

**Universidade Federal da Integração Latino-Americana e Caribenha**  
**Instituto Latino-Americano e Caribenho de Artes, Cultura e História**  
**Diversidade Cultural Latino-Americana e Caribenha**

**FISURAS:** Elementos para un análisis de los dispositivos manicomiales desde la antropología de la dominación.

María Paula Padrón Seluja

FOZ DO IGUAÇU

2017

María Paula Padrón Seluja

**FISURAS:** Elementos para un análisis de los dispositivos manicomiales desde la antropología de la dominación.

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Instituto Latino-Americano  
de Arte, Cultura e História da Universidade  
Federal da Integração Latino-Americana,  
como requisito parcial à obtenção do título  
de Bacharel em Antropologia – Diversidade  
Cultural Latino-Americana.  
Sob a orientação da Profa. Senilde Alcantara

**BANCA EXAMINADORA**

\_\_\_\_\_ *Ángela María Erazo Muñoz* \_\_\_\_\_

*Profa*

*(UNILA)*

\_\_\_\_\_ *Cleusa Gomes da Silva* \_\_\_\_\_

*Profa*

*(UNILA)*

\_\_\_\_\_ *Senilde Alcantara Guanaes* \_\_\_\_\_

*Profa*

*(UNILA)*

Foz do Iguaçu, 15 de dezembro de 2017.

*Dedico este trabajo a todas las personas que se encuentran privadas de su libertad y a todas las afectadas por la violencia institucional. A las sobrevivientes del sistema manicomial, en reconocimiento.*

## Agradecimientos

Quisiera agradecer especialmente a las inteligentes mujeres que me cuidaron y enseñaron *siempre*:

Mi madre Diva Seluja,

mi tía (segunda madre) Ana María Biramontes

y mis abuelas Editta Carrau (Gogó) y María Dolores Pena (Lola).

Sin su trabajo cotidiano éste no hubiera sido posible.

A mi tío Gerardo, por mostrarme con su ejemplo que el cuidado se puede revalorar desde una visión mas amplia del ser y con fortaleza espiritual,

A mis hermanos, Sebastián, Clara y Camilo que sin saberlo caminan conmigo,

A mis primas Natalia, Sabina y Fabiana, casi hermanas, por los consejos,

A Cynthia, por ser mi primer profesora de antropología, por el amor, la fuerza, el conocimiento, el cuidado y tanto mas. Este trabajo también es tuyo.

A mis compañeras y compañeros de la UNILA por compartir sus conocimientos y su experiencias, transformando la graduación en un verdadero aprendizaje.

A la profesora Senilde Alcantara, por acompañar mi graduación hasta el final. Por todo el trabajo, la entrega y la inteligencia dedicada para que el curso de antropología y la UNILA sean lo que son.

A Julieta Pairola por abrirme las puertas de su casa y por el aguante,

A Magdalena Arnao, Jessica Ferreyra, y Diana Medrano, por permitirme acompañar las discusiones de su grupo de investigación, por el conocimiento y los mates compartidos.

A todas las personas con las que tuve oportunidad de conversar o compartir talleres en las instituciones psiquiátricas: María Morillo, Marcelo, Ricardo Albarenque, Agustín, Mirta, Claudio Sanchez, Daniela Bustos, Ignacio Fourcade, Fredy, Manuel, Martín, Matías, Mario Maneiro, Jaschele Buriyovich, entre otras de quienes lamentablemente no recuerdo su nombre.

Al Frente de Artistas del Borda, a la Asociación de Usuarios de la Salud Mental Confluir,

Radio Los Inestables y Abracadabra Creatividad, por la inspiración.

A Ariana Folcco, Emilia Navas, Aracely Savio, Aline Barbosa, por confiar y compartirme sus historias personales,

A Uvita Chazarreta, por las discusiones y la locura,

A Mariana Nunes, por ayudarme a poner las manos en la tierra y sembrar,

A Lume, Helen, Karen, Denise, Victoria, Marilia y Dalila por el teatro, la complicidad y los caminos compartidos,

A Wara por las brujerías, el calor y la atenta escucha,

A Meliné, Marita y Bianca, por acompañarme en esta etapa, por los aprendizajes y el cuidado cotidiano,

A todas y cada una del Colectivo Warmis en lucha, por *encuerparnos* para aprender, tejer redes y sostenerlas entre todas,

A todas las mujeres, amigas y amantes, con quienes construimos maneras mas bellas de vivir juntas.

A mi abuelo Carlos, por inspirar este trabajo y por las sonrisas.

## RESUMEN

El siguiente trabajo consiste en una investigación en torno a los dispositivos manicomiales en un contexto de transformación. Se encontrarán definiciones claves para contextualizar histórica y culturalmente estos dispositivos con la finalidad de aportar a una comprensión más vasta de las razones de su funcionamiento actual. El tema es abordado en el contexto de los territorios ocupados por los estados latinoamericanos, específicamente el Estado Argentino. En Argentina la reglamentación reciente de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657, introduce un elemento orientador de los procesos de reforma en los diversos niveles jurisdiccionales. Hasta el día de hoy, estas reformas no han sido plenamente ejecutadas. Sirviéndome de la antropología de la dominación como eje que estructura el análisis, mostraré a partir de material etnográfico y de aportes bibliográficos de diversas disciplinas académicas y de textos no académicos algunos elementos que sirven para comprender las razones de la permanencia del sistema manicomial, sin desconocer el enorme esfuerzo de transformación que llevan adelante diversos actores. Con fines analíticos, el siguiente trabajo se divide en tres partes: La primera, presente en el capítulo 1 y 2 es un esquema resultado de un acercamiento a lo que está sucediendo en Argentina tras la aprobación de la ley de Salud Mental que reglamenta la transformación del sistema de salud. A partir de un trabajo de investigación de carácter etnográfico realizado con foco en la ciudad de Córdoba (capital), se propone un análisis que toma en cuenta una dimensión macro y micro política, así como aspectos económicos, históricos y culturales que dan cuenta de cómo se configuran las disputas en el campo de la salud mental hoy. La segunda parte de esta investigación, presente en los capítulos 3, 4 y 5, se desarrolla teniendo como objetivo delinear las formas en que la dominación se ejerce en nuestros territorios y en nuestros cuerpos. Se indaga el carácter capitalista, hetero-patriarcal y racista de la dominación en los territorios ocupados por los Estados Latino Americanos y se argumenta sobre la imposibilidad de comprender el funcionamiento manicomial sin una comprensión profunda de estas tres características de la estructura de dominación. Finalmente, en el capítulo 6 se presentan algunas propuestas que, como líneas de fugas buscan ser un aporte para quienes (aún) entendemos la necesidad de poner fin a la lógica y las prácticas manicomiales como condición necesaria para una vida libre y digna.

**Palabras clave:** Dispositivos Manicomiales, Modernidad/colonialidad, Antropología de la Dominación

## RESUMO

O seguinte trabalho consiste em uma pesquisa em volta ao dispositivos manicomiais em um contexto de transformação. Podram encontrarse definições chave para contextualizar histórica e culturalmente estes dispositivos com a finalidade de aportar a uma compreensão mais abrangente das razões do seu funcionamento atual. O tema é abordado no contexto dos territorios ocupados pelos estados latinoamericanos, especificamente o Estado Argentino. Em Argentina, a regulamentação recente da Ley Nacional de Salud Mental 26.657, intruduz um elemento orientador dos procesos de reforma nos diversos níveis juridiccionales. Até os días de hoje, estas reformas não tem sido plenamente ejecutadas. Servindo-me da antropología da dominação como eixo que estrutura a análise, mostrarei a partir de material etnográfico e de aportes bibliográficos de diversas disciplinas académicas e de textos não académicos alguns elementos que servem para compreender as razões da permanência do sistema manicomial, sem desconhecer o gigantesco esforço de transformação que levam adiante diversos atores. Com finalidade analítica, o seguinte trabalho divide-se em tres partes: A primeira, presente no capitulo 1 e 2 é um esquema resultado de uma aproximação a o que está acontecendo em Argentina logo da aprovação da ley de Salud Mental que regulamenta a transformação do sistema de saúde. Partindo dum trabalho de pesquisa de carater etnográfico realizado com foco na cidade de Córdoba (capital), propõe-se uma análise que leva em consideração uma dimensão macro e micro política, assim como aspectos económicos, históricos e culturais que dizem a respeito de cómo se configuram as disputas no campo da saúde mental hoje. A segunda parte de esta pesquisa, presente nos capítulos 3, 4 e 5 desenvolve-se tendo como objetivo dissenhar as formas pelas quai a dominação se exerce em nossos territorios e em nossos corpos. Indaga-se o carater capitalista, hetero-patrarcial e racista da dominação nos territorios ocupados pelos estados Latino-americanos e argumenta-se son a impossibilidade de compreender o funcionamento manicomial sem uma compreensão profunda destas tres características da estrutura da dominação. Finalmente, no capitulo 6 se presentam algumas propostas que, como líneas de fuga procuram ser um aporte para quens (aínda) comprendemos a necesidad de colocar fim à lógca e as práticas manicomiais como condição necessaria para uma vida livre e digna.

