes (Foucault, 2008).

El psicoanálisis, al que Foucault endosa el otro modo posible de despsiquiatrización, también nace gracias a las simuladoras de la Salpêtrière; preguntándose por la verdad de los síntomas, sosteniendo no obstante el poder médico:

El psicoanálisis (...) como la otra gran forma de despsiquiatrización provocada por el traumatismo de Charcot: salida del espacio manicomial para borrar los efectos paradójicos del sobre-poder psiquiátrico, pero al mismo tiempo reconstitución del poder médico, productor de verdad, en un espacio organizado para que esta producción permanezca siempre adecuada a este poder. La noción de transferencia, en tanto que proceso esencial a la cura, es una forma de pensar

conceptualmente esta adecuación bajo la forma de un conocimiento. El pago en dinero, contrapartida monetaria de la transferencia, es una forma de garantizar la cura en la realidad, una forma de impedir que la producción de la verdad se convierta en un contrapoder que coja en la trampa, anule o someta al poder médico (Foucault, 2008, p.56).

En otro momento histórico, en la década de 1970, surge un movimiento de lucha contra la institución manicomial y el poder psiquiátrico. David Cooper en Gran Bretaña, Franco Basaglia y Giorgio Antonucci en Italia, Michel Foucault en Francia entre otros; cuestionaron las relaciones de dominación dentro de las instituciones asilares. La antipsiquiatría problematiza el poder médico-psiquiatra, diciendo que lo que está en juego es el derecho absoluto de la no locura sobre la locura. La verdad, el saber y el poder en manos de la psiquiatría, es una instancia histórica que no solo despoja al loco de todo poder sino que lo convierte en objeto de conocimiento. Por ello la antipsiquiatría no solo se opone a la psiquiatría sino que también critica la despsiquiatrización, diciendo que ni la psiquiatría de producción cero, ni el psicoanálisis han transferido al enfermo mismo el poder de producir su locura y la verdad de su locura. Lo que pretende la antipsiquiatría es despojar a la persona que se le dice 'enfermo' del estatuto patológico, liberarlo del diagnóstico y, por ende, de una sintomatología que lo clasifica (Foucault, 2008).

A partir de los cuestionamientos al poder médico, Foucault (2008) se pregunta ¿es posible que la producción de verdad de la locura pueda tener lugar en situaciones que no sean las de una relación de conocimiento?

Interrogante que hoy renace a la luz de la actual Ley de salud mental, y el cambio de paradigma que la misma se atribuye. Si es realmente un cambio ¿Qué tratamiento se le da a la locura? ¿El loco deja hoy de ser objeto de conocimiento? ¿La locura se presenta como posibilidad o como patología? ¿Se lo ha liberado del diagnóstico? Interrogantes que se desprenden de la misma crítica de la antipsiquiatría al poder médico psiquiátrico en los años '70 y que hoy puede, con derecho, volver a hacerse.

## La razón de la locura

A modo de conclusión, quisiera retomar interrogantes que hacen al desarrollo del presente ensayo. Por un lado, respecto del cambio de paradigma que se atribuye a la Ley de salud mental y, por otro lado, a qué sujeto hace referencia esta norma.

Se puede pensar -tomando como modelo la antipsiquiatría y haciendo referencia estrictamente la Ley de salud mental- que un cambio de paradigma se fundamenta en una crítica y una lucha contra el paradigma médico y el poder ejercido sobre el loco y su derecho a la locura. Diciendo esto, se puede conjeturar que la lógica sustitutiva que propone la norma sigue los parámetros del modelo de despsiquiatrización en donde, de algún modo, se continúa sosteniendo el poder médico; manteniendo tanto el diagnóstico como la clasificación y, con ello, la continuidad de la patologización de la locura.

En relación a la hipótesis planteada, se sabe que la Ley propone como cambio de paradigma la caída tanto del modelo tutelar como del modelo médico, pero le otorga la exclusividad de las decisiones a un equipo interdisciplinario, entendiendo con esto que la decisión sobre la libertad de un ciudadano no depende de una persona, sino de varias. Se prohíbe la creación de nuevos manicomios, pero se propone adaptar los hospitales a la atención de sujetos con 'padecimiento mental', sosteniendo así la continuidad del poder médico.

Otro punto importante respecto de la locura, que puede encontrarse en la letra de la norma es el consentimiento informado, el cual otorga al *usuario* el derecho a ser informado, precisamente, sobre los derechos que lo asisten, como también a decidir sobre su atención y tratamiento. El límite que expresa este último punto es que en caso que el paciente pierda el estado de lucidez, pierde el derecho a decidir sobre su tratamiento; es decir, el límite es la razón, pues si se pierde la razón se pierden derechos. Siguiendo esta misma lógica, las intervenciones involuntarias se deciden en el caso de que la persona involucrada haya perdido la razón y la potestad la tiene el equipo interdisciplinario. La sinrazón es claro equivalente aquí de la falta de lucidez, dando cuenta del derecho absoluto de la razón sobre la locura y la imposibilidad de locura en el sujeto pensante. Se puede decir, a partir de este último punto, que la Ley no contempla la posibilidad de locura en el sujeto

Se puede decir entonces hasta aquí, que el sujeto al que hace referencia la Ley, es el sujeto de la razón; sujeto que tiene el derecho a ser informado del tratamiento, a decidir sobre su tratamiento, que tiene derecho a un abogado, etc.; y en el caso que pase el umbral de la razón, el sujeto deja de tener derechos, siendo nuevamente objetivado por las disciplinas; disciplinas que antes eran médico-psiquiátricas y ahora se agrupan en una sumatoria de disciplinas a fines, que dan lugar al modelo interdisciplinario. En la actual norma, el saber constituido como verdad incuestionable sigue estando en manos del discurso médico; el poder disciplinario cambia de ropaje para vestirse de interdisciplina y el enfoque elegido tiende a sustituir para no modificar; lo cual redundará en la continuidad del disciplinamiento. La Ley de salud mental va a inaugurar nuevas prácticas que, sin embargo y paradójicamente, restituyen viejas prácticas objetivantes. Instala discursos que siguen clasificando, con terminologías como la de *usuario*.

Si en la discusión instalada a raíz de la denuncia por violaciones a los derechos humanos de personas internadas en psiquiátricos, han podido ser debatidos los dos movimientos (despsiquiatrización y antipsiquiatría); ha predominado en cierta forma, el movimiento de despsiquiatrización y toda su lógica sustitutiva: Los psiquiátricos por los hospitales, sosteniendo el lugar médico-paciente; el modelo tutelar por modelo

interdisciplinar, con el sujeto ubicado como objeto de conocimiento y las prácticas que se desprenden de dicho modelo, al contrario de lo pensado, son prácticas objetivantes porque no logran transferir a la persona calificada de *usuario* el poder de producir su propia locura. A su vez, hay que decir que la sustitución que hoy adquiere la categoría de loco por la de *usuario*, es una sustitución que no comienza con la actual Ley, sino que se inicia en el siglo XIX, donde se sustituye loco por enfermo mental; pasando por diferentes descalificaciones (imbécil, anormal, débil mental, padeciente, *usuario*).

La norma también sustituye el calificativo de 'loco peligroso' por 'loco en peligro', en la cual tampoco vislumbra mayores rupturas, ya que ambas clasificaciones permiten intervenir sobre el sujeto loco.

El puntapié inicial para el debate y escritura de la actual Ley de salud mental y adicciones, la dio el CELS con su libro *Vidas arrasadas*, luego la normativa será un intento de restituir derechos que han sido vulnerados.

Persiste como deuda el debate sobre la locura como derecho y posibilidad. El derecho a la locura sigue siendo un derecho vulnerado; tal vez porque al loco no se le permite estar loco; posiblemente lo extraño siga produciendo miedo, y lo diferente continua siendo amenazante. Amenaza que la razón sigue encerrando en las prisiones de las clasificaciones. Cabe preguntarse si vendrán, en el futuro, nuevos tiempos donde sea posible que el pensamiento se piense y piense la razón que marca el rumbo.

## Referencias Bibliográficas

Ley N° 26.657 de salud mental y adicciones. Boletín oficial, Ministerio de Salud de la Nación Argentina, sanción 25 de noviembre de 2010. Recuperado 2 de noviembre 2017, <http://test.elegisar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=16773&word=ley%20de%20salud%20mental>

CELS (2007) *Vidas arrasadas. La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos*. Recuperado 12 de junio de 2017, [http://lib.ohchr.org/HRBodies/UPR/Documents/Session1/AR/CELS\\_ARG\\_UPR\\_S1\\_Centr odeEstudiosLegalesySociales\\_annex5.pdf](http://lib.ohchr.org/HRBodies/UPR/Documents/Session1/AR/CELS_ARG_UPR_S1_Centr odeEstudiosLegalesySociales_annex5.pdf)

Dufour, D-R., *Locura y democracia. Ensayo sobre la forma unaria*. Bs. As., FONDEO de Cultura Económica.

Foucault, M.:

(1986) *Historia de la locura en la época clásica I*. pp. 35, recuperado 5 de mayo de 2017, <http://caece.opac.com.ar/gsdll/collect/apuntes/index/assoc/HASH4979.dir/doc.pdf>

(1999) *Estética, ética y hermenéutica*. Obras esenciales. Volumen III. Bs. As., Paidós.

(2004) *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. Bs. As., Siglo XXI Editores.

(2007a) *El poder Psiquiátrico*. Bs. As., Fondo de Cultura Económica.

(2007b) *Los anormales*. Bs. As., Fondo de Cultura Económica

(2008) *La vida de los hombres infames*, La Plata, Editorial Altamira

(2014) *Obrar mal, decir la verdad. La función de la confesión en la justicia*. Bs. As., Siglo XXI Editores