



Paciente, sujeto, usuario La palabra de la ley en la constitución del campo de la Salud Mental¹

Patient, subject, user The word of the law in the constitution of the field of Mental Health

Tatiana Moreno²

*Las palabras no tienen origen, tienen historia.
Se escuchan historias en las palabras no reduciéndolas al uso y significado habitual.
Los diccionarios imponen condiciones no siempre confiables, pero pueden avivar la imaginación.
No se trata de constatar qué significan las palabras, sino de pensarlas.
Hablar en contra de la inercia que dice sin pensar lo que se está diciendo.
Los sentidos de una palabra flotan en el aire desprendiendo vapores.
En cada vocablo llaman multitudes de bocas que suenan en lenguas diferentes.
La palabra se mira y se escucha deseándola, aunque no se vea ni oiga nada.
La palabra se piensa leyendo a sus amantes.*

Marcelo Percia (2014)

Resumen

El presente trabajo se propone indagar los modos en que distintas leyes de salud mental constituyen el campo al que hacen referencia. Partimos de suponer el carácter performati-

vo de toda ley, en tanto el lenguaje constituye “lo real” al nombrarlo, para luego analizar en particular algunos aspectos de cada una de las tres leyes seleccionadas, dos de carácter provincial (provincia de San Juan, ley N° 6976 y provincia de Santa Fe, ley N° 10772) y la ley

¹ Este artículo está escrito a partir del Trabajo Integrador Final de la Carrera de Posgrado en Psicología Clínica, Institucional y Comunitaria, del que soy autora y fue dirigido por la Mag. Fernanda Fignoni. El TIF fue elaborado en plena coyuntura por la aprobación y luego reglamentación de la ley N° 26657 (período 2010–12). Esa coyuntura generó un movimiento amplio de discusión en todos los sectores de salud mental que problematizó los modos instituidos de abordaje del padecimiento subjetivo. Quizás, diez años después de ese “clima de ebullición”, la lectura de este artículo haya perdido cierto atractivo.

² Psicóloga, Psicoanalista, Especialista en Psicología Clínica, Institucional y Comunitaria. Universidad Nacional de Rosario. Integrante de uno de los equipos interdisciplinarios en sala de tránsito de la Colonia Psiquiátrica de Oliveros. Docente de la cátedra Lingüística y Discursividad Social. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Rosario. Integrante del Consejo Consultivo Honorario de Salud Mental y Adicciones. tatianamoreno965@gmail.com

Nacional de Salud Mental y Adicciones N° 26657. En un tercer momento se presenta un breve recorrido que nos permite poner en cuestión a “la locura” como objeto natural para abordarla, en cambio, como una categoría construida por discursos atravesados por la historia y la cultura.

Palabras claves: Ley – Salud mental – Carácter performativo.

Abstract

The aim of this paper is to investigate the ways in which different mental health laws constitute the field they refer to. Firstly, we begin by regarding the formative character in every law, as long as language consisting of ‘the real’ when naming it, so as to then analyze in particular some aspects of each of the three selected laws, two of them corresponding to provincial laws (San Juan province, Law N° 10772) and the National Mental Health and Addiction Law N° 26657. Thirdly, a brief overview is presented that allows us to call into question what is considered ‘madness’ as a natural object to be understood as a category which is built by discourses that have been traversed by history and culture.

Keywords: Law – Mental health – Formative character.

Introducción

El campo de la Salud Mental se encuentra inserto en un marco jurídico cuyas leyes no sólo lo organizan, sino que, al mismo tiempo, lo constituyen. A través de su letra toda ley construye un modo de pensar el campo al que hace referencia, en este caso el de la salud mental. En este punto podemos ubicar cierto

carácter performativo³ de la ley en tanto crea *lo real* al nombrarlo. De este modo deviene un acto fundador del campo que define y regula. Benveniste ([1976] 2004), al referirse al enunciado performativo, establece, entre otras características, que este tiene la propiedad de ser sui-referencial, es decir de referirse a una realidad que él mismo constituye.

El objeto de este trabajo es indagar, a partir de los textos de tres leyes de salud mental, los modos en que la palabra de cada una de ellas diseña, en algún aspecto, el campo al que hace referencia. El lenguaje opera sobre el mundo de modo performativo, construyendo distintas categorías que lo “ordenan”. Estas categorías dan cuenta de la figuración de los sujetos que intervienen en el campo de la salud mental, el tipo de vínculo posible entre ellos y las formas autorizadas de intervención.

Para este propósito, en primer lugar, se plantearán las categorías lingüísticas que nos permiten analizar el decir de esas leyes.

Todo enunciado⁴ se realiza desde un nombre propio y por lo tanto remite a una posición singular, pero también coinciden en él un sinfín de voces que ubican a dicho enunciado en un campo espacial e ideacional particular, asumiendo una posición política, ideológica, histórica y cultural, no siempre reconocida por el sujeto que lo enuncia.

Por su parte, Bajtin (1982) plantea que un enunciado es un fenómeno complejo al que no se puede analizar de forma aislada. No es

³ El carácter performativo del lenguaje es trabajado, entre otros, por el punto de vista pragmático con Austin y Searle como referentes, quienes sostienen que “decir es hacer”. También es abordado desde una perspectiva sociológica –Bourdieu (1982)– para desarrollar las condiciones sociales del discurso ritual.