## INDICE

### 0. Epílogo

<b>1. Capítulo 1: Introducción.....</b>	<b>Pag 12</b>
1.1. Definiendo el problema.....	Pag 12
1.2. Estableciendo una metodología.....	Pag 14
1.3. Delimitando el campo.....	Pag 16
I. Salud mental?.....	Pag 16
II. Dispositivos manicomiales, mas allá de la salud.....	Pag 19
1.4. Marco Teórico.....	Pag 20
1.5. Análisis general.....	Pag 28
I) Modelos en Salud Mental.....	Pag 28
II) Representaciones del padecimiento subjetivo.....	Pag 36
III) Lo manicomial.....	Pag 41
IV) El manicomio, modelo asilar.....	Pag 53
<b>2. Capítulo 2: Experiencia de campo.....</b>	<b>pag 57</b>
2.1. En Córdoba Capital.....	pag 59
2.2. Contexto político.....	pag 60
2.3. Contexto político en el campo de la Salud Mental.....	pag 61
I. Ley número 26.657, ley Nacional de Salud Mental.....	pag 61
2.4. El Hospital Neuro-psiquiátrico Provincial de Córdoba.....	pag 65
2.5. Ampliando el foco, mas allá de hospital.....	pag 71
a) Facultad de psicología de la Universidad Nacional de Córdoba.....	Pag 73
b) Manicomialidad en Psicología.....	pag 79
c) La imposibilidad de la participación en la lógica manicomial-estatal.....	pag 84
d) Grupo de Tesis.....	pag 85
2.6. Córdoba Racista.....	pag 87
2.7. Dificultades para la desmanicomialización.....	pag 92



<b>3. Capitulo 3. Capitalismo, Modernidad y dispositivos manicomiales.....</b>	<b>pag 95</b>
3.1. Colonialidad del poder y capitalismo .....	pag 95
3.2. Colonialidad del Saber Médico Moderno.....	pag 98
3.3. Capitalismo, modernidad y dispositivos manicomiales.....	pag 103
3.4. Medicalización de la vida.....	pag 106
3.5. Industria farmacéutica, poder médico y dispositivos manicomiales.....	pag 115
<b>4. Capitulo 4: Dispositivos Manicomiales y estructura patriarcal.....</b>	<b>pag 119</b>
4.1. La estructura patriarcal de la modernidad.....	pag 120
4.2. La desvalorización del cuidado en el sistema moderno/colonial de género.....	pag 126
4.3. Organización social del cuidado y violencia manicomial.....	pag 130
4.4. Heterosexualidad y dispositivos Manicomiales.....	pag 136
4.5. Perspectiva anti-patriarcal para los procesos de desmanicomialización.....	pag 138
<b>5. Capitulo 5: Dispositivos Manicomiales y racismo.....</b>	<b>pag 141</b>
5.1. Racismo y dominación.....	pag 141
5.2. Estructura racista de la Nación Argentina.....	pag 143
5.3. Racismo, ciencia, medicina moderna y psiquiatría.....	pag 145
5.4. Lima Barreto el manicomio y el racismo en primera persona.....	pag 149
5.5 Manicomios y racismo de Estado.....	pag 150
<b>6. Capitulo 6: Mas allá (acá) del manicomio.....</b>	<b>pag 153</b>
6.1. Revoluciones somatopolíticas.....	pag 153
6.2. Ser sin doler.....	pag 155
6.3. Salud Ambiental.....	pag 157
<b>7. Conclusiones finales.....</b>	<b>pag 159</b>
<b>8. Bibliografía.....</b>	<b>pag 161</b>

## SIGLAS

LNSM	Ley Nacional de Salud Mental (Argentina)
PNSM	Plan Nacional de Salud Mental (Argentina)
LPSM	Ley Provincial de Salud Mental (Córdoba)
HNP	Hospital Neuropsiquiátrico Provincial (Córdoba)
DNSMyA	Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (Argentina)
ORN	Órgano de Revisión Nacional
DSM	Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (sigla en inglés)
CPPC	Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba
CELS	Centro de Estudios Legales y Sociales
AUAPsi	Asociación de Unidades Académicas de Psicología

## 0. EPÍLOGO

Los dispositivos manicomiales tienen una historia y una razón de ser. Situadas en lo que se usa denominar como sociedades modernas u occidentales, estos dispositivos tienen una historia específicamente ligada al desarrollo del capitalismo, de la biomedicina y de los Estados nacionales como forma de organización social que se pretende totalizadora. Diferentemente de lo comúnmente defendido, propongo pensar los dispositivos manicomiales en el marco de territorios colonizados, esto es, territorios donde se estableció una violencia colonial que perdura hasta los días de hoy. Amparadas por esta violencia estas instituciones y prácticas se establecieron y amparadas por esta violencia perduran hasta hoy.

Podemos demostrar que los dispositivos manicomiales continúan operando hoy en día. De hecho, sobreviven, transformándose. El objetivo de esta investigación es develar las formas disfrazadas en las que el poder manicomial opera, cambiando de nombre, sosteniéndose a pesar de los esfuerzos de reformas y de las resistencias de los cuerpos indóciles.

Este no es un ejercicio intelectual ocioso. Surge de mi historia personal de desaliento. Surge de la necesidad de denunciar la injusticia y la indignidad de un modelo que usa, abusa y desecha a su antojo vidas humanas y no humanas. Surge de la tristeza profunda de la tierra devastada por este mismo modelo y de la convicción de que esta tristeza se combate en la lucha cotidiana que brota, a pesar de todo, siempre del lado de la locura.

## CAPÍTULO 1:

### INTRODUCCIÓN

#### 1.1 Definiendo el problema

Habitualmente los problemas de investigación, cuando planteados al interior de las ciencias sociales o humanas, se establecen en función de intereses propios de algún campo disciplinar específico para responder a preguntas (muchas veces meramente teóricas) del propio campo. Esta investigación fue llevada a cabo respondiendo a otra lógica. El problema planteado que da origen y sentido a la investigación trasciende las fronteras disciplinares y permite con ésto contribuciones provenientes de diversos campos del conocimiento, campos académicos y no académicos. Entiendo que un problema es algo que nos urge resolver, algo que implica un conflicto. Entendiéndolo así, presentar una determinada pregunta en tono de problema implica necesariamente un posicionamiento.

Pensando en éstos términos, presento el problema que aborda esta investigación de la siguiente forma: la persistencia de dispositivos<sup>1</sup> de tipo manicomial en nuestras vidas. Dejemos por un momento en pausa el análisis mas detallado de lo que entendemos por *manicomial*, pues será desarrollado mas adelante. Partimos de la premisa de que las instituciones manicomiales se fundan en una práctica autoritaria y que han sido ampliamente cuestionadas en su legitimidad por diversos actores sociales. Estos dispositivos han sido analizadas por saberes críticos de diversas áreas, han sufrido intentos de reforma y de erradicación. Sin embargo, su vitalidad hoy es constatable, como se espera que quede demostrado a lo largo de esta investigación. Paralelamente, asistimos a una transformación de la estructura de la dominación que conlleva una transformación en el

---

1 Como Foucault, entiendo por dispositivo un conjunto heterogéneo de elementos discursivos y extra discursivos (instituciones, disposiciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos; proposiciones filosóficas, morales), relacionadas mediante un vínculo de naturaleza peculiar (cambios de posición, modificaciones de funciones, en definitiva, un juego variable en cada formación social histórica) y que tiene una función estratégica dominante estrechamente ligada a ese momento histórico (FOUCAULT, 1982) O, también: “*un conjunto de praxis, de saberes, de medidas, de instituciones cuyo fin es el de gestionar, de gobernar, de controlar y de orientar – en un sentido que se pretende útil – los comportamientos, los gestos y los pensamientos de los hombres.*” (AGAMBEM, 2007, pag. 8) Los dispositivos, tal como concebidos por Foucault y como son entendidos en esta investigación, deben producir un sujeto. “*Hay, pues, dos clases: los seres vivos (o las sustancias) y los dispositivos. Entre los dos, como tercero, los sujetos. Llamo sujeto lo que resulta de la relación, por decirlo así, cuerpo a cuerpo entre los vivos y los dispositivos.*” (AGAMBEM, 2007, pag. 9)

funcionamiento de los dispositivos manicomiales. Es el problema de esta investigación analizar en qué medida estas transformaciones implican una desmanicomialización del sistema y en qué medida implican una nueva organización de los dispositivos manicomiales para asegurar su permanencia en el escenario en transformación.

Ésta investigación no pretende, con todo, dar una respuesta exhaustiva a esta gigantesca pregunta. Sin embargo, el esfuerzo ha estado orientado a brindar información sobre algunos aspectos, siempre parciales, de las razones y mecanismos mediante los cuales los dispositivos manicomiales consiguen sobrevivir.

Una de las primeras tesis defendidas es que los dispositivos manicomiales resultan incomprensibles si no se reconoce el carácter moderno/colonial de dichas instituciones y prácticas. Es por esto que resulta ineludible una comprensión sobre qué significó el proceso de modernidad en la historia de nuestros territorios.

En paralelo, defiende que los dispositivos manicomiales se inscriben en una estructura de poder patriarcal y heteronormativa. Como se verá más adelante, no solo la violencia institucional sobre las mujeres da cuenta de esta vinculación entre lo manicomial y la organización heteropatriarcal de las relaciones, sino que el propio funcionamiento del sistema manicomial solamente cobra sentido dentro de sociedades ya estructuradas en una división sexual del trabajo de tipo hetero-patriarcal.

Finalmente, me arriesgo a esbozar unas reflexiones preliminares sobre la relación entre colonialidad del poder, racismo y sistema manicomial. Entiendo que la forma en que el capitalismo se instala en los territorios ocupados por los estados latinoamericanos no puede ser comprendida sin un análisis de la construcción histórica de la categoría de raza y del establecimiento de las desigualdades raciales que perduran hasta hoy. Propongo que nos detengamos en esta dimensión para, al menos, reconocer a aquellas intelectuales que han dejado importantes aportes para pensar la estructura racial de la dominación.

Específicamente en el territorio ocupado por el Estado Argentino, los dispositivos manicomiales tienen su historia vinculada a la violencia colonial y a la colonialidad del poder (capitalista, racista y heteropatriarcal) presente en los estados modernos, incluso durante los períodos de democracia cuando se pretende un Estado que vele por el reconocimiento de los derechos humanos. La reciente modificación en la legislación argentina que trata sobre las políticas de Estado en materia de Salud Mental dispone una transformación del sistema para caminar hacia un paradigma de Derechos Humanos. Este nuevo paradigma encuentra una serie de obstáculos para

concretarse. Constituye parte del problema de investigación desarrollar cuáles son algunos de estos obstáculos y en qué medida los dispositivos manicomiales consiguen sobrevivir a éste proceso de reforma.

## 1.2. Estableciendo una metodología

### a) Recorrido etnográfico y análisis teórico

La metodología de la siguiente investigación puede dividirse en dos estrategias principales: una instancia de trabajo de campo de tipo etnográfico y una instancia de análisis teórico.

El trabajo de campo que sustenta esta investigación coincidió con mi estadía en Córdoba, Argentina, desde comienzos del 2015 hasta mediados de 2016. Durante ese tiempo tuve la oportunidad de conocer el Neuro-psiquiátrico Provincial de Córdoba y hacer algunas visitas breves al Borda<sup>2</sup> de Buenos Aires y al hospital Vilardebó de Montevideo, todas éstas instituciones de tipo manicomial. La mayoría de estas visitas fueron informales: pasé horas caminando por los pasillos de las instituciones, conversando largamente con personas que allí se encuentran internadas, que realizan consultas ambulatorias o que frecuentan los espacios del hospital con otros fines. También participé de talleres del Frente de Artistas del Borda<sup>3</sup> y Abracadabra Creatividad<sup>4</sup>, en el Neuro-psiquiátrico Provincial de Córdoba. Asistí mas de una vez a las fono-plateas abiertas de la Radio La Colifata (Buenos Aires), Radio Vilardevoz (Montevideo) y Radio Los Inestables (Córdoba), las tres transmitidas desde dentro de los hospitales psiquiátricos. En Córdoba pude participar de unas jornadas organizadas durante la Semana de la Memoria “La Salud Mental contra el terrorismo de Estado”, realizadas dentro del *Neuro*<sup>5</sup>. En la misma época, acompañé algunas reuniones de la Asociación de Usuarios Confluir. Estuve presente en dos asambleas de trabajadores del hospital Neuro-psiquiátrico, donde confluyeron trabajadoras y usuarias, para tratar temas urgentes. Tuve oportunidad de participar de dos reuniones de la Asamblea en Defensa de la Ley Salud Mental,

---

2 El Hospital Interdisciplinario Psicoasistencial José Tiburcio Borda, conocido como *El Borda*.

3 El Frente de Artistas del Borda es una experiencia artística e independiente. Surge a fines de 1984 con el objetivo de construir colectivamente producciones que no queden encerradas en el Hospital sino que, por el contrario, generen un continuo vínculo con la sociedad. Cuenta con 12 talleres gratuitos, a los cuales concurren personas en situación de internación, personas externadas y otras personas de la comunidad.

4 Abracadabra Creatividad es un espacio de talleres que funciona dentro del HNP. Según el propio espacio, sus objetivos son: *brindar un espacio de Salud abierto a toda la comunidad, Artístico, Terapéutico, Comunitario para lograr una mejor calidad de vida de las personas.*

5 *El Neuro*, es la forma en que se conoce comúnmente al Hospital Neuro-psiquiátrico Provincial de Córdoba.

realizadas en Córdoba y del primer encuentro de Asociaciones de Usuarios de la Salud Mental a nivel provincial.

En paralelo, construí mi trabajo de campo frecuentando la Universidad Nacional de Córdoba, especialmente la facultad de Psicología. Allí conocí algunos espacios delineados en torno a las luchas del movimiento estudiantil, como fue la toma de la facultad que se dio a fines del 2015. Acompañé instancias de discusión de algunas agrupaciones políticas estudiantiles, de la cátedra de psicología comunitaria, entre otras.

Una instancia importante en la investigación fue la participación del taller Mujeres y Salud Mental, durante el 30 Encuentro Nacional de Mujeres, realizado en 2015 en Mar del Plata.

Durante mi estadía en Córdoba, mientras elaboraba el primer esbozo de esta investigación, conocí a un grupo de estudiantes de psicología que se perfilaban para realizar su trabajo de conclusión de curso en una dirección que iba de encuentro con lo que yo me proponía. Así, acompañé el grupo de Estudios sobre Cuerpo y Subjetividad<sup>6</sup>, primero, y después el grupo de tesis que investigó específicamente con un grupo de usuarios del Hospital Neuro-psiquiátrico Provincial (en adelante, H.N.P.). Estuve presente durante varias reuniones del grupo en varios momentos de la realización de su tesis. Estas reuniones se tornaron tanto un lugar de intercambio y fortalecimiento de ciertas ideas como parte del *locus* empírico para mi posterior análisis.

Rescato estos espacios como puntos importantes de mi recorrido etnográfico, pero quisiera destacar también que el tipo de metodología que sustenta esta investigación se construyó en el transitar. A lo largo de ese año y medio recorrí calles, barrios, centros culturales, conocí personas, trabajé en ferias. Estas constituyen innumerables instancias de aprendizaje, todas las cuales tienen valor en el proceso de conocimiento y un lugar en la investigación.

La segunda estrategia metodológica para la realización de esta investigación constituye una revisión teórica. Como se podrá ver, la fundamentación teórica de esta investigación toma aportes de diferentes campos disciplinares, de trabajos académicos y no académicos, de obras de literatura de autores reconocidos y de autoras jamás publicadas. Todas estos elementos son considerado con la misma importancia por el aporte que brindan al pensamiento sobre el tema abordado.

---

6 Grupo de estudios a cargo de la profesora Licenciada en Filosofía Magdalena Arnao Bergero, a quien agradezco enormemente por ser fuente de inspiración.

### 1.3. Delimitando el campo

Durante el tiempo que destiné a realizar esta investigación, la presión para definir un campo de investigación y para delimitar el objeto de estudio se me presentó de forma problemática. Cuando inicié mi recorrido, no contaba con un “*locus empírico*” tal como el que se espera en la formulación de una etnografía clásica. Lo que intentaba *atrapar* como objeto cognoscible se me presentaba difuso, subjetivo y abstracto. Pensaba entonces en recorrer ciertos espacios, los cuales acabaron delineando buena parte de la definición del *campo*, en un sentido amplio, pero jamás reduje mis meditaciones a un espacio específico o a un grupo determinado. Lejos de considerar esto como una carencia metodológica, confío en el potencial liberador del pensamiento que reside en el deshacerse de supuestos epistémicos disciplinares.

Una de las primeras sorpresas que esta investigación me proporcionó, sorpresa que luego convertiría en dato, es la insistencia con la que mis interlocutoras traducían mi propuesta de investigación. “*Me propongo estudiar la transformación del sistema psiquiátrico en Argentina*”, repetía. “*Es un tema complicado, sí, ese de la salud mental*”, recibía como respuesta. *Salud Mental*<sup>7</sup> comenzó a ser, pues, un *concepto nativo*<sup>8</sup>, antes que una propuesta que emergiera de mi marco conceptual inicial. Por diversos motivos que discutiré a continuación, considero problemático abordar el tema partiendo de una definición *a priori* de éste concepto.

#### I. Salud Mental?

En toda elección teórica existen instancias de reproducción del dogma vigente. El que emprenderé ahora, es un esfuerzo por deconstruir un campo, para luego delimitarlo. Con deconstruir, me refiero al proceso por el cual se busca evidenciar la construcción de un objeto en tanto construcción, esto es, desnaturalizándolo. Quisiera mostrar que éste no es un ejercicio teórico ocioso, que mucho de lo que se disputa a nivel político dentro de este campo pasa por una disputa a nivel discursivo. Cuando el campo es nombrado, es al mismo tiempo delimitado. Esta disputa

---

<sup>7</sup> Procedo con este concepto de la forma como Foucault (FOUCAULT, 1998) procedió frente a la locura: En lugar de aceptar la existencia de la ‘locura’ como un objeto dado, rastree las discontinuas construcciones de la idea de locura a través de los tiempos, en prácticas y discursos correlativos. Con este procedimiento, deja de manifiesto que no se trata de un mismo y único objeto sino de diferentes objetivaciones.

<sup>8</sup> Expresión propia de la campo de la antropología. Los conceptos nativos son aquellos propios del grupo estudiado que la antropología toma para su análisis. *Salud Mental*, por ser un concepto propio del campo estudiado, mas comúnmente empleado por mis interlocutoras que por mi, se asemeja a un concepto nativo.



político-discursiva no es ajena a los movimientos sociales que hacen parte de la lucha por la *desmanicomialización*<sup>9</sup>. Como veremos mas adelante, el “*como nombrar*” toma gran relevancia en la arena política cuando lo que se busca es desarmar un discurso legitimado que impone sanciones y restricciones concretas sobre ciertos cuerpos.

Si bien el campo dentro del cual coloco mi análisis es fácilmente reconocible como dentro de la esfera de la salud, no es estrictamente una antropología de la salud lo que propongo (aunque nutra mi análisis de aportes provenientes de este sub-campo). Quisiera antes bien, mostrar a lo largo de esta investigación cómo las diferentes representaciones de la salud y la enfermedad, así como las diferentes nociones de cuerpo y de persona que las sustentan, existen y conviven de forma conflictiva, conformándose como disputas políticas. Mi análisis se centra en las estrategias por las cuales la estructura de dominación imprime nociones sobre lo sano y lo enfermo, lo normal y lo patológico y lo deseable sobre un cuerpo, a fin de legitimar su intervención sobre el mismo. En el mismo movimiento, el sistema de dominación excluye otras formas posibles de vivir y pensar el cuerpo y la salud.

El Movimiento de la Salud Mental que surge después de la segunda Guerra Mundial con el Congreso Internacional de Salud Mental realizado en Londres en 1948, puede ser considerado como sucesor de los dos Congresos Internacionales de Higiene Mental. La federación Mundial de Salud Mental continuó, en cierto modo, la labor del antiguo Comité Internacional de Higiene Mental (KLAPPENBACH, 2009).

Sucede que desde el Estado Argentino y desde algunos organismos internacionales se viene nominando como *salud mental* lo que anteriormente se nominaba como higiene mental o sistema medico psiquiátrico, sistema heredero de las instituciones asilares de tipo manicomial. La historia de esta transformación es paralela a la historia de los esfuerzos por la *desmanicomialización* de las practicas estatales y de la crítica anti-psiquiátrica dentro del propio campo de la psiquiatría.<sup>10</sup> La entrada de otras áreas disciplinares como el psicoanálisis y la psicología en la disputa por el poder

---

9 *Desmanicomialización* es una expresión que comienza a utilizarse en Argentina para referirse al cuestionamiento al manicomio y su modalidad de atención y cura caracterizada como violenta y represiva. Según (SAMPAYO, 2005, pag, 12) , La desmanicomialización “es una propuesta contrahegemónica que se opone a al Modelo Medico manicomial que se basa en el internamiento crónico, promoviendo prácticas alternativas a éste como instancias de cura. (...) esta re-definición se fundamenta en el cierre definitivo del manicomio y en la transformación total del modo de atención con la finalidad de recrear o crear redes vinculares y sociales que posibiliten la contención extramuros”.

10 “la edad aun mal esbozada de la anti-psiquiatría comenzó cuando se desconfió de que el psiquiatra producía la enfermedad. Todos los grados abalos que sacudieron a la psiquiatría desde el fin del sig.XIX, esencialmente colocaron en cuestión el poder del médico. (...) Lo que fue cuestionado es la manera por la cual el poder del médico estaba implicado en la verdad de aquello que decía, e inversamente, la manera por la cual la verdad podía ser fabricada y comprometida por su poder. (...) En el fondo, el conjunto de la psiquiatría moderna es atravesado por la anti-psiquiatría.” (FOUCAULT, 1982)

dentro del sistema de salud lleva a la re-definición del campo así como una re-definición de la noción de salud. En paralelo, las críticas al sistema manicomial y a la psiquiatría como ciencia de Estado por parte de movimientos sociales anti-manicomiales y de las revoluciones somatopolíticas<sup>11</sup> han llevado al Estado a la necesidad de transformar los términos en los que se nombran sus instituciones. Como veremos, la correlativa transformación de las prácticas es una deuda actual.

Sostengo que el contexto histórico, cultural y político en el cual las diversas nociones de Salud Mental emergen y disputan, solo se torna comprensible conociendo la historia del tratamiento de la locura en la modernidad/colonialidad, que no es otra que la historia de la conformación de los Estados burgueses, su ocupación neo colonial sobre los territorios a partir de las instituciones disciplinares y la transformación de la biomedicina en ciencia de Estado para lidiar con el padecimiento subjetivo y la inconformidad social concibiéndolo como enfermedades. Desarrollo un poco de esta historia mas adelante.

Por todo esto, el hecho de que el campo del que hablamos sea actualmente denominado como campo de la *salud mental* se presenta en sí mismo como problemático. Como veremos, la demarcación de lo específicamente *mental*, presupone excluir el campo de lo *no mental*.<sup>12</sup> Esta demarcación es siempre hecha de forma arbitraria<sup>13</sup>, entendiendo por ésto que es contextual y culturalmente comprometida<sup>14</sup>. La noción de salud mental nos predispone a aceptar cierta concepción de las partes constitutivas de la persona y de su relación con el medio. Nombrar las instancias a partir de este calificativo implica la adherencia a un modelo que puede resultar

11 Según Preciado, las revoluciones somatopolíticas son “movimientos por la redefinición del estatuto del cuerpo frente a las prácticas que definen cómo se gobiernan ese cuerpo y frente a los aparatos de verificación, es decir, a las practicas que permiten decir cuando un cuerpo es verdadero o falso, normal o patológico, sano o enfermo” (PRECIADO; 2013)

12 “lembrando-nos de que esta categorização só faz sentido com base na nossa peculiar concepção dualista do humano” (DUARTE, 1998b, pag.13).

13 Con *arbitraria*, no estamos queriendo decir aquí *gratuita*. Antes bien, “la selección de significados que define la cultura de un grupo o una clase como sistema simbólico es arbitraria en tanto que la estructura y las funciones de esta cultura no pueden deducirse de ningún principio universal, físico, biológico o espiritual, puesto que no están unidas por ningún tipo de relación interna a la “naturaleza de las cosas” o a una “naturaleza humana” (...) Revelan su necesidad cuando se las refiere a las condiciones sociales de su aparición y de su perpetuación.”(BOURDIEU; PASSERON, 1979, pag. 49)

14 Se debe subrayar aquí el origen moderno de la separación mente/cuerpo que da sentido a la definición de un campo de la salud específicamente mental. Aunque esta separación permite visibilizar situaciones que en otros marcos conceptuales quedan invisibilizados, resulta problemática para dar cuenta de las múltiples realidades. Ejemplos de los límites de esta separación al interior de las disciplinas son los padecimiento como la *Fibriomialgia* o la *migraña* (DEL MÓNACO, 2017). Si bien estos padecimientos son vividos de forma subjetiva como dolores ubicados en el cuerpo, la medicina no ha conseguido identificar el correlativo disturbio neurológico causante del padecimiento, tendiendo a poner mayor énfasis en la conducta o en la personalidad como causante de un dolor que se manifiesta en el cuerpo. Ante estas formas del padecimiento, la división al interior de la medicina moderna encuentra limitaciones y no consigue dar respuestas terapéuticas eficaces. De la misma manera, como destaca (BERGERO, 2014) debemos prestar atención a la particular forma de intervención sobre el cuerpo que la medicina moderna ha implementado para tratar lo que ella misma clasifica como disturbios *mentales*. De cualquier forma, el intento moderno de *purificación* en este sentido no ha dejado de hacer proliferar *híbridos*. (LATOURE, 2007)

incompatible con otros modelos de salud y conocimientos sobre como vivir bien. Para ejemplificar este escenario un tanto escabroso, tomo un acontecimiento ocurrido durante el trabajo de campo. En el apartado *salud ambiental*, al final del capítulo 6, discuto algunas ideas que se desdoblán de este acontecimiento.

Vemos poco a poco como la noción de Salud se torna un campo de disputas políticas. Reconozco al menos tres formas en las que el término *salud mental* es usualmente empleado y cada una de ellas trae implícita diferentes representaciones sobre la salud y la enfermedad. Por estas razones, para esta investigación no parto de una definición específica de Salud Mental, sino, por el contrario, propongo pensar sobre la multiplicidad de concepciones en la medida que éstas dan cuenta de la disputa política por el dominio o por la emancipación de los cuerpos y territorios.

## **II. Dispositivos manicomiales, mas allá de la salud.**

‘*Salud*’, tal como utilizado en la jerga estatal, refiere principalmente a los dispositivos de intervención, diagnóstico y tratamiento propios del modelo biologicista. Este modelo es tímidamente disputado dentro del Estado por el modelo psico-social. El ‘*sistema de salud*’ no se reduce a las instituciones hospitalarias o las clínicas ambulatorias.<sup>15</sup> Incluye una vasta red articulada de saberes, técnicas, agentes y organismos estatales e internacionales. Cualquier disputa dentro de este sistema es eminentemente científica y eminentemente política. Los manicomios u hospitales psiquiátricos monovalentes, son, evidentemente, parte del sistema de salud. Pero, cabe preguntarse: ¿Qué los torna instituciones de Salud?

Utilizo la noción de *dispositivos manicomiales* para delimitar un campo de análisis que trasciende lo estrictamente concerniente a la “salud”. Esta noción me permite dar cuenta de la multiplicidad de elementos que se relacionan constituyendo un entramado de dominación de tipo manicomial en transformación. En este análisis, por ser limitado, aparecerán sometidos a escrutinio solamente algunos de los elementos que componen la compleja red de la dominación, haciendo foco en la forma en que éstos funcionan para sustentar la manicomialidad. Aunque el calificativo “*manicomial*” provenga del paradigma del manicomio, sostengo que las modalidades de relación que éste dispositivo estableció durante su consolidación se transfieren fuera de las paredes del manicomio. No se trata simplemente de una pared, una reja o una camisa de fuerza, sino de un

---

15 La ley establece la creación de dispositivos alternativos para posibilitar la externación y para atender de forma comunitaria. Entre otras, las casas de convivencia, donde usuarios externados residen durante el tiempo que sea necesario de forma autónoma y con cuidado de un equipo interdisciplinar. Hasta hoy se han creado muy pocas casas de convivencia, lo que significa uno de los obstáculos para la externación.

conjunto de mecanismos de sujeción, mas o menos diseminados en el cuerpo social que dan fundamento a los dispositivos manicomiales. Tenemos en este campo de los dispositivos manicomiales: leyes que regulan, estrategias discursivas para nombrar, saberes contruidos por las ciencias, prácticas institucionalizadas, omisiones institucionalizadas, desarrollos tecnológicos, intereses económicos, representaciones sociales, entre otras tantos elementos que se pueden analizar.

#### **1. 4. Marco teórico**

##### **I. Contribución de la Antropología de la dominación**

Asumo la antropología de la dominación de la mano de la propuesta teórica elaborada por la feminista decolonial, afroamericana y antropóloga Ochy Curiel. Se trata de un camino posible para una crítica decolonial a la antropología en tanto ciencia moderna. Es basta e inacabada la discusión sobre el compromiso de la antropología con el poder colonial. Personalmente, comencé a estudiar antropología en un contexto en que esta disciplina atraviesa una crisis profunda de legitimidad, siendo blanco de criticas desde dentro y fuera de la academia. Estudiar antropología desde la periferia de la modernidad, desde un territorio que no es el centro de producción de pensamiento europeo o norteamericano, implica necesariamente habitar el territorio que históricamente la antropología a definido como su *otro*.

Dentro de mi formación en Antropología, encontré elementos que me permitieron cuestionar la relación de poder que se entabla cuando se busca un conocimiento sobre los *otros*, pues incluso en las estrategias metodológicas mas dialogadas existe un lugar diferenciado entre quien investiga y analiza y quien es colocado como objeto o “*sujeto*” de la investigación o el análisis. Enfrentándome a éstas preocupaciones, encontré la propuesta de Ochy Curiel como un camino posible, aunque no definitivo, para no reproducir acríticamente una violencia epistémica (SPIVAK, 1998). Con todo, reconozco que el vínculo entre antropología y colonialidad del poder no es necesariamente mayor que el que carga cualquier otra disciplina de la ciencia occidental, incluida la filosofía eurocéntrica. Cuando Ochy Curiel se propone un “antropología de la dominación”, lo que esta haciendo es girar la mirada hacia lo que la antropología (históricamente) no atendía: los mecanismos por los cuales se establecen las relaciones de dominación, incluido el propio quehacer de la antropología. “*Nacida en Europa, la antropología ha presentado un profundo sesgo eurocéntrico, con la idea de que los*

*pueblos conquistados por Europa debían ser estudiados para ser dominados y controlados en la práctica colonizadora.*”(CURIEL, 2013, pag. 17)

Retomando aportes de la crítica feminista y del lesbianismo materialista, para Curiel la antropología de la dominación, es la metodología feminista decolonial que permitirá “*develar las formas, maneras, estrategias, discursos que van definiendo a ciertos grupos sociales como “otros” y “otras”<sup>16</sup>, desde lugares de poder y dominación.*

En este sentido, hacer antropología de la dominación significa:

*“hacer etnografías de nuestras prácticas académicas, metodológicas y pedagógicas que contienen la idea del desarrollo, de una solidaridad transnacional basada en privilegios, significa hacer una etnografía de las lógicas de la cooperación internacional en la que se está inserta, en la lógica de la intervención social que hacemos, de nuestros propios lugares de producción del conocimiento, de las teorías que utilizamos y legitimamos y los propósitos para los cuales se hacen. En otras palabras, debemos hacer etnografías de nuestros lugares de posición de producción de los privilegios (CURIEL, 2013, pag. 56).*

Dado que el campo de estudio en el que desarrollo mi análisis, el de los dispositivos manicomiales, define de forma insidiosa y violenta quien es este *otro* y esa *otra* (lo que ha ido variando a lo largo de la historia de los dispositivos, desde la idea de la *loca* y la *inmoral*, pasando por el *enfermo* y el *insano*, hasta llegar a los contemporáneos *trastornados* o *discapacitados*), desarrollar una antropología de la dominación en este campo significa atender a los mecanismos por los cuáles estos dispositivos de dominación definen a ciertos grupos como “*otras*” y “*otros*”, específicamente para justificar la intervención sobre sus cuerpos.

En paralelo, una revisión constante del lugar desde dónde se hace el análisis es necesario para identificar las propias prácticas manicomiales en el quehacer de la investigación. Se torna necesario revisar este *desde dónde* para ir poco a poco comprendiendo las estrategias de la dominación que nos atraviesan, donde no somos fácilmente identificables unicamente como opresores u oprimidos pero donde ocupamos un lugar específico desde el cual enunciamos. Así, la propuesta de la antropología de la dominación me interpela, generando una reflexión sobre mi posición de sujeto ante cada situación particular. Esto tiene consecuencias metodológicas (hay cosas que se dejan de hacer en función del “*conocimiento*” pues se identifican como siendo prácticas violentas) y en el análisis, en la medida en que ubica las necesidad de acercarse a las realidades con conceptos que ayuden a no restablecer la dominación a un nivel discursivo.

---

<sup>16</sup> .Entendiendo por “*otros*” u “*otras*” a quienes no han tenido privilegios de raza, clase, sexo, sexualidad, nacionalidad, que forman parte del “*exotismo*” del conocimiento en tanto se definen como la diferencia.

## **II. Contribución de los estudios de la Modernidad/Colonialidad**

La principal contribución del marco teórico-analítico desarrollado por los estudios de la modernidad/colonialidad o lo que ha sido denominado la opción decolonial es que nos brinda un marco temporal de análisis que sitúa la historia de las relaciones de dominación en el horizonte de 1492, con el proceso de la colonización. Al reconocer las dimensiones por las cuales este proceso violento de imposición paulatina de una forma de vida continúa el proceso iniciado con la colonización, los estudios de la modernidad/colonialidad nos permiten pensar la contemporaneidad desde una memoria larga que toma en cuenta lo que existía antes de esta violencia, aunque no se lo conozca en profundidad.

La opción decolonial resulta especialmente interesante para pensar la contemporaneidad de los dispositivos de dominación, dentro de los cuales ubico los dispositivos manicomiales puesto que el sentido histórico de la existencia de estos dispositivos en nuestros territorios resulta incomprensible si no se lo articula con la imposición colonial de un modelo de vida moderno y capitalista que se restablece tras el fin de la colonización con lo que ha sido definido como colonialidad.

La opción decolonial, al paso que me permite contribuir con mi análisis al concepto de colonialidad para describir algunos mecanismos por los cuales se sostiene la dominación en el territorio que habito, me permite tener en vista un horizonte que supere los límites que la modernidad impuso sobre mi como sobre tantas otras vidas: la noción de que existiría una suerte de linealidad progresiva en la historia donde el futuro se sitúa en un modelo de vida de tipo Moderno, similar al que Occidente reclamó para si, modelo irrealizable en estos territorios y que es subsidiario de la explotación y violencia sobre otras formas de vida. Al mismo tiempo, la opción decolonial nos permite reconocer aquellas otras formas de vida que continúan tradiciones que no son producto de la colonización como formas de vida válidas y contemporáneas, retirándolas del lugar de arcaísmo en el cual la colonialidad las situó y continúa situarlas. Se abren así, otros horizontes de emancipación posibles.

### III. Contribución de la Anti-psiquiatría y la lucha anti-manicomial

Usualmente se reconoce a la anti-psiquiatría como un movimiento principalmente formado en Europa, con contribución de intelectuales y profesionales europeos y de los Estados Unidos que, trabajando dentro del campo de la psiquiatría convivieron con sus peores facetas y realizaron una crítica radical a sus fundamentos y prácticas. El término *Antipsiquiatría* se le adjudica al terapeuta y filósofo David Cooper, en su obra "*Psiquiatría y antipsiquiatría*" (1967) (COOPER, 1985)

Algunos de los nombre mas reconocidos de la Anti-psiquiatría son el norteamericano Tomas, Szasz, quien pone en duda la realidad de la enfermedad mental en su obra. En este contexto de ideas antipsiquiátricas, aunque con matices, se suelen reconocer nombres como Laing, Guattari, Foucault, Castel, Cooper, Basaglia, etc.

Menos reconocidos son los nombres de quienes desarrollaron críticas profundas a la psiquiatría desde lugares que no se sitúan en el norte global y que no producen desde una masculinidad hegemónica. Entre ellos, el psiquiatra martiniqués Franz Fanon resulta inestimable pues su análisis de los efectos de la situación colonial en la producción de la locura enriqueció enormemente a lo que podríamos pensar como una anti psiquiatría decolonial, o una crítica decolonial a la psiquiatría.

Es de destacar también la invisibilización de nombres como el de Franca Basaglia Ongaro, quien trabajó a la par de Franco Basaglia en la elaboración de los reconocidos análisis sobre el funcionamiento de las instituciones manicomiales para la reproducción de la dominación de clase. Por ser mujer, Franca ha sido ampliamente ignorada por la intelectualidad mundial, aunque su aporte resulta de gran riqueza para pensar las intersecciones entre género, clase y locura.

Nombres como Marisa Wagner, Alfredo Moffat, Vito Zeto Lema, Alan Robison, son algunos de las figuras que construyen antipsiquiatría desde el territorio argentino.

Si entendemos de forma amplia, a la anti-psiquiatría como "*un movimiento crítico que se cuestiona las prácticas psiquiátricas tradicionales y la noción de enfermedad mental sobre la cual se apoya desde mediados del siglo XIX*", creo que la anti-psiquiatría no puede reducirse a su línea académica-intelectual, ni a nombres propios individuales, sino que debe ubicarse, como todo movimiento social, en el plano de las prácticas antimanicomiales colectivas que también son generadoras de contenido teórico. Las iniciativas como El Frente de Artistas del Borda, de las radios

locas, por poner algunos ejemplos, son definitivamente constructoras de una teoría-práctica antipsiquiátrica.

Una definición ampliada de lo que implica la Antipsiquiatría, nos la brinda (COOPER, 1985):

*“política y subversiva, por su misma naturaleza, con respecto al represivo orden social burgués (...) antipsiquiatra es quien esta dispuesto a correr los riesgos involucrados en alterar progresivamente y radicalmente la forma en la que vive. El o la antipsiquiatra debe estar dispuesto a abandonar los mecanismos de seguridad de la propiedad (más allá del mínimo necesario), los juegos monetarios explotadores y las relaciones estáticas, confortables, de tipo familiar, oponiéndoles la solidaridad y la camaradería (...) Debe estar dispuesto a ingresar en su propia locura, quizás hasta el punto de ser invalidado socialmente, ya que si así no lo hace, no estará capacitado. La Antipsiquiatría es una parte necesaria y urgente de la revolución permanente, de lo contrario no es nada” (COOPER, 1985, pag 59)*

Con esta definición mas amplia, entendemos que las reformas del sistema psiquiátrico que se están desarrollando en el contexto analizado difícilmente pueden ser pensadas como anti-psiquiátricas pues no modifican el orden represivo burgués. Se constituyen mas bien como proyectos de des-psiquiatrización, según la distinción hecha por Foucault.<sup>17</sup> Este análisis se desarrolla en profundidad mas adelante.

#### **IV. Contribución del post-estructuralismo**

Tomando prestado de la corriente de pensamiento comúnmente nombrada como *post-estructuralismo* algunos elementos para un análisis de las tecnologías de gobierno y de poder. Principalmente desde los aportes de Foucault, Deleuze y Guattari y Preciado. Intento instrumentalizar conceptos como Anatomopolítica, Tanatopolítica, Biopolítica, Dispositivos para dar cuenta de algunas características del ejercicio del poder en la estructura de dominación en la que nos encontramos. Las nociones de sociedad disciplinar y sociedad del control, aunque con sus limitaciones, también son contempladas en este análisis.

---

<sup>17</sup> Foucault (FOUCAULT, 1982) entiende que la antipsiquiatría comienza cuando se sospecha que el poder del médico es lo que produce la realidad de la enfermedad mental. *“Distingue dos procesos: lo que denomina como un movimiento de “despsiquiatrización” y la “antipsiquiatría” propiamente dicha. La despsiquiatrización podría manifestarse a través de dos formas, ambas conservadoras del poder. Por un lado, la vertiente de la psicocirugía y de la psiquiatría farmacológica, prácticas que coinciden en obturar la verdad del sujeto. Por otro lado, la vertiente psicoanalítica, que intenta adecuar producción de verdad y poder médico a través del manejo transferencial. Para Foucault la antipsiquiatría se opone a ambas formas de despsiquiatrización. Ella no sólo pone de relieve las relaciones de poder entre el médico y el sujeto, sino que las pone en el centro de lo que debe ser problematizado y cuestionado. Se trataría, entonces, de transferir al enfermo el poder de producir su locura y la verdad de su locura más que de intentar reducirla a cero” (LUBO, 2015, pag. 3)*



En lo que refiere específicamente al campo analizado: Siguiendo la definición de Foucault, la biopolítica como tecnología de poder, surge para dar cuenta:

*“Em suma, a doença como fenómeno de população: não mais como a morte que se abate brutalmente sobre a vida - e a epidemia - mas como a morte permanente, que se introduz sorrateiramente na vida, a corroi perpetuamente, a diminui e a enfraquece. São esses fenómenos que se começa a levar em conta no final do século XVIII e que trazem a introdução de urna medicina que vai ter, agora, a função maior da higiene publica, com organismos de coordenação dos tratamentos médicos, de centralização da informação, de normalização do saber, e que adquire também o aspecto de campanha de aprendizado da higiene e de medicalização da população. (...) essa biopolitica vai introduzir nao somente instituições de assistencia (que existem faz muito tempo), mas mecanismos muito mais sutis, economicamente muito mais racionais do que a grande assistencia, a um só tempo maciça e lacunar, que era essencialmente vinculada a Igreja. Vamos ter mecanismos mais sutis, mais racionais, de seguros, de poupança individual e colectiva, de seguridade, etc.” (FOUCAULT, 1999, pag 291)*

Relacionando la noción Foucaultiana de *Racismo de Estado* (FOUCAULT, 1999) con el análisis de la colonialidad del poder, pretendo explicitar los límites de esta *biopolítica* sobre aquellos cuerpos y territorios racializados, sobre los cuales opera una tecnología de poder propia de una *tanatopolítica*.

Con la noción Deleuziana de sociedad del control (DELEUZE, 1992), y las nociones de Preciado (PRECIADO, 2008) de era *farmacopornográfica* y aparatos de verificación mercadológicos y mediáticas, busco definir algunos los mecanismos contemporáneos de los dispositivos manicomiales que conviven sin remplazar las instituciones de tipo disciplinar.

## **V. Contribución de la antropología médica o antropología de la salud.**

La antropología médica o antropología de la salud es el área de la antropología que se dedica específicamente al estudio de la variabilidad de las concepciones de la salud/enfermedad, de sus representaciones y de la organización social en torno a esta dimensión de la vida. Si bien no limito mi análisis a los elementos teóricos de este sub-campo, me nutro de la propuesta del estructuralista Laplantine, principalmente de la propuesta de elaboración de *modelos* etiologico-terapéuticos<sup>18</sup> tomando como base las representaciones sobre salud y enfermedad. Estos modelos nos permiten organizar teóricamente la diversas formas en las que se concibe y representa lo sano y lo enfermo. Sin embargo, mi propuesta de modelos no busca el nivel de abstracción que Laplantine se propone,

---

18 Donde el término “*etiológico*” refiere a la comprensión de las causas y “*terapéutico*” al tratamiento dado.

pues mi objetivo no es el de propiciar un análisis etnológico universal sino dar cuenta de las principales concepciones dentro del campo y el lugar particular que analizo.

Como subraya Duarte,

*“Como a organização de seu sub-campo (o da antropologia da saúde) se deu bastante tardiamente (em comparação com outras temáticas da disciplina) e em diálogo inevitável com as “medicinas” (Particularmente a Biomedicina ou medicina cientifizante ocidental moderna) e as “psicologías” naturalistas, uma boa parte do esforço fundante teve que se concentrar na oposição ao “reduccionismo biomédico”, procurando em múltiplas frentes desconstruir a arraigada precepção de uma “naturalidade” das experiências do adoecimento (e de suas terapêuticas)”* (DUARTE, 1998<sup>a</sup>, pag.16)

## **VII. Contribución de los estudios feministas y de los movimientos feministas**

Me nutro para este análisis de algunas contribuciones teóricas producidas desde diferentes perspectivas feministas. Desde el feminismo decolonial de Lugones, Ochy Curiel y Gargallo, el feminismo negro de Bell Hooks, hasta aportes del lesbianismo feminista materialista de Monique Wittig. En ellas encuentro organizadas algunas ideas que forman parte de mi comprensión sobre la forma en que se organiza la dominación y encuentro también aportes para cuestionar ciertos presupuestos y ampliar nuestro entendimiento sobre la misma.

### **a) Movimiento feminista como instancia epistémica: El Encuentro Nacional de Mujeres**

Es necesario reconocer que las ideas aquí defendidas surgen del diálogo con muchísimas mujeres que desde su experiencia reflexionan sobre las problemáticas aquí abordadas. Como una instancia particularmente significativa, a fines del 2015, tuve la oportunidad de participar del Encuentro Nacional de Mujeres que se realiza cada año en Argentina. En el encuentro se organiza al rededor de talleres horizontales, donde todas las participantes somos escuchadas, posibilitando una construcción colectiva de conocimiento. En el taller “Mujeres y salud mental” del cual participé aquel año aparecieron las preguntas e indagaciones que dispararon y potenciaron este análisis.

*“En el Encuentro crecemos, aprendemos y avanzamos en descubrir el origen de nuestros sufrimientos y los responsables de tanto dolor que recorre la vida de cada una de nosotras, develando la doble opresión que sufrimos por ser parte del pueblo y por ser mujeres. El Encuentro será, como ha sido históricamente, el caldero para luchar y conquistar nuestros derechos.”*

## VIII. Padecimiento Subjetivo y Neurodiversidad

Para analizar cómo operan los dispositivos manicomiales, empleo los conceptos *Padecimiento subjetivo* y *neurodiversidad*. El concepto de *Padecimiento subjetivo* es un intento de dar cuenta de la diversidad de formas del padecer, de experimentar el malestar. Se trata de un intento de superar la noción de enfermedad mental, de tradición médica, no por negar en principio su existencia como realidad socialmente construida, sino para no re-actualizar los límites que esta noción conlleva. El concepto *Padecimiento subjetivo* busca dar cuenta de formas del mal estar que entretengan dimensiones sociales, psíquicas, espirituales, físicas y ambientales, de forma muchas veces inseparable y que se manifiestan en las personas de forma individual o colectiva desarrollándose de forma diferenciada según el contexto. El calificativo subjetivo no pretende dar la idea de un padecimiento falso o imaginario. Antes bien, se trata de reconocer el carácter ampliamente variable de la forma en que el padecimiento es vivido, entendido y representado. Aunque es cierto que el concepto de padecimiento subjetivo nos engloba a todas las personas en la medida en que toda somos pasibles de padecer, creo que es necesario reconocer la diferencia entre quienes experimentan de forma más intensa u aguda una situación determinada por el padecimiento, siendo que éste reconocimiento no tiene necesariamente que traducirse en categorizar a la persona como *enferma*.

El segundo concepto, neurodiversidad<sup>19</sup>, es un concepto propuesto por los activistas por el reconocimiento de la vida digna de las personas neuroatípicas, situándose fuera del paradigma que las reduce a la enfermedad o un trastorno a ser corregido. Viene a llenar un vacío para definir esa multiplicidad de experiencias y de formas de ser que existen y que son humanamente posibles de ser vividas sin ser concebidas como vidas incapaces, pudiendo convivir con ciertas impedimentos<sup>20</sup>, siempre que el contexto las comprenda e incorpore como diversidades y no como enfermedades.

Sin bien en este análisis se reconoce que los dispositivos manicomiales operan tanto sobre los cuerpos conceptualizados como sanos o normales como por los tipificados como enfermos o discapacitados, ambos conceptos, *padecimiento subjetivo* y *neurodiversidad* resultan necesarios pues es sobre los cuerpos condicionados por éstas experiencias sobre los que cuales los dispositivos

---

19 Término acuñado en 1999 por la socióloga Australiana Judy Singer, portadora de síndrome de Ásperger.

20 Para una discusión más profunda sobre la diferencia entre *impedimento* y *discapacidad*, se recomienda como referencia a Stella Young.

manicomiales operan de forma mas insidiosa. Los conceptos de neurodiversidad y padecimiento subjetivo tienen, pues, el sentido de visibilizar relaciones específicas con el dispositivo manicomial.

## 1.5 Análisis general

### I. Modelos en *Salud Mental*

Me inspiro en un análisis de tipo estructural como lo propone la antropología médica de Laplantine (LAPLANTINE; 2010)<sup>21</sup>, donde los modelos son entendidos como construcciones de carácter operatorio (hipótesis de investigación) y no como realidad empírica. Reconozco al menos tres modelos generales de comprensión de la *Salud Mental* que conviven en el espacio donde realicé mi investigación. Dentro de cada modelo pueden discriminarse diversas vertientes o sub-sistemas. Este esquema es criticable pues no consigue (ni pretende) abarcar la totalidad de las formas en que se concibe la salud mental.<sup>22</sup> La intención es destacar que cuando se habla o se escucha hablar de *Salud*, y de *Salud Mental* en específico, es necesario reconocer qué sentido se le está dando a éste concepto para identificar los supuestos ontológicos y las implicaciones políticas.<sup>23</sup>

#### a) Modelo del reduccionismo biomédico en *Salud Mental* o *Modelo Médico Hegemónico*

Se trata de una comprensión que asume la existencia de la enfermedad mental como un dato biológico. Extrae su representación sobre el cuerpo del paradigma de la biología<sup>24</sup>, teniendo como modelo epistemológico de referencia el modelo botánico. Extrae sus métodos de la biomedicina general para aplicarlos al campo de lo específicamente mental. Busca identificar las causas fisiológicas de los disturbios o trastornos del comportamiento para establecer un diagnóstico y una

---

21 Siguiendo a Laplantine (LAPLANTINE, 2010), reconozco como una característica de nuestro contexto un pluralismo etiológico o terapéutico. Entiendo que los diversos modelos etiológicos-terapéuticos se encuentran en conflicto: existen modelos dominantes, modelos dominados y modelos aparentemente inexistentes (verdaderos rechazados).

22 De hecho, jamás ningún esquema analítico consigue dar cuenta de la multiplicidad de mundos existentes. No se trata, pues, de una propuesta que busque ser exhaustiva. Simplemente reconozco algunas constantes en lo que pude compartir durante mi trabajo de investigación.

23 “*Em toda cultura, em um determinado momento, privilegia-se um certo numero de representações (que podem ser chamadas de dominantes), em detrimento de outras representações que nem por isso estão ausentes, mas marginalizadas com relação às precedentes, e, algumas delas, descartadas (definitiva ou momentaneamente), ou seja, eliminadas do campo social actual.*” (LAPLANTINE, 2010)

24 “*el hecho de que las ciencias biológicas sean un paradigma hegemónico poderoso para explicar y tratar las enfermedades, lleva a asumir que los cuerpos deben ser iguales en todos lados, porque la biología es, en efecto, un conocimiento que se pretende universal.*” (DEL MONACO, 2017)

terapéutica. Presupone que la causa de la enfermedad se ubica en el cuerpo tal como es representado por la anatomía. Entiende la Salud como carencia de enfermedad o disturbio. Sus esfuerzos científicos van dirigidos a objetivar la causa del disturbio, guiándose por el paradigma según el cual existiría potencialmente un lugar específico donde se ubica la enfermedad (antiguamente, *la piedra de la locura*; contemporáneamente, los *desequilibrios químicos*). Buscará solucionar el disturbio o curar la enfermedad por métodos propios de la biomedicina moderna o contemporánea, atendiendo solamente la realidad objetivada de la enfermedad y no la integridad de la persona o las problemáticas de su medio. Los tratamientos (exclusivamente) con psicofármacos o terapias con electroshock<sup>25</sup> son subsidiarias de esta concepción de la salud mental. La psiquiatría convencional y la neurobiología son las principales referencias en este modelo. Los términos que comúnmente se emplean son los de “enfermedad mental” o “trastorno mental”. También se respeta la nosografía psiquiátrica<sup>26</sup> para clasificar las formas de padecimiento. (FOUCAULT, 1984), siguiendo la tradición de la medicina de Hipócrates, orientada a la localización de las propiedades esenciales de las enfermedades y su catalogación.

Cabe señalar que, aunque esta concepción de Salud Mental coloca saberes expertos como autoridad, es asumida por personas que no hacen parte de este grupo de especialistas pero que los reconocen como tales. Cada vez que se acepta la mirada médica como único criterio para determinar si una persona está mentalmente sana o enferma, se está asumiendo el modelo biologicista.<sup>27</sup>

### **i. Vertiente moderna del modelo del reduccionismo biomedico**

Nace con el desarrollo de la medicina moderna/colonial en la transición hacia el capitalismo. Sus premisas se entrelazan con las tecnologías biopolíticas<sup>28</sup> de gobierno. Tiene a los manicomios y a los hospitales psiquiátricos como modelos paradigmáticos y es en ellos en los que se desarrolla su

---

25 Terapia Electroconvulsiva (ETC) por sus siglas en inglés. Usado en psiquiatría en tratamientos para la depresión, manía y catatonía. Los dispositivos ETC han sido catalogados como de alto riesgo y es conocida su utilización como métodos de tortura y de exterminio (ARBEX, 2013)

26 Una Nosografía es un tratado con descripción y explicación de las enfermedades.

27 Cooper resume que el *Enfoque Nosológico o Cuasimédico*: declara o presupone la esquizofrenia como entidad nosológica (es decir, como *enfermedad*). Esto implica que: puede explicarse causalmente, hay síntomas y signos que se pueden aislar y observar de forma objetiva, los síntomas y signos indican un diagnóstico, el diagnóstico implica un pronóstico y un tratamiento, la entidad diagnóstica debe, por definición, tener una causa (las opiniones se dividen en este aspecto: anomalía, bioquímica, una infección vírica, un defecto estructural del cerebro, el origen genético-constitucional, causas psicológicas. (COOPER, 1985)

28 (FOUCAULT, 1999)

saber y su practica.<sup>29</sup> Se trata de una lógica jerárquica en el sentido de que se asume la autoridad del médico como verdad y racionalista en el sentido de que asume al delirio como mentira. Esta vertiente es la responsable histórica de la creación de la idea de Enfermedad Mental, de la separación entre el individuo sano y el alienado, concebido como sujeto escindido.<sup>30</sup> El alienismo<sup>31</sup> primero, con la Ontología de Pinel<sup>32</sup>, con su propuesta de repertoriar de manera exhaustiva los disturbios mentales y el movimiento de la higiene mental, después, son algunos de los momentos del desarrollo histórico de esta noción. Persiste hasta hoy allí donde exista un hospital psiquiátrico o neuro-psiquiátrico con funcionamiento de tipo asilar y donde los psiquiatras tengan la última palabra.

## ii. Vertiente contemporánea del modelo del reduccionismo biomédico

Surge con el desarrollo reciente de la psiquiatría y la neuro-biología. Se fundamenta en nuevos modelos explicativos de los trastornos ya clasificados y con la clasificación de otros nuevos. Se materializa en el desarrollo de los DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder). En estos manuales, la noción de *enfermedad mental* es ampliamente sustituida por la noción de *trastorno mental*. Es asumido por las Asociaciones de Psiquiatría que reconocen el DSM V como criterio diagnóstico y por los profesionales que lo utilizan en su práctica clínica. Esta vertiente se encuentra profundamente comprometida con el desarrollo de la industria farmacéutica, específicamente con el desarrollo de los psicofármacos. Defiende generalizadamente la hipótesis del desequilibrio químico como causa de los disturbios psíquicos o trastornos mentales. Busca facilitar el diagnóstico reduciendo el padecimiento a la observación cuasi-objetiva de unos pocos síntomas. Establece una terapéutica centrada en el consumo de psicofármacos. Es notable la vinculación entre este modelo y las corporaciones farmacéuticas, en la medida en que son éstas últimas quienes apuestan financieramente al desarrollo de investigaciones fundamentadas en esta comprensión de la salud/enfermedad. El carácter de esta vertiente es biopolítico en un sentido nuevo: busca corregir

---

29 La nosografía psiquiátrica moderna es desarrollada tras la observación de personas institucionalizadas. El manicomio y la concepción psiquiátrica moderna de los trastornos resultan históricamente indiscociables.

30 (BERGARO, 2014)

31 El Alienismo consiste básicamente en la observación metódica y la división por especies de los trastornos para favorecer dicha observación. Los asilos, organizados como clínicas psiquiátricas resultaron la arquitectura necesaria de dicho emprendimiento, tornando inseparable el conocimiento producido en ellos de la manicomialidad del poder. El alienismo influyó a comienzos del siglo XIX la naciente medicina Argentina principalmente por las ideas de Pinel. (FALCONE, 2010)

32 Es en 1792, que el médico, Philippe Pinel, propone reformas en los procedimientos de asistencia de los alienados y el derecho a ser tratados como hombres *enfermos*.

aquello que considera desvíos en la población general diagnosticando trastornos que no son propiamente enfermedades pero que deben ser intervenidos por el poder médico (medicalización de la vida cotidiana). Esta concepción de la Salud mental gana terreno en las investigaciones de la neuro-biología que se dedican a intentar explicar diversas dimensiones de la vida humana explicando el funcionamiento del cerebro como órgano del cuerpo biológico y es ampliamente difundida en revistas de divulgación científica y en el mercado editorial común, pasando de un modelo científico a uno netamente mercadológico y mediático.<sup>33</sup> (PRECIADO, 2008).

## **b) Modelo psico-social en Salud Mental**

Surge con el reconocimiento de la dimensión psíquica<sup>34</sup> de la vida humana. Toma en consideración la esfera psíquica y la social. Sin necesariamente desconocer los factores biológicos, no se enfoca en la comprensión de éstos sino en las dimensiones subjetivas e intersubjetivas del mal estar y el bien estar. Construye una comprensión sobre la salud que va mas allá de la simple carencia de enfermedad. Enfoca en la prevención, en el sentido de construir formas de ser sanas. Lo terapéutico es abordado generalmente a partir de las disciplinas de la psicología, el psicoanálisis y estrategias de intervención individual o grupal.

### **i. Vertiente liberal del modelo psico-social**

Es en buena medida eurocentrada en su discurso y práctica. Asume un sujeto psíquico general sin preocuparse demasiado en las variantes culturales, geográficas o en los contextos políticos. Tiende a concebir un sujeto universal con problemas universales. Se enfoca mas en la historia del desarrollo individual y familiar de la *psyques* que en la historia colectiva. Tiende a naturalizar la institución familiar y las relaciones de género. Deshistoriza y despolitiza el trauma y el mal estar.<sup>35</sup> Desarrolla una terapéutica de clase: su eficacia se reduce a aquellas subjetividades

---

33 Es destacado el éxito de ventas del Neurobiólogo Argentino Facundo Manes, quien haciendo uso de la legitimidad que su título le brinda en un contexto que tiende al reduccionismo biológico, busca explicar fenómenos como la *pobreza* o la *infelicidad* a partir de una comprensión del funcionamiento neuronal del cerebro.

34 Originalmente con el desarrollo del psicoanálisis como ciencia que se separa de la psiquiatría. La elaboración del concepto de *psyques*, aunque guarda una relación con el concepto cristiano de *Alma*, resulta novedoso al desarrollar toda una nueva forma de comprensión de la vida humana, su dimensión inconsciente y subconsciente y el vínculo de éstas dimensiones con el padecimiento. Desde esta concepción, el sufrimiento psíquico, es concebido como una realidad que no puede explicarse en los términos de la biología o de la medicina biológica.

35 Como señalan Deleuze y Guattari en su crítica al psicoanálisis Freudiano, la tendencia a considerar el trauma como producto del complejo de Edipo genera un análisis familiarizante. Se deshistoriza y se despolitiza el trauma y con esto al sujeto del trauma al referir toda su producción psíquica al modelo papá-mamá.(DELEUZE; GUATTARI,

propias de la clase media-alta blanca, capitalina, capitalista, europea o latino americana eurocentrada. Su modalidad de intervención es específicamente la clínica individual, volviendo a relegar las soluciones al padecimiento en los límites de lo privado. En la vertiente liberal, cada quien es responsable por buscar estrategias que le brinden salud. El acceso a las terapias es mediado por el dinero, por tanto, se constituye en un privilegio de clase. La terminología comúnmente empleada es la de *cliente*.

## **ii. Vertiente de los derechos humanos del modelo psico-social o “modelo social de la discapacidad”**

Reconoce la necesidad de garantizar los derechos humanos para asegurar una vida sana. Reconoce la salud mental como un derecho humano inalienable y hace responsable al Estado por disponer los medios para garantizarla. Esta concepción es inseparable del modelo de Estado de Bienestar. Busca fortalecer el sistema público de educación y de salud, buscando una interrelación entre ambos que garantice el acceso a la salud de todas las personas, independientemente de su posición social o poder adquisitivo, reconociendo la omisión por parte del Estado como una forma de violencia institucional. Reconoce la violación a los derechos humanos en las instituciones asilares: reconociendo la existencia de *pacientes sociales*<sup>36</sup> y la iatrogenia<sup>37</sup> institucional. Se preocupará más por generalizar el acceso al sistema de salud que por la pluralidad en la noción de salud, sin embargo, reconoce la multiplicidad de abordajes terapéuticos, de tipo psico-social: psicoanalítico, individual o grupal, comunitario, etc. Continúa concibiendo la salud como un espacio distinguible, aunque interrelacionado de otros espacios como la educación, cultura, acceso a la vivienda, etc. No desconoce las particularidades históricas en las que la subjetividad se inscribe. Establece su relación con ciudadanos entendidos como sujetos de derecho, politizando el acceso a la salud. La ley Nacional de Salud Mental de Argentina es en buena medida deudora de esta vertiente:

*“El complejo entramado de infraestructura institucional diseñado por la LNSM responde a las necesidades de un modelo que reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos,*

---

1973)

36 Se entiende que son *Pacientes Sociales* las personas que se encuentran internadas en instituciones psiquiátricas sin un fundamento terapéutico. La cronificación propia del modelo manicomial, así como la falta de acceso al trabajo u la vivienda son algunos de los principales motivos para estos pacientes sociales. “*estar en un manicomio, no siempre es estar loco. De los años que estuve internada en Montes de Oca, tres meses los pasé con la patología psiquiátrica, los tres años restantes fui una paciente social*” (WAGNER, 2007, pag 3)

37 Iatrogenia: se refiere a los efectos adversos causados por o resultantes del tratamiento médico.



*socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la vigencia de los derechos” (SABIN; RIBEIRO; DÍAZ; GIGLIA. 2015, pag 9)*

En este modelo, se deja de emplear la noción “enfermo mental” o “trastorno mental” por considerarlas patologizantes al reducir la salud mental a un criterio específicamente psiquiátrico. Los términos utilizados para referirse a las personas son: *Usuarios de los servicios de Salud Mental* o *personas con padecimiento psíquico*. También se abandona progresivamente el término *paciente*.

El modelo social de la discapacidad reconoce que existe un proceso social por el cual el medio incapacita a ciertas personas en función de su diversidad funcional o neuronal. La diversidad o divergencia de la norma no es comprendida por este modelo como constituyendo en si misma el fundamento de la discapacidad. Es lo que hace el medio, la comunidad o la sociedad con la divergencia lo que va a constituir la como discapacidad.

En el caso específico del modelo manicomial, durante casi un siglo las personas diagnosticadas como “enfermas”, ora como poseyendo un trastorno mental, ora poseyendo una discapacidad cognitiva o neuronal fueron consideradas a la par como jurídicamente incapaces. En esta asociación entre neurodiversidad e incapacidad jurídica, la modernidad capitalista incapacitó a un gran número de personas que son potencialmente capaces. Puesto que nos encontramos en un momento en que emergen las luchas por los derechos o por la autonomía de las personas diagnosticadas, debemos reconocer el conflicto histórico entre la medicina moderna y las voces divergentes al momento de determinar qué es lo que puede o no puede una persona (su capacidad).

La lucha para contrarrestar la exclusión social producida por el sistema manicomial discapacitante debe ser activa en el sentido de reformar tanto los principios como el funcionamiento cotidiano del orden jurídico, sanitario y administrativo.<sup>38</sup>

### **c) Límites de los modelos Moderno/coloniales<sup>39</sup>**

Los modelos anteriormente descritos son propiamente modelos surgidos al interior de la modernidad/colonialidad. Éstos conviven, por momentos de forma conflictiva, con otros modelos que trascienden los límites de la modernidad/colonialidad. No es mi objetivo aquí hacer una

---

38 Este es el sentido de la creación de la Ley Nacional de Salud Mental y del Plan Nacional de Salud Mental. Sin embargo, estudios recientes muestran las dificultades para transformar a nivel jurídico la práctica discapacitante del sistema manicomial.

39 La psiquiatría transcultural critica el presupuesto presente en la psiquiatría y en la etnopsiquiatría clásica que las categorías diagnósticas occidentales son libres culturalmente. (DE ALMEIDA FILHO; ÁVILA COELHO; TOURINHO PERES, 1999)

descripción exhaustiva de estas otras concepciones, emprendimiento que sería irrealizable pues la variabilidad es inmensa y mi desconocimiento infinito. Quisiera sin embargo, señalar algunas cuestiones.

En las concepciones del cuerpo donde éste trasciende el cuerpo tal como se lo comprende en la modernidad, los límites no están situados en el individuo. La noción de individuo es posiblemente un producto cultural de la modernidad. El individualismo, como ideología dominante que realiza una representación obsesiva del individuo en tanto núcleo de lo social (todos los demás elementos cobran sentido en tanto se refieren al elemento atómico que es el individuo) (DUARTE, 1998b), es ciertamente un producto cultural de la modernidad/colonialidad. En otras concepciones sobre la persona, no se reconoce necesariamente la división cuerpo/mente, ni la división individuo/ambiente. La persona es concebida como integridad e integrada al ambiente, siendo parte de éste.

### **i. Las perspectivas territorial-comunitarias**

Más que de una, se trata de diversas comprensiones sobre el vivir bien o el buen vivir. En estas concepciones, extendidas en pueblos por todo el mundo, la salud mental no es separable del resto de los elementos que hacen a una buena vida. Los buenos vínculos con otras personas y seres son determinantes. La espiritualidad o religiosidad no se encuentran separadas de la salud. No hay una separación entre naturaleza y cultura o ésta se da de formas diversas que no responden al modelo normativo moderno. El ambiente, el territorio, los alimentos, son entendidos como parte de lo que construye salud. La salud es un desafío colectivo: el cuidado de la otra es cuidado de sí, en la medida en que las relaciones entre seres son de respeto o reciprocidad. Estas comprensiones no se expresan de forma aislada, proliferan entre las fisuras del régimen colonial/moderno y más allá de su alcance.<sup>40</sup> El despojo territorial, la devastación del ambiente entendido como seres y no como medio, es comprendida como causante de enfermedades y trastornos.

### **ii. Perspectivas anti-psiquiátricas**

---

<sup>40</sup> Es propio, pues de la modernidad/colonialidad, tal como la concibo en esta investigación, el intento de anulación de otras formas de vida posibles. Esta anulación sin embargo, jamás ha sido definitiva, lo que nos permite reconocer proyectos propiamente indígenas dentro de la modernidad. Con todo, es importante destacar que no se trata aquí de esencializar lo indígena o colocarlo en el pasado como pre-moderno. Los procesos civilizatorios y culturales indígenas coexisten en el espacio tiempo de la modernidad.

Surgen como rechazo activo en aquellos territorios y cuerpos donde el modelo médico hegemónico se instaló de forma violenta. La noción de Salud Mental no están frecuentemente empleada, aunque si la encontramos en algunas perspectivas anti-psiquiátricas, como es el caso de (COOPER, 1985):

*"Las luchas concernientes a la salud mental deben insertarse en el conjunto de las luchas de los trabajadores por la defensa de la salud y en forma coordinada con todas las luchas de las fuerzas sociales y políticas por la transformación de la sociedad. No se trata para nosotros de obtener tolerancia para la locura, sino de hacer comprender que la locura es la expresión de las contradicciones sociales contra las que debemos luchar como tales. Sin transformación de la sociedad no hay posibilidad de una psiquiatría mejor, sino sólo de una psiquiatría opresora." (COOPER, 1985, pag. 32)*

Desde esta perspectiva, la locura pensada como experiencia legítima debe ser liberada de la conceptualización de la psiquiatría como “enfermedad”. Se reconoce el potencial subversivo de la experiencia de la locura y se lucha por su liberación. *"La salud mental, tal y como yo la concibo, es la posibilidad para todo ser humano de comprometerse no solamente hasta el corazón de la locura, sino también en el corazón de toda revolución, encontrando en esta vía una solución a la preservación del Yo"* (COOPER; 1985, pag. 42)

Esta perspectiva, diferente del modelo social de la discapacidad, tiende a hacer énfasis en las potencialidades de la locura, dotando de sentido a esta experiencia sin reducirla al padecimiento<sup>41</sup>:

*"Mi locura debería ser para el médico urbano un doloroso rito de pasaje del niño al hombre. Pero los médicos urbanos no quieren aceptar que la locura es el rito que se hace cuerpo. Los ritos no pueden desaparecer, están en la sangre del hombre. Aunque casi vacíos de sentido, los seguimos practicando. (...)*

*"la gran pregunta que puede hacerse quien se ha vuelto loco, es qué es lo que fue a buscar al regresar a la locura. Yo no estoy ni soy loco, pero sí me volví loco para recuperar algo que la cultura, la sociedad y el estilo de vida urbana me habían quitado: los estados extraordinarios de conciencia. Estos estados de trance y de conexión con la naturaleza y el misterio que muchos ingenuamente persiguen torpemente en las drogas. Deberíamos recuperar profundamente el valor creativo, potente y positivo, que antiguas culturas asignaron durante miles y miles de años a los estados extraordinarios de conciencia"* (ROBINSON, 2014, pag. 32)

---

<sup>41</sup> *"Mais uma vez, os fenômenos associados ao que se pode chamar de 'doença mental' se impõem à reflexão. Sua relação freqüente com crenças ou explicações 'religiosas', por um lado, ou com anifestações do 'cultivo de si', tais como a criatividade artística ou o consumo de drogas, por outro, demonstram o quanto são cruciais para a vida humana e podem distanciar-se da negatividade do 'patológico'". (DUARTE, 1998b, pag. 13)*

Desde esta perspectiva, la locura no puede ser sinónimo de enfermedad o trastorno. Se trata de un acontecimiento, y la forma en que este acontecimiento se experimenta y la forma en que el medio permite que se desarrolle va a determinar que se haga de forma *Saludable*.

*“Experimentar otra locura, no necesariamente enferma” (...) “vivir la razón de otra forma, incorporar a ésta el inconsciente, ampliar la percepción de realidades paralelas (...) las experiencias extraordinarias fueros extraídas de la vida, de la salud e incluso del arte para ser desterradas en la enfermedad, la muerte, la maldad o el miedo” (ROBINSON, 2014, pag 67)*

#### **d) Modelo neo-liberal o la falsa vertiente holística**

“*Salud es Todo*” es un eslogan de una aseguradora privada en Buenos Aires. Se trata de una supuesta comprensión holística que no genera una crítica al modelo económico dominante, es subsidiaria y dependiente del modelo de devastación de las condiciones necesarias para la vida sana en comunidad. Es propia de una construcción de persona individualista y de una concepción mercantilista de la salud: quien cuente con medios económicos necesarios, podría garantizarse una vida sana: un ambiente libre de contaminación, acceso al cuidado y a terapias alternativas. Quienes no cuenten con medios económicos serán explotados o expropiados sin más. Es falsamente holística pues esta concepción neo-liberal de que *la salud es todo* desconoce que si se accede a un ambiente sano a costa de la destrucción del ambiente de otra o de otros seres, se estará enfermando la vida.<sup>42</sup>

## **II. Representaciones del padecimiento subjetivo:**

### **a) Representación del padecimiento como enfermedad mental y como identidad:**

Esta representación<sup>43</sup> respeta la noción psicopatológica de enfermedad mental y tiende a comprenderla como parte constitutiva e inseparable de la persona que la padece, haciendo emerger

---

42 “La mutación de un modelo puede llegar hasta la inversión en su contrario. Un nuevo modelo es en realidad la revitalización sobre nueva forma de un modelo rechazado.” (LAPLