

Universidad de Belgrano
Facultad de Humanidades
Licenciatura en Psicología



**Análisis de la incidencia de la historia de la locura y el estigma
en la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657**

Trabajo Final de Carrera

Tutor: Beresñak, Fernando
Alumna: Pérez Lázzaro, Rocío
Carrera: Licenciatura en Psicología
Matrícula: 40221611
ID: 160263

Firma de la alumna:

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Rocío Pérez Lázzaro', written over a horizontal line.

Agradecimientos

A mi familia, por el amor y el apoyo incondicional en cada paso de mi vida.

A mis amigas, Viviana Bourguet Abiotti y Micaela Pelenur, por haber sido mis grandes compañeras a lo largo de estos 4 años, compartiendo y transitando juntas cada instancia desde el inicio hasta el final.

A Fernando Beresñak, tutor de mi tesis, por su gentileza, su admirable vocación y predisposición, así como también, por hacer de este trabajo un hermoso proceso de aprendizaje y madurez, pudiendo disfrutar cada instancia.

A Gastón Pecznik, mi principal referente en el camino de la Psicología, por sus innumerables enseñanzas que trazaron un antes y un después en mi formación, fomentando mi pensamiento crítico, mi crecimiento personal y transmitiendo el amor por la docencia.

A José Barros, docente de excelencia, por permitirme una aproximación a la temática, despertando mi interés y constituyendo los cimientos de mi ética profesional.

A Felipe Bozzo, por su amabilidad y por motivar con sus desarrollos la presente investigación.

Finalmente, a la Universidad de Belgrano y a cada persona que formó parte de este camino, derrotero que no puedo finalizar con más alegría al confirmar con mayor certeza que nunca lo que me apasiona: la Psicología.

Índice

Agradecimientos	2
Resumen	4
Introducción	5
Presentación de la temática.....	5
Problema y pregunta de investigación.....	6
Relevancia de la temática.....	7
Objetivos generales y específicos.....	8
Alcances y límites.....	8
Antecedentes.....	9
Estado del arte.....	13
Marco teórico.....	15
Desarrollo metodológico.....	19
Capítulo I: Historia de la locura y del estigma	21
1.a. Antigüedad: las primeras concepciones sobre la locura y la emergencia del estigma..	22
1.b. Edad media: la locura entre las fuerzas sobrenaturales, el pecado y la miseria.....	23
1.c. Renacimiento: la locura como fuente de horror y fascinación.....	24
1.d. Época clásica: el encierro y los sintagmas locura-incapacidad y locura-peligrosidad...	26
1.e. Revolución de los '60: la antipsiquiatría y los inicios de la desmanicomialización.....	31
Capítulo II: Acerca de la locura en Argentina	33
2.a. Siglo XVIII y principios del siglo XX: los primeros hospicios y la Higiene Mental.....	34
2.b. Medios del siglo XX: El pasaje de la Higiene Mental a la Salud Mental.....	39
2.c. Fines del siglo XX y principios del XXI: antecedentes y sanción de la Ley N°26.657...	43
Capítulo III: Puntualizaciones sobre la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657	47
3.a. Acerca de los conceptos de salud mental y locura.....	47
3.b. Lucha contra los sintagmas locura-incapacidad y locura peligrosa.....	49
3.b.i. Presunción de capacidad, Principio de Autonomía y restitución de derechos.....	50
3.b.ii. Abordajes socio-comunitarios.....	52
3.b.iii. Interdisciplina e intersectorialidad.....	53
3.b.iv. Internaciones.....	54
3.b.v. Acerca de la prohibición de nuevos hospitales psiquiátricos monovalentes.....	57
Conclusión	59
Referencias bibliográficas	63

Análisis de la incidencia de la historia de la locura y el estigma en la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657

Resumen

La locura, en tanto producto de nuestras prácticas discursivas y no discursivas, históricamente ha sido asunto privilegiado de debate y controversia. En sus múltiples intentos por capturarla, se encontró ligada a diversas significaciones, en su mayoría peyorativas, conformando un gran estigma que la situó bajo los sintagmas locura-incapacidad y locura-peligrosidad. Estos, en tanto modos de aprehender la realidad, han sido determinantes tanto en su comprensión como en su respectivo abordaje, fundando toda una tradición histórica de encierro, segregación y exclusión. Al respecto, la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657 constituye un hito al incorporar giros sustanciales en sus definiciones y propuestas de tratamiento. No obstante, su derrotero no estuvo exento de disputas ni controversias. En este sentido, la presente investigación consiste en el análisis de la incidencia de la historia de la locura y el estigma en el proceso de su sanción. Para ello, tomando los aportes de Foucault y Goffman, a lo largo del trabajo se establece la relación entre historia de la locura y estigma, se señalan los principales acontecimientos de dicha historia en Argentina y, finalmente, se exponen las implicancias y disposiciones sustanciales de la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657. En su conjunto, estos elementos permiten concluir que aquel recorrido, lejos de responder a un desarrollo lineal, se ha caracterizado por discontinuidades y rupturas, vislumbrando los efectos del entrelazamiento locura-estigma tanto en sus modalidades explícitas como implícitas. Frente a ello, la ley es entendida como un nuevo discurso en torno a la locura, de carácter desmanicomializador, así como también, como lucha contra los sintagmas locura-incapacidad y locura-peligrosidad.

Palabras claves: locura; estigma; Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657; desmanicomialización.

Introducción

Presentación de la temática

Uno de los principales legados de la perspectiva foucaultiana ha sido la invitación a repensar el supuesto de una realidad esencial, entendiendo que los objetos, lejos de delimitarse por sí mismos, son producto de nuestras prácticas discursivas y no discursivas (Díaz, 2014). En este sentido, desde sus inicios, Foucault supo reconocer que la locura, en tanto objeto socialmente construido, históricamente ha sido asunto privilegiado de debate y controversia.

Lo que hoy entendemos por locura, ha sido significado de diversos modos a lo largo del tiempo, pues cada cambio de época ha constituido un movimiento caleidoscópico donde, si bien sus componentes pueden ser los mismos, son reorganizados de diversas maneras según la coyuntura sociohistórica (Díaz, 2014). En este sentido, en su derrotero, la misma ha sido vinculada a fenómenos tales como el castigo divino, la posesión demoníaca, la herejía, la criminalidad, la sinrazón, la alienación mental, entre otros (Abella Roberts, 2020; Foucault, 1961/2012; Salaverry, 2012 & Sánchez Gómez, 2018).

Estas connotaciones, en su mayoría peyorativas, han contribuido a un gran estigma en torno a la locura, es decir, a la conformación de un atributo descalificador que un grupo realiza sobre un individuo/colectivo a partir de un determinado rasgo físico, comportamental o social que se aparta de las expectativas socioculturales (Goffman, 1963/2006). En su caso, dichas significaciones la han ubicado principalmente bajo los sintagmas desacreditadores “locura-peligrosidad” y “locura-incapacidad”, los cuales, en tanto modos de aprehender la realidad, han sido determinantes en los tratos y abordajes de esta. En este sentido, es posible hipotetizar un entrelazamiento entre historia de la locura y estigma, pues, pensar en la primera, implica reflexionar acerca de una historia de lo “otro”, en la locura como representante por excelencia de lo diferente (Díaz, 2014).

En los tiempos que corren, la locura es entendida como padecimiento mental. Particularmente en nuestro país, este movimiento adquiere su estatuto legal de incumbencia nacional a partir de la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657, sancionada en el año 2010. La misma, desde una perspectiva de derechos, establece giros sustanciales tanto en su definición como en la respectiva a la salud mental, entendiendo a esta última como un proceso multidimensional determinado por componentes biológicos, psicológicos, sociales, culturales y económicos, así como también, por el cumplimiento de los derechos humanos y sociales de las personas. A partir de estos supuestos, constituye un cuestionamiento a la lógica asilar como tratamiento privilegiado, promoviendo la descentralización del hospital psiquiátrico y su sustitución progresiva por un modelo socio-comunitario en salud mental (Bottinelli, 2018 & Ley Nacional de Salud Mental N°26.657, 2010). En este sentido, desde una lectura foucaultiana, representa un nuevo discurso sobre la locura de carácter desmanicomializador,

posicionándose, a su vez, como un intento de ruptura de los sintagmas locura-incapacidad y locura-peligrosidad.

Sin embargo, dicha historia hasta la sanción de la presente ley no estuvo exenta de conflictos ni de prácticas estigmatizantes; por el contrario, han prevalecido las connotaciones peyorativas y las tensiones entre posturas manicomiales y aquellas a favor del nuevo paradigma en salud mental. En este sentido, como afirman Barrenechea, Oberman y Tallarico, el viraje del loco como objeto, peligroso e incapaz, hacia un sujeto de derechos, es fruto de un largo derrotero construido por pequeños avances (tal como se cita en Seitz, 2021), pero, también, por diversas disputas y detractores que han influido en la sanción de nuestra ley.

A partir de ello, nos proponemos, en primer lugar, indagar sobre los principales acontecimientos y formaciones discursivas que determinaron el estatuto de la locura y el estigma en torno a ella a lo largo del tiempo. En segundo lugar y como eje fundamental, ubicar bajo luz crítica la influencia de dichos elementos en la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657. De esta manera, intentaremos comprender aquel derrotero hasta su sanción y las principales implicancias de la actual normativa en torno a la locura y la salud mental.

Problema y pregunta de investigación

La salud mental y, dentro de ella, la locura, históricamente han sido abordadas desde una visión esencialista y dualista, ubicando a la primera en términos de lo “sano” o “normal” y a la segunda bajo las categorías de lo “enfermo” y lo “anormal”. Afortunadamente, hoy en día, constituyen fenómenos exhaustivamente estudiados desde posturas que cuestionan aquella tradición dualista y renuncian a la búsqueda de una verdad última, explorando así los modos históricos de interpretación de las mismas.

De igual forma, en lo que respecta al estigma en torno a la locura, diversas investigaciones vislumbran su asociación directa con atributos descalificadores, subrayando la prevalencia de connotaciones tales como la peligrosidad, la incapacidad, la violencia, la criminalidad y la anormalidad. Estas, en su conjunto, han despertado gran temor y rechazo hacia la misma, llevando, a su vez, a la legitimación de su exclusión social y su reclusión en hospitales psiquiátricos (Centro de Estudios Legales y Sociales; 2017; Gargoloff, Leiderman y Michat, 2022; Quiroga, 2020 & Sánchez Gómez, 2018).

La Ley Nacional de Salud Mental N°26.657 constituye un hito en la concepción y abordaje de la salud mental y de la locura, situándose como respuesta a la laguna jurídica existente en dicho campo. De igual forma, mediante sus definiciones y disposiciones, manifiesta una lucha contra aquel estigma que históricamente ha rodeado a los padecimientos mentales bajo los sintagmas locura-incapacidad y locura-peligrosidad. No obstante, el derrotero hasta su sanción no estuvo exento de vicisitudes ni controversias, por el contrario, diversas posturas ético-políticas, avances y retrocesos han caracterizado a dicho proceso. Frente a ello, es posible preguntarse ¿cuáles fueron aquellos acontecimientos que incidieron en dicha

historia? ¿en qué consistió aquel derrotero que, si bien permitió su sanción, no estuvo libre de conflictos?

Para abordar aquellos interrogantes, diversas investigaciones se han abocado al estudio de la historia argentina, produciendo valiosos aportes al análisis de la temática. Sin embargo, su dedicación exclusiva al derrotero argentino ha trazado una divisoria de aguas entre la historia de la locura desde sus inicios y la historia de nuestro país, instaurando, a su vez, una lectura lineal y dejando por fuera la posibilidad de incluir en el análisis otras variables, como el estigma que la ha acompañado a lo largo del tiempo.

Desde una lectura foucaultiana, entender la ley y sus componentes (a saber, la salud mental, la locura y el estigma) como objetos sometidos a diversas prácticas discursivas y no discursivas, implica comprender que aquellos elementos, lejos de responder a una historia lineal y progresiva, hunden sus raíces en un recorrido de discontinuidades, en diversas coyunturas sociohistóricas, relaciones de poder y representaciones que, antecediendo al derrotero argentino, sentaron las condiciones para la producción de determinadas formaciones discursivas que han incidido en el mismo. En este sentido, consideramos fundamental remitirnos a los modos históricos de concepción de dichos componentes y su posible interrelación, pues, en efecto, no se trata de elementos aislados ni de dos narrativas diferentes sino de su entrelazamiento a lo largo de una misma historia.

A partir de ello, surgen diversos interrogantes: en primer lugar, ¿cuál es la relación entre historia de la locura y estigma? En segundo lugar y como eje fundamental, ¿cómo inciden la historia de la locura y el estigma en la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657?

Relevancia de la temática

Reflexionar desde una perspectiva anti-esencialista sobre la locura, implica reconocer su carácter eminentemente sociohistórico. En este sentido, en su derrotero, la locura ha sido construida y reconstruida bajo múltiples significaciones que, históricamente, han sido acompañadas de connotaciones peyorativas.

De aquel recorrido, dependen los abordajes y tratamientos implementados en la misma, así como también, las normativas que la legislan. En este sentido, la salud mental y, dentro de ella, la gestión de la locura, no se ha caracterizado por su armonía ni por su linealidad, por el contrario, diversos posicionamientos, avances y retrocesos han coexistido. En este sentido, consideramos que la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657 y sus principales disposiciones no pueden ser comprendidas de manera aislada, pues, la concepción de la salud mental como proceso multidimensional y el viraje de la locura como sinónimo de fuerzas sobrenaturales al loco como sujeto de derechos sólo pueden ser entendidos a partir de las diferentes prácticas y formaciones discursivas que tuvieron lugar, incidiendo en su camino.

Consideramos que el presente trabajo tiene una relevancia tanto social como académico-profesional. En su dimensión social, el estudio contribuye a una toma de conciencia sobre el estigma que históricamente ha rodeado a los padecimientos mentales, alcanzando tanto a los profesionales de la salud mental como a la sociedad en su conjunto. En su relevancia académico-profesional, desde una perspectiva foucaultiana, consideramos que la investigación contribuye a la promoción de una “actitud crítica”. Esta última, entendida como el arte de no ser gobernado, implica un ejercicio de des-sujeción a través de un movimiento de doble interrogación: interrogar a la verdad en cuanto a sus efectos de poder e interrogar al poder sobre sus discursos de verdad (Foucault, 1978/1995). Con ello, nos referimos a la importancia de reflexionar como profesionales de la salud mental sobre aquellas prácticas discursivas y no discursivas que, tras alcanzar un sello de verdad, definen los objetos (como la locura) y, en consecuencia, resultan determinantes tanto en la confección de nuestras leyes como en la orientación de nuestras prácticas, métodos y ética profesional.

Objetivos generales y específicos

Objetivo general

- Indagar acerca de la incidencia de la historia de la locura y del estigma en el proceso de sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657.

Objetivos específicos

- Establecer la relación entre la historia de la locura y el estigma en torno a la misma.
- Señalar los principales acontecimientos históricos que influyeron en la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657.
- Exponer las principales implicancias, disposiciones y alcances de la ley en relación al estatuto de la locura y la salud mental.

Alcances y límites

En el presente trabajo se aborda la incidencia de la historia de la locura y el estigma en la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657. En este sentido, no se profundiza en otras leyes (exceptuando la mención de aquellas que constituyan sus antecedentes), así como tampoco se analizan otras variables que hayan podido incidir en el derrotero de la sanción de dicha normativa. De igual forma, excede a los fines del trabajo el análisis del estado de situación de la misma.

Si bien diversos modelos teóricos pueden considerar esta temática, tomamos como perspectiva epistemológica a Michel Foucault para el análisis de la historia de la locura y a Erving Goffman para pensar el estigma en torno a ella. Este último, es abordado desde una órbita social y no desde la experiencia personal de las personas estigmatizadas (o auto-estigma).

Para llevar a cabo el presente trabajo, se realiza una revisión bibliográfica, por lo cual no se implementan otros procedimientos para la investigación.

Finalmente, queremos destacar que el presente análisis constituye una lectura histórico-crítica del derrotero de la locura y su consecuente estigma en el proceso de sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657. En este sentido, de ninguna manera se traduce en una lectura antipsiquiátrica de la misma o de su historia, sino de comprender los efectos de nuestras prácticas discursivas en los modos históricos de concepción de la locura y en las consecuentes prácticas y marcos normativos que las legislan.

Antecedentes

Bajo una influencia foucaultiana, diversos autores han abordado y problematizado la perspectiva esencialista sobre el campo de la salud mental y el consecuente abordaje de la locura:

Vezzetti (1985), psiquiatra y psicoanalista argentino, ha adoptado una definición negativa de la locura. Para dicho autor, la misma, en tanto objeto de prácticas y discursos, fundamentada en valores y fantasmas, no constituye un concepto. Desde su postura, la locura no existe como sustancia previamente definida, igual a sí misma y cuya esencia permanecería a lo largo del tiempo. Como tal, no es posible pensarla de manera autónoma respecto a las figuras y sanciones que establecen discursos y prácticas sobre ella, pues, la locura, como objeto cognoscitivo y de intervención, va produciéndose, y no es más que esa misma diversidad de elementos y efectos al interior de una historia de carácter múltiple.

En línea con ello, el médico y psicoanalista Galende (1990), desde una perspectiva histórico-crítica, afirma que el objeto de la salud mental, lejos de ser un objeto natural, constituye un objeto social e históricamente construido. Este objeto, no se limita a la producción de padecimientos mentales sino a aquellos valores positivos en materia de salud mental a partir de los cuales los primeros pueden ser pensados y, en consecuencia, explicados. En este sentido, Galende explica que las estructuras generadoras de dichos padecimientos mentales funcionan en cada una de las diferentes sociedades y culturas, en los diversos escenarios sociohistóricos y en el mismo campo semántico en el cual hunde sus raíces el discurso social. En este sentido, no existe representación de la locura (tanto en quien la padece como en aquel que construye los saberes y propuestas de abordaje) que no esté fundamentada en el lenguaje, es decir, en la significación y en los códigos simbólicos que cada sociedad determina en cada período histórico.

Galende (1990) nos advierte sobre el hecho de que aquella representación del padecimiento mental determina el lugar en el cual se constituye el conocimiento, definiendo la disciplina encargada del mismo y sus instrumentos. En este sentido, su relevancia en nuestro trabajo radica no solo en su concepción sociohistórica de la locura, sino en su énfasis en la reflexión de aquellos modos históricos en los cuales el campo de la salud mental y la locura fueron representados, conformando diversos saberes, teorías y consecuentes prácticas. En

tanto el saber es siempre histórico-social, no se trataría de un saber que progresa, ni de prácticas más eficaces, sino de someter a análisis las diversas épocas, coyunturas teórico-prácticas, repliegues y reorganizaciones que conforman a dicha historia.

Ahora bien, Amarante (2009) profundiza en aquellas interpretaciones sociales que históricamente han rodeado a la locura, estableciendo que las mismas, al pasar por un proceso de naturalización, se vuelven significaciones y representaciones compartidas. En el caso de la locura, refiere que las principales connotaciones han sido aquellas que la ubicaron bajo las ideas de peligrosidad e irracionalidad, invitándonos a preguntarnos cuántos prejuicios y anécdotas existen sobre personas con padecimiento mental vinculadas a locos “furiosos”, “asesinos” y “perversos”. En este sentido, explica que los propios profesionales del campo de la salud mental (además de la sociedad en su conjunto), a lo largo de la historia, han contribuido para que la población entendiera al loco como sinónimo de peligroso, irracional, degenerado e improductivo, así como también, que su lugar “natural” era el manicomio. Para ello, retoma a Kraepelin:

Por lo menos un tercio del número total de suicidios tiene como causa eventual distintos trastornos mentales, como en menor escala ellos son al mismo tiempo los inductores de los crímenes contra el pudor, de incendios, robos, fraudes y otros. Muchísimas familias lloran su ruina por causa de estos desventurados enfermos que disiparon fortunas o medios de existencia en iniciativas insensatas o por causa de su empeño en aliviar sufrimientos sociales y corporales nacidos en virtud de la pereza, de la incapacidad para el trabajo, que acompañan casi siempre a todos los trastornados de la mente. (Kraepelin, 1905, pps. 22-23, tal como se cita en Amarante, 2009)

En efecto, no se trata de trazar una historia de “buenos” y “malos”, adjudicando a la psiquiatría un lugar oscuro, sino de repensar la incidencia y los efectos de los modos históricos en los que la locura, y, en consecuencia la salud mental, han sido entendidas. En este sentido, Amarante constituye un precursor fundamental de nuestro análisis en tanto nos alerta sobre las principales significaciones en torno a la locura, así como también, sobre la importancia de aquellos discursos en nuestra praxis: si en la esfera teórico conceptual son aceptadas las nociones de alienación, peligrosidad e irracionalidad, edificaremos instituciones de disciplina orientadas a la corrección moral, a la vigilancia y al castigo. Construiremos, de igual modo, leyes de índole represivas y sofocantes, así como también, imaginarios sociales de miedo, riesgo y exclusión, a saber, estigma y discriminación. Como refiere Basaglia, en el “mejor” de los casos, encontraremos “ideología de la tolerancia”, de carácter arrogante y pretenciosa, pues tolerar implica soportar al “otro” (tal como se cita en Amarante, 2009). Vemos aquí,

señalamientos sobre la importancia de aquellas formaciones discursivas estigmatizantes en el destino social y en el abordaje mismo de la locura.

Ahora bien ¿de qué hablamos cuando hablamos de “estigma”? Reflexionando sobre sus antecedentes, encontramos que en la Grecia clásica, la palabra *στίγμα*, en latín *stigma*, designaba una marca o señal en el cuerpo ocasionada por un hierro candente o tatuajes a través de inyecciones de tinta en la piel mediante punciones. La misma era empleada para delimitar a esclavos y criminales, con el fin de segregarlos de la sociedad a partir de una señal claramente visible y distintiva (Goffman, 1963/2006). Por su parte, en el cristianismo, se ha usado para referirse a huellas sobrenaturales impresas en el cuerpo, como signos de la gracia divina o, desde una referencia médica, como señales de una perturbación física (Goffman, 1963/2006). Con el tiempo, la noción de estigma abandonó sus significados de marca en el cuerpo de esclavos, criminales o fuerzas sobrenaturales, pero su concepción en tanto señal (física o simbólica) asociada a valoraciones negativas persistió. Así, Jones et al. (1984), definieron al estigma como aquella marca o atributo que vincula al sujeto con características indeseables.

La noción de estigma fue extendida a diversos campos y colectivos, siendo retomada en el campo de la salud a través de diversas investigaciones:

En el 2001, se llevó a cabo la Conferencia sobre Estigma y Salud Global en Estados Unidos, donde Link y Phelan concibieron al estigma como resultado de un proceso compuesto por 5 fases interrelacionadas: en primer lugar, la identificación y etiquetamiento de las diferencias humanas a partir de un proceso de selección social, pues habría características socialmente irrelevantes y otras sobresalientes, como, por ejemplo, los padecimientos mentales (a diferencia de enfermedades físicas como la hipertensión). En segundo lugar, la generación de estereotipos a través de la cual se asocian las etiquetas a las características o estereotipos negativos e indeseables. En tercer lugar, la separación que delimita entre “ellos” (el grupo estigmatizado) y “nosotros”. En cuarto lugar, la discriminación y pérdida de estatus, construyendo justificaciones “racionales” para devaluar y excluir a aquellas personas “indeseables”. Finalmente, el ejercicio del poder en tanto poder que estigmatiza (Link y Phelan, 2006). El mismo, se vería materializado en discriminación directa hacia el estigmatizado (como, por ejemplo, la violencia institucional de los manicomios), discriminación estructural (aquella que perpetúa la situación del sujeto) y discriminación a nivel psicológico (auto-devaluación).

Por otro lado, Corrigan y Watson (2002) han profundizado en el estigma en los padecimientos mentales concibiéndolo desde 3 dimensiones: los estereotipos (estructuras de conocimiento y creencias colectivas aprendidas acerca de un determinado grupo), los prejuicios (respuesta cognitiva y afectiva) y la discriminación (reacción comportamental como el maltrato físico y verbal). Asimismo, diferencian entre estigma público, estigma estructural y estigma internalizado (auto-estigma). A los fines del trabajo, resulta interesante destacar los 2 primeros: el estigma público es entendido como la reacción de la sociedad o población en general hacia las personas con padecimiento mental. Por su parte, el estigma estructural alude a aquel que

ocurre en la esfera legal e institucional, incidiendo en las diversas leyes, instituciones. En este sentido, resulta determinante en las diversas normas, políticas y procedimientos, legitimando las diferencias de poder, restringiendo derechos y reproduciendo las inequidades y la exclusión social. Como es posible ver, dichas investigaciones vislumbran el interés de diversos autores en el estudio de la incidencia del estigma en los padecimientos mentales tanto a nivel individual y social como en las respectivas políticas y abordajes, de manera tal que constituyen antecedentes fundamentales para repensar el estigma en nuestra Ley Nacional de Salud Mental N°26.657.

En lo que atañe a la Argentina, previo a la sanción de dicha ley, diversos investigadores ya habían señalado al estigma como la mayor dificultad para la creación (y consecuente implementación) de programas, políticas y leyes basados en la desmanicomialización, espíritu fundamental de nuestra actual normativa. En este sentido, referían que la población, incluidos los profesionales, asociaban locura con peligrosidad, criminalidad, marginalidad y violencia, llevando a la legitimación y proclamación de prácticas basadas en el encierro y la exclusión, dificultando, en consecuencia, la posibilidad de un cambio de paradigma (Cohen, 2019 & Sampayo, 2005). Su declaración acerca de la necesidad de acciones destinadas a revertir el estigma para lograr una transformación social, legal e institucional, vislumbra la incidencia del mismo no sólo en el imaginario colectivo de la locura, sino en aquellos antecedentes y elementos constitutivos del proceso histórico de sanción de nuestra ley.

El escenario mismo de las reuniones en las cuales la ley en cuestión fue aprobada involucró discusiones acerca del estigma y sus consecuencias. En este sentido, se problematizaron tanto los prejuicios provenientes de la sociedad, los profesionales y las instituciones como las consecuentes violaciones de derechos, de manera tal que diversos participantes situaron al proyecto de ley como un intento de poner fin a los mismos (Gorbacz, 2010 & Levav, 2010). No obstante, así como hubo puntos de encuentro, también hubo de desencuentro, pues, diversas posturas emergieron en los temas referidos a la interdisciplina, las definiciones concernientes a la ley y, principalmente, en lo referente a la modalidad de abordaje. En cuanto a esta última, coexistieron posturas orientadas a la preservación y reconversión de hospitales psiquiátricos, como aquellas a favor de un cambio de paradigma, planteando la sustitución progresiva de los mismos. Como ejemplo de la primera postura, encontramos a Gilardi (2009), quien afirma:

No hay plan de salud mental si no hay institutos neuropsiquiátricos bien plantados. Que haya que reformularizarlos no nos queda ninguna duda, quienes trabajan en eso nos lo dicen todos los días, pero también nos dicen que sería imposible asistir la salud mental y curar la enfermedad mental sin esos institutos (...). (p.9)

Por el contrario, Gorbacz (2010), autor de la ley, denunció el carácter obsoleto, iatrogénico y estigmatizante de los mismos, proclamando la superación de dicho sistema a partir de la puesta en práctica de nuevos abordajes basados en la comunidad e internaciones en hospitales generales. En este sentido, afirmó la necesidad de superar un sistema manicomial que no logró dar respuesta a la mejoría ni a la inclusión social de las personas, sino que, por el contrario, a través de prejuicios, las segregó de la sociedad, empeorando su situación. A partir de ello, promovió acabar con un modelo basado en la exclusión, sustituyéndolo por un modelo de inclusión, refiriendo que "(...) no hay salud sin salud mental; y no hay salud mental sin inclusión social" (p. 3).

Esta postura constituye el cimiento fundamental para pensar la ley como un nuevo discurso desmanicomializador sobre la locura y como intento de ruptura de aquellos sintagmas estigmatizantes que la han rodeado y, en consecuencia, marginado.

Estado del arte

Como se expresó previamente, a pesar de la evidencia de un derrotero que, lejos de caracterizarse por su uniformidad, se vio trazado por diversas posturas, prácticas y vicisitudes, no abundan investigaciones que aborden la incidencia del estigma ni de la historia de la locura en la sanción de dicha ley. Al respecto, cabe destacar diversos estudios que, a partir de sus aportes, permiten reflexionar sobre dicho tópico:

Los desarrollos de Sánchez Gómez (2018) sobre el estigma en los padecimientos mentales resultan fundamentales, pues delimitan tanto los principales atributos históricamente conferidos a la locura como los diversos mecanismos a través de los cuales este ha incidido en su devenir. En cuanto al primer punto, el autor refiere que los principales significados atribuidos aluden al miedo, al autoritarismo y a la benevolencia. El miedo, se traduce en la concepción de dichas personas como imprevisibles, violentas, agresivas y fuera de control, llevando a la evitación y al apartamiento de las mismas del resto de la sociedad. El autoritarismo, consiste en la interpretación de los mismos como "seres" irresponsables, derivando, en consecuencia, en el supuesto "lógico" de la adopción de una actitud autoritaria o de "mano firme" sobre ellos para comportarse de acuerdo al sentido común. Finalmente, la benevolencia, implica la consideración de las mismas como personas infantiles, inmaduras e incapaces de tomar decisiones, llevando tanto al paternalismo como a la restricción de todo derecho y oportunidad de decidir sobre sí mismos. Frente a esto, es posible plantear 2 interrogantes: ¿acaso estos elementos no constituyen los fundamentos para legitimar las prácticas represivas, la corrección moral y la restricción jurídica, históricamente implementadas en la locura? Aquellos significados, ¿no se encuentran en la base de los sintagmas locura-peligrosidad y locura-incapacidad?

En cuanto al segundo punto acerca de los mecanismos, Sánchez Gómez (2018) refiere que el estigma, además de su expresión directa mediante la discriminación y la exclusión, ejerce sus efectos a través de dispositivos indirectos más sutiles. Entre ellos, se encuentran la

incidencia del estigma en las regulaciones institucionales, la falta de inversión en recursos sanitarios, la negativa a atender a dichas personas en hospitales generales, la creación de hospitales monovalentes en lugares remotos de difícil acceso (como forma de mantenerlos alejados del resto de la sociedad), las leyes discriminatorias y/o, por el contrario, la ausencia de marcos normativos que regulen aquellos tratos y abordajes. En este sentido, consideramos fundamentales los desarrollos de dicho autor en tanto vislumbra la incidencia del estigma no sólo desde una faz explícita, sino también la posibilidad de su incidencia desde modalidades implícitas. En efecto, todos estos elementos han prevalecido a lo largo de la historia de la locura, pero, debido a su enmascaramiento, muchos no han sido ubicados bajo luz crítica, pasando desapercibidos.

En cuanto a la incidencia de la historia de la locura en la sanción de nuestra Ley Nacional de Salud Mental N°26.657, los desarrollos de Bozzo (2019) constituyen aportes fundamentales. Desde una perspectiva foucaultiana, postula que la ley sólo puede ser comprendida a través de aquellas prácticas discursivas y no discursivas que han incidido en su derrotero. En este sentido, desde un abordaje arqueológico, realiza un análisis de la historia de la locura en Europa y Argentina delimitando los principales sucesos, discursos y relaciones de poder que han tenido lugar desde la Edad Media hasta nuestros días y que, en su conjunto, han incidido en la sanción de dicha ley. Estos elementos, en su conjunto, permiten dilucidar los diversos modos en que la locura ha sido interpretada y, en consecuencia abordada, ubicando el pasaje de la misma por diversos estatutos: el loco como pecador, el loco como sinónimo de hereje y criminal, el loco como alienado mental y, al día de hoy, el loco como persona con padecimiento mental y como sujeto de derechos. En este sentido, su investigación resulta crucial ya que no sólo concibe a la historia de la locura como una misma historia, a su vez, desde una mirada foucaultiana, concibe a la ley como una nueva forma de discurso en torno a ella.

Tanto los desarrollos de Bozzo (2019) como los de Bottinelli (2018) resultan enriquecedores en la medida en que delimitan los principales hitos que constituyeron los cimientos de nuestra ley y aportan un análisis de las implicancias de dicha normativa. En este sentido, afirman que los cuestionamientos al locus de control en el campo de la salud mental hunden sus raíces en antecedentes tanto nacionales como internacionales, materializados en diversas experiencias, dispositivos, declaraciones y leyes (por ejemplo, la ley 180 de Italia, las experiencias argentinas de Goldenberg y la ley 2440 de Río Negro, la Declaración de Caracas, los principios de Brasilia, entre otros hitos que serán desarrollados a lo largo de nuestro recorrido). En cuanto a las disposiciones de la ley, afirman que la misma constituye un paradigma alternativo a partir de su cuestionamiento tanto a la lógica asilar como a la ecuación locura-peligrosidad. En este sentido, resaltan la prohibición de la creación de nuevos hospitales psiquiátricos y la adaptación de los existentes, así como también, el respeto por los derechos de las personas. En línea con ello, subrayan la importancia otorgada a la restitución de la

capacidad jurídica, la autonomía, la no discriminación, la visión intersectorial de la salud mental en todos sus niveles y al privilegio de abordajes socio-comunitarios e interdisciplinarios.

Por otro lado, Seitz (2021), refiere que la Ley de Salud Mental N°26.657 ha implicado un proceso de transformación de la atención en dicho campo, en línea con las normativas y declaraciones nacionales e internacionales. Desde esta postura, resalta principalmente 5 esferas de la actual ley: por un lado, la nueva concepción de sujeto, transformando el paradigma jurídico a través del viraje al estatuto de sujeto de derechos. En segundo lugar, la noción de padecimiento mental, la cual hace foco en la persona y no en el padecimiento, singularizando la lectura de los casos. En tercer lugar, la desnaturalización de la idea de padecimiento mental irreversible, introduciendo su carácter transitorio. En cuarto lugar, ligado al sintagma locura-incapacidad y en sintonía con los desarrollos mencionados previamente, la presunción de capacidad de las personas y la declaración de incapacidad por un tiempo determinado (acorde a las evaluaciones interdisciplinarias). Finalmente, en línea con el sintagma locura-peligrosidad, el pasaje de la noción de peligrosidad a la de riesgo, eliminando a la primera como atributo de la persona y su consecuente restricción.

Marco teórico

El presente trabajo parte de la Psicología Social. Como afirma Seidmann (2000), existen tantas definiciones de esta como profesionales que la ejercen, pues definirla es un trabajo íntimamente ligado a la práctica de la misma y a la postura teórica asumida frente a los dilemas referidos a la dialéctica individuo-medio ambiente e individuo-sociedad. En este sentido, lo que caracteriza a la Psicología social son los conceptos de relación, interacción, interdependencia, influencia, modificación del comportamiento y creencias de una persona debido a la presencia de otros. De esta manera, la Psicología Social aborda la experiencia subjetiva de las personas y la construcción de la realidad a partir de su elaboración en los procesos sociales, adoptando una perspectiva no individual para las problemáticas humanas.

Desde esta órbita social, la investigación tiene como objetivo analizar la incidencia de la historia de la locura y del estigma en torno a ella en el derrotero de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657. Para ello, la perspectiva epistemológica adoptada incluirá los aportes del psicólogo francés, Michel Foucault, particularmente para el análisis de la historia de la locura y la salud mental, y la del sociólogo canadiense, Erving Goffman, en el estudio del estigma asociado a la primera.

La tesis fundamental de la perspectiva foucaultiana gira en torno a las nociones de poder, verdad y práctica discursiva, ubicando bajo luz crítica tanto su interrelación como el supuesto de una verdad esencial y objetiva. En efecto, para Foucault, no existen objetos naturales, como la locura y la salud mental, por el contrario, existen sustratos naturales que diversas prácticas sociales, discursivas y no discursivas, transforman en objetos (Díaz, 2014). Estas prácticas discursivas constituyen instrumentos y efectos de poder, en tanto este último,

lejos de ser algo que se tiene, se ejerce, particularmente a través de los discursos (Foucault, 1976/2014).

La concepción foucaultiana de poder implica una ruptura con el orden tradicional, pues no concibe como primordial a su faz represiva (en tanto prohibición, censura y castigo), sino que, para dicho autor, lo central del poder radica en su faz productiva: ejercer poder es producir conocimiento, definir al mundo y a las personas. En este sentido, el conocimiento (o saber), lejos de constituir una verdad última, es entendido como aquella versión dominante que, tras adquirir un sello de verdad, determina subjetividades y formas de vida (Burr, 1999). De esta manera, Foucault no concibe al poder en términos verticales/jerárquicos, como un Estado o conjunto de instituciones que dominan o subordinan a un grupo, sino como “la multiplicidad de las relaciones de fuerza inmanentes y propias del dominio en que se ejercen, y que son constitutivas de su organización” (Foucault, 1976/2014, p. 55). Un poder omnipresente, que, viniendo de abajo, se produce a cada instante y en todas partes; un poder con productividad táctica (en tanto efectos de los discursos) e integración estratégica (en tanto aquellas relaciones de fuerza que los promueven), pues, donde hay poder, hay saber (y viceversa), y, donde hay poder, hay resistencia (Foucault, 1976/2014).

Entendiendo los objetos como fenómenos producidos por diversas prácticas a lo largo de la historia, Foucault considera que la historia no refleja un proceso de razón, así como tampoco concibe a la producción de discursos como prácticas aisladas o confabulaciones de grupos poderosos. Los discursos, lejos de encadenarse de manera azarosa, emergen siguiendo ciertas regularidades que determinan lo que cada momento histórico considera como verdadero. En este sentido, en oposición a un modelo tradicional que parte de un supuesto de linealidad y progreso histórico, y, junto a él, la idea de una esencia o razón subyacente de ser, Foucault propone un modelo arqueológico: partiendo de la problematización y suspensión de las nociones de tradición, influencia, desarrollo, evolución (entre otros), concibe a la historia trazada por rupturas y discontinuidades. De esta manera, se propone indagar aquellas circunstancias sociohistóricas, relaciones de poder y representaciones que constituyen las condiciones de posibilidad de producción de ciertos discursos y, en consecuencia, de determinados saberes (tal como se cita en Bozzo, 2019; Burr, 1999 & Díaz, 2014).

Desde esta postura, entendemos a la salud mental, y, dentro de ella, a la locura, como objetos producidos por las diversas prácticas discursivas y no discursivas. En este sentido, su historia, junto a los diversos métodos, propuestas y abordajes, lejos de responder a un derrotero lineal y progresivo, se encuentran sometidos a los embates de diversas coyunturas sociohistóricas y formaciones discursivas que han trazado su camino. No obstante, a los fines del trabajo, se detallan a continuación las actuales concepciones:

La salud mental es entendida como parte integral de la salud y definida como un estado de bienestar caracterizado por la conciencia del individuo acerca de sus propias capacidades, la habilidad para afrontar las tensiones de la vida, la posibilidad de trabajar de forma productiva y la capacidad de contribución a la comunidad (Organización Mundial de la

Salud, 2004). Adherimos a dicha definición, optando por el uso del término “proceso” en lugar de estado. En este sentido, concebimos a la salud mental, a su vez, como un proceso multidimensional, determinado por componentes históricos, sociales, económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento se encuentra íntimamente ligada a la garantía y concreción de derechos humanos y sociales de las personas (Ley Nacional de Salud Mental N°26.657, 2010).

En cuanto a la locura, en el presente trabajo, en armonía con la la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657 (2010), entendemos dicho término como padecimiento mental, a saber:

(...) 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 (...). (p. 37)

Cabe destacar que la elección del concepto locura y, junto a ella, el de padecimiento mental, en oposición a conceptos tales como trastorno mental, radica en el fin de sostener los términos empleados tanto por los autores que orientan nuestra perspectiva teórica como por aquellos empleados por la ley. De igual forma, el empleo de la distinción entre salud mental y locura no responde a concepciones dualistas de salud/padecimiento, sino a los fines de comprender el devenir de aquellos conceptos a lo largo de la historia.

Como se mencionó previamente, la locura, en tanto objeto socialmente construido, ha sido significada de diversos modos a lo largo de la historia. En los múltiples intentos de capturarla, ha sido objetivada a través de diversas concepciones que han conformando un gran estigma alrededor de ella. Ahora bien ¿qué es el estigma? Goffman (1963/2006) afirma que la sociedad determina los instrumentos para categorizar a las personas y el conjunto de atributos asumidos como “naturales” para cada uno de sus miembros. Estos, en su conjunto conforman una identidad social, la cual permite el intercambio social con otros sin necesidad de gran reflexión. Sin embargo, dichos atributos, al ser transformados en expectativas, operan como mecanismos normativos y demandas (no conscientes) que, ante lo diferente, entran en conflicto. En este sentido, desde una perspectiva relacional, el estigma es entendido como un atributo descalificador que un grupo realiza sobre un individuo o colectivo por un rasgo físico, social o comportamental que se aparta de las expectativas socioculturales. El mismo, entonces, surge de una discrepancia entre lo que dicho autor denomina “identidad social virtual” (conjunto de atributos esperables, tomados en esencia) y la identidad social real (aquella que da cuenta de la propia persona).

A partir de ello, Goffman (1963/2006) determina 3 tipos de estigma: en primer lugar, las abominaciones del cuerpo, entendidas como las “deformidades físicas”; en segundo lugar, los defectos del carácter del individuo, a saber, la falta de voluntad, las creencias rígidas y falsas,

las “perturbaciones mentales”, las pasiones tiránicas, la deshonestidad (entre otros); y, finalmente, los estigmas tribales de la raza, la nación y/o la religión, concebidos como pasibles de ser transmitidos por herencia y susceptibles de contaminar a los otros miembros. Dentro del segundo grupo, podría ubicarse el estigma hacia las personas con padecimiento mental, aunque, como veremos, la locura tampoco estuvo exenta de ser asociada a las nociones de herencia, degeneración y contaminación.

En el caso de la locura, el estigma en torno a ella se encuentra asociado principalmente a dos sintagmas (a saber, una palabra o grupo de palabras que constituyen una unidad sintáctica): “locura-incapacidad” y “locura-peligrosidad”. El primero, alude al hecho de que, a lo largo de la historia, la locura ha sido la representante del paradigma de la irracionalidad, siendo despojada de toda competencia, derecho y capacidad jurídica. En lo que respecta al segundo, la locura, en tanto “sinrazón”, ha sido asociada a las ideas de violencia, impredecibilidad, criminalidad y peligrosidad, despertando un profundo temor y legitimando tanto su encierro como su exclusión social.

Como afirma Goffman (1963/2006), el estigma, por su carácter distintivo, se impone con fuerza a la atención de los demás, soslayando los atributos restantes de aquel individuo, volviéndolo menos apetecible y llevando a la construcción de teorías explicativas de su inferioridad y de la peligrosidad que representa para la sociedad, siendo el ejemplo paradigmático el de la locura. Desde una perspectiva integrativa, tomando los aportes de Foucault y Goffman, entendemos aquellas teorías explicativas estigmatizantes como diversas prácticas discursivas que han ido moldeando a la locura. Estas, en su conjunto, han sido determinantes en el devenir de la misma. En este sentido, nuestra postura parte de una concepción de una relación dialéctica entre historia de la locura y estigma, pues, en efecto, es en las diversos sucesos sociohistóricos y prácticas discursivas que constituyen a la historia de la locura donde encontramos la emergencia del estigma hacia la misma, sin embargo, este último atraviesa y moldea a dicho derrotero, dando lugar a diferentes significaciones, prácticas, abordajes y legislaciones en torno a ella y a la salud mental en su conjunto.

Aquellos métodos y tratamientos son determinados y regulados por leyes. Una ley, constituye una norma jurídica general creada a través de un proceso específico por el poder legislativo y con distintos grados de jerarquía (Ghiso, 2017). En el caso de la salud mental y la locura, particularmente en nuestro país, es la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657 aquel ordenamiento jurídico que establece y legisla tanto las concepciones como las modalidades de abordaje en torno a las mismas.

La Ley Nacional de Salud Mental N°26.657, sancionada en el año 2010, constituye un giro sustancial en torno a la salud mental, entendida como proceso multidimensional, y la locura, como padecimiento mental. La misma, toma como punto de partida el nuevo modelo socio-comunitario en salud mental, propio del paradigma de desmanicomialización. Como afirman Cohen y Natella (2013), este último constituye un cuestionamiento a la lógica asilar en tanto tratamiento privilegiado de la locura, ubicando bajo luz crítica las prácticas represivas, las

internaciones prolongadas y la violencia institucional que lo caracterizan. En este sentido, promueve la descentralización del hospital psiquiátrico y su sustitución por una atención basada en la comunidad, adoptando como pilares fundamentales la garantía de derechos, el acceso al sistema de salud y la atención primaria (fundamentalmente la promoción, prevención y el restablecimiento o reforzamiento de la esfera social de las personas con padecimiento mental). En este sentido, algunas de sus características principales consisten en la integración de la atención en salud mental al sistema general de salud, la consideración de los elementos histórico-sociales del padecimiento, la postura ética en cuanto al cumplimiento de derechos, la visión integral del sujeto y del padecimiento en tanto bio-psico-socio-económico-culturales, la territorialidad, la accesibilidad y la equidad (Tisera y Lohigorry, 2018b).

Desde esta postura, la ley constituye una lectura alterna acerca de la salud mental y la locura (Bozzo, 2019), representando, a su vez, el pasaje de un sujeto tutelado por el estado a un sujeto de derechos. En su conjunto, desde una lectura foucaultiana, la ley es entendida como un nuevo discurso sobre esta última, de carácter desmanicomializador, así como también, una lucha contra el estigma que históricamente la ha caracterizado, implicando grandes cambios en el campo de la salud mental.

Desarrollo metodológico

Procedimiento

La presente investigación consiste en una revisión bibliográfica de tipo descriptiva y explicativa sobre la incidencia de la historia de la locura y el estigma en la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657. En este sentido, para la consecución de dicho objetivo, se llevó a cabo un recorrido de la historia de la locura, vislumbrando los diversos modos en los cuales la misma fue comprendida, abordada y entrelazada al estigma desde sus comienzos. A partir de ello, se ubicó bajo luz crítica su incidencia en la sanción de la ley, señalando los principales sucesos sociohistóricos para, finalmente, analizar las principales implicancias y estatutos otorgados a la salud mental y la locura a partir de dicha normativa.

La metodología adoptada para el estudio del derrotero de la locura, el estigma y la salud mental consistió en la genealogía foucaultiana. Esta última es definida como un método de investigación de aquellos elementos que, con frecuencia, tendemos a concebir "sin historia". En este sentido, la genealogía se sitúa como un modo de trazar esta última, más no en dirección hacia la búsqueda de un origen (que implicaría una esencia o verdad a develar) sino hacia la búsqueda de la procedencia y la emergencia de los diversos elementos (Foucault, 1971). En cuanto a la primera, pretende captar la singularidad de los sucesos a partir de los cuales los objetos se conforman, sin pretensión de alcanzar una curva de evolución o linealidad; en cuanto a la segunda, atiende al juego de fuerzas que da lugar a su surgimiento. De esta manera, distanciándose de perspectivas esencialistas, lineales, metafísicas y suprahistóricas, la genealogía implica un movimiento hacia la deconstrucción de la verdad,

demostrando que el único secreto es que las cosas no poseen una esencia (o, más bien, que esta es construida pieza por pieza), vislumbrando su carácter plural y contradictorio y señalando la incidencia del poder en la producción de aquellas verdades (Foucault, 1978/1992).

En línea con ello, para llevar a cabo el trabajo, se realizó un relevamiento de la información existente acerca de las temáticas planteadas. Para ello, nuestras referencias principales han sido la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657, *Historia de la locura*, de Michel Foucault y *Estigma, la identidad deteriorada*, de Erving Goffman. Asimismo, se emplearon artículos, revistas científicas, libros y trabajos finales de grado vinculados a la temática.

A continuación, se realiza un breve índice comentado de la presente investigación:

Capítulo I: Historia de la locura y del estigma

El primer capítulo consiste en un recorrido histórico acerca de los principales hitos de la historia de la locura, señalando las diversas prácticas discursivas y no discursivas que han incidido y que han llevado a la emergencia del estigma en torno a la misma. Trazar este camino permite establecer un entrelazamiento entre ellos, vislumbrando su relación en el devenir de la locura y de la salud mental.

Capítulo II: Acerca de la locura en Argentina

A lo largo del capítulo dos, se realiza un análisis sobre el derrotero de la locura en Argentina hasta la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657. El objetivo de este apartado consiste en comprender los principales avatares y coyunturas sociohistóricas que han tenido lugar, así como también, ubicar bajo luz crítica la incidencia de la historia de la locura y el estigma en el proceso de sanción de dicha ley.

Capítulo III: Puntualizaciones sobre la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657

Siendo el capítulo final de nuestro trabajo, en el mismo se lleva a cabo un análisis de la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657, delimitando los nuevos estatutos otorgados a la salud mental y la locura, sus principales disposiciones y sus aportes a la lucha contra los sintagmas locura-incapacidad y locura-peligrosidad.

Capítulo I: Historia de la locura y del estigma

La locura, en tanto producto de nuestras prácticas (discursivas y no discursivas), ha sido significada de diversas formas a lo largo del tiempo. En este sentido, la locura no siempre estuvo asociada al padecimiento mental, así como tampoco existió siempre el campo de la salud mental. En efecto, dichos movimientos encuentran sus primeros esbozos a fines del siglo XVIII, con la introducción del médico en el asilo y el reconocido acto de Pinel de “liberar” a los locos de sus cadenas. Dicho hito, enmarcado en el contexto de la Revolución Francesa y bajo el predominio cartesiano de un sujeto racional, no sólo dio origen a la Psiquiatría y la Psicopatología, también significó la transformación del estatuto de la locura, entendida a partir de allí como sinónimo de alienación mental.

Para Foucault, este movimiento, lejos de implicar un progreso o liberación, constituye un pasaje de poder, particularmente de la iglesia al Estado y finalmente de este último a la medicina. Desde este momento, la locura es asociada a los internados y a una lógica que proclama dichos lugares como su sitio “natural”, fundando toda una tradición asilar y ubicando al loco como representante de la irracionalidad, la incapacidad y la peligrosidad (Foucault, 1961/2012 & Lonigro, 2015). Empero, esto no implica que la práctica de encierro sea un invento moderno: previamente, la locura ya era recluida, aunque no bajo un fundamento médico, pues estos últimos tardaron en incorporarse a su escenario. Sin embargo, desde el comienzo de su adhesión, la hallaron anexada tanto al encierro como a la exclusión social (Foucault, 1961/2012a & Galende, 1990).

Esto nos lleva a pensar que, lo que sí acompaña a la locura desde sus inicios es un gran estigma alrededor de la misma, pues este no comienza con la tradición médico-psiquiátrica (la cual lo perpetúa). En sus diversas significaciones y objetivaciones, siempre estuvo acompañada de connotaciones peyorativas, siendo locura y estigma dos caras de una misma moneda. En este sentido, pensar en su historia implica pensar en un derrotero de “lo otro”, de lo diferente, lo peligroso, lo indeseable; sobre aquello que escapa al orden social y a la moral; lo que debe ser excluido, pero no sin ser recluido (como forma de control social). Tal es así que la historia de la locura, desde una perspectiva foucaultiana, no se basa en la verdad de la ciencia sino en una historia marcada por la segregación y el encierro, una historia sobre el silencio respecto a la locura, sobre lo que no se expresaba pero se realizaba y viceversa (Díaz, 2014).

No obstante, a partir de 1960 surgirán nuevos movimientos y experiencias catalogados bajo la noción de antipsiquiatría que, en su conjunto, sentarán las bases de un proceso de transformación hacia el paradigma de desmanicomialización. Todos estos, conformarán los cimientos fundamentales de nuestra Ley Nacional de Salud Mental N°26.657.

En este sentido, el presente capítulo abordará los principales hitos de la historia de la locura, desde la Antigüedad hasta el siglo XX, con el fin de comprender las variaciones en la conceptualización de la misma, trazando un derrotero de diversas connotaciones peyorativas y

estigmatizantes que han incidido de manera directa e indirecta en los diversos abordajes y prácticas. Este recorrido resulta fundamental para ubicar la influencia de dicha historia en el proceso de sanción de nuestra ley, así como para vislumbrar el nuevo estatuto de la locura y de la salud mental. Para ello, nos serviremos principalmente de los postulados de Michel Foucault y Erving Goffman, así como también de los aportes de Esther Díaz, Amalia Baumgart, Emiliano Galende y Pablo Amarante con respecto a la historia de la locura.

1.a. Antigüedad: las primeras concepciones sobre la locura y la emergencia del estigma

El fenómeno de la locura siempre ha sido objeto de interés, incertidumbre y controversia. Su carácter socio-discursivo (en oposición a una realidad esencial y estática), vislumbra los múltiples intentos de capturar a la misma en diversas objetivaciones a lo largo de la historia, siendo significada de distintas formas hasta su actual comprensión como padecimiento mental. Sin embargo, un aspecto resulta fundamental: muchas de las conceptualizaciones sobre la locura han sido principalmente peyorativas, influyendo tanto en su imaginario social como en los tratamientos, decisiones y normativas en torno a ella. En este sentido, en esta historia de incertidumbre, lo único certero ha sido el estigma asociado a ella desde sus inicios.

Las primeras referencias sobre la locura datan de la Antigüedad. Este período se encontró marcado tanto por concepciones sobrenaturales, las cuales ubicaban como etiología de la locura a las posesiones demoníacas y a las decisiones divinas, como también por concepciones naturalistas. En el primer caso, la interpretación demoníaca de la locura le otorgó a esta el estatuto de una transformación del ser humano en algo distinto a sí mismo a causa de las fuerzas que actuaban sobre él. Este fenómeno fue denominado por los griegos como “*enorgóumenos*” o por los latinos como “*el mente-captus*”, simbolizando un signo visible de aquello oculto, es decir, del demonio; un hombre prisionero entre lo divino y lo satánico (Baumgart, 2003). En el caso de las interpretaciones divinas, las principales referencias las encontramos en los escritos del Antiguo Testamento, el cual vislumbra la noción de locura como castigo de Dios: en el capítulo 4 del libro de Daniel, se relata cómo Nabucodonosor, a causa de su soberbia, es castigado por Dios con la locura (y luego curado por decisión divina), entendiendo a ésta como pérdida de la razón y sinónimo de vivir y comer como los animales (tal como se cita en Salaverry, 2012). Todas estas concepciones, en su conjunto, implicaron abordajes mágico-religiosos, incluyendo tanto prácticas confesionales y sugestivas como exorcismos, trepanaciones y rituales con influjos para purificar al organismo poseído.

En cuanto a las concepciones naturalistas, en el siglo V a.C emergió en la Antigua Grecia una tradición biologicista. Hipócrates, en su teoría, concibió a la salud como equilibrio entre los 4 humores, es decir, sangre, bilis amarilla, bilis negra y flema, y los 4 elementos del universo, a saber, agua, aire, fuego y tierra, tomando en consideración las diversas cualidades (calor, frío, humedad y sequedad). Desde esta postura, la locura fue situada como desequilibrio de dichos fluidos, siendo por primera vez despojada de su carácter sobrenatural. Asimismo, sin

dicotomizar entre padecimientos del alma y del cuerpo, su hipótesis fisiológica implicaba un abordaje centrado en la dimensión somática, no obstante, su doctrina acerca del cerebro como sede de la sabiduría, la conciencia y las emociones situaba a dicho órgano como sede de la locura (tal como se cita en Postel y Quénel, 2000 & Salaverry, 2012).

Todo esto permite dilucidar dos cuestiones, por un lado, el hecho de que según como se piense a la locura, se opera sobre ella, en tanto los modos de concebirla tienen consecuencias en las decisiones sobre los tratamientos empleados y en el trato hacia los mismos (Baumgart, 2003). En segundo lugar, que es en las primeras concepciones basadas en interpretaciones sobrenaturales que podemos ubicar los comienzos del estigma en torno a la locura. En efecto, es en ese momento que se produce un movimiento de una marcada separación de la locura como lo otro, lo extranjero; la locura como transformación del hombre destinada a ser erradicada.

1.b. Edad media: la locura entre las fuerzas sobrenaturales, el pecado y la miseria

La Edad Media se encontró marcada por una fuerte impronta de la Era Cristiana, siendo fundamental su mención para la comprensión de aquel período. Con la difusión del cristianismo, dicha era desencadenó tensiones entre la visión naturalista y la visión cristiana de la locura que privilegiaba las explicaciones divinas y demoníacas. En consecuencia, derivó en la supeditación de las explicaciones médico-naturalistas al dogma cristiano, retomando las interpretaciones sobrenaturales. Si bien en esta época surgieron los primeros esbozos de una salud pública a partir de la creación de los primeros hospitales, los mismos fueron administrados por matronas como expresión de caridad, de manera tal que no estaban orientados a la cura sino al acompañamiento y apoyo espiritual acorde a la voluntad divina. No obstante, en cuanto a la locura, su interpretación sobrenatural aún la mantenía alejada de la Salud Pública; la misma no era abordada en los nacientes hospitales, por el contrario, encontraba su intervención en la esfera doméstica y bajo la figura del sacerdote (Abella Roberts, 2020 & Salaverry, 2012).

El fortalecimiento de las doctrinas religiosas en la Era Cristiana incidió en la Edad Media a través de la perpetuación de aquellas concepciones sobrenaturales que los griegos antiguos habían abandonado. Como refiere Baumgart (2003), aquellos aportes griegos fueron sepultados, retornando a la teoría de la posesión. Así, la locura fue atribuida a sortilegios, encantamientos, posesiones demoníacas y a otras supersticiones tales como el lunatismo, postulando la influencia de la luna en el origen de la locura. Estas concepciones, en su conjunto, implicaron el fortalecimiento de prácticas tales como exorcismos, purgas, trepanaciones craneales y quemas en hogueras.

No obstante, los significados conferidos a la locura en la Edad Media no se agotaron en la hechicería o las posesiones demoníacas. Los vestigios de la Era Cristiana dieron lugar a una sensibilidad religiosa frente a la locura, ligándola en un doble movimiento al pecado y a la

miseria. En el primer caso, encontramos su vinculación al olvido de las virtudes cristianas, englobando, a su vez, al orgullo, a la falta de caridad y a los vicios. En palabras de Foucault (1961/2012a):

La Edad Media había colocado la locura en la jerarquía de los vicios. Desde el siglo XIII es corriente verla figurar entre los malos soldados de la Psicomaquia. Forma parte, tanto en París como en Amiens, de las tropas malvadas y de las 12 dualidades que se reparten la soberanía del alma humana: Fe e Idolatría, Esperanza y Desesperación, Caridad y Avaricia, Castidad y Lujuria, Prudencia y Locura, Paciencia y Cólera, Dulzura y Dureza, Concordia y Discordia, Obediencia y Rebelión, Perseverancia e Inconstancia.
(p. 43)

El carácter sagrado de la locura en este período, lejos de responder a su interpretación sobrenatural (como tradicionalmente se ha creído), hunde sus raíces en la óptica de la caridad medieval; en esta época, la locura exaltó más que cualquier otro fenómeno a la miseria, suscitando en la religión un trato hacia la misma basado en la benevolencia (Foucault, 1961/2012a).

A pesar de ello, la prioridad de la Edad Media no fue la locura, por el contrario, la urgencia residía en la necesidad de dar respuesta a otro fenómeno: la lepra. Su carácter contagioso y su prevalencia dieron lugar a la creación de diversos establecimientos alejados de la ciudad, concentrando todas las fuerzas en dicho fenómeno y relegando la locura a un segundo plano en tanto no suponía un peligro de contagio. Así, el loco vagaba por las calles, pero no exento de estigmatizaciones; con frecuencia, era asimilado a la figura del bufón., personaje que, a lo largo de la historia, ha sido caracterizado tanto por su marginación como por su humillación a través de su uso como objeto de burla y entretenimiento de la alta sociedad.

1.c. Renacimiento: la locura como fuente de horror y fascinación

Como afirma Foucault (1961/2012a), hacia fines de la Edad Media, la lepra desaparece. Sin embargo, con el tiempo, una nueva figura en tanto encarnación del mal y objeto de segregación surge como herencia de esta.

La extraña desaparición de la lepra no fue lograda por las prácticas médicas, sino más bien por resultado de la segregación. La lepra se retiró de aquellos lugares y ritos que, lejos de orientarse a mitigarla, tenían como fin ubicarla, custodiarla y mantenerla a una distancia sagrada. Desde la Iglesia, este apartamiento encontraba su justificación en la tesis de que el abandono le significaba la salvación; la exclusión constituía una forma diferente de comunión. No obstante, a pesar de su retirada, las representaciones y los valores conferidos al personaje

del “leproso” permanecieron, prevaleciendo el sentido de su exclusión y de su temor (Foucault, 1961/2012a). De igual forma, aquellas estructuras hospitalarias permanecieron, pues, con frecuencia, en los mismos lugares, dos o tres siglos más tarde, se repitieron aquellos procedimientos y prácticas de exclusión.

Alrededor del siglo XVI, el estatuto de la lepra fue concedido a las enfermedades venéreas, destinadas en aquel entonces a los antiguos leprosarios. Sin embargo, la verdadera herencia de la lepra no residió en ellas, sino en otro fenómeno que el médico demoró en apropiarse: la locura. En efecto, con el tiempo, la misma fue ingresada a dicho campo, pero no sin antes estar ligada a diversas experiencias del Renacimiento en las cuales despertó tanto horror y exclusión como admiración y atracción (Foucault, 1961/2012a).

En el primer caso, encontramos que diversas prácticas como los exorcismos y las trepanaciones craneales fueron abandonadas, sin embargo, la práctica de exclusión adquirió protagonismo. Como afirma Foucault (1961/2012a), esto se vio materializado en la obra de El Bosco (1503-1504), la *Nave de los Locos*, navío que nunca existió pero cuya fuente de inspiración fue la *Nave de los necios*. Esta última, vislumbraba la existencia errante de la locura en el Renacimiento pues, a través del transporte de la carga “insensata”, expulsaba a los locos de la sociedad a mar abierto y los purificaba a través del agua:

(...) confiar el loco a los marineros es evitar, seguramente, que el insensato merodee indefinidamente bajo los muros de la ciudad, asegurarse de que irá lejos y volverlo prisionero de su misma partida. Pero a todo esto, el agua agrega la masa oscura de sus propios valores; ella lo lleva, pero hace algo más, lo purifica; además, la navegación libra al hombre a la incertidumbre de su suerte; cada uno queda entregado a su propio destino, pues cada viaje es, potencialmente, el último (...)

El agua y la navegación tienen por cierto este papel. Encerrado en el navío de donde no se puede escapar, el loco es entregado al río de mil brazos, al mar de mil caminos (...). Está prisionero en medio de la más libre y abierta de las rutas (...). Es el Pasajero por excelencia, o sea, el prisionero del viaje. (Foucault, 1961/2012a, pp. 26-27)

Para Foucault, esta obra daba cuenta de la situación liminar de la locura y, para nosotros, del estigma en torno a la misma, en tanto era ubicada en lo interno de lo externo y viceversa, es decir, en el horizonte más externo de lo interno a partir de una exclusión que, al mismo tiempo, la recluía. Esta posición, altamente simbólica, perdura a lo largo del tiempo, pues, como afirma dicho autor “la fortaleza de antaño se ha convertido en el castillo de nuestra conciencia” (Foucault, 1961/2012a, p. 27).

Sin embargo, a partir de experiencias tales como el teatro y la literatura, la locura también suscitó admiración y atracción. En estas, el loco era considerado poseedor de la verdad y la sabiduría, revelando y recordando a cada persona su verdad. Este hecho resulta fundamental ya que, con la experiencia clásica, el discurso del loco es completamente silenciado y nulificado en tanto no-discurso de la razón (Intervalos de Filosofía, 2020). Los primeros indicios de esto los encontramos en el sintagma locura-muerte-nada del Renacimiento, pues, tras diversas situaciones terminales por la peste y las guerras que reducían a los seres humanos a la “nada”, la sociedad produjo un desplazamiento; dejó de ocuparse de la muerte (de manera directa) para burlarse de la locura: en tanto y en cuanto el temor a la muerte era sinónimo de perder la razón, el loco la anticipaba (Foucault, 1961/2012a, p. 33). Estas experiencias y vinculaciones locura-nada persistieron hasta la época clásica de la locura.

Así, el Renacimiento se encontró marcado por lo que Foucault (1961/2012a) llamó “elemento trágico de la locura”, asociado a las experiencias del arte, el teatro y la literatura, y “elemento o conciencia crítica de la locura”, orientado a ceñir a la misma en el orden del discurso en un doble movimiento: por un lado, volviéndola objeto en el peor de los sentidos, es decir, objeto de su risa; por el otro, nulificando su discurso en tanto imposibilidad de ser palabra última de la verdad y/o del mundo. Este elemento crítico irá eclipsando al primero particularmente con mayor fuerza a partir de la experiencia clásica

1.d. Época clásica: el encierro y los sintagmas locura-incapacidad y locura-peligrosidad

La época clásica se encontró marcada por las meditaciones cartesianas que proclamaron un sujeto racional. Este fenómeno produjo un movimiento en el cual la locura, liberada en el Renacimiento, comenzó a ser silenciada y reducida a la sinrazón. Como refiere Foucault (1961/2012a), en el siglo XVII, la duda cartesiana atestiguaba que el peligro se había conjurado y que la locura se encontraba fuera de aquel dominio en el cual el sujeto conservaba sus derechos a la verdad: la razón. De aquí en adelante, la locura se encontró exiliada.

Este período dio lugar a todo un movimiento que Foucault (1961/2012a) conceptualizó como “el gran encierro”, práctica sistemática y generalizada de aislamiento y marginación institucional de determinados segmentos sociales (Amarante, 2009). A partir del mismo, la locura, que ya era excluida, comenzó a ser encerrada, particularmente en muchos de los antiguos leprosarios (y, junto a ellos, sus valores y representaciones fueron adquiridos por la locura como derecho de herencia).

El punto de inicio tomado por Foucault para analizar aquel gran encierro fue el decreto de fundación del Hospital General (Hôpital Général) de París, en 1656, que agrupaba diversos establecimientos preexistentes como la Salpêtrière y la Bicêtre bajo una administración única. Sin embargo, a diferencia de lo que comúnmente se cree, los comienzos del encierro de la locura no tuvieron un fundamento médico, por el contrario, esta figura se incorporó tardíamente a la escena. Sus inicios se encontraron ligados a la influencia de un capitalismo naciente que

proclamaba un mandato de productividad y, en consecuencia, condenaba toda forma de ociosidad y mendicidad. En esta categoría de improductividad, residían los pobres, mendigos, homosexuales, locos, libertinos, enfermos venéreos y prostitutas (entre otras figuras), los cuales, en su conjunto, constituyeron aquella masa indiferenciada denominada “sinrazón”. Así, tras el Edicto del Rey de 1656, fueron destinados a su reclusión, control y vigilancia, instaurándose la internación como práctica privilegiada para el abordaje de la sinrazón.

A partir de allí, la locura comenzó a ser percibida en el horizonte de la pobreza y la perturbación del orden social, siendo hospedada y alimentada a costa de un adoctrinamiento físico y moral. De igual forma, superadas las crisis, el movimiento fue invertido: ya no se trataba de encerrar a aquellos en situación de desempleo, sino de darles trabajo a quienes se había encerrado para convertirlos en mano de obra barata (Foucault, 1961/2012a).

Este hecho nos permite comprender que, en el siglo XVII, la locura es desacralizada, encontrando su fundamento en el hecho de que la miseria misma sufre una transformación; el gesto hacia ella ya no implica una salvación o caridad, por el contrario, surge una nueva sensibilidad, ya no religiosa sino social, que ubica a la miseria en el horizonte de la moral, simbolizando todo desorden y obstáculo al orden. En este sentido, si en la Edad Media el loco era sinónimo de una figura que llegaba de otro mundo a la cual se la recibía por venir de otra parte, ahora se la excluye porque viene de aquí mismo, ocupando un lugar al lado de los pobres, los ociosos y los mendigos. Vaga, pero ya no por los mares o peregrinaciones, perturba el espacio social, encontrando “hospitalidad” tan sólo en los muros del hospital (Foucault, 1961/2012a).

Desde una lectura foucaultiana, esto nos lleva a dos premisas: en primer lugar, que el Hospital General, en sus inicios, lejos de ser una institución médica fue una instancia de orden bajo la autoridad monárquica-burguesa, estructura cuasi-jurídica que decidía, juzgaba y ejecutaba. Este establecimiento, en tanto poder establecido por el rey entre la policía y la justicia, constituía el tercer orden de la represión: bajo el paraguas de la miseria, la locura ya no era exaltada en aquel gesto que la aliviaba, ahora era reprimida; se reprimía el desorden para inscribirlo en un orden. En segundo lugar, que, donde queremos reconocer con aires filantrópicos señales de benevolencia, sólo subyace el imperativo de trabajo y productividad, condenando toda forma de ociosidad (Foucault, 1961/2012a).

Hasta entonces, el loco había sido asociado a diversas connotaciones, pero nunca a la categoría de “enfermo” ni bajo el dominio del médico. Si previamente dicha figura participaba del hospital, no era por sus actos curativos sino por su función de guardián, pues no se trataba de una conciencia de encerrar allí a la locura, sino del temor hacia la “fiebre de las prisiones”, al contagio de las afecciones de los ya internados. En aquel entonces, los cuidados médicos sólo se introdujeron para prevenir ciertos efectos, pero no constituían ni su fin ni su proyecto (Foucault, 1961/2012a).

A fines del siglo XVIII, en el período de la Revolución Francesa, una nueva figura médica surge, y, junto a ella, un nuevo estatuto en el devenir de la locura. En 1793, el médico

francés Philippe Pinel es nombrado director de Bicêtre y, tras el horror por haber confundido locura y criminalidad, ordena “liberar a los locos de sus cadenas” promoviendo un trato más humano hacia la misma (Amarante, 2009 & Foucault, 1961/2012a). El acto de Pinel constituye un hito en la medida en que separa a la locura de las diversas formas de herejía y delito, otorgándole a la misma el estatuto propio de “alienación mental” e insertándola en el marco de la medicina (Vallejo Ruiloba, 2015). Este movimiento, a su vez, dio lugar al origen de la Psiquiatría y la Psicopatología, permitiendo la emergencia de diversas disciplinas, teorías y métodos.

Con respecto a la salud mental, es aquí donde podemos encontrar los primeros esbozos de la misma. No obstante, sería inoportuno situar en este momento su surgimiento como tal, pues, en efecto, dicha época se encontró marcada por una orientación hacia la comprensión, descripción y abordaje de la alienación. En este sentido, la problemática de la salud mental se vio soslayada, trazando una divisoria de aguas entre lo “sano” y lo “patológico” que situaba a la salud mental como sinónimo de razón y a la locura como sinrazón.

Ahora bien ¿qué implicaba la alienación? Pinel concebía a la alienación como un proceso de transformación de la conciencia que llevaba a la pérdida de la identidad. La misma, implicaba la pérdida del criterio de realidad, del dominio de los actos propios y de la comprensión de las consecuencias de nuestro obrar. En cuanto a su etiología, concebía a la alienación como consecuencia de causas físicas y/o morales: en el caso de las primeras, postulaba a la herencia familiar, los golpes en la cabeza y la edad crítica (entre otras); en cuanto a las segundas, privilegiaba el desorden de las pasiones y los excesos en las formas de vida (Bercherie, 1980).

La exclusión de las causas sobrenaturales y la nueva concepción de la locura desde una óptica médica llevaron a Pinel a introducir el Tratamiento Moral. En efecto, el mismo no consistía en la impartición de moralismos sino en la incorporación de un cuidado humano, promoviendo el abandono de aquellas prácticas basadas en manipulaciones corporales como las purgas, las sangrías y los encadenamientos (Amarante, 2009 & Lanteri-Laura, 2006). Dicho tratamiento consistía en 3 aspectos fundamentales: aislar al sujeto de sus familiares y allegados, obligarlo a abandonar su hogar y ubicarlo en una institución especializada con exclusión de cualquier otra patología. Los fundamentos del mismo radicaban en la protección del sujeto de aquellas influencias que lo enfermaban, promoviendo así un medio “racional” (Lanteri-Laura, 2006).

Ahora bien, desde esta óptica, aquella ilusión de liberación, paradójicamente implicó el sometimiento a un tratamiento basado en una lógica de encierro, ahora justificado bajo el discurso médico. Como afirma Foucault (1961/2012b), el loco estaba absolutamente libre y completamente excluido de la libertad al mismo tiempo. Este movimiento, en su conjunto, produjo una metamorfosis de la institución: por un lado, el hospital dejó de ser un espacio de asistencia social para transformarse en institución médica, por el otro, la reclusión de la locura

ya no obedecía a un orden caritativo o represivo sino a un imperativo terapéutico, doctrina que implicó la instauración de toda una era asilar en el abordaje de la locura (Amarante, 2009).

De igual forma, cabe preguntarse acerca de este viraje “más humano” en torno a la locura, pues prácticas represivas y punitivas tales como los castigos, las humillaciones físicas y psicológicas prevalecieron a lo largo del tratamiento moral (Díaz, 2014). Amenazas, duchas de agua fría, chalecos de fuerza para deambular por pasillos, celdas, entre otros, fueron empleados como parte de aquel abordaje bajo el supuesto de que los mismos sentarían las bases de una “policía interior” que controlaría y vigilaría las pasiones de los alienados (Galende, 1990). En palabras de Foucault (1961/2012b):

Vemos así cómo funciona en el siglo XVIII la crítica política del confinamiento. De ninguna manera en el sentido de una liberación de la locura; de ningún modo puede decirse que haya conseguido a los alienados una atención más filantrópica, o mejores servicios médicos. Al contrario, ha ligado más sólidamente que nunca la locura con el confinamiento (...) Por una vuelta paradójica, la locura aparece finalmente como la sola razón de un confinamiento, en el cual ella es el símbolo de una profunda sinrazón. (p. 95)

Para Foucault (1961/2012a) este hecho, lejos de implicar un movimiento de liberación o progreso, constituyó una mutación de poder, consolidando un pasaje del mismo de la Iglesia al Estado y de este último a la medicina. En efecto, desde este momento, la figura del médico se tornó determinante en el devenir de la locura, volviéndose la denunciante del discurso de la sinrazón y la emisora de un Certificado de Alienación que indicaba la orden de internamiento del sujeto (Galende, 1990). Como afirma Díaz (2014), desde aquí, la locura fue despojada de la esfera racional, volviéndose palabra sin sentido: “(...) se lo escucha desde la razón, se ‘interpretan’ sus palabras” (p. 79).

Este período tampoco implicó una concepción menos estigmatizante en torno a la locura. Como refiere Foucault, la alienación que la medicina, regida por el pensamiento político y moral del siglo XVIII, situó como objeto, lentamente fue conformando la figura de un sujeto jurídicamente incapaz, peligroso y perturbador del orden social. Este hecho ubica al positivismo no sólo como un proyecto teórico sino como fuente de estigma de toda existencia alienada (Foucault, 1961/2012b). En este sentido, bajo el paradigma de racionalidad, encontramos los inicios de los sintagmas estigmatizantes locura-incapacidad y locura-peligrosidad:

En cuanto al primero, Foucault (1961/2012a) refiere que la psicopatología del siglo XIX producía sus desarrollos a partir del supuesto de un *homo natura*, a saber, un hombre “normal”, natural, anterior a toda experiencia de padecimiento; un hombre de razón. En este sentido, si el alienado era alguien carente de razón plena (y la razón constituía la condición elemental para

definir la naturaleza humana y diferenciarla de otras especies), habría existido, en el origen, un obstáculo para que el alienado fuese admitido bajo la nascente categoría de “ciudadano” y, como tal, sujeto de derechos (Amarante, 2009). No obstante, aquel *homo natura*, no es más que una creación que, lejos de pertenecer al dominio del espacio natural, se origina en el seno de un sistema sociocultural, definiendo y otorgando aquel *socius* al sujeto de derecho. En este sentido, si el loco es despojado hacia los límites de la “normalidad”, se debe a los efectos de una cultura que lo sitúa en el intersticio del decreto social del internamiento y de la esfera jurídica que determina sus capacidades (Foucault, 1961/2012a). En su conjunto, el ser humano “alienado” comienza a ser reconocido como incapaz, siendo el representante por excelencia de la irracionalidad y perdiendo su estatuto de sujeto jurídico.

En cuanto al segundo sintagma, es posible dilucidar que la locura no sólo fue asociada a la incapacidad. De igual forma, las nociones de sinrazón y alienación dieron lugar a la vinculación directa entre locura y peligro social, situando a la misma como objeto de gran temor (Foucault, 1961/2012b). Como refiere Amarante (2009):

En el sentido más común del término, alienado es alguien “de afuera”, extranjero, alienígena (el origen etimológico es el mismo). Podría significar estar fuera de la realidad, fuera de sí, sin el control de sus propias voluntades y deseos. Fuera del mundo, de otro mundo (...) también significa volverse otro (...)

En la medida que alguien en esa condición de alteridad podría representar un serio peligro a la sociedad, por perder el Juicio, o la capacidad de discernimiento entre el error y la realidad, el concepto de alienación mental nace asociado a la idea de “peligrosidad”. En cierto sentido, se puede considerar que a lo largo de todos estos años el concepto de alienación mental contribuyó para producir, como consecuencia inherente a la propia noción, una actitud social de miedo y discriminación para con las personas así identificadas. (pp. 31-32)

En su conjunto, sintagmas y temor, constituyeron los cimientos de una lógica que proclamó, desde mediados del siglo XVIII, los internados como sitio “natural” de la locura junto a sus prácticas institucionales, siendo la medida de encierro el acto que inmunizaba a la población del “peligro” que los locos representaban (Foucault, 1961/2012b). Al respecto, cabe destacar que este hecho vislumbra los modos en los cuales opera el estigma, dando lugar a la creación de diversas teorías explicativas que justifican la inferioridad y la peligrosidad de aquellos grupos desacreditados y las consecuentes acciones dirigidas a los mismos (Goffman, 1963/2006).

Así, desde fines del siglo XVIII y principios del siglo XIX, el loco es condenado a 2 formas de alienación: la primera, en la cual el individuo es despojado de su libertad en un doble movimiento, a saber, el de la locura en tanto “natural” y el de la interdicción jurídica que lo ubica bajo el poder del Otro (curador); la segunda, en la cual el loco comienza a ser visto y significado por la población como el Otro, como el extranjero, el excluido. En el primer caso, sostenida bajo la lógica de la “enfermedad”, en el segundo, bajo una culpabilidad moral y una condenación ética (Foucault, 1961/2012a).

1.e. Revolución de los ‘60: la antipsiquiatría y los inicios de la desmanicomialización

La década de 1960, enmarcada en el período de posguerra, se vio caracterizada por una profunda crisis en las ciencias, el arte, la ideología y los valores. En el campo de la salud mental, aquel punto de quiebre se vio materializado a través de la llamada Antipsiquiatría (Desviat, 2006). Al compás de los diversos movimientos sociales que se oponían a la opresión y abogaban por los derechos de las personas (incluidos los de aquellos con padecimiento mental), la misma representó el cuestionamiento a la institución asilar, posicionándose como resistencia al poder psiquiátrico de aquella época y dando lugar a un nuevo discurso sobre la locura. Si bien diversos movimientos antipsiquiátricos han tenido lugar a lo largo de la historia, mencionaremos sólo aquellos que han sido de gran relevancia en el devenir histórico de la locura y en la consecuente sanción de nuestra Ley Nacional de Salud Mental N°26.657.

David Cooper, considerado padre de la Antipsiquiatría clásica, fue quien utilizó por primera vez el término para describir su experiencia “Villa 21” en un pabellón psiquiátrico con jóvenes con esquizofrenia. La relevancia de dicho autor radica en las críticas realizadas a la institución manicomial, denunciando la existencia de una irracionalidad institucional, es decir, las defensas del personal frente a peligros más ilusorios que reales sobre los usuarios, como también la violencia ejercida hacia estos últimos. De esta manera, Cooper repudió la violencia institucional y sus métodos, sosteniendo, a su vez, que la violencia de los sujetos internados era reactiva a las restricciones físicas y malos tratos provenientes de los profesionales. En este sentido, afirmó que, con frecuencia, esta última condensaba el desprecio y la agresión de la sociedad hacia dichos individuos (Cooper, 1967/1985). Irracionalidad y violencia institucional, en su conjunto, vislumbraban la incidencia del estigma en el accionar de los profesionales y sus consecuencias en el abordaje de la locura.

Tras dichas críticas, Cooper propuso una psiquiatría alternativa a la tradicional, optando por implementar en su experiencia “Villa 21” prácticas basadas en un clima de libertad, no violencia y no restricción (Desviat, 2006). Una de sus principales medidas consistió en la implementación de pequeñas unidades autónomas, fuera del contexto institucional psiquiátrico, que pudieran funcionar en una casa grande de la comunidad como medio terapéutico para brindar un mayor grado de libertad. En ellas, se llevó a cabo una estructuración de roles menos rígidos en la cual los individuos pudieran encontrarse a sí mismos mediante sus relaciones con

otros y, a su vez, lidiar de manera exitosa con sus conflictos. De igual forma, parte de los programas llevados a cabo incluían encuentros diarios de la comunidad para dialogar sobre aquellos problemas que los aquejaban, grupos terapéuticos, grupos de trabajo destinados a diversas actividades como decoración de interiores y fabricación de juguetes y encuentros grupales del personal para reflexionar sobre el funcionamiento de la unidad (Cooper, 1967/1985).

Por otro lado, la experiencia del desmontaje del manicomio de Trieste a cargo de Basaglia constituyó un hito fundamental en el cuestionamiento a la lógica asilar. En 1971, Basaglia asumió el puesto de director del Hospital Psiquiátrico de Trieste con la convicción de la necesidad de desarmar estos dispositivos. El *leitmotiv* radicaba en la consideración de los manicomios como productores de padecimiento: afirmaba que el esquema de institucionalización que atravesaba el sujeto internado (introducido en pos de volverlo inofensivo y asistirlo al mismo tiempo), basado en tiempos estructurados por el hospital y sin miramiento por las necesidades y características de cada uno, generaba en él un aniquilamiento de su personalidad, una pérdida de todo proyecto y un vacío emocional, volviéndolo objeto (tal como se cita en Dell'Acqua, 2012).

A partir de esto, entre 1971 y 1975, bajo el lema “la libertad es terapéutica”, Basaglia y su grupo se dedicaron a cambiar la lógica y reglas de la institución. Entre ellas, cuestionaron las jerarquías, los modos de comunicación, las relaciones entre profesionales y pacientes y el mobiliario de la institución, modificando los tratos y devolviéndole a los mismos sus objetos de la vida cotidiana. De igual forma, se suprimieron las terapias de electroshock y toda forma de contención mecánica como castigo, las internaciones se volvieron voluntarias y las hospitalizaciones obligatorias permanentes fueron revocadas. Por otro lado, restituyeron los espacios de libertad y los derechos de los individuos, iniciando, a su vez, acciones para solicitar pensiones sociales (Dell'Acqua, 2012).

Por otro lado, entre 1975 y 1976, se llevaron a cabo los primeros Centros Territoriales de Salud Mental bajo una triple finalidad: como medio de apoyo para usuarios egresados, como intervención en situaciones de crisis y como estrategia para reducir la cantidad, frecuencia y duración de los ingresos al hospital. De esta manera, el 13 de Mayo de 1978, en Italia se promulgó la Ley 180 de Reforma de la atención psiquiátrica, velando por los derechos de las personas a la atención y la salud, erradicando el prejuicio de “peligrosidad” y estableciendo la superación progresiva de hospitales psiquiátricos a partir de su sustitución por un modelo basado en la comunidad (Dell'Acqua, 2012).

Estas experiencias, en su conjunto, sentaron las bases no sólo de un nuevo discurso en torno a la locura, sino también de un nuevo modelo de atención en salud mental fundamentado en el paradigma de desmanicomialización, cimientos de nuestra Ley Nacional de Salud Mental N°26.657.

Capítulo II: Acerca de la locura en Argentina

El recorrido histórico de la locura realizado previamente atraviesa al derrotero argentino. En efecto, las diversas significaciones y tratamientos en torno a la misma, la influencia del estigma, la participación de diversos agentes como la iglesia, el Estado, la medicina y los posteriores movimientos antipsiquiátricos, ejercieron sus influencias en el proceso de sanción de nuestra Ley Nacional de Salud Mental. De esta manera, no se trata de separar aquel recorrido o dividir aguas como si se tratara de dos historias diferentes, sino de comprender los efectos de dichas prácticas discursivas en la continuidad de esa misma historia, particularmente en nuestro país.

Asimismo, el derrotero argentino se encuentra atravesado no sólo por disputas y tensiones en torno a la locura, sino también por toda una coyuntura compuesta por diversos escenarios socio-económicos y políticos. En este sentido, ni el cuestionamiento a las prácticas manicomiales ni la sanción de dicha ley, en tanto nuevas formas de discurso, constituyeron procesos lineales ni aislados. Para una comprensión de dichos sucesos, resulta fundamental la adopción de una perspectiva foucaultiana arqueológica a partir de la cual indagar aquellos elementos y condiciones de posibilidad que permitieron la emergencia de los mismos.

De esta manera, el recorrido de nuestro país se encontrará trazado, inicialmente, por toda una tradición asilar, primero dirigida por diversos grupos religiosos y luego continuada desde una perspectiva médico-psiquiátrica inspirada en Pinel y su tratamiento moral. Este movimiento, entrelazado con las nociones de alienación, incapacidad y peligrosidad, dará fundamento “científico” a la medida del encierro y a la incorporación de las diversas prácticas represivas, vislumbrando los efectos del estigma en la determinación de los abordajes y del trato hacia la locura. Así, desde la segunda mitad del siglo XIX, se consolidará en nuestro país toda una era asilar que, con el tiempo, irá cobrando las características de un paradigma heredo-degenerativo y su visión pesimista del padecimiento mental.

Los primeros cuestionamientos al abordaje manicomial encontrarán su punto de partida alrededor de 1930, junto a la Liga Argentina de Higiene Mental, inspirada en el Movimiento de Higiene Mental. Esta, vislumbrará las condiciones inhumanas de dichos establecimientos y proclamará tanto el rol fundamental de las condiciones ambientales en la causación de la locura como la importancia de la prevención. Sin embargo, dicho movimiento no se ocupará de sustituir el dispositivo manicomial, sino más bien de limitarlo a los casos “estrictamente necesarios” (Talak, 2005). De igual forma, su insistencia en la prevención ligará la noción de salud mental a la idea de profilaxis y herencia, dando lugar a toda una serie de imperativos de normalización que situarán y reforzarán el supuesto estigmatizante de la locura como peligro social y delito natural, a saber, como engendradora de aquello indeseable para la sociedad. En su conjunto, instaurarán diversas prácticas de segregación y control como la regulación de los matrimonios y las prácticas eugenésicas (Macchioli y Benitez, 2022), vislumbrando los efectos del estigma ya no como señal en el cuerpo sino como brújula de nuestra conciencia.

Será sólo a mediados del siglo XX, a partir de diversos movimientos, reformas políticas y declaraciones que, a modo de resistencia, se logrará la interpelación del discurso manicomial dominante. En este contexto, nuevos actores y propuestas surgirán, trazando el horizonte de una nueva atención en salud mental: servicios de psiquiatría en hospitales generales, colonias, comunidades terapéuticas, consultorios externos, entre otros. En su conjunto, la noción de la locura ya no será conceptualizada desde “lo enfermo” sino desde lo sano, comenzando a pensar en términos de un proceso de salud-padecimiento y permitiendo, a su vez, el pasaje de la higiene mental al campo de la salud mental (Falcone, s.f & Lonigro, 2015). Sin embargo, este período no estará exento de disputas, por el contrario, se encontrará influenciado por diversas tensiones entre posturas asilares y posturas orientadas a un nuevo paradigma socio-comunitario, así como también, por las diversas dictaduras cívico-militares que implicaron tanto avances como retrocesos en la historia de la locura en Argentina.

A finales del siglo XX y principios del siglo XXI, experiencias de reformas sanitarias en el interior de nuestro país junto a declaraciones internacionales como la Declaración de Alma-Ata, La Ley 180 de Italia, la Declaración de Caracas, la Convención de Brasilia y diversos estudios nacionales sobre los hospitales psiquiátricos, expondrán la crisis del sistema sanitario y reforzarán el cuestionamiento a la lógica asilar. En su conjunto, producirán el fortalecimiento de una nueva perspectiva socio-comunitaria y evidenciarán la necesidad de una respuesta a la laguna jurídica en materia de salud mental. De esta manera, sentarán las bases para la sanción de nuestra ley y su consecuente viraje del loco como incapaz y peligroso a la categoría de sujeto de derechos.

En este sentido, en el presente capítulo se llevará a cabo una revisión de la historia de la locura en Argentina ubicando los diversos acontecimientos y los efectos del estigma en su recorrido histórico, con el fin de comprender los diversos sucesos, disputas y prácticas discursivas que influyeron en la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657.

2.a. Siglo XVIII y principios del siglo XX: los primeros hospicios y la Higiene Mental

Los comienzos de la historia de la locura en Argentina hunden sus raíces en el siglo XVIII, ya dentro de una estructura hospitalaria y bajo la impronta de diversos grupos religiosos. Durante este período, la aldea colonial tenía un hospital denominado San Martín y, junto a él, un modesto establecimiento anexado llamado “El Loquero”, enfermería en la cual se alojaba a las personas con padecimiento mental. Con el tiempo y tras diversas donaciones, aquel hospital fue logrando su expansión, construyendo nuevos pabellones, residencias y virando de nombres hasta su redefinición como “Hospital Santa Catalina”. Alrededor de 1770 y al mando de Betlemitas, comenzó a recibir a los denominados “dementes” enviados del Cabildo (cárcel de Buenos Aires en ese entonces). Allí, los mismos eran tratados como sirvientes o enfermeros, y, en caso de no poder cumplir con ello, eran enviados al Loquero. Desde 1799, fueron destinados a dichas instituciones y residencias “incurables, locos y contagiosos”,

cuidados, o, más bien, gobernados y vigilados, por un capataz que llevaba consigo un látigo para golpearlos e infundir temor, obediencia y respeto. Estos establecimientos, en su conjunto, fueron la cuna de los actuales hospitales psiquiátricos argentinos (Falcone, s.f.).

Hacia comienzos del siglo XIX, al compás del surgimiento del Estado, la nacionalización de la Iglesia y la recientemente creada escuela de Medicina en 1821, se otorgó a los médicos la decisión y cuidado de aquellas personas internadas en los hospitales. Podemos ubicar aquí, desde una perspectiva foucaultiana, el interjuego y la mutación de poder entre aquellos dispositivos: iglesia, Estado y, finalmente, medicina. Este momento se encontró marcado por toda una generación de médicos egresados que se proclamaban a favor de las doctrinas de Pinel y su tratamiento moral, de manera tal que se dio inicio a diversos proyectos de mejoras edilicias y a la búsqueda de un tratamiento “más humanitario” (Falcone, s.f.). No obstante, la historia muestra que, en su orientación a lograr dicho cometido, se reforzó la lógica que situaba la práctica del internamiento como lugar natural de los locos y aquellas connotaciones que denunciaban la locura como sinónimo de peligrosidad. Esto se vio materializado en el aumento de la cantidad de hospicios en nuestro país, dando inicio desde mediados del siglo XIX, a toda una época asilar que, con el tiempo, fue cobrando las características de un paradigma heredo-degenerativo. Gobernado por una visión pesimista del padecimiento mental, este último reforzó aquellas prácticas manicomiales.

El nacimiento de la época asilar en nuestro país se vio caracterizado por la creación de diversas instituciones. En 1854, se crea el Hospital de Mujeres Dementes (hoy Hospital Neuropsiquiátrico Braulio A. Moyano), vislumbrando una matriz ambigua entre los nacientes médicos y las figuras religiosas. El mismo, constituyó el primer manicomio femenino, administrado en sus inicios por las Señoras de la Sociedad de Beneficencia y caracterizado por una atención médica insuficiente que aún privilegiaba la regulación religiosa y moral. Allí, los médicos realizaban sus labores por la mañana y el resto del día eran cuidados por las Señoras, cuya presencia aún visibilizaba la raíz religiosa que asociaba locura y pecado (Falcone, s.f. & Lonigro, 2015).

En 1863, se funda a pedido del Dr. Ventura Bosch el Hospicio de San Buenaventura (posteriormente denominado Hospicio de las Mercedes y, desde 1967 hasta nuestros días, Hospital Interdisciplinario Psicoasistencial José T. Borda), bajo la dirección de José María Uriarte. La descripción conocida acerca de la situación de los usuarios en aquel entonces consistía en individuos coléricos, hacinamiento, escasa higiene, violencia, así como también, comedores donde aún podían verse reflejadas las cadenas que rememoraban las antiguas prisiones, uniendo las mesas por los pies para evitar que se las quitaran. Si bien la situación mejoró con Uriarte, la asistencia consistía principalmente en aquellas prácticas basadas en malos tratos y condiciones inhumanas. Esto es referido por Meléndez, quien, tras la muerte de Uriarte en 1876, asume como director, explicitando que en la dirección anterior, durante el día, aquel hospicio era un completo alboroto y desquicio, siendo los alienados víctimas de rudos e inhumanos tratos de los empleados, los cuales parecían contratados para cometer actos de

crueldad (tal como se cita en Falcone, s.f.). Si bien la figura de Meléndez trajo cambios en dicha institución en cuanto a las mejoras edilicias y la incorporación de jardines que permitieran el contacto con el exterior, el dispositivo manicomial y sus prácticas represivas persistieron sin mayor miramiento ni crítica.

La creación de estos hospicios permite ubicar la emergencia de una naciente hegemonía asilar en Argentina, regida por aquel discurso médico-alienista de la época. No obstante, además de la caracterización de sus condiciones y abordajes empleados, nos interesa destacar un aspecto particular de la misma: sus instituciones psiquiátricas fueron construidas en localizaciones que, históricamente, constituyeron los márgenes de la ciudad de Buenos Aires. Este fenómeno, lejos de responder al orden del azar, obedeció a una lógica basada en el sintagma locura-peligrosidad. En efecto, el encierro en estructuras ubicadas en la periferia, históricamente permitió mantener alejada a la locura de la urbe y, en consecuencia, salvaguardar a la sociedad de aquel peligro. Vemos aquí, nuevamente, la influencia del estigma en el devenir de la locura, un estigma que no sólo se manifiesta en su dimensión directa y explícita, sino también, mediante mecanismos sofisticados e inmanentes como la creación de establecimientos en terrenos alejados, alojando a la locura en los márgenes de la sociedad (Sánchez Gómez, 2018).

En términos foucaultianos, estos elementos vislumbran los efectos de un poder no sólo represivo, sino también productivo, en tanto determina subjetividades y formas de organización social. Asimismo, frente a esto, cabe preguntarse ¿acaso no reedita aquella situación liminar de la locura en la cual es ubicada en lo más externo de lo interno y en aquello más interno de lo externo? (Foucault, 1961/2012a). La única diferencia entre ambos radica en una nueva modalidad de exclusión, ya no vehiculizada por una barca sino a través de los muros del hospital; exclusión que a su vez lo recluye.

A fines del siglo XIX y principios del siglo XX, dos movimientos ejercieron grandes influencias en nuestro país. Por un lado, las reformas psiquiátricas estadounidenses orientadas a lograr un cambio en la situación de las personas internadas y en los procedimientos empleados; por el otro, las experiencias inglesas de un sistema de puertas abiertas que se oponían al régimen asilar. En su conjunto, dieron lugar al cumplimiento de un proyecto inicialmente propuesto por Meléndez, a saber, la Colonia Open Door, finalmente llevado a cabo por Domingo Cabred en 1897 en la localidad de Luján (Galende, 1990). El mismo, constituyó uno de los primeros intentos de ruptura del hacinamiento generado por los manicomios (más no su reforma) al incluir la creación de un sector para la atención de individuos agudos o crónicos y otro dedicado al régimen de puertas abiertas, promoviendo actividades al aire libre como talleres textiles, agricultura, carpintería, herrería, ganadería, construcción y fabricación de diversos utensilios. No obstante, inicialmente fue obstaculizado tanto por profesionales que sostenían la necesidad de encierro como por la población en general, los cuales, en su conjunto, proclamaron profecías en torno a invasiones de locos, asesinatos colectivos y un intento de consolidación de un movimiento popular que rechazara aquel proyecto que buscaba

traer “seres” (no personas) tan peligrosos como nuevos vecinos (Falcone, s.f.). Al respecto, resulta fundamental destacar los postulados de Goffman (1963/2006), quien afirma que el atributo estigmatizante da lugar a que, mientras el “extraño” esté presente, no sólo sea menos deseable sino también, en casos más extremos como los de la locura, no sea considerado “totalmente humano”. A partir de este atributo, se practican diversas formas de discriminación, se construyen teorías y explicaciones de aquella inferioridad y de aquel peligro que representa ese individuo para la sociedad. Este “ser”, deja de ser visto como persona “total” para ser reducido e interpretado a la luz de aquel atributo.

A pesar de esto, el proyecto de la Colonia siguió en pie y en 1901 se llevó a cabo su inauguración. Para Cabred, no se trataba únicamente de dar a aquellas personas la sensación de libertad y aire libre, sino también, de un retorno a la vida previa a través de lo que él denominaba “la más sana distracción y terapia”, a saber, el trabajo. Aquellas actividades volvían a la colonia una unidad productiva, permitiendo la venta de muchos de los productos elaborados y contribuyendo al auto-sustento de la misma (Falcone, s.f.). Ahora bien, sin desconocer el carácter innovador que esta colonia implicó para su época al incorporar un régimen de no restricción y subrayar el rol central de habilidades psicosociales como el trabajo, su énfasis exclusivo en la dimensión laboral (en detrimento de otras esferas de la vida cotidiana), nos lleva a reflexionar: ¿acaso aquella colonia no acarrearía los resabios de un imperativo de trabajo que promovía la inclusión de la locura en un orden productivo como mano de obra barata? Al respecto, el historiador Marquiegui (2019) refiere que el sentido de la libertad de aquella puede ser leído desde otro lugar: “Cabred cumplió con los preceptos del Estado: ‘ustedes me traen gente que está loca y yo la reeduco para devolverle a la sociedad un trabajador útil dentro de las competencias de Argentina en el sistema capitalista (...)’ (p. 3). En efecto, esa era la idea. No obstante, la colonia no persistió pues, con el tiempo, la misma se volvió en un “depósito de locos” (Falcone, s.f.).

El primer intento de reforma de los dispositivos manicomiales en Argentina tuvo lugar en la década de 1930, bajo la influencia de las doctrinas higienistas. El Movimiento de Higiene Mental nació en Estados Unidos con la figura de Clifford Beers, quien, a través de sus relatos sobre su experiencia como usuario de instituciones psiquiátricas, denunció las malas condiciones y tratos inhumanos recibidos, creando en 1909 un Comité Nacional para la Higiene Mental. Este hecho dio lugar a la consolidación de diversos movimientos higienistas que proclamaron la necesidad de reformas radicales en el sistema de atención en salud, orientándose principalmente hacia la mejora en la atención de usuarios de hospitales psiquiátricos (Bozzo, 2019 & Dovio, 2017). De igual forma, el naciente entrecruzamiento de la higiene pública, la medicina mental y la medicina social influyó en dichas iniciativas, orientando sus reformas a la preocupación sobre el rol de las condiciones ambientales en la génesis de los mismos. Este privilegio otorgado al ambiente en la etiología de las patologías, implicó un quiebre en aquellos debates organicistas y alienistas e instaló intervenciones orientadas a la prevención (Dagfal y Vezzetti, 2008). En consecuencia, como refiere Vezzetti, el Movimiento de

Higiene Mental se abocó a mitigar y controlar aquellos factores perniciosos para el progreso humano, tales como la miseria, la inmoralidad, la insalubridad ambiental y el vicio (tal como se cita en Lonigro, 2015).

En Argentina, los primeros esbozos de las ideas higienistas se ubican en 1930, primero con la creación de la Liga Argentina de Higiene Mental y, posteriormente, con la consolidación del Movimiento de Higiene Mental. A diferencia de Estados Unidos, dicho movimiento en nuestro país hunde sus raíces en el manicomio y en las cátedras de Psiquiatría, pues se encontró al mando de figuras como Gonzalo Bosch y Arturo Ameghino, quienes dirigían una psiquiatría fundamentada en el internamiento y la vigilancia tanto en los hospitales psiquiátricos como en el ámbito académico (Talak, 2005). Para esta época, Argentina se encontraba caracterizada por un aumento de la delincuencia, la marginalidad, la pobreza, los problemas de vivienda, el hacinamiento, entre otros (Bozzo, 2019). En este contexto, las doctrinas higienistas acerca del rol otorgado al ambiente y las medidas de prevención fueron retomadas como intento de dar respuesta a la situación de nuestro país. Esto mismo ocurrió también con la locura y sus iniciativas en pos de una mejora de la asistencia de las instituciones psiquiátricas; sin embargo, las mismas no implicaron un cuestionamiento al manicomio, por el contrario, sólo se orientaron a volverlo más eficiente y selectivo, limitando las órdenes de internación y pronunciándose a favor de la mejora de sus condiciones. No obstante, cabe destacar que, en su conjunto, dieron lugar a la promoción de la construcción de dispensarios, hospitales monovalentes abiertos y consultorios externos, los cuales fueron consolidados recién en la segunda mitad del siglo XX (Talak, 2005).

Ahora bien, aquella comprensión de la salud mental en términos de higiene y profilaxis constituyó un arma de doble filo. Por un lado, la noción de “higiene” se asociaba a la mejora de las condiciones ambientales, con el fin de evitar o mitigar la aparición de patologías; por el otro, la profilaxis, apoyándose en las nociones de detección precoz y desencadenamiento desadaptativo, se orientó a intervenciones que permitieran desterrar aquellos factores perjudiciales para la sociedad (Talak, 2005). Esto implicaba que, para el higienismo, el medio sólo podía atenuar o favorecer el desencadenamiento de aquello ya presente en la constitución de los individuos, de manera tal que no constituyó un desplazamiento real de la mirada heredo-degenerativa sino más bien su renovación discursiva a partir de su articulación con la noción de prevención, lo cual no estuvo exento de consecuencias: como afirma Rose, la prevención como eje de sus supuestos y su énfasis en las nociones de profilaxis y herencia, llevaron a la emergencia de peligrosas doctrinas de normalización y preservación de linaje (tal como se cita en Macchioli y Benitez, 2022). En este contexto, la asociación locura-peligrosidad adquirió nuevas acepciones; ya no sólo era entendida como fuente de delincuencia sino de “delito natural” hacia la especie. Así, concebida como propagación de la anormalidad, la degeneración y el desorden social, fue articulada a diversas prácticas de control y eugenesia, entre ellas, la segregación, la regulación de los matrimonios y las esterilizaciones forzadas (Macchioli y Benitez, 2022).

A partir de estos postulados, cabe retomar los aportes de Foucault, quien refiere que una teoría basada en la herencia y la degeneración, justifica desde las dimensiones moral y social toda técnica orientada a identificar, clasificar e intervenir sobre los “anormales” (tal como se cita en Talak, 2005). En este sentido, es posible ver cómo el estigma hacia la locura, cimentado en las prácticas discursivas de peligrosidad y degeneración, lejos de operar como señal en el cuerpo, operaba (y opera) como brújula de nuestra conciencia. Estas medidas, en su conjunto, perpetuaron aquellas visiones sobre la locura, legitimando y reforzando la propia lógica de encierro, exclusión y represión.

2.b. Mediados del siglo XX: El pasaje de la Higiene Mental a la Salud Mental

Diversos cambios tuvieron lugar a mediados del siglo XX. Como refiere Stolkiner, desde la constitución del Estado argentino hasta el primer gobierno de Perón de 1946, los derechos políticos sólo eran otorgados a cierta franja de la población, exceptuando a mujeres, niños, pobres, nativos y alienados (tal como se cita en Bozzo, 2019). Tras su primer mandato y en consonancia con el estado de bienestar, se produjeron giros sustanciales en las políticas desde una perspectiva de derechos y dignidad de los ciudadanos. Estos cambios, a su vez, se vieron impulsados por la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, orientada a la prohibición de la repetición de las atrocidades realizadas en la Segunda Guerra Mundial.

En este contexto, en 1946 fue creada en Argentina la Secretaría de Salud Pública, asignando a Ramón Carrillo como secretario, el cual, tras la creación del Ministerio de Salud Pública en 1949, fue designado como ministro. Durante su cargo y tras el nuevo concepto de Estado, Carrillo llevó a cabo reformas en la concepción de la salud pública a partir del abandono de la lógica de beneficencia y caridad, instaurando así la asistencia médica como obligación del Estado. Asimismo, en lo que respecta a la locura, propuso la sustitución de la noción de “alienado” por la de “enfermo mental”, buscando transformar el manicomio en hospital a partir de su concepción de los primeros como “reducideros humanos” (tal como se cita en Chiarveti, 2008).

Si bien Carrillo no cuestionó la existencia del hospital psiquiátrico, constituyó una figura fundamental al señalar la posibilidad de anexar a dichas personas en los hospitales generales. En efecto, para él no existía ningún tipo de incompatibilidad funcional entre los usuarios con padecimiento mental y los hospitales generales, por el contrario, sostenía que los inconvenientes sólo existían en la mente de los profesionales que no sabían de psiquiatría (tal como se cita en Chiarveti, 2008). Este movimiento, sin embargo, fue muy resistido por los médicos higienistas. Frente a esto último, cabe preguntarse: ¿acaso aquel no-saber y aquella resistencia a la inclusión de la locura en los hospitales generales no se encontrarían influenciados por un gran estigma en torno a la misma?

Ahora bien, ¿cómo se produce el pasaje de la higiene mental a la salud mental? Y, en lo que respecta a nuestro trabajo, ¿qué consecuencias tiene este movimiento en la historia de

la locura en Argentina? Como refiere Vainer (2014), luego de la Segunda Guerra Mundial, tras la consolidación del llamado “Estado de Bienestar”, surgen los esbozos de una propuesta de instalación del campo de la Salud Mental. Uno de los principales hitos fue el Tercer Congreso de Higiene Mental en Londres en 1948, el cual reemplazó su nombre original por “Primer Congreso de Salud Mental”. Este renombramiento no sólo implicó el pasaje del higienismo a la salud mental en su dimensión terminológica, a su vez, dio lugar a la emergencia de nuevos discursos en torno a dicho campo y a la creación de diversos organismos e instituciones que implicaron giros sustanciales en sus prácticas y abordajes. Entre ellas, fue creada la Federación Internacional por la Salud Mental, cuya importancia se debió principalmente a 4 puntos: en primer lugar, el viraje de la hegemonía de la Psiquiatría a la incorporación de un equipo interdisciplinario en el tratamiento de los padecimientos mentales; en segundo lugar, el pasaje de una única teoría a un conjunto de saberes y prácticas sobre el padecimiento mental; en tercer lugar, la descentralización del hospital psiquiátrico a partir de la incorporación de diversas instituciones/dispositivos de atención y prevención del padecimiento mental y, finalmente, la consideración de la urgencia de contar con políticas de salud mental (Vainer, 2014). En efecto, desde una lectura foucaultiana, estos acontecimientos y formaciones discursivas se situaron como una resistencia al discurso médico dominante, sentando las bases de un nuevo paradigma.

En simultáneo, en 1948 es creada la Organización Mundial de la Salud a partir de la entrada en vigor de su constitución. Su fundación trae aparejada su concepción de salud (creada en 1946 y oficializada en 1948) como un estado de “completo” bienestar físico, mental y social, y no sólo como la ausencia de enfermedades y/o padecimientos (Organización Mundial de la Salud, 2014). Si bien esta definición sufrió grandes críticas, la misma constituyó un antes y un después al situar a la salud mental como parte integrante e indispensable de la salud, otorgándole un estatuto fundamental. Asimismo, particularmente en el campo de la salud mental, la OMS reforzó aquellos puntos propuestos por los nacientes organismos indicando la necesidad del pasaje de la psiquiatría hacia esta, privilegiando la búsqueda de alternativas de hospitales psiquiátricos y recomendando, en 1953, la transformación de los mismos en comunidades terapéuticas (tal como se cita en Vainer, 2014).

Estos elementos, junto a los nacientes movimientos antipsiquiátricos, incidieron en la Argentina particularmente a finales de 1950 y principios de 1960, dando lugar a la emergencia de diversas instituciones y reformas que no sólo consolidaron el pasaje hacia la salud mental sino también los comienzos de la interpelación al discurso manicomial dominante. Así, 2 fenómenos tuvieron lugar: por un lado, los padecimientos psíquicos dejaron de ser pensados desde “lo enfermo” para ser situados desde lo sano, repensando los procesos de salud/padecimiento; por el otro, se erigieron diversos proyectos, servicios y transformaciones que constituyeron los principales cuestionamientos al dispositivo asilar en nuestro país y, en tanto tales, antecedentes de nuestra ley.

El año clave en Argentina fue 1957. Durante este, no sólo se crearon las carreras de Psicología, Sociología y Antropología (entre otras) en la Universidad de Buenos Aires, de igual forma, se dio lugar a la creación del Instituto Nacional de Salud Mental, organismo descentralizado cuyos fines consistieron en la prevención de las “enfermedades neuropsiquiátricas”, la promoción en la investigación de dicha materia, la asistencia integral a los sujetos con afecciones neuropsiquiátricas y la contribución a la recuperación y rehabilitación de los mismos (Chiarveti, 2008 & Vainer, 2014). El Consejo Nacional de Salud Mental, compuesto por Mauricio Goldenberg, Jorge García Badaracco y Raúl Usandivaras, preparó el Proyecto de Reglamentación Orgánico Funcional de dicho instituto, tomando como fundamentos los lineamientos de 1953 de la OMS sobre la reconversión de los hospitales psiquiátricos en comunidades terapéuticas. En este sentido, el proyecto adoptó 2 núcleos: por un lado, privilegiar aquellas comunidades, por el otro, la creación de Servicios de Psicopatología en Hospitales Generales y centros periféricos de Salud Mental (denominado “Plan Goldenberg”). En su conjunto, constituyeron grandes avances en la reformulación del modelo asilar (Chiarveti, 2008).

La figura de Mauricio Goldenberg no se agotó en aquel proyecto, por el contrario, para la misma época, ganó el concurso para asumir la jefatura del Servicio de Psicopatología del Hospital Policlínico de Lanús, implicando un giro sustancial en el campo de la salud mental. En su propuesta de hacer “otra psiquiatría”, incluía la instalación de salas de internación en hospitales generales, la creación de hospitales de día y consultorios externos, la integración de equipos interdisciplinarios, las interconsultas con otros servicios, la investigación clínica y epidemiológica y la extensión comunitaria (Vainer, 2014 & Zaldúa, 2018). Con sus innovaciones, Goldenberg ubicó bajo luz crítica el paradigma asilar hegemónico, dando lugar a la revisión de aquellas doctrinas. Como afirma Vezzetti, uno de sus principales méritos fue comprender que los hospitales psiquiátricos no podían ser reformados a partir de un intento de mejorarlos desde la misma lógica que los creó, por el contrario, era la estructura y la organización la que debía transformarse para lograr un cambio de paradigma (tal como se cita en Lonigro, 2015).

Aquellas propuestas con respecto a la modalidad de abordaje, las salas de internación en hospitales generales, el rol del abordaje comunitario y la interdisciplina, constituyeron innovaciones fundamentales cuyos aportes se ven reflejados finalmente en las disposiciones de nuestra ley N°26.657. Empero, como refiere Vainer, este período no se vio exento de tensiones, pues diversas agrupaciones de profesionales se resistieron a estos cambios bajo los supuestos de una imposibilidad de interdisciplinariedad, del desdibujamiento del rol profesional y por la visión dominante que ubicaba a los psicofármacos como tratamiento privilegiado del padecimiento mental (tal como se cita en Bozzo, 2019). Sumado a ello, las experiencias y figuras que cuestionaron el orden manicomial se vieron afectadas a raíz de las dictaduras cívico-militares, obligando a profesionales como Goldenberg al exilio.

En lo que respecta a los gobiernos de facto ocurridos en nuestro país, algunas paradojas tuvieron lugar, pues los mismos representaron tanto retrocesos como avances en el devenir de la salud mental. En el caso de estos últimos, durante la dictadura de Onganía, bajo la figura de Estévez como director del Instituto Nacional de Salud Mental, se desarrolló en 1967 el primer Plan Nacional de Salud Mental. El mismo, proponía la incorporación de comunidades terapéuticas, hogares para personas con oligofrenia, hogares de gerontopsiquiatría, centros de salud mental, servicios de psiquiatría en hospitales generales, talleres, entre otras (Galende, 1990). En este sentido, cabe destacar que el primer intento de llevar a cabo una reforma democrática en dicho campo, junto a muchas de las innovaciones en materia de abordaje, tuvo lugar en el contexto de una dictadura militar (Chiarveti, 2008).

Una de las principales experiencias derivadas del mismo fue llevada a cabo bajo la figura de Grimson en el Hospital Estéves, quien, mediante la incorporación de comunidades terapéuticas y sus principios de democratización, interdisciplina y horizontalidad, se orientó a la resocialización de las personas allí internadas, eliminando las nociones estigmatizantes en torno a la locura basadas en la infantilización (perpetuadoras del trato paternalista y los supuestos del sintagma locura-incapacidad). Como afirma Vainer, en ella, se buscaba erradicar las prácticas manicomiales históricamente empleadas: métodos coercitivos y de castigo (electroshock, shock insulínico, absceso de fijación y chalecos de fuerza), despersonalización, almuerzos a las 10:30 am y cenas a las 15:30 por conveniencia y comodidad del personal, entre otros (tal como se cita en Lonigro, 2015). Nuevamente, vemos los efectos de un estigma que no sólo se manifiesta como prejuicio sino como determinante en los tratos y abordajes empleados en el tratamiento de la misma.

Si bien muchas de ellas implicaron la incorporación de métodos no represivos, así como también, la implementación de la psicoterapia y una mayor semejanza con la estructura de consultorios privados, la despsiquiatrización manicomial de aquel período sólo fue relativa, pues, en general, sólo admitían usuarios manejables, derivando aquellos difíciles al manicomio (Galende, 1990).

La última dictadura cívico-militar de 1976 implicó un retroceso en el proceso de transformación del modelo asilar: se produjo una desfinanciación y descentralización en el campo de la salud, así como también un desmontaje de los servicios de salud mental y las alternativas que criticaban a dicho modelo. Asimismo, el terrorismo de estado produjo la desaparición de profesionales, llevando a su vez al repliegue de otros a la atención individual y privada (Bozzo, 2019). En este contexto de gobiernos de facto y de un capitalismo creciente, la desaparición del estado de bienestar, la mercantilización de la salud, la industria farmacéutica y la primacía de los intereses económicos ejercieron sus efectos: las políticas de salud y de salud mental fueron concebidas como un gasto a ser recortado, lo cual llevó a privilegiar el tratamiento farmacológico de la locura y la marginación y abandono de dicha población en tanto no productiva (Vainer, 2007). Desde una perspectiva foucaultiana, vemos aquí, la reedición de la asociación entre locura e improductividad. De igual forma, sin desconocer el carácter

multidimensional de las problemáticas de aquel período, es posible dilucidar la presencia de un estigma que ejerce sus efectos al determinar (junto a otros factores sociales, políticos y económicos) prioridades de los gobiernos en la inversión de recursos financieros y humanos; un estigma que, históricamente, relegó a los padecimientos mentales a un segundo plano, concibiendo toda medida en torno a ellos como un gasto irrecuperable y no como inversión para la calidad de vida de los usuarios (Asociación Psiquiátrica de América Latina, 2018)

2.c. Fines del siglo XX y principios del XXI: antecedentes y sanción de la Ley N°26.657

Las consecuencias del capitalismo en el campo de la salud se vieron materializadas en una crisis del sistema sanitario a nivel mundial. La creciente preocupación por la desigualdad en el acceso al mismo y el alarmante estado de salud de la población vislumbraron la urgencia de abordar aquella situación, dando lugar, en 1978, a la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. En ella, fue firmada la Declaración de Alma-Ata, documento que estableció como objetivo primordial la garantía de la salud de todas las personas, entendiendo a esta última como un derecho humano fundamental (Declaración de Alma-Ata, 1978).

Retomando la concepción de la salud de 1946 de la OMS como un estado de “completo” bienestar físico, psicológico y social y no sólo como la ausencia de enfermedades y/o padecimientos (OMS, 2014), dicha declaración subrayó la necesidad de intervención y participación de diversos sectores sociales, políticos y económicos, además del sanitario, señalando la urgencia de una acción por parte de los gobiernos, profesionales y de las propias comunidades para protegerla y promoverla. En este proyecto, la atención primaria de la salud fue establecida como estrategia fundamental, siendo definida como la asistencia esencial al alcance de todos los miembros de la comunidad a través de su participación y a un costo pasible de ser sustentado por el país. La misma, en tanto parte integrante del sistema nacional de salud (siendo su función central) y del desarrollo socio-económico, representa el primer nivel de acceso de los individuos, familias y comunidades al sistema de salud, permitiendo llevar lo más cerca posible la atención sanitaria al territorio. A partir de esta estrategia, la declaración no sólo señaló la obligación de los Estados de cuidar la salud de los ciudadanos sino también el derecho y deber de las comunidades de participar de manera activa en su proceso de salud, fomentando la autorresponsabilidad y autodeterminación en tanto sujetos activos (Declaración de Alma-Ata, 1978).

Como refiere Bozzo (2019), cabe destacar que el mismo año fue sancionada la Ley 180 en Italia (mencionada en el capítulo 1). Esta experiencia se orientó a la sustitución progresiva del modelo manicomial por un modelo de atención de base territorial, así como también, a la promulgación de un tratamiento basado en el derecho de la persona a la atención y a la salud y ya no fundamentado en el juicio que asociaba locura y peligrosidad (Dell’Acqua, 2012). En este sentido, tanto la Declaración de Alma-Ata como la Ley 180 resultaron cruciales en tanto reforzaron la importancia de un cambio de paradigma en el sistema sanitario: ambas

señalaron la necesidad de un viraje hacia un modelo de atención socio-comunitario que privilegiara el primer nivel de atención, el trabajo en el territorio, el rol activo de los individuos en sus tratamientos y la importancia del acceso a la salud para toda la población, pilares de nuestra Ley Nacional de Salud Mental N°26.657.

Las declaraciones internacionales mencionadas y las diversas iniciativas de la década del 60, otorgaron mayor fuerza a un nuevo discurso sobre la locura basado en la desmanicomialización. En su conjunto, sentaron las condiciones para importantes reformas en nuestro país y la necesidad de incorporar aquellos lineamientos en la esfera legislativa. Una de las principales fue la experiencia de Río Negro, iniciada en 1983 con el retorno de la democracia: la dificultad de acceso al tratamiento, las internaciones prolongadas, la concentración de recursos en el hospital psiquiátrico provincial a 500 kilómetros de la capital de dicha provincia, la tendencia al estigma y a la exclusión social llevaron a un cuestionamiento de la lógica asilar y al consecuente proceso de transformación en salud mental que incluyó diversas medidas. En primer lugar, la creación en 1985 de un programa provincial de salud mental independiente del hospital psiquiátrico basado en la desmanicomialización, privilegiando la atención primaria en centros comunitarios, la reintegración de las personas en su medio, la inclusión de la salud mental al sistema sanitario general a partir de un trabajo interdisciplinario, la capacitación a usuarios y familiares y la lucha contra el estigma asociado a los padecimientos mentales. En segundo lugar, el consecuente cierre del hospital psiquiátrico de Allen en 1988 y, finalmente, la oficialización de la reforma a partir de la promulgación de la ley provincial 2440 en 1991. Dicha ley, desde una perspectiva de derechos, estableció como ejes principales la implementación de abordajes socio-comunitarios, el uso de criterios restrictivos e internaciones como último recurso terapéutico, la prohibición de métodos coercitivos, la reinserción social y la erradicación de los sintagmas locura-peligrosidad y locura-incapacidad con el fin de promover una nueva imagen de los individuos con padecimiento mental. A partir de estos elementos, dicha experiencia adquiere un lugar fundamental como semilla de nuevas alternativas y reformas en salud mental en la Argentina, entre ellas, nuestra Ley Nacional de Salud Mental N°26.657.

Además de la experiencia de Río Negro, antecedente provincial fundamental, dos declaraciones latinoamericanas han sido elementales para la sanción de nuestra ley: la declaración de Caracas y los Principios de Brasilia. La declaración de Caracas (1990), cuestionó el modelo asilar a partir de la concepción de los hospitales psiquiátricos como instituciones violadoras de derechos humanos, insuficientes y alejadas tanto cultural como geográficamente de los usuarios. En este sentido, sostuvo que el contexto de encierro no debía ser el privilegiado para el abordaje de la locura, pues obstaculizaba la consecución de una atención comunitaria, produciendo, a su vez, el aumento de discapacidad psicosocial. De esta manera, promovió la sustitución gradual y progresiva de los hospitales psiquiátricos a partir de la inclusión de las estrategias de atención primaria y los tratamientos basados en la comunidad. Esta declaración fue retomada por los Principios de Brasilia (2005), documento en el cual se

revisaron sus postulados con el fin de actualizar la situación acerca del cumplimiento de dichos objetivos, concluyendo la insuficiencia del avance en la transformación del modelo de atención y sugiriendo la profundización de la misma. En su conjunto, ambas fueron retomadas por la ley N°26.657, siendo reconocidas como parte integrante fundamental de la misma.

Los crecientes cuestionamientos al dispositivo manicomial, entendidos como resistencias a la hegemonía del discurso médico-psiquiátrico clásico, en conjunto con la visibilización de los dilemas éticos en salud mental llevaron, desde fines de 1990 hasta el año 2010, a la sanción de 7 leyes provinciales: Río Negro en 1991, Santa Fe en 1992, Entre Ríos en 1994, San Juan en 1999, la Ciudad de Buenos Aires en el 2000, San Luis en 2006, Chubut en 2009 y Córdoba en 2010. Compartiendo el espíritu de desmanicomialización en sus lineamientos, proclamaron la transformación del paradigma hospitalocéntrico en nuestro país.

Aquellas declaraciones y leyes mencionadas constituyeron elementos cruciales para la sanción de nuestra Ley Nacional de Salud Mental N°26.657. No obstante, los mismos se vieron acompañados de otros elementos que contribuyeron a la sensibilización de la necesidad de un cambio de paradigma. En este sentido, las investigaciones acerca de la situación de los hospitales psiquiátricos ejercieron grandes influencias. Al respecto, el Centro de Estudios Legales y Sociales (2007) en su informe *Vidas Arrasadas*, documentó el estado de más de 25 mil personas internadas en aquellas instituciones, vislumbrando las graves violaciones a los derechos humanos y exponiendo las condiciones, tratos y abordajes de las mismas. Entre ellos, destacaron el abuso y negligencia por parte de los profesionales, muertes no investigadas, exposición a privación sensorial por aislamiento prolongado, violencia física y sexual, tratamientos inadecuados (como el uso excesivo de psicofármacos orientados al castigo o a la sedación e inmovilización sin justificación terapéutica), amenazas a la seguridad, falta de atención médica y condiciones de vida peligrosas e insalubres caracterizadas por falta de higiene, la sobrepoblación y el hacinamiento (CELS, 2007).

Asimismo, aquel informe sostuvo que la crisis social y económica que atravesaba nuestro país desde el 2001, generó un incremento de personas que requerían atención en el sistema público, saturando un sistema de por sí inadecuado. En consecuencia, entre el 60% y el 90% de las personas internadas consistía en usuarios sociales, los cuales permanecían internados dada la ausencia de un hogar y de apoyos comunitarios. De esta manera, la investigación subrayó la preocupación por la inacción dentro de los establecimientos y la imposibilidad de aquellas personas internadas de pensarse a futuro por fuera de la institución, en la medida en que aquella segregación contribuía a su cronificación, a la pérdida de sus lazos sociales y familiares y al incremento de su discapacidad psicosocial, deteriorando aquellas habilidades fundamentales para la vida cotidiana (CELS, 2007).

De igual forma, el estudio señaló cómo la institucionalización a gran escala y sus consecuentes abusos se debieron principalmente a décadas de una ideología destinada a invertir en instituciones que segregaban a las personas, en detrimento de la posibilidad de implementar políticas y destinar recursos a la creación de servicios socio-comunitarios. Este

hecho se encontró entrelazado a la detención arbitraria, pues, en aquel entonces, las leyes argentinas de internación involuntaria no cumplían con los acuerdos internacionales orientados a la protección de las personas, vislumbrando una ausencia en la regulación y en el derecho a la revisión de las internaciones (CELS, 2007). Estos elementos, en su conjunto, reforzaron el cuestionamiento a la lógica asilar y evidenciaron la urgencia de dar respuesta al vacío legal en materia de salud mental.

En efecto, el derrotero de nuestro país, en tanto parte integrante de la historia misma de la locura, lejos de caracterizarse por una linealidad o armonía, se vio sometido a diversos embates, discontinuidades, tensiones y prácticas discursivas que oscilaron entre posturas a favor de la lógica manicomial y aquellas orientadas a la desmanicomialización. Dicho recorrido, a su vez, se encontró atravesado por el estigma que históricamente rodeó a la locura, principalmente a través de sus connotaciones de peligrosidad e incapacidad, los cuales reforzaron el dispositivo manicomial y su lógica de encierro. No obstante, desde mediados del siglo XX, grandes cambios tuvieron lugar en Argentina, sentando las bases de un nuevo paradigma en salud mental que se vio materializado en las diversas iniciativas llevadas a cabo en los distintos puntos de nuestro país.

Si bien desde fines del siglo XX hasta el año 2010 cada provincia determinó su modalidad de abordaje de manera idiosincrática e independiente (acorde al carácter federal de nuestro país), mientras algunas sostuvieron el dispositivo manicomial, otras transformaron sus servicios de atención en salud mental, virando hacia el paradigma socio-comunitario. Estas últimas, junto a las declaraciones internacionales y las investigaciones sobre las instituciones psiquiátricas, reforzaron aquella resistencia y cuestionamiento al discurso asilar hegemónico. De esta manera, sentaron las bases y antecedentes fundamentales para un proyecto marco, una nueva legislación de incumbencia nacional que estableciera referencias ineludibles frente a la fragmentación del sistema de salud mental argentino y ubicara bajo luz crítica aquellos dilemas éticos que históricamente acompañaron a la locura: violaciones de derechos, abuso y negligencia, detenciones arbitrarias, internaciones prolongadas, atributos estigmatizantes, aumento de discapacidad psicosocial, ruptura de proyectos de vida, entre otras. Así, luego de un largo camino, el 25 de noviembre de 2010 fue sancionada la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657, situándose como respuesta a aquella laguna jurídica.

Capítulo III: Puntualizaciones sobre la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657

Luego de un recorrido histórico trazado por tensiones y posiciones que oscilaron entre prácticas manicomiales y contrahegemónicas, el 25 de noviembre de 2010 fue sancionada la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657, promulgada el 2 de diciembre de dicho año. La misma, acorde a los tratados nacionales e internacionales, representa un giro sustancial en esta historia. Por un lado, establece nuevas concepciones en torno a la salud mental y la locura, entendiendo a la primera desde una perspectiva bio-psico-socio-económico-cultural, enlazada a los derechos humanos, y, a la segunda, en términos de padecimiento mental. Por otro lado, da lugar a todo un proceso de transformación en el abordaje de las mismas, virando hacia un nuevo modelo comunitario en salud mental que, si bien ya venía gestándose a partir de la emergencia de diversos acontecimientos y declaraciones, sólo adquiere estatuto legal de incumbencia nacional a partir de su sanción (Seitz, 2021). En este sentido, desde una lectura foucaultiana, la ley representa una nueva forma de discurso, particularmente de carácter desmanicomializador, así como una lucha contra el estigma que históricamente rodeó a la locura. En efecto, a partir de ella, se produce un viraje del loco como objeto de prácticas, considerado incapaz y peligroso, a la reconquista de la categoría de sujeto jurídico, a saber, sujeto de derechos y obligaciones.

En este sentido, el presente capítulo consistirá en el análisis de la Ley Nacional de Salud Mental. Para ello, en primer lugar, se profundizará en las nuevas concepciones sobre la salud mental y la locura. Posteriormente, a partir de lo que llamamos la lucha contra los sintagmas locura-incapacidad y locura-peligrosidad, se analizarán las diversas disposiciones y alcances de la ley en torno a la presunción de capacidad y la re-conquista de derechos, los nuevos abordajes socio-comunitarios, la interdisciplina, la intersectorialidad, las internaciones y la prohibición de la creación de nuevos hospitales psiquiátricos monovalentes.

3.a. Acerca de los conceptos de salud mental y locura

La Ley Nacional de Salud Mental N°26.657 representa la primera ley de incumbencia nacional en lo que respecta a la salud mental, situándose como respuesta a un vacío legal. En este sentido, constituye un proyecto marco que, sin incidir en la autonomía de cada provincia, establece un piso mínimo en torno a las políticas, abordajes y garantías, encuadrándolos dentro de los Derechos Humanos. De esta manera, determina obligaciones claras para nuestro país, promoviendo el trabajo colaborativo entre Nación y provincias en aquellas aristas en las cuales no puede incidir (Gorbacz, 2012).

Inspirada en el paradigma de desmanicomialización, establece cambios sustanciales tanto en los abordajes como en la concepción de la salud mental y la locura. En cuanto a la primera, dicha normativa concibe 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 26.657, 2010, p. 12). El énfasis en la noción de proceso abandona la visión estática de la salud, entendiendo el carácter dinámico de la misma y, como tal, tomando distancia de aquel ideal de un estado de completo bienestar. A partir de ella, la salud deja de ser entendida como la mera ausencia de enfermedad y/o padecimiento, dando lugar, a su vez, a la posibilidad de repensar un proceso de relativo bienestar y a la salud-padecimiento como un continuo.

La importancia otorgada a la noción de salud mental como constructo multidimensional abandona toda visión totalizante de la misma, es decir, así como se aleja de un modelo médico hegemónico de carácter biologicista, individualista, asimétrico, curativo, asocial y ahistórico (Menéndez, 1990), también se distancia de toda postura psicologista o ambientalista. En este sentido, el punto central radica en el abandono de toda concepción o pensamiento lineal que simplifique su entendimiento y su consecuente abordaje, comprendiendo el entramado de las diversas esferas que conforman a la vida de los individuos.

Por su parte, la locura deja de ser entendida como enfermedad mental, comenzando a utilizar la noción de “persona con padecimiento mental”. Este último es definido como:

(...) 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 (...). (Ley 26.657, 2010. p. 37)

Cabe destacar que dicha definición fue objeto de debate, siendo particularmente cuestionada a partir de argumentos que la calificaron como imprecisa y ambigua (Pellegrini, 2010 & Stagnaro, 2010). No obstante, frente a ello, otras posturas emergieron. Al respecto, Trimboli (2010) señaló el carácter apropiado de dicha noción afirmando que la ley no sólo refiere a trastornos mentales sino a diversas situaciones de la vida que las personas atraviesan, siendo el padecimiento mental algo mucho más amplio que aquellos (Trimboli, 2010). En efecto, desde una lectura foucaultiana, estas posturas vislumbran una lucha de fuerzas entre prácticas discursivas, dilucidando las resistencias y tensiones en torno al nuevo paradigma.

A pesar de los debates, la noción de padecimiento mental fue adoptada en la normativa. La misma, representa no sólo un reemplazo de antiguos términos, sino también, como afirma Gorbacz (2012) la introducción fundamental de 3 elementos: en primer lugar, la noción de “persona”, la cual señala que ningún padecimiento puede anularla o sustituirla, evitando así todo esencialismo. En segundo lugar, la introducción de la esfera subjetiva a partir de la noción de “padecimiento”, que va más allá de toda clasificación o diagnóstico. Finalmente,

el hecho de que una ley que busca el restablecimiento de derechos y el énfasis en la presunción de capacidad, debe abandonar nociones estigmatizantes como “enfermedad mental”, ya que acarrea connotaciones que la ley busca dejar atrás (sin desconocer la existencia de diagnósticos y su uso en el ámbito clínico) y que, históricamente, fueron empleados para segregar, excluir, encerrar y restringir la capacidad jurídica. Como refiere Bozzo (2019) “la locura entendida en términos de padecimiento mental no constituye una amenaza para el orden social” (p. 26).

3.b. Lucha contra los sintagmas locura-incapacidad y locura peligrosidad

Como fuimos desarrollando a lo largo del trabajo, es posible dilucidar que, a lo largo de la historia, la locura ha sido ligada y entendida a partir de connotaciones principalmente peyorativas, conformando un gran estigma en torno a ella. Por un lado, la influencia de una doctrina cartesiana que proclamó un sujeto racional situó, desde los comienzos de la época clásica, a la locura del lado de la sinrazón, sentando las bases y condiciones para su posterior presunción de incapacidad jurídica. Por el otro, el derrotero de la misma desde sus concepciones demoníacas hasta aquellas ligadas a la alienación y a la “enfermedad” mental, fue delimitando a la locura como equivalente de lo otro, aquello diferente y peligroso. Este hecho, se encuentra en consonancia con los postulados de Goffman (1963/2006), quien señala que el eje central del estigma reside en la objetivación de la persona; el atributo estigmatizante lleva que el individuo sea representado por aquel signo (diferencia indeseable), soslayando sus atributos restantes. Ahora bien, en el caso de las personas con padecimiento mental, su asociación total con aquellas ecuaciones ha traído aparejadas diversas consecuencias, entre ellas, su anulación como sujetos de derecho, el surgimiento de un gran temor y exclusión social y el reforzamiento de un sistema manicomial cimentado en la reclusión como forma de control y resguardo de la sociedad.

Como refieren Michalewicz, Obiols, Ceriani y Stolkiner (2011) la ruptura del estigma constituye un factor fundamental en la posibilidad de un reposicionamiento de los individuos y de la recuperación de sus derechos. En este sentido, la preocupación por el estigma y la sensibilización frente a sus consecuencias adquieren un lugar fundamental en la Ley de Salud Mental N°26.657 que no sólo se ve reflejado en la nueva concepción de la locura sino también en la postura que sustenta a la visión sobre la misma y a sus nuevas propuestas de abordaje. Así, como principal referente de ella, Gorbacz (2010) refiere que las personas con padecimiento mental, históricamente han sido sometidas a un sistema obsoleto que no sólo no dio respuestas a la mejoría e inclusión social sino que, fundado en grandes prejuicios, ha llevado a la exclusión y segregación de dichas personas de la sociedad, agravando sus cuadros clínicos. De esta manera, destaca que el principal objetivo de la ley es terminar con aquel sistema y sus concepciones estigmatizantes subyacentes; sustituir el modelo de exclusión, basado en la presunción de incapacidad y peligrosidad, por uno de inclusión social,

pues, como se mencionó en los inicios del trabajo, “(...) no hay salud sin salud mental; y no hay salud mental sin inclusión social” (Gorbacz, 2010, p. 3)

En este sentido, desde una perspectiva foucaultiana, la presente ley no sólo representa un nuevo discurso desmanicomializador sobre la locura, sino también una lucha contra aquellas ecuaciones. En su conjunto, estos lineamientos son materializados en las disposiciones de la presente normativa, las cuales serán detalladas a continuación a partir de los siguientes ejes: presunción de capacidad y re-conquista de derechos, abordajes socio-comunitarios, interdisciplina e intersectorialidad, internaciones y, finalmente, la prohibición de la creación de nuevos hospitales psiquiátricos.

3.b.i. Presunción de capacidad, Principio de Autonomía y restitución de derechos

Históricamente, la ética en el campo de la salud mental se ha centrado en el Principio de Beneficencia, siendo los profesionales orientados por el deber de hacer el bien con sus conocimientos, o, en su nivel elemental, por el deber de no perjudicar (De Lellis, 2007 & França-Tarragó, 1996). Como refiere Bozzo (2019), estas modalidades éticas del dispositivo médico-psiquiátrico respondieron principalmente a la interpelación de la conciencia moderna a los métodos y tratos inhumanos de la época clásica. No obstante, a pesar de su preocupación por los deberes y metodologías de los profesionales, aquellas relaciones de poder entre médicos e internados permanecieron como rasgos de aquel modelo, adquiriendo un carácter asistencial, asimétrico y paternalista.

En su preocupación por el quehacer profesional y acompañado por aquella lógica tutelar, dicho modelo relegó a un segundo plano la cuestión de la autonomía y participación de los usuarios en sus tratamientos. En efecto, este hecho se vio influenciado por el sintagma locura-incapacidad, el cual, tras catalogar a las personas con padecimiento mental como incapaces de comprender y tomar decisiones, produjo una “sustitución de derechos”, otorgando la potestad a un tercero (familiar o médico designado por el poder judicial) de decidir sobre su destino y tratamiento. Este fenómeno, implicó la prescindencia de todo miramiento por los derechos y preferencias subjetivas del usuario (De Lellis, 2007).

Ciertamente, el problema no es el Principio de Beneficencia sino su predominio por sobre otros principios. En este sentido, enmarcada en el nuevo paradigma en salud mental que aboga por los derechos de los usuarios, la Ley N° 26.657 (2010) produce un giro sustancial al privilegiar el Principio de Autonomía. Este último, postula que todo ser humano debe ser respetado en sus decisiones siempre que ellas no atenten contra su integridad, la de otros o el bien común, situando como ejes fundamentales para su ejercicio la presunción de capacidad y la garantía de sus derechos (De Lellis, 2007 & França-Tarragó, 1996). Al respecto, la ley, en su artículo 3° establece la obligatoriedad de partir de la presunción de capacidad, produciendo una ruptura de aquel sintagma que históricamente ubicó a los padecimientos mentales en su polo opuesto y señalando, a su vez, la prohibición de realizar diagnósticos sobre la base de

antecedentes de tratamiento u hospitalización. De igual forma, proclama que la existencia de antecedentes de un diagnóstico en salud mental no autoriza ni alcanza para presumir riesgo de un posible daño o incapacidad, los cuales sólo podrán ser determinados a partir de una evaluación interdisciplinaria en un momento determinado (artículo 5°).

Como vemos, estos artículos resultan cruciales en la medida en que producen un quiebre en el tradicional punto de partida de los profesionales, estableciendo como primer paso la presunción de su capacidad y determinando que sólo a partir de la evaluación interdisciplinaria el juez podrá restringir determinados actos jurídicos. De igual forma, cabe mencionar que su lineamiento acerca de la prohibición de presunción de posible riesgo, constituye un cuestionamiento al sintagma locura-peligrosidad a partir de la ruptura de la asociación entre padecimiento mental y daño.

Por otro lado, la lucha en pos de la presunción de capacidad y el cuestionamiento a la lógica asilar le restituyen a la persona con padecimiento mental, a través de la ley, la categoría de sujeto jurídico. En este sentido, a partir de dicha normativa (2010), diversos derechos son re-conquistados, entre ellos, el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas y el goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental (siendo el principal objetivo de la ley acorde a su artículo 1°), el derecho a recibir atención sanitaria y social integral, humanizada y personalizada a través del acceso gratuito y equitativo, el derecho a recibir tratamiento con la alternativa terapéutica más conveniente (que menos restrinja sus derechos y libertades), el derecho a ser informado de los derechos que le asisten y poder tomar decisiones (dentro de sus posibilidades) según la figura del consentimiento informado, el derecho a preservar su intimidad, a no ser discriminado, estigmatizado ni identificado por un padecimiento mental (actual o pasado) ni a concebir un padecimiento como inmodificable (artículo 7°).

En efecto, el consentimiento informado constituye la figura fundamental por la cual se instrumenta el Principio de Autonomía, pues, a través del mismo, se privilegia la participación del usuario en la toma de decisiones sobre su tratamiento. Este último, en tanto derecho del usuario y obligación de los profesionales, implica el acto de brindarle al individuo toda la información necesaria, suficiente y verdadera (acorde a la norma de Veracidad) sobre el curso de acción del tratamiento, la relación profesional, sus alcances y límites, permitiendo a partir de ella la posibilidad de consentir o no aquel tratamiento. Para que el consentimiento sea válido, se deben cumplir 3 condiciones: en primer lugar, que la persona sea competente, es decir, que al momento de consentir, su juicio se encuentre conservado, pudiendo comprender y dirimir el alcance de su conducta. En segundo lugar, que cuente con toda la información necesaria y suficiente y, finalmente, que aquella decisión sea voluntaria y no bajo coerción (França-Tarragó, 1996). En este sentido, mediante el consentimiento, se desplaza la decisión a su verdadero lugar: el usuario del sistema de salud.

Estos elementos, en su conjunto, constituyen giros sustanciales en el campo de la salud mental, situándose como una ruptura de los sintagmas que históricamente ubicaron a la

locura del lado de la incapacidad y la peligrosidad y habilitando al usuario, en tanto sujeto activo, a ser el principal partícipe de las decisiones de su tratamiento. De igual forma, constituyen un cambio fundamental en materia de abordaje, proclamando un acceso equitativo al servicio de salud y un tratamiento humanitario y personalizado.

3.b.ii. Abordajes socio-comunitarios

Uno de los principales puntos de la ley consiste en la transformación de la modalidad de abordaje. Virando hacia un paradigma socio-comunitario, en su capítulo V, artículo 9°, establece que el proceso de atención debe ser llevado a cabo preferentemente fuera de los hospitales psiquiátricos, en el contexto de abordajes interdisciplinarios, intersectoriales y fundamentados en los principios de la atención primaria de la salud (Ley Nacional de Salud Mental N°26.657, 2010). Estas propuestas se edifican principalmente sobre la base del nuevo discurso en torno a la locura, de carácter desmanicomializador, el cual ubica bajo luz crítica a la lógica asilar como tratamiento privilegiado y rompe con el sintagma locura-peligrosidad que históricamente contribuyó a la justificación de la medida de encierro.

El cuestionamiento al dispositivo manicomial y su propuesta de superación hunden sus raíces en el derrotero histórico del primero, caracterizado por las frecuentes violaciones de derechos, el encierro sistemático y crónico, la ruptura de lazos sociales y familiares, la exclusión y su consecuente estigma, la violencia física y verbal, la negligencia, las condiciones inhumanas y sus efectos iatrogénicos en los usuarios. De esta manera, tomando como principales referentes a la Declaración de Caracas (1990) y los Principios de Brasilia (2005), la ley adhiere a la concepción de las instituciones psiquiátricas como establecimientos alejados cultural y geográficamente de los usuarios y aumentadores de discapacidad psicosocial, subrayando así el deterioro de las habilidades de la vida cotidiana y su consecuente incidencia en la autonomía de los individuos. En este sentido, sostiene que el contexto de encierro no debe ser el privilegiado, pues, como refiere Cohen (2009) la complejidad de la vida cotidiana no es posible de ser reproducida en ámbitos institucionales, siendo fundamental llevar a cabo el tratamiento en el contexto habitual del individuo.

Como fue mencionado previamente, la modalidad de abordaje propuesta por la presente normativa implica un trabajo interdisciplinario e intersectorial, así como también, la adopción de las estrategias y principios de la Atención Primaria de la Salud. El fundamento de este último punto reside principalmente en 3 aristas: en primer lugar, desde una perspectiva de derechos, garantizar el acceso al sistema de salud; en segundo lugar y retomando el artículo 9° de la ley, el empleo de abordajes socio-comunitarios como estrategia fundamental para el mantenimiento, reforzamiento y/o restitución de los lazos sociales y familiares, entendiendo que la esfera social debe ser parte integrante del abordaje y no sólo de la dimensión causal (Saraceno y Fleischmann, 2009); en tercer lugar, el fortalecimiento del primer nivel de atención, orientado a la prevención y promoción de la salud. En su conjunto, constituyen el pasaje de un

rol pasivo a un rol activo de los individuos en sus tratamientos, fomentando su autonomía y responsabilidad, así como también, el viraje del énfasis en las nociones de “rehabilitación” y “cura” hacia la calidad de vida.

A partir de estos elementos, en su artículo 11°, la ley promueve la incorporación de dispositivos tales como consultas ambulatorias/equipos móviles, atención domiciliaria acompañada de apoyo a las personas y a sus grupos familiares y socio-comunitarios, servicios de prevención y promoción en salud mental, dispositivos de inclusión socio-laboral y recursos que permitan la externación, como las casas de convivencia, hospitales de día, hogares y/o familias sustitutas (Ley Nacional de Salud Mental N°26.657, 2010).

3.b.iii. Interdisciplina e intersectorialidad

El énfasis de la ley en la concepción de salud mental como un proceso determinado por múltiples componentes subraya la importancia de un tratamiento no exclusivo de la dimensión biológica ni de aquella puramente psicológica, resultando crucial la incorporación de las diversas esferas que componen a la misma. En este sentido, en el marco de los abordajes socio-comunitarios, resalta el rol central del trabajo interdisciplinario y de la intersectorialidad.

En cuanto al primero, la ley (2010), en su artículo 8°, establece que la atención en salud mental debe componerse de un equipo interdisciplinario conformado por profesionales de diversas disciplinas, entre ellos, psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, enfermeros, terapeutas ocupacionales, así como también, otros saberes y campos que resulten pertinentes. Como afirma Gorbacz (2012), esto no implica una modificación en las incumbencias de cada profesión, sino que, por el contrario, establece que la salud mental no es dominio exclusivo de ninguna disciplina de las que participan, erradicando toda hegemonía y estableciendo la importancia de integrar los aportes de cada profesión en pos de la calidad de la atención. En efecto, desde una lectura foucaultiana, esta disposición rompe con aquella hegemonía psiquiátrica que, históricamente, ejerció su poder a través del discurso médico, determinando la comprensión y el respectivo abordaje de la locura. No obstante, cabe destacar que el problema no es la psiquiatría en sí misma (fundamental para la interdisciplina), sino cualquier tipo de hegemonía. En este sentido, el trabajo interdisciplinario resulta fundamental no sólo porque la interrelación de saberes enriquezca la comprensión de todo padecimiento y/o conflicto, sino también, por la impartición de límites a toda pretensión totalizante del saber (Gorbacz, 2013).

En cuanto a la intersectorialidad, la ley proclama que el abordaje de los padecimientos mentales no constituye una tarea exclusiva de un sólo sector, sino de diversas instituciones y actores sociales que conforman a la salud. En este sentido, como refiere Gorbacz (2013), la política de salud mental no se reduce a los servicios sanitarios ofrecidos para abordar los padecimientos mentales, por el contrario, abarca otras esferas y condiciones de índole social, económico y cultural que resultan determinantes en las posibilidades de inclusión social y concreción de derechos. De esta manera, en su artículo 36°, determina la participación del

Ministerio de Educación, Desarrollo Social y Empleo, así como también, del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, con el fin de promover planes de prevención e integración para las personas con padecimiento mental. Estos últimos, deben contar con mecanismos claros y eficientes en lo que respecta a la participación comunitaria (Ley Nacional de Salud Mental N°26.657, 2010)

Así como hemos señalado los cambios inherentes a la interdisciplina en términos de entrelazamiento de saberes y erradicación de hegemonías, la intersectorialidad también constituye un giro sustancial en los discursos en torno a la salud mental y, dentro de ella, del padecimiento mental. Ciertamente, su importancia no se reduce al señalamiento de la salud como ámbito no exclusivo del sector sanitario, por el contrario, a través de sus lineamientos en pos de la inclusión socio-laboral, ejerce particulares efectos en los sintagmas locura-incapacidad y locura-peligrosidad: en cuanto al sintagma locura-incapacidad, la incorporación de políticas y servicios orientados a la integración social y laboral constituyen una lectura alterna de la locura, la cual, partiendo de la presunción de capacidad, toma distancia de los supuestos acerca de la imposibilidad de llevar a cabo tareas laborales y/o establecer relaciones interpersonales, fomentando así sus competencias para la adquisición de un empleo y promoviendo sus habilidades psicosociales. De igual forma, en cuanto al sintagma locura-peligrosidad, aquellas medidas conforman un intento de ruptura de dicha educación, la cual, históricamente situó a las personas con padecimiento mental como sinónimo de impredecibles y violentas, legitimando un profundo temor y rechazo que incidió en su posibilidad de vincularse como en sus oportunidades laborales.

Estas disposiciones, se sitúan como un intento de solventar aquellas consecuencias ocasionadas por el modelo asilar y su cronificación del encierro, tales como la inacción, el aumento de discapacidad psicosocial, la pérdida de lazos y la ruptura de proyectos de vida (CELS, 2007). En efecto, a través de ellas, se brinda a los usuarios la oportunidad de re-pensarse por fuera del contexto institucional y crear nuevos proyectos a futuro. Asimismo, cabe destacar que, en su conjunto, dan lugar a la promoción de un cambio de paradigma en su sentido amplio, proponiendo un viraje de la falta de oportunidades que históricamente caracterizó a la situación social y laboral de las personas con padecimiento mental (responsabilizando al individuo de aquella dificultad), a una sociedad que brinde los medios para integrarlas.

3.b.iv. Internaciones

Impulsada por los movimientos antipsiquiátricos y las experiencias de desmanicomialización, la ley trae consigo un giro sustancial con respecto al lugar otorgado a las internaciones como medida terapéutica y su procedimiento para ser llevadas a cabo.

En su artículo 14°, la presente normativa concibe a la internación como un recurso terapéutico restrictivo, indicando que sólo puede implementarse cuando los beneficios que

aporte sean mayores que los de otras intervenciones posibles de ser realizadas en su entorno/comunidad, debiendo promoverse el mantenimiento de lazos sociales, familiares y laborales (exceptuando aquellas situaciones que por razones terapéuticas debidamente fundadas no fuera posible). Para ser implementadas, su artículo 16° refiere que toda indicación de internación debe cumplir, dentro de las cuarenta y ocho horas, con 3 requisitos: en primer lugar, la evaluación y diagnóstico realizados por un equipo interdisciplinario que justifique la internación, bajo la firma de al menos dos profesionales, uno de los cuales debe ser psicólogo o psiquiatra. En segundo lugar, la búsqueda de datos sobre la identidad y el entorno familiar. Finalmente, el consentimiento informado del usuario o su representante legal en caso de que corresponda. Asimismo, acorde a las disposiciones de la ley, estas deben ser llevadas a cabo en hospitales generales, cuya duración debe ser lo más breve posible (Ley Nacional de Salud Mental N°26.657, 2010)

En efecto, lejos de la erradicación de las internaciones, lo que se busca es su regulación como metodología excepcional (Bozzo, 2019). Esto significa que la ley no busca eliminar su estatuto como medida terapéutica sino lograr su reposicionamiento dentro de ellas: lo que inicialmente comenzó siendo el primer recurso (y, por mucho tiempo, el único), ahora es el último. Sólo en casos de riesgo cierto e inminente (para sí, para terceros o para la sociedad en su conjunto) y bajo su constatación a través del criterio del equipo interdisciplinario, su lugar es invertido, pasando de ser la última opción a la primera. Estos puntos representan cambios fundamentales en lo que respecta a la autoridad para la internación, otorgándole la facultad al equipo interdisciplinario y ya no mediante la orden del juez.

Como se mencionó previamente, el privilegio otorgado a la búsqueda del consentimiento informado de la persona, antepone por sobre todas las cosas el ejercicio de su autonomía y la presunción de capacidad, viéndose modificado sólo en los casos que, frente a una situación de riesgo cierto e inminente, el mismo no pueda ser otorgado, rigiendo la internación compulsiva. Esto, nos lleva a la distinción que la ley realiza entre internaciones voluntarias e involuntarias:

La disposición sobre la posibilidad de internación voluntaria (artículo 18°), indica que toda persona internada bajo su consentimiento podrá dar por finalizada la internación en el momento que lo desee, simbolizando una ruptura del sintagma locura-incapacidad a partir de la restitución de su voz y poder de decisión. En cuanto a las internaciones involuntarias, acorde al artículo 20, las mismas son concebidas como recurso terapéutico excepcional, aplicables sólo en caso de no ser posibles otros abordajes ambulatorios y a partir de una evaluación profesional que dictamine situaciones de riesgo cierto e inminente. Sólo en estos casos el principio de autonomía se ve subordinado al principio de beneficencia, situando la internación involuntaria como medio para salvaguardar la integridad del usuario y/o el bien común. Para ello, además de los criterios generales de internación, debe cumplir con 3 elementos: en primer lugar, un informe profesional del equipo que realice la internación indicando la situación de riesgo cierto e inminente, con la firma de dos profesionales de disciplinas diferentes, uno de los

cuales debe ser psicólogo o médico psiquiatra, que no tengan un vínculo económico, de parentesco o amistad con la persona. En segundo lugar, la ausencia de otra alternativa pertinente para su tratamiento y, finalmente, un informe acerca de medidas previamente implementadas, si las hubiera (Ley Nacional de Salud Mental, 2010).

El artículo 22° de la ley acerca de las internaciones voluntarias, otorga el derecho a los usuarios o a sus respectivos representantes legales a designar a un abogado. En caso de no hacerlo, el Estado debe brindarle uno desde el inicio de la internación, de manera tal que el defensor podrá oponerse a la indicación terapéutica y solicitar la externación (Ley Nacional de Salud Mental N°26.656, 2010). Esta disposición constituye una medida frente a la cronificación histórica de las internaciones y una ruptura de las detenciones arbitrarias mencionadas por el CELS (2007); en efecto, a lo largo del tiempo, las disposiciones legislativas en torno a las internaciones involuntarias no cumplieron con los lineamientos internacionales que, en pos de proteger a los usuarios, proclamaban el derecho a una revisión de su indicación.

La regulación de internaciones se sitúa como respuesta a las problemáticas vinculadas a la institución asilar como depósito de humanos (Bozzo, 2019). En efecto, el privilegio otorgado a la presunción de capacidad, la distinción entre internaciones voluntarias e involuntarias, el derecho a una revisión y el ordenamiento de internaciones breves (acorde a la situación particular de cada usuario), contribuyen a la aplicación de la misma sólo en los casos debidamente fundados y a la limitación de su prolongación no justificada. En línea con este último punto, la ley, en su artículo 15°, establece que en ningún caso la internación puede ser indicada o extendida como medio de resolución de problemáticas sociales, familiares y/o de vivienda, debiendo el estado proveer los recursos pertinentes (Ley Nacional de Salud Mental N°26.657, 2010). Esta disposición resulta fundamental ya que, a lo largo de la historia, la internación como medida respondió no solo a fundamentos médicos sino a aquellos morales, económicos y sociales, dando lugar a una gran cantidad de pacientes sociales (CELS, 2007). A diferencia de ello, hoy la regulación de internaciones responde a principios y normas vinculadas a la garantía de derechos humanos de las personas con padecimiento mental.

Finalmente, en el marco de este punto destinado a las internaciones, queremos destacar 2 de sus implicancias con respecto al sintagma locura-peligrosidad. En primer lugar, el pasaje de la noción de “peligrosidad” a la de “riesgo” constituye un giro sustancial en la medida en que el uso del primero circunscribía la peligrosidad como atributo de la persona. Esta definición perpetuaba nociones estigmatizantes y justificaba la decisión de los jueces de priorizar la garantía de la seguridad pública mediante las internaciones, relegando a un segundo plano la protección de los derechos del usuario (Gorbacz, 2012). En este sentido, la noción de riesgo produce una ruptura de dichas asociaciones, entendiendo que lo central consiste en la persona como sujeto activo y erradicando el supuesto de “irreversibilidad” al dictaminar el cese de la internación una vez finalizado el riesgo cierto e inminente. En segundo lugar y profundamente ligado al punto anterior, la lucha contra el sintagma locura-peligrosidad se manifiesta en la disposición de recibir atención ambulatoria y realizar las internaciones en

hospitales generales, considerando como acto discriminatorio toda intento de negativa por el mero hecho de tratarse de padecimientos mentales. En efecto, aquella medida se posiciona como un intento de solventar la brecha que, sustentada en un supuesto de peligrosidad, históricamente confinó a las personas con padecimiento mental a las instituciones monovalentes.

3.b.v. Acerca de la prohibición de nuevos hospitales psiquiátricos monovalentes

La cuestión acerca de la pertinencia o no de hospitales monovalentes en el campo de la salud mental ha sido objeto privilegiado de debate y controversia. En efecto, diversas posturas coexistieron, encontrando por un lado aquellas que se proclamaron a favor de su sustitución progresiva y, por el otro, aquellas que abogaron por el mantenimiento y reconversión de los mismos, postulando que lo que debía ser erradicado era el modelo manicomial y no su institución.

En lo que respecta a la ley, en su artículo 27°, prohíbe la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos y/o instituciones de internación monovalentes tanto públicos como privados, exigiendo, a su vez, la adaptación de aquellos existentes a los nuevos objetivos y principios hasta su sustitución definitiva por los dispositivos alternativos. En efecto, esta medida hunde sus raíces en la experiencia italiana de Trieste y las declaraciones internacionales, entre ellas, la Declaración de Caracas (1990) y los Principios de Brasilia (2005), los cuales, en su conjunto, proclaman la imposibilidad de reconvertir el hospital psiquiátrico y señalan la necesidad de su superación por abordajes centrados en la comunidad. Esta postura se ve reforzada, a su vez, por las diversas investigaciones que ubicaron bajo luz crítica la ineficiencia de los mismos, denunciando la violencia institucional de aquellas estructuras, la violación de derechos, así como también, por el hecho ineludible de la producción del estigma inherente a la institución monovalente (CELS, 2007 & Levav, 2009). En este sentido, la presente disposición, de carácter nacional, constituye un hito en el derrotero histórico de la salud mental al simbolizar la ruptura de la hegemonía del dispositivo manicomial en la gestión de los padecimientos mentales, el cual, a lo largo del tiempo, situó al encierro como contexto privilegiado para su tratamiento.

En efecto, el manicomio no es sinónimo exclusivo de sus condiciones materiales y edilicias, por el contrario, como refiere Tollo (2010) la manicomialización comienza en la sociedad y no en el manicomio, implicando todo un conjunto de ideologías, políticas y actores. En este sentido, cerrar una institución monovalente no resuelve el problema si no se ve acompañado de la implementación de aquellos dispositivos alternativos propuestos y de un cambio en la concepción de los padecimientos mentales, es decir, una ruptura de las prácticas discursivas y sintagmas estigmatizantes que históricamente han contribuido a su exclusión y encierro; pues, las instituciones no son sólo lo que sus miembros quieren de ella sino lo que la sociedad pretende y deposita en estas (Gorbacz, 2013). De esta manera, la presente

disposición sólo puede ser entendida en el conjunto de normativas que constituyen a la nueva Ley de Salud Mental, orientada a la modificación de un sistema que históricamente ha sido eficaz para segregar y encerrar a las personas, pero inútil para mejorar la calidad de vida y bienestar de los usuarios con padecimiento mental (Gorbacz, 2013). A partir de ello, la ley en su totalidad representa, en términos foucaultianos, la emergencia de un nuevo discurso en torno a la locura, de carácter desmanicomializador, así como también, una lucha contra aquellos sintagmas. Cada una de sus disposiciones constituye un viraje hacia un nuevo modelo de atención en salud mental, fundado en una perspectiva de derechos y orientado a invertir la ecuación tradicional: que la libertad sea la norma y el encierro (o internación) la excepción (Tisera y Lohigorry, 2018a).

Conclusión

A lo largo del trabajo, se buscó responder al interrogante sobre la incidencia de la historia de la locura y el estigma en la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657. Siendo este el principal objetivo, la investigación se orientó a establecer la relación entre historia de la locura y estigma, señalar los principales sucesos de dicha historia en Argentina y, finalmente, analizar las principales disposiciones de la ley en torno al estatuto de la salud mental y la locura.

El capítulo I, destinado a trazar el derrotero histórico de la locura desde la Antigüedad hasta la revolución de los '60, permitió ubicar bajo luz crítica dicha noción como verdad esencial y establecer su entrelazamiento con el estigma desde sus inicios. En efecto, su explicación como posesión demoníaca y como castigo divino en la Antigüedad, las significaciones basadas en las fuerzas sobrenaturales, la miseria y el pecado en la Edad Media, la ambivalencia entre el horror y la admiración en el Renacimiento y las nociones de sinrazón y alienación enlazadas a los supuestos de incapacidad y peligrosidad propias de la Época Clásica, permitieron señalar cómo la locura y el estigma han sido, a lo largo del tiempo, dos caras de una misma moneda. Ciertamente, la historia de la locura se caracterizó por ser una historia de lo diferente, lo peligroso; aquello que, escapando a la moral y al orden, constituyó la fuente de todo desorden.

El entrelazamiento entre locura y estigma no sólo sentó las bases y condiciones para la producción de determinadas verdades en materia de su comprensión, de igual modo, constituyó los cimientos de su respectivo abordaje y destino social: la locura, en tanto aquello indeseable y pernicioso, históricamente fue destinada a su exclusión y segregación. Aquello que en el Renacimiento comenzó siendo una práctica de expulsión a mar abierto, con el gran encierro de la Época Clásica, se tradujo en una exclusión que a su vez la recluyó, implicando un pasaje de la barca a los muros del hospital. Este movimiento, iniciado en un contexto de capitalismo naciente y continuado con la figura del médico, instauró la medida de encierro como tratamiento privilegiado de la misma. En este sentido, si bien la medicina fue determinante para el abandono de concepciones tales como la herejía y la criminalidad y para su ingreso al campo de la salud, en términos foucaultianos no implicó necesariamente una idea de progreso, sino más bien una mutación de poder hacia un nuevo agente. A partir de este momento, la internación y el certificado de alienación tomaron protagonismo, legitimando desde una perspectiva médica aquellos supuestos de incapacidad y peligrosidad e instaurando las diversas prácticas manicomiales que, desde aquel entonces, monopolizaron la gestión y el abordaje de la locura.

Por otro lado, el análisis de los movimientos antipsiquiátricos y del nacimiento de la desmanicomialización permitió ubicar el surgimiento de un nuevo discurso en torno a la locura que no ocurrió de manera aislada. En consonancia con el escenario de aquella época, caracterizado por la crisis en las ciencias, los valores y el arte y por la lucha en pos de los

derechos de las personas, las nacientes críticas al dispositivo manicomial se situaron como resistencia al discurso médico-psiquiátrico dominante, sentando las bases de un cambio de paradigma que constituyó los cimientos de nuestra Ley Nacional de Salud Mental N°26.657.

Habiendo esbozado aquel recorrido, el capítulo II tuvo como objetivo señalar los principales acontecimientos de la historia de la locura en Argentina. Sin pretender trazar una divisoria de aguas entre esta y el derrotero realizado previamente, se delimitaron los principales sucesos hasta la sanción de la ley. En este sentido, frente a la influencia del alienismo en tanto reforzador del manicomio como lugar natural de la locura y, ante el Movimiento de Higiene mental (que, lejos de reemplazarlo constituyó su renovación discursiva), el viraje hacia la salud mental implicó grandes cambios: desde fines de 1950 y principios de 1960, emergieron los primeros cuestionamientos al manicomio y grandes reformas en el sistema de salud mental argentino, los cuales no estuvieron exentos de debates entre posturas ni de paradojas propias de las dictaduras cívico-militares. Estos elementos, en conjunto con las declaraciones internacionales, los antecedentes legislativos y los diversos estudios acerca de la situación de las instituciones psiquiátricas en nuestro país, señalaron la necesidad de superar el dispositivo manicomial y de solventar el vacío legal en dicho campo, permitiendo la emergencia de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657 en el año 2010.

Finalmente, el capítulo III se abocó al análisis de dicha ley, con el fin de reflexionar acerca de sus principales implicancias en el estatuto y abordaje de la salud mental y la locura. De esta manera, se señaló el pasaje de una concepción de la primera en términos estáticos y dualistas a su entendimiento como un proceso determinado por múltiples componentes, entre ellos, el cumplimiento de los derechos. De igual forma, se expuso el viraje de la noción de locura como alienación y “enfermedad” mental, portadoras de las nociones de peligrosidad e incapacidad, por persona con padecimiento mental. Este movimiento implicó el desplazamiento del acento puesto en los cuadros clínicos a la noción de “persona”, señalando la importancia de la subjetividad en juego y de su estatuto como sujeto jurídico, aspectos históricamente relegados.

Por otro lado, el análisis de las principales disposiciones de la ley, realizado desde la óptica de los sintagmas locura-incapacidad y locura-peligrosidad, permitió ubicar los diversos cambios y propuestas. La presunción de capacidad y el principio de autonomía como eje primordial, el reconocimiento de derechos, los abordajes socio-comunitarios, la importancia otorgada al trabajo interdisciplinario e intersectorial, las disposiciones sobre las internaciones como último recurso y, finalmente, la prohibición de la creación de nuevos hospitales psiquiátricos, constituyeron la culminación del cuestionamiento al dispositivo manicomial en nuestro país. En este sentido, el fundamento de dicha normativa ha residido en la pretensión de acabar con un modelo de reclusión que históricamente segregó a las personas con padecimiento mental, el cual, tras décadas de su hegemonía, recrudesció los tratos y abordajes y perpetuó aquellas nociones estigmatizantes. De esta manera, mediante sus postulados, la ley proclamó en la esfera legislativa un viraje hacia el nuevo paradigma en salud mental,

proponiendo un pasaje del loco como objeto, peligroso e incapaz, a un sujeto de derechos. Es a partir de ello que cada una de sus disposiciones puede ser leída como elemento fundamental de un nuevo discurso sobre la locura, de carácter desmanicomializador, así como también, como lucha contra los sintagmas locura-incapacidad y locura-peligrosidad.

En su conjunto, el desarrollo de los capítulos ha permitido responder a nuestro objetivo general, ubicando la incidencia de la historia de la locura y el estigma en la sanción de la presente ley. En efecto, sería reduccionista afirmar su exclusiva influencia, en tanto se reconoce el carácter multidimensional de la historia. No obstante, el análisis realizado a través de la genealogía foucaultiana ha permitido trazar aquel derrotero desde sus inicios, vislumbrando que el mismo, lejos de responder a un desarrollo lineal, se encontró atravesado por discontinuidades, rupturas y diversas relaciones de fuerza articuladas al ejercicio del poder. En este sentido, la incidencia de las diversas formaciones discursivas sobre la locura en su devenir y el consecuente estigma ejercieron sus efectos no sólo de manera directa, como la discriminación o la exclusión, sino también, mediante mecanismos sofisticados e implícitos: la determinación de modos de organización social, la construcción de establecimientos alejados de la sociedad, la producción de subjetividades y de cuerpos tanto dóciles como útiles, la restricción de derechos, la determinación de los abordajes empleados y la perpetuación de aquella laguna jurídica que sólo obtuvo respuesta a nivel nacional en el año 2010.

En efecto, la motivación del presente trabajo ha residido en 2 ejes. Por un lado, la importancia de trazar el derrotero de la locura y la salud mental, en tanto el entendimiento de su historia permite comprender su carácter plural y discontinuo y las actuales propuestas del campo profesional. Por el otro, la preocupación por el estigma que históricamente rodeó a la locura, alcanzando tanto a los agentes de salud mental como a la sociedad en su conjunto. En este sentido, comprendemos que su importancia para la Psicología ha residido en fomentar, en términos foucaultianos, una actitud crítica, a saber, interpelar a la verdad en cuanto a sus efectos de poder e interrogar al poder acerca de sus discursos de verdad (Foucault, 1978/1995). De esta manera, la presente investigación, lejos de constituir un discurso antipsiquiátrico, ha consistido en una invitación a repensar los efectos de nuestras prácticas discursivas en los modos históricos de concepción de la locura, pues, aquellas formaciones han incidido tanto en la definición de dicho objeto como en la brújula que orienta nuestra ética profesional. Este ejercicio de reflexión y crítica, constituye uno de los principales legados tanto de la perspectiva foucaultiana como de la Psicología en sí misma, a saber, la invitación a cuestionar aquello dado por supuesto, suspendiendo la noción de una realidad objetiva o esencial y privilegiando la comprensión de los efectos de las prácticas discursivas en la producción de verdades.

Finalmente, cabe destacar que si bien la presente investigación se ha abocado al análisis del derrotero histórico de la sanción de ley y de sus principales disposiciones orientadas a un cambio de paradigma, se reconoce la distancia entre teoría y práctica. En este sentido, la simple sanción de la misma no garantiza su cumplimiento ni da por finalizado el

estigma que históricamente rodeó a la locura, pues, como fue mencionado, la manicomialización, lejos de residir en la institución, hunde sus raíces en la sociedad. De esta manera, se considera fundamental el desarrollo de futuras investigaciones que aborden el estado de situación de la ley y del estigma en torno al padecimiento mental.

Referencias bibliográficas

- Abella Roberts, M. (2020). *El proceso de desmanicomialización desde la perspectiva de la psicología social*. Tesis de grado. Universidad de Belgrano. Buenos Aires. Disponible en: <http://repositorio.ub.edu.ar/handle/123456789/9812>
- Amarante, P. (2009). *Superar el manicomio. Salud mental y atención psicosocial*. Buenos Aires: Topía.
- Asociación Psiquiátrica de América Latina - APAL (2018). Documento sobre estigma en Psiquiatría y Salud Mental. En E. Mendoza Gaitán & G. Onofrio (Comps). Asociación Psiquiátrica de América Latina (Ed). *Estigma en Psiquiatría. Perspectivas y nudos problemáticos*. Guatemala: Apal Ediciones.
- Bercherie, P. (1980). *Los fundamentos de la Clínica. Historia del saber Psiquiátrico*. Buenos Aires: Manantial.
- Baumgart, A. (2003). *Lecciones introductorias de Psicopatología* (2da ed.). Buenos Aires: Eudeba.
- Bozzo, F. (2019). *La historia de la locura y las relaciones de poder que incidieron en la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657*. Tesis de grado (no publicada). Universidad de Belgrano. Buenos Aires.
- Bottinelli, M. M. (2018). El derecho a la salud, la salud como derecho. Sobre el marco normativo en salud mental y adicciones, y los dispositivos para su implementación. En A. Tisera, J. Lohigorry, M. Bottinelli & R. Longo (Eds). *Dispositivos instituyentes en el campo de la salud mental*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Editorial Teseo.
- Burr, V. (1999). *¿Qué significa tener poder?* En *Una introducción al construccionismo social*. Reino Unido: Routledge.
- Centro de Estudios Legales y Sociales - CELS (2017). El recrudescimiento del manicomio. En *Derechos Humanos en la Argentina. Informe 2017*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Siglo veintiuno editores.
- Centro de Estudios Legales y Sociales & Mental Disability Rights International (2007). *Vidas arrasadas: la segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.

- Chiarveti, S. (2008). La reforma en salud mental en Argentina: una asignatura pendiente. [Versión electrónica]. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XVII, 173-182.
- Cohen, H. (2009). De la desinstitucionalización a la atención en la comunidad. En J. Rodríguez (Ed.). *Salud Mental en la Comunidad* (2da ed.). Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Cohen, H. & Natella, G. (2013). *La desmanicomialización: crónica de la reforma del Sistema de Salud Mental en Río Negro*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Cooper, D. (1985). *Psiquiatría y antipsiquiatría*. Barcelona: Paidós. (trabajo original publicado en 1967).
- Corrigan, P. W. & Watson, A. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. [Versión electrónica]. *World Psychiatry*, 1(1), 16-20. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1489832/> (traducción personal)
- Dagdál, A. & Vezzetti, H. (2008). *Psicología, Psiquiatría y Salud Mental*. Módulo III, Cátedra de Historia de la Psicología. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Disponible en: http://www.elseminario.com.ar/modulos/Modulo_III_2017.pdf
- Declaración de Alma-Ata. (1978). *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- De Lellis, M. (2007). *Ética, moral y políticas de salud mental*. Cátedra Salud Pública y Salud Mental, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Disponible en: https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/065_salud1/material/archivos/fichas/etica_moral_politica_salud.pdf
- Dell'Acqua, P. (2012). *Desde el manicomio hacia los servicios de salud mental en el territorio*. Italia: IDEASS. Disponible en: <https://www.ideassonline.org/public/pdf/BrochureTriesteESP2.pdf>
- Desviat, M. (2006). La antipsiquiatría: crítica a la razón psiquiátrica. [Versión electrónica]. *Norte de Salud Mental*, 6(25), 8-14. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4830351>
- Díaz, E. (2014). *La filosofía de Michel Foucault*. Buenos Aires: Editorial Biblos.

- Dovio, M. A. (2017). *La Higiene Mental en Buenos Aires, Argentina (1935-1945)*. [Versión electrónica]. *Revista de Historia y Geografía*, (36), 45-65. Disponible en: <https://doi.org/10.29344/07194145.36.334>
- Falcone, R. (s.f.). *Breve historia de las instituciones psiquiátricas en Argentina. Del hospital cerrado al hospital abierto*. http://23118.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/informacion_adicional/obligatorias/034_historia_2/Archivos/inv/Falcone_HistoriaInstit.pdf
- Foucault, M. (1978/1992). Nietzsche, la genealogía, la historia. En J. Varela y F. Alvarez-Uría (Eds. y Trans.). *La microfísica del poder* (3ra ed.). España: Las Ediciones de la Piqueta.
- Foucault, M. (1995/[1978]). Crítica y Aufklärung. Qu'est-ce que la Critique?. *Daimon, Revista de Filosofía ULA*, (8), 55-25.
- Foucault, M. (2012a). *Historia de la locura en la época clásica I*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica. (Trabajo original publicado en 1961).
- Foucault, M. (2012b). *Historia de la locura en la época clásica II*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica (Trabajo original publicado en 1961).
- Foucault, M. (2014). *Historia de la sexualidad, I. La voluntad de saber*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores. (Trabajo original publicado en 1976).
- França-Tarragó, O. (1996). *Ética para psicólogos. Introducción a la Psicoética*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Galende, E. (1990). *Psicoanálisis y salud mental*. Buenos Aires: Paidós.
- Gargoloff, P. R., Leiderman, E. A. & Michat, M. D. (2022). El estigma y la discriminación asociados a los trastornos mentales. [Versión electrónica] *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*, 33(1), 4-24. Disponible en: <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/150072>
- Ghiso, C. (2017). *Organización del Poder Judicial de la Nación. Elementos del Proceso Judicial*. Fascículo N°2. Universidad de Belgrano. Buenos Aires.
- Gilardi, J. (2009). *Reunión de la comisión de Salud y Deporte*. Cámara de Senadores de la Nación.
- Goffman, E. (2006). *Estigma: La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu Editores. (Trabajo original publicado en 1963).

- Gorbacz, L. (2010). *Reunión de la comisión de Salud y Deporte*. Cámara de Senadores de la Nación.
- Gorbacz, L. (2012). Ley de Salud Mental 26.657. Antecedentes y Perspectivas. [Versión electrónica]. *Psiencia. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 4(2), 141-146. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3331/333127382008.pdf>
- Gorbacz, L. (2013). Reflexiones sobre la aplicación de la Ley Nacional de Salud Mental. [Versión electrónica]. *Estrategias. Psicoanálisis y Salud Mental*, (1), 36-41. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4760776>
- Intervalos de Filosofía (2020). *Michel Foucault - Historia de la locura en la época clásica*. Youtube: <https://youtu.be/EiXYDyEnFfw>
- Jones, E., Farina, A., Hastorf, A., Markus, H., Miller, D. T., & Scott, R. (1984). *Social stigma: The psychology of marked relationships*. New York: Freeman. (traducción personal)
- Lanteri-Laura, E. (2006). *Ensayo sobre los paradigmas en Psiquiatría*. Madrid: Editorial Triacastela.
- Levav, I. (2009). *Reunión de la comisión de Salud y Deporte*. Cámara de Senadores de la Nación.
- Ley Nacional de Salud Mental N°26.657 (2010). *Ley Nacional de Salud Mental*. Buenos Aires. 2 de diciembre del 2010.
- Link, B. G. & Phelan, J.C. (2006). Stigma and its Public Health Implications. *The Lancet*, 367(9509), 528–529. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)68184-1528-529](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)68184-1528-529) (traducción personal).
- Lonigro, S. (2015). Del paradigma manicomial al campo de la salud mental. Puntuaciones de su historia política en Argentina. En I. Seoane Toimil y S. Lonigro (comp). *Lazo social y procesos de subjetivación. Reflexiones desde la época*. La Plata: Editorial de la Universidad de La Plata. Disponible en https://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/lazo_social_libro_de_catedra.pdf
- Macchioli, F. & Benítez, M. S. (2022). *Psicoterapia familiar, de pareja y de grupos. Nuevas perspectivas de análisis y enseñanza*. Ficha de cátedra. Facultad de Humanidades, Universidad de Belgrano.

- Marquegui, D. N. (2019). *Creación de la Colonia Cabred: "la inmigración fue clave" /* entrevistado por Nicolás Grande. El Civismo. Disponible en: <https://www.elcivismo.com.ar/notas/35247/>
- Menéndez, E. L. (1990). Modelo Médico Hegemónico: estructura, función y crisis. En E. L. Meléndez. *Morir de alcohol: saber y hegemonía médica*. México D.F: Alianza Editorial Mexicana.
- Michalewicz, A., Obiols, J. & Stolkner, A. (2011). Usuarios de servicios de salud mental: del estigma de la internación psiquiátrica a la posibilidad de hablar en nombre propio. En *Memorias del III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XVIII Jornadas de Investigación y Séptimo Encuentro de Investigadores del Mercosur*. Buenos Aires: Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Organización Mundial de la Salud (2014). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. 48ª ed. Disponible en: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf?ua=1#page=7>
- Organización Mundial de la Salud (2004). *Promoción de la Salud Mental. Conceptos, Evidencia Emergente, Práctica. Informe Compendiado*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud
- Organización Panamericana de la Salud (1990). *Declaración de Caracas*. Caracas. Disponible en: https://www.oas.org/dil/esp/declaracion_de_caracas.pdf
- Organización Panamericana de la Salud (2005). *Principios de Brasilia*. Brasil. Disponible en: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2008/PRINCIPIOS_dE_BRASILIA.pdf
- Pellegrini, J. (2010). *Reunión de la comisión de Salud y Deporte*. Cámara de Senadores de la Nación.
- Postel, J. & Quétel, C. (2000). *Nueva historia de la Psiquiatría* (2º ed). México: Fondo de Cultura Económica.
- Quiroga, E. (2020). *10 años, 10 deudas. Desafíos actuales para cumplir la Ley Nacional de Salud Mental*. Disponible en: <https://argentinasinmanicomios.acij.org.ar/reflexiones/>

- Salaverry, O. (2012). La piedra de la locura: inicios históricos de la salud mental. [Versión electrónica]. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 29(1), 143-148. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342012000100022&lng=es&tlng=es.
- Sampayo, A. R. (2005). *La desmanicomialización como práctica contrahegemónica en el abordaje de la salud mental*. Tesis de grado. Universidad Nacional de La Plata. La plata. Disponible en: <http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/tesis/te.677/te.677.pdf>
- Sánchez Gómez, P. (2018). La lucha contra el estigma de la enfermedad mental. En E. Mendoza Gaitán & G. Onofrio (Comps). Asociación Psiquiátrica de América Latina (Ed). *Estigma en Psiquiatría. Perspectivas y nudos problemáticos*. Guatemala: Apal Ediciones.
- Saraceno, B. & Fleischmann, A. (2009). La salud mental desde una perspectiva mundial. En J. Rodríguez (Ed). *Salud Mental en la comunidad, segunda edición*. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud.
- Seidmann, S. (2000). *Historia de la Psicología Social*. Ficha de cátedra Psicología Social. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Seitz, V. N. (2021). Transformación del modelo de atención en salud mental a partir de la ley 26.657. [Versión electrónica] *Revista de Psicología y Psicopedagogía*. (6), 22-25. Disponible en: <https://p3.usal.edu.ar/index.php/psicol/article/view/6002>
- Stagnaro, J. C. (2010). *Reunión de la comisión de Salud y Deporte*. Cámara de Senadores de la Nación.
- Talak, A. M. (2005). *Eugenésia e higiene mental: usos de la psicología en Argentina, 1900-1940*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Tisera, A. & Lohigorry, J. (2018a). Contexto socioeconómico: la mercantilización de la salud. En A. Tisera, J. Lohigorry, M. Bottinelli & R. Longo (Eds). *Dispositivos instituyentes en el campo de la salud mental*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Editorial Teseo.
- Tisera, A. & Lohigorry, J. (2018b). Modelos de atención en salud mental. Dispositivos asilares versus dispositivos comunitarios. En A. Tisera, J. Lohigorry, M. Bottinelli & R. Longo

- (Eds). *Dispositivos instituyentes en el campo de la salud mental*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Editorial Teseo.
- Tollo, M. A. (2010). *Reunión de la comisión de Salud y Deporte*. Cámara de Senadores de la Nación.
- Trimboli, A. (2010). *Reunión de la comisión de Salud y Deporte*. Cámara de Senadores de la Nación.
- Vainer, A. (2007). De qué hablamos cuando hablamos de Salud Mental. [Versión electrónica]. *Topía*. Disponible en:
<https://www.topia.com.ar/articulos/de-qu%C3%A9-hablamos-cuando-hablamos-de-salud-mental>
- Vainer, A. (2014). Psicoanálisis y Salud Mental. [Versión electrónica]. *Revista Topía*. Disponible en: <https://www.topia.com.ar/articulos/psicoan%C3%A1lisis-y-salud-mental>
- Vallejo Ruiloba, J. (2015). *Introducción a la psicopatología y a la Psiquiatría*. Barcelona: Elsevier Masson.
- Vezzetti, H. (1985). *La locura en la Argentina*. Buenos Aires: Paidós.
- Zaldúa, G. (2018). Prólogo. En A. Tisera, J. Lohigorry, M. Bottinelli & R. Longo (Eds). *Dispositivos instituyentes en el campo de la salud mental*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Editorial Teseo.