⁴ En nuestro caso, tomando el título del trabajo, podemos reconocer como enunciados: sujeto de derechos, paciente psiquiátrico, usuario de salud mental.



una instancia armónica, sino que se constituye en arena de lucha. Las voces que allí aparecen de algún modo responden a otros enunciados anteriores, ajenos. A su vez, Voloshinov (1999), en consonancia con el punto de vista bajtiano y desde el marco de la filosofía del lenguaje, propone, que para comprender un enunciado será necesario reconocer no sólo la parte realizada en palabras sino también la situación extraverbal, aquello que no está dicho, pero es determinante: la parte presupuesta. Por lo tanto, se torna necesario preguntarnos ¿qué decimos cuando decimos paciente psiquiátrico o persona con padecimiento subjetivo? ¿Qué efectos produce nombrar de un modo o el otro?

En un segundo momento se abordan los textos de las leyes de salud mental de la Nación y la provincia de Santa Fe, a partir de la focalización de algunos artículos específicos de cada una. En Argentina existen leyes de salud mental a nivel provincial, aunque no todas las provincias del territorio nacional disponen de esta regulación específica. En este caso, se analizarán las leyes de la provincia de Santa Fe –ley N° 10772, aprobada en el año 1991– y de la provincia de San Juan –ley N° 6976 sancionada en el año 1999. Además, en el año 2010 se aprueba la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657⁵. Dicha ley es de orden público⁶, lo cual implica que debe ser cumplida en todas las jurisdicciones sin requerir adhesión específica de cada provincia.

La selección de estas leyes responde al siguiente criterio: la ley nacional de salud men-

tal es una ley de promulgación reciente (2010) y actualmente se encuentra en implementación. Su lectura y análisis son pertinentes en tanto la legislación es de jurisdicción nacional y se ubica por sobre las leyes provinciales. En cuanto a la ley de Santa Fe, se vuelve material necesario de discusión en tanto regula el campo de acción concreto donde los psicólogos y psicólogas de esta provincia participamos. La ley de San Juan expresa cierto sesgo conservador, no sólo a partir de los términos utilizados, sino también atendiendo a ciertos artículos específicos. Esta característica resulta más contrastante cuando se la compara a las dos leyes anteriores, en donde hay una clara crítica a la atención psiquiátrica clásica, tomando como marco la defensa de los derechos humanos (DDHH).

Por último, se aborda, estableciendo algunos ejes de análisis, aquello que se entiende por “la locura” para revisar autores y conceptualizaciones que permiten determinar su carácter de entidad histórica y cultural.

En cuanto a la decisión de analizar el carácter performativo del lenguaje, puntualizando en algunas leyes de salud mental, se torna indispensable aclarar que en lo que respecta a la aplicación de una ley, sabemos que se inaugura otra dimensión distinta a la que este trabajo apunta a considerar. Es decir, ya no se tratará de la constitución discursiva de un campo disciplinar sino de la aplicación concreta de una ley. En dicha dimensión se vuelven a editar cuestiones relativas a intereses políticos y económicos, pero sobre todo depende de decisiones concretas en cuanto a la elaboración de políticas públicas acordes, destino de presupuesto, creación de cargos, entre otros. Ahora bien, estos aspectos, su descripción y análisis exceden ampliamente el objetivo de este trabajo.

⁵ Los documentos completos de estas leyes se encuentran disponibles en las siguientes páginas web: ley 10772: www.santafe.gov.ar; ley 6976: www.legsanjuan.gov.ar; ley 26657: www.msal.gov.ar.

⁶ Las leyes de orden público son aquellas que receptan los principios sociales, políticos, económicos, morales y religiosos cardinales de una comunidad jurídica cuya existencia prima sobre los intereses individuales o sectoriales.

Las palabras y el mundo

Benveniste ([1976] 2004) sostiene que un enunciado es performativo cuando en el momento del acto, se realiza la acción que expresa. Formular semejante enunciado es efectuar la acción. “Esto conduce a reconocer al performativo una propiedad, la de ser sui-referencial, de referirse a una realidad que él mismo constituye” (Benveniste, 2004, p.195)

La creación de *lo real* se produce en tanto la ley determina qué sujetos participan en dicho campo, el vínculo entre los mismos, qué estrategias de intervención son válidas, estableciendo relaciones y lugares de poder. Es decir, ofrece representaciones que existen en un universo simbólico. Dichas construcciones discursivas son efecto de recursos o procedimientos que implican, sobre todo, la elección de ciertas categorías específicas, priorizando un modo de nombrar sobre otro.

Asumimos que el lenguaje no es transparente, no refleja al mundo tal cual es, sino que se ofrece como mediador entre el sujeto que habla y el mundo al que hace referencia. El modo de aprehender *lo real* será sólo a través del lenguaje, ya que lo real es lo que el lenguaje nombra como tal. En este punto el concepto de *verdad* se pone en tensión, verdad en tanto axioma ahistórico e imperturbable. De este modo es necesario ponderar para el análisis de una categoría discursiva, como *salud mental*, aquello que, para determinado grupo social, en cierto momento histórico, en relación a un campo de conocimiento, se considera verdadero.

Bajtín (1982) sostiene que la palabra es neutra en tanto unidad de la lengua, pero en tanto palabra dicha inmediatamente se orienta en un contexto particular constituyéndose como enunciado y solo así adquiere la plenitud de sentido. Esta orientación imprime en esa palabra significaciones que no pueden re-

ducirse al significado que la lengua fija. La propuesta teórica del círculo Bajtín – Voloshinov presta especial atención a la dimensión social de lo dicho (y lo no-dicho) en el enunciado. En este sentido, Voloshinov afirma que toda forma lingüística se presenta para el hablante en un contexto ideológico específico:

Nunca decimos u oímos palabras, sino lo que es verdadero o falso, bueno o malo, importante o intrascendente, agradable, desagradable, etcétera. Las palabras siempre están llenas de contenido y de significado tomados de la conducta o de la ideología. (Voloshinov, 1976, p. 89).

El enunciado es un fenómeno complejo y no se lo puede analizar de forma aislada. No es una instancia armónica, sino que se constituye en arena de lucha. Las voces que allí aparecen de algún modo responden a otros enunciados anteriores, ajenos. Para comprender un enunciado será necesario reconocer no sólo la parte realizada en palabras, sino también la situación extraverbal, aquello que no está dicho, pero es determinante: la parte presupuesta.

De este modo, aquellos términos que conforman la ley (por ejemplo: *persona con padecimiento mental, usuario*, etc.) en tanto enunciados deben ser analizados teniendo en cuenta su carácter de productos históricos. En este sentido

[En cuanto a la mediación entre el sujeto y el mundo basada en la lógica de la no identidad.]... los términos, los conceptos, son puntuales e históricos y significan en una red de significaciones específicas, entendidas como instituciones verbales que organizan los modos de decir, los modos de narrar, los modos de argumentar. Organizan



entonces lo decible y lo pensable en un momento histórico particular para un grupo particular. (Pérez y Rogieri, 2012, p. 19)

Entonces, ¿qué decimos cuando decimos *persona con padecimiento mental*?, ¿qué voces aparecen allí?, ¿a qué enunciados responde?, ¿cuáles son los presupuestos en juego? Vasconcelos (2000) sostiene que “es necesario cuestionar los términos utilizados para referirse a ellos (enfermedad, paciente, etc.) porque reconocemos que el lenguaje tiene la capacidad de mantener o cambiar las relaciones de poder” (p. 73).

Sobre la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones N° 26.657

En cuanto a lo que se refiere a la legislación nacional en Argentina, durante el año 2010, y luego de varios años de discusión, fue aprobada la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones (LNSMyA), impulsada por una oleada de cambios que llevaban más de dos décadas en el campo de la salud mental, bajo la bandera de la lucha antimanicomial. Dicha ley propone un cambio de paradigma, ya que cuestiona ciertos criterios y principios que vienen determinando el campo específico de la salud mental, como el modo de abordaje centrado en la internación, y la figura del psiquiatra como única voz autorizada. Este movimiento cobra fuerza en un campo social más extenso, el de los DDHH, que ha permitido, a partir de la discusión de determinados temas, alcanzar conquistas sociales inéditas como el matrimonio igualitario, la Ley de Servicios de Comunicación Audiovisual N° 26522, el reinicio de los juicios a las juntas militares, entre otros. Este contexto contribuyó para la creación de un escenario fortalecedor del proceso

de reforma psiquiátrica, apuntando a la sustitución del paradigma asilar por un paradigma centrado en la comunidad. En este sentido, la LNSMyA en su primer artículo plantea:

La presente ley tiene por objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional, reconocidos en los instrumentos internacionales de derechos humanos, con jerarquía constitucional, sin perjuicio de las regulaciones más beneficiosas que para la protección de estos derechos puedan establecer las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Ley N° 26.657, 2010, p.10).

A lo largo de la ley se encuentra una marcada defensa de los derechos humanos. En este marco, se considera, entonces, a toda persona con padecimiento mental, no ya como objeto de tutela o asistencia, sino como *sujeto de derecho*.

De este modo, la ley N° 26657 figura al sujeto a quien están dirigidas las prácticas en salud mental como *persona con padecimiento mental*. ¿Nos referimos al mismo sujeto cuando nombramos a alguien como *enfermo mental* o *persona con padecimiento mental*?⁷ Podemos advertir que en el primer caso se hace referencia a la cuestión del ser, lo cual determina la existencia de alguien por lo que es y no por lo que padece. Esto conlleva efectos en la constitución subjetiva (*ser* esquizofrénico, *ser* bipolar, por ejemplo). En cambio, concebir a las personas por su padecimiento, mental o cualquier otro,

⁷ Se recomienda la lectura de la Ley 6976 (1999) de la provincia de San Juan disponible en www.legsanjuan.gov.ar. Algunos artículos de dicha ley serán analizados en este trabajo.

sugiere que ese puede ser un momento particular en el que alguien necesite de atención y tratamiento específico, sin que eso implique una definición en la lógica del ser.

Desde la lógica de este par *ser/tener* podemos hacer alusión a la opresión que se ejerce sobre un sujeto en tanto se determina su *ser*. En cuanto al *tener*, su contrario es *no tener*, pero si la existencia de un sujeto se dirime en tanto al *ser*, allí aparece su opuesto, el *no ser*. Esto puede volverse intolerable: mejor ser enfermo a no ser nada. Emiliano Galende (1994) analiza el caso de un paciente que ingresa por primera vez a un hospital psiquiátrico y al que atiende por unos meses. Lo reencuentra luego de quince años en una colonia del interior del país: “Finalmente, Santiago mismo ha encontrado en su condición de loco institucionalizado una identidad que lo exime de un tormento que ya no soportaba. Su solución es patológica, sin dudas” (Galende, 1994, p.32).

Ahora bien, la situación de “Santiago” refleja cierta tensión con la que debemos trabajar en el campo de la salud mental: el par *ley/clínica*. Es importante destacar que la ley es un recurso que debe constituirse en un marco de las intervenciones, es de carácter universal y su principal objetivo es garantizar prácticas respetuosas con perspectiva en DDHH. Ahora bien, debemos estar advertidos que la especificidad de nuestra intervención dependerá del abordaje singular de cada situación, es decir la apuesta clínica surgirá del encuentro con cada sujeto. De este modo es en la tensión *universal/singular* donde se desarrollan nuestras prácticas, entendida como tensión a sostener.

En el artículo N° 43 se señala otro cambio que propone la ley en relación a la lógica *estar/ser*. En dicho artículo se establece como criterio para decidir una internación involuntaria el *riesgo* (estar en riesgo) y no ya la *peligrosidad* (ser peligroso):

Art. 43. – Sustitúyase el artículo 482 del Código Civil, el que quedará redactado de la siguiente manera:

Artículo 482: No podrá ser privado de su libertad personal el declarado incapaz por causa de enfermedad mental o adicciones, salvo en los casos de *riesgo cierto e inminente para sí o para terceros*, quien deberá ser debidamente evaluado por un equipo interdisciplinario del servicio asistencial con posterior aprobación y control judicial.

Las autoridades públicas deberán disponer el traslado a un establecimiento de salud para su evaluación a las personas que por padecer enfermedades mentales o adicciones se encuentren en riesgo cierto e inminente para sí o para terceros... (Ley N° 26657, 2010, p.47. El subrayado es nuestro.)

En la consideración de este par (ser peligroso/estar en riesgo) la ley propone revisar, como en el caso anterior (ser enfermo/tener un padecimiento), aquellas prácticas que tienden a estigmatizar a quien sufre y constituir como irreversible el padecimiento mental. A partir de esta ley lo que debe ser evaluado por el Equipo Interdisciplinario (y no ya por el juez a través del médico forense) para indicar una internación es si ese sujeto se encuentra en riesgo para sí o para terceros y ya no si es peligroso. Si se opera con la categoría de peligrosidad, la presunción remite inmediatamente al campo de la delincuencia y lo jurídico. De este modo la internación se constituye como encierro para controlar el peligro y garantizar, sobre todo, la seguridad de los otros. Por lo tanto, se desdibuja lo que debería ser el objetivo principal de una internación: el cuidado y la asistencia de un sujeto que padece.

En el marco de la defensa de los DDHH, la ley considera, entonces, a toda persona con



padecimiento mental no ya como *objeto de tutela* o asistencia, sino como *sujeto de derecho*. Se supone, desde el comienzo, capacidad a estas personas, y por lo tanto una participación activa del *usuario* de los servicios de salud mental en cuanto a su atención y tratamiento. En el artículo N° 16, inciso c, la ley expresa la necesidad de un consentimiento informado, que debe ser firmado por el usuario o su representante, en lo que respecta a internación y tratamiento. Gorbacz⁸ (2011) refiere que en el escenario de promulgación de esta ley los usuarios de salud mental tuvieron un papel fundamental en la escritura de la norma para la que fueron consultadas las asociaciones y asambleas por ellos constituidas.

El término usuario (Vasconcelos, 2000) proviene de un movimiento que tuvo su inicio en las décadas del '60 y '70 en varios países de Europa y América del Norte, en el auge de emergencia de varios movimientos sociales. Los usuarios se constituyen como actores sociales que intentan diferenciar su voz de la de los profesionales y familiares, marcando la importancia de hablar en nombre propio. De este modo, se cuestionan las relaciones de poder instituidas y aquellos puntos de vista reconocidos como de "autoridad" en el campo de la salud mental que han profundizado una cultura paternalista por parte de profesionales y el Estado. En general, en los países latinoamericanos, los profesionales de salud mental tienden a sostener una cultura terapéutica muy acentuada, que enfatiza el papel del profesional en el proceso de tratamiento y cura, en detrimento de dispositivos de cuidado más horizontales, centrados en la perspectiva de empoderamiento, ciudadanía, autogestión y soporte mutuo.

La determinación de otorgarle un lugar preponderante a aquel sujeto con padeci-

miento subjetivo se encuentra claramente manifestada en la ley y es un rasgo político que hace a su columna vertebral:

Capítulo V

Modalidad de abordaje

Art. 10. – Por principio rige el consentimiento informado para todo tipo de intervenciones, con las únicas excepciones y garantías establecidas en la presente ley.

Las personas con discapacidad tienen derecho a recibir la información a través de medios y tecnologías adecuadas para su comprensión. (Ley N° 26657, 2010, p.10)

Enmarcada en un enfoque de DDHH, la ley N° 26657 propone un cambio de paradigma en salud mental en tanto cuestiona ciertos criterios y principios que vienen determinando este campo específico. En este punto la ley se constituye como escenario discursivo que define sus categorías y alcance en clara oposición con el modelo psiquiátrico, en particular con el modo de abordaje centrado en la internación y la figura del psiquiatra como única voz autorizada.

En la actualidad se hace evidente la coexistencia de los dos paradigmas en salud mental: a) El asilar, centrado en la visión de las personas con padecimiento mental como objetos pasivos de tratamiento y del hospital psiquiátrico como su espacio de atención; b) El sustitutivo, centrado en el reconocimiento de las personas con padecimiento mental como sujetos de derecho y de la organización del proceso de atención a través de la Red de Servicios basado en la comunidad. (Ministerio de Salud de la Nación, 2013, p. 9)

⁸ Diputado de la Nación Argentina durante el período 2005–2009, psicólogo y autor del proyecto de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657.

En cuanto a la conceptualización de salud mental presentada en la ley se evidencia la intención de reflejar la complejidad que este campo implica en tanto se lo define como proceso influenciado por múltiples y diversos factores. De este modo queda argumentada la necesidad de incluir distintos actores y profesionales en la configuración del mismo. Esto genera, inevitablemente, cierto cuestionamiento al discurso de la psiquiatría como discurso hegemónico, otorgándole, también, participación a otros discursos en relación a la salud. La ley insiste en la necesidad de la interdisciplina, incluyendo como disciplinas competentes no sólo la psiquiatría y la psicología (si bien las ubica como necesarias para el diagnóstico, evaluación, etc.), sino también el trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras. De este modo, en el Art. 3 se expresa:

En el marco de la presente ley se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, 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. Se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas. (Ley N° 26.657, 2010, p.12).

Ley de Salud Mental N° 10772/91 de la provincia de Santa Fe

La ley N° 10772 que rige en el territorio santafesino es promulgada en el año 1991. Dicha sanción podría leerse en el marco del proceso de reforma psiquiátrica que se inicia, en América latina, con la Declaración de Ca-

racas en 1990. La OMS y la OPS impulsan esta reestructuración a partir de la situación en que se encontraba el campo de la salud mental, ubicando que la atención psiquiátrica convencional y, por consiguiente, el hospital psiquiátrico, como modalidad asistencial, no permitían el logro de objetivos considerados fundamentales para la atención comunitaria, integral y preventiva. Allí aparece la Atención Primaria de la Salud como estrategia principal. Dicho proceso formaba parte del entusiasmo por la reconstrucción democrática que se atravesó a partir de los '80 en algunos países de América latina, pero se refería también a la influencia del pensamiento y la práctica de Franco Basaglia, desde los últimos años de la década del '70 y al empeño militante de la lucha antimanicomial.

El artículo N° 1 comienza estableciendo la configuración de aquel a quien están dirigidas las prácticas en Salud Mental:

Derecho al tratamiento. Condiciones.

– Toda *persona que padeciera sufrimiento* por, o en su salud mental tiene derecho a solicitar y recibir tratamiento. El mismo deberá ser prescripto y conducido por profesionales de la salud mental legamente habilitados, y estará orientado hacia la curación, la recuperación y rehabilitación. (Ley N° 10772, 1991, p.1. El subrayado es nuestro)

Esta referencia instala una distinción respecto de lo que implica nombrar a las personas como *enfermos mentales*, en tanto al hacerlo de este modo se pondera cierta lógica del ser en oposición al tener, es decir se hace referencia a la existencia de un sujeto por lo que es y no por lo que padece. Aquí se presenta un tratamiento similar al que fue desarrollado anteriormente respecto a la diferencia entre *ser peligroso* y *estar en riesgo* (cierto e inminente).



Por lo tanto, concebir a las *personas con padecimiento mental* sugiere que la situación que afecta a una persona en su salud mental podría tratarse de un momento particular en donde se necesite de la asistencia y tratamiento, remarcando cierto carácter transitorio sin que eso implique una definición en cuanto a su ser como estado inalterable.

Por otro lado, definir el padecimiento en relación a la salud mental implica toda una posición teórica/ideológica en cuanto se debe establecer qué se considera enfermedad y, por lo tanto, qué profesionales están autorizados a intervenir. La OMS⁹ destaca en la definición de salud: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” ([1946] 2006, p 1). Si bien es una definición controversial, en tanto deberíamos interrogar qué implica *completo bienestar*, es interesante remarcar, sobre todo, aquello que se introduce en cuanto al padecimiento, dado que no se define a través de una sola dimensión. Alicia Stolkiner (2003) analiza esta definición de la OMS y sostiene que es importante para comprender el alcance, contextualizar su surgimiento en el marco de posguerra. Dicha definición no se constituye como un aporte teórico o científico, sino que su fuerza radica en el aspecto político que introduce –salud como estado de bienestar–, haciendo referencia a un modelo del Estado socialista.

Retomando, la alteración en la salud mental de una persona implica complejidad y la necesidad de abordaje desde distintas disciplinas. Este punto está especialmente subrayado en el decreto reglamentario que refiere al artículo primero de dicha ley:

En los establecimientos de salud mental, están habilitados para disponer las estrategias de intervención clínica y su direccionalidad, los equipos interdisciplinarios que se constituyan a este efecto en conformidad con este reglamento. Los mismos estarán integrados por enfermeros, psicólogos, psiquiatras, abogados, trabajadores sociales, médicos generalistas, psicopedagogos, terapeutas ocupacionales, pediatras, estimuladores temprano, sin perjuicio de la participación activa de otras profesiones vinculadas a la producción de salud. (Ley N° 10772, 1991, p. 1)

Ley de Salud Mental N° 6976, provincia de San Juan

La ley N° 6976, sancionada en el año 1999 en la provincia de San Juan, posee una impronta más conservadora que la ley santafesina N° 10772. El artículo primero, en el que se expresa la finalidad de la ley, hace referencia al *paciente psiquiátrico*.

CAPITULO PRIMERO “GENERALIDADES”

ARTICULO 1°.– Esta Ley tiene por finalidad promover el bienestar de la Salud Mental de la población y prevenir los trastornos en la psiquis de las personas, defender la dignidad, el respeto de la vida del *paciente psiquiátrico* y promover su rehabilitación psicossocial. (Ley N° 6976, 1999, p.1. El subrayado es nuestro)

El término *paciente* proviene del latín *patiens* (padecer, sufrir). Hace referencia a quien tiene paciencia (la capacidad de soportar o padecer algo, de hacer cosas minuciosas o de

⁹ Este documento se encuentra disponible en https://www.who.int/governance/eb/who_constitution-sp.pdf.

saber esperar). Entonces, la categoría *paciente psiquiátrico* no sólo alude a cierto estado pasivo, padecer algo, estar a la espera de algo, sino que además esa existencia es definida por un tipo de padecimiento: el psiquiátrico.

El apartado “Título Segundo” hace referencia a los hospitales y clínicas psiquiátricas públicas y privadas:

Capítulo único

Artículo 33º.— “Se entiende por Hospital y/o Clínica Psiquiátrica a los establecimientos nosocomiales destinados al tratamiento de alteraciones mentales, que tienen como fin primordial la prevención, asistencia, rehabilitación y reinserción al medio con la debida observancia de los derechos individuales”. (Ley N° 6976, 1999, p. 9)

Nuevamente se presenta *lo psiquiátrico* como adjetivo único. ¿Es lo mismo un hospital psiquiátrico que un centro regional de salud mental?

En otro de los artículos también se expresa cierto *privilegio* del discurso psiquiátrico sobre otros discursos: “Artículo 40º.— El Director del Establecimiento Psiquiátrico, sea de gestión pública o privada, deberá ser médico psiquiatra especializado” (Ley N° 6976, 1999, p. 9).

Dicha ley sugiere cierta posición más conservadora que aquella que refleja la ley nacional, ya que privilegia el discurso psiquiátrico sobre otros. A lo largo del texto se encuentran modos de nombrar donde lo psiquiátrico se utiliza como ordenador privilegiado: *paciente psiquiátrico, hospital psiquiátrico*. Si nos dirigimos entonces a aquel sujeto cuyas prácticas en salud mental están orientadas a su asistencia, como un paciente psiquiátrico, lo que se impone es que la psiquiatría es el discurso/saber que se encuentra autorizado para intervenir.

La locura como categoría ¿somos locos o nos hacemos?

El carácter social e histórico de las categorías relacionadas con la locura ha sido examinado por Michel Foucault ([1964] 2006), quien realiza un recorrido exhaustivo sobre los distintos modos de abordar la misma y el establecimiento de las formas legítimas de figurarla en cada época (alienación, enajenación, enfermedad mental, entre otras). Foucault se propone revisar los discursos que han constituido las condiciones de posibilidad de las diferentes formas de subjetividad desde las que se ha entendido *al loco*.

En la actualidad, el campo del padecimiento mental se encuentra determinado por el discurso de la Institución Psiquiátrica, discurso socialmente autorizado para delimitar allí las categorías que lo organizan. Es a partir del siglo XIX que la psiquiatría se constituye como práctica médica especializada cuyo imperativo es el control y ordenamiento de los sujetos. Foucault (2006) subraya que la intervención del médico psiquiatra no se produce a partir de su saber científico o poder medicinal, sino como garantía jurídica y moral. El personaje médico puede aislar la locura, no porque la conozca, sino porque la domina. Es el médico asilar, figura de la psiquiatría, el primer médico que cuenta entre sus funciones con un poder civil. Las cualidades que le deparan este lugar se refieren a una superioridad de discernimiento, de una educación distinguida y de la dignidad en el tono y de las maneras. En ese momento, el movimiento que se genera en relación al modo de conceptualizar/constituir el fenómeno de la locura obedece a una mirada científica, se produce el pasaje de una visión trágica del loco (Edad Clásica) hacia una visión crítica del mismo:



Dicho movimiento está marcado por la constitución de la medicina mental como campo de saber teórico/práctico. A partir del siglo XIX se da la producción de una percepción dirigida por la mirada científica sobre el fenómeno de la locura y su transformación en objeto de conocimiento: la enfermedad mental. En el dispositivo de la medicalización y terapeutización, la marca histórica de constitución de la práctica médica psiquiátrica. (Amarante, 2006, p. 20)

Desde comienzos del siglo XIX, aparece una mirada científica que opera sobre el fenómeno de la locura para constituirlo en un objeto delimitado y posible de abordar: la enfermedad mental. En este movimiento se introduce la medicalización como tratamiento. La exigencia que se le demanda a la psiquiatría, como especialidad médica, es que se ocupe (control) de esos locos ya encerrados, pues el encierro no conlleva desde el inicio la idea de patologización y, por lo tanto, de práctica terapéutica.

Por lo tanto, la psiquiatría como discurso ordenador de la locura es una construcción moderna. Es a partir del siglo XIX que se constituye la práctica médica psiquiátrica junto con la medicalización y la terapeutización de la locura. Si en ese momento nace la enfermedad mental, ¿antes, no existían los enfermos mentales? Estamos en condiciones de afirmar que la locura se representaba de modo diverso. En la época clásica, el loco era considerado como alguien marginal (como así también leprosos, prostitutas, ladrones) y se lo encerraba ya que constituía una amenaza a la ley y el orden social. El encierro no poseía hasta el momento ningún objetivo terapéutico, el criterio que marcaba la exclusión es la sinrazón. La psiquiatría de la segunda

mitad del siglo XIX, así como otros saberes del campo social, pasa a ser un imperativo de ordenamiento de los sujetos. “Seguirá la orientación de las demás ciencias naturales... un modelo centrado en la medicina biológica, que se limita a observar y describir los disturbios nerviosos” (Amarante, 2006, p. 23).

Durante el siglo XX desde algunos sectores críticos a la psiquiatría, se comienza a objetar el lugar que ha tenido en tanto discurso hegemónico. En este contexto surge la categoría de *salud mental* como intento de proponer un nuevo abordaje del padecimiento mental, que diera cuenta de la complejidad del campo y, a su vez, permitiera la participación de otros discursos en su definición.

Galende y Kraut (2006) describen, en este sentido, que teniendo como escenario la posguerra, se comienza a denunciar la similitud entre los modos de funcionamiento de los asilos y los campos de concentración del nazismo. Esto generó distintos pronunciamientos que intentaron modificar estas instituciones y permitió que, en 1953, por primera vez en la historia, un Organismo de Naciones Unidas –la Asamblea de Organización Mundial de la Salud, OMS– propusiera un giro de los servicios psiquiátricos hacia lo que desde entonces denominaron Política de Salud Mental.

El hecho de que la crítica estuviera centrada en la denuncia de las condiciones inhumanas en los hospitales psiquiátricos, ha obstaculizado, según plantea Galende, el sostenimiento de una crítica aún más abarcadora y profunda que analice los fundamentos epistemológicos y metodológicos de la disciplina, paso necesario para establecer los fundamentos de las prácticas en salud mental.

La psiquiatría logró ser considerada naturalmente como legalidad del pensamiento sobre lo psíquico anormal a la vez que se aceptó la nominación *enfermedad mental* para el padecimiento mental. La psiquiatría se ha

conducido a lo largo de décadas amparando la idea –¿ingenua?– según la cual el concepto da cuenta de la naturaleza de objeto, suponiendo que el concepto no construye la realidad, sino que solo descubre la norma contenida en ella. Respecto del lugar de la psiquiatría, Galende (2008) afirma:

Cada época y cada cultura han construido los significados, valores y sentidos de la conducta y el pensamiento normal y sus desviaciones, la psiquiatría no es una excepción a esto, de allí que su entendimiento y su proceder sean análogos a los de la razón moderna, este pensamiento propio del hombre moderno y de la psiquiatría, se hayan pensado a sí mismos como fuera de los tiempos históricos y a la vez universales. (p. 32)

Esta especie de exigencia de universalidad es lo que en definitiva otorga carácter de autoridad al discurso médico en general. Desde una concepción positivista del hecho, la intervención en psiquiatría, la utilización del fármaco se orienta a partir de construcciones del saber científico. Intervención que produce objetivación, en tanto parte de esta como premisa. En este punto Juan Taborda (2014) propone, desde el lugar de la psiquiatría, que una práctica alternativa a la objetivación científica implica un constante movimiento de sustracción al saber científico, una resta, operación que posibilita la apertura a otros saberes, un vaciamiento que permita delimitar bordes.

Es evidente la insuficiencia de la psiquiatría como disciplina para el abordaje del complejo campo que implica la salud mental, como lo sería cualquier otra disciplina que aisladamente se proponga semejante tarea. Conmover el lugar de la psiquiatría como discurso hegemónico no será un acto sencillo, ya que

no es solo su lugar como saber científico lo que la sostiene allí, sino, sobre todo, la representación de autoridad única que ha constituido y que se le ha demandado (y aún hoy se demanda) a ocupar, a lo largo de la historia de la locura. Habrá que dejar lugar para que un trabajo de duelo, como pérdida de ese lugar hegemónico “tranquilizador”, se produzca, para todos los que formamos parte del amplio y diverso campo de la salud mental.

A modo de conclusión

Es mala ventura para el pensamiento contentarse con enunciados logrados.

Marcelo Percia (2014)

A partir de la lectura de algunas de las leyes que reglamentan el campo de la salud mental en la Argentina y partiendo de considerar el carácter performativo del lenguaje, es posible analizar cómo, a partir de su texto y en especial de ciertas palabras que allí se emplean, se configura el campo al que hacen referencia. Estas nominaciones constituyen de diverso modo a los sujetos que participan, determinando el tipo de vínculo posible entre ellos y los discursos *autorizados* para intervenir en dicho campo.

Algunas de las leyes de salud mental muestran de manera evidente distintas versiones a partir de diferentes modos de nombrar. Por ejemplo, ¿quién es objeto de las prácticas en salud mental: un paciente psiquiátrico, un usuario de salud mental, una persona con padecimiento subjetivo. Estamos en condiciones de afirmar que los efectos no son los mismos de acuerdo a cómo se nombre al otro.

Entendemos, por otro lado, que la ley ubica un *para todos*, un universal necesario como marco de intervención que permanece en un plano abstracto ya que sólo se lleva adelante a través de intervenciones concretas. Allí aparece la clí-



nica, el caso por caso. De este modo se instala una tensión universal/singular que se constituye como interrogante a sostener y probablemente pueda ser objeto para un trabajo futuro.

Dentro de la legislación argentina, en lo que se refiere al campo de la salud mental, no todas las provincias cuentan con una ley específica propia en ese campo. Santa Fe es una de las provincias que desde el año 1991 cuenta con la ley N° 10772/91 y desde el 2007 con su reglamentación. La formulación de esta ley puede leerse como efecto de la Declaración de Caracas, conferencia de reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina, llevada a cabo en 1990. Allí se pone de manifiesto la necesidad de revisar ciertas prácticas *tradicionales* (modelo psiquiátrico clásico y el hospital psiquiátrico como figura central de este modelo). Dicho espíritu, de carácter progresista, se encuentra reflejado en la ley y su reglamentación, sobre todo en la utilización de determinadas categorías como persona *que padeciera sufrimiento mental*, en lugar de enfermo mental o paciente psiquiátrico. A su vez, se plantea la necesidad de orientar las prácticas desde una perspectiva interdisciplinaria.

Por otro lado, la provincia de San Juan se encuentra regulada por la Ley N° 6976 (1999), cuya letra sugiere cierta posición más conservadora, al privilegiar el discurso psiquiátrico por sobre otros. A lo largo del cuerpo de dicha ley aparecen modos de nombrar donde lo *psiquiátrico* se utiliza como modo ordenador privilegiado: *paciente psiquiátrico*, *hospital psiquiátrico* y específicamente se hace alusión a que la Dirección de hospitales o clínicas deben estar a cargo de un médico especialista en psiquiatría. En el año 2010 se aprueba la ley nacional de salud mental N° 26657, lo cual unifica la reglamentación en salud mental para todo el territorio nacional. El marco de aprobación de dicha ley se encuentra determinado por una política de defensa de los DDHH, la

igualdad, y la democracia que excede al campo específico de la salud mental (Ley de Matrimonio Igualitario, Ley de Servicios de Comunicación Audiovisual N° 26522, entre otros). Se apunta a producir un cambio de paradigma en salud mental de un paradigma asilar a uno cuyo eje sea la comunidad. De este modo las nominaciones que se presentan a lo largo de la ley como *sujeto de derecho y usuario* (a diferencia de *objeto de tutela*) dan cuenta del espíritu de la misma cuyo objetivo, entre otros, es dar prioridad a aquello que ese sujeto con padecimiento puede/tiene para decir en nombre propio.

Por otro lado, este recorrido nos permitió poner en cuestión aquello que se figura como *la locura*, en tanto debe ser entendida como constructo discursivo con determinantes históricos y culturales, y no como objeto natural a descubrir, en una dimensión atemporal e ingenua.

En la problematización de la relación de las palabras, los enunciados y el mundo a que hacen referencia, se presenta otro aspecto a tener en cuenta que, en todo caso, podrá quedar ubicado como interrogante. Nos referimos a aquella situación producida a partir de cierto giro en relación a los conceptos, que provoca un vaciamiento de sentido y un uso perverso, cuando aquello que se dice *sueno bien*, pero es un velo que esconde otras intenciones, en muchos casos, lo contrario.

Ahora bien, en tanto actores del campo de la salud mental debemos estar advertidos sobre el efecto instituyente del lenguaje y, por lo tanto, sobre los efectos de los modos de nombrar. Estos efectos no sólo inciden sobre el sujeto al que se nombra, sino que también implican al sujeto que nombra, lo cual remite a la posición ética en relación a la práctica.

Galende (1994) propone, situando como punto de partida el compromiso con la práctica, la necesidad de que el psicólogo recupere el lugar de ejercer posición de intelectual, poner en movimiento su capacidad intelectual

para disponerse a la lectura crítica de las situaciones que deben ser abordadas desde cierta primacía del pensar como actividad fundadora de la práctica. En este sentido la advertencia de Marcelo Percia (2014) se vuelve un horizonte imprescindible: No nos conformemos con enunciados logrados.

Referencias bibliográficas

- Amarante, P. (2006). *Locos por la vida. La trayectoria de la reforma psiquiátrica*. Buenos Aires: Ediciones Madres de Plaza de Mayo.
- Bajtín, M. (1982). “Los problemas de los géneros discursivos” en *Estética de la creación verbal*. México: Siglo XXI.
- Benveniste, E. ([1976] 2004). “La filosofía analítica y el lenguaje” en *Problemas de lingüística general*, Tomo I. México: Siglo XXI.
- Foucault, M. ([1964] 2006). *Historia de la locura en la época clásica*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Galende, E. (1994). *Psicoanálisis y Salud Mental*. Buenos Aires: Paidós.
- Galende, E. (2008) *Psicofármacos y Salud Mental*. Buenos Aires: Lugar.
- — y Kraut, A. (2006) *El sufrimiento mental. El poder, la ley y los derechos*. Buenos Aires: Lugar.
- Gorbacz, L. (2011). “Ley 26.657: El desmontaje del sistema represivo en salud mental”. En *Salud Mental y Comunidad*. Año 1, N° 1 54–58.
- Percia, M. (2014). *Sujeto fabulado I. Notas*. Buenos Aires: La Cebra.
- Pérez, L. y Rogieri, P. (dirs.). (2012). *Retóricas del decir*. Rosario: FHUMYAR.
- Stolkiner, A. (2003). “El concepto de salud de la OMS”. En *Cátedra II Salud pública/salud mental*. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires disponible en http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_cate-
- dras/obligatorias/066_salud2/material/unidad1/subunidad_1_1/stolkiner_teorico_4_concepto_salud_oms.pdf.
- Taborda, J. (2014). Sobre la relación entre Kusch y el psicoanálisis. Trabajo presentado en *Jornadas Anuales del Programa Interdisciplinario de Investigación sobre Salud Mental en Extensión Universitaria*. CEI–UNR 2013–2014. Rosario, Anexo Sede de Gobierno de la UNR, 8 de noviembre. Inédito.
- Vasconcelos, E. (2000). *Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade*. Sao Paulo: Cortez.
- Voloshinov, V. (1976). *El signo ideológico y la filosofía del lenguaje*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Voloshinov, V. (1999). *Freudismo. Un bosquejo crítico*. Buenos Aires: Paidós.

Documentos

- Ley de Salud Mental N°6976. Cámara de Diputados de la Provincia de San Juan, San Juan, 11 de noviembre de 1999.
- Ley de Salud Mental N° 10772. Registro General de leyes de la Provincia de Santa Fe, Santa Fe, 26 de diciembre de 1991.
- Ley Nacional de Salud Mental N° 26657. Boletín oficial N° 32041 de la República Argentina, Buenos Aires, Argentina, 3 de diciembre de 2010.
- Ministerio de Salud de la Nación (2013) *Recomendaciones para el tratamiento de temas de salud mental en los medios*. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, Buenos Aires.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Constitución de la OMS. ([1946] 2006) Suplemento de la 45a edición.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Organización Mundial de la Salud (OMS). Declaración de Caracas – Conferencia Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina, Caracas, Venezuela, 14 de noviembre de 1990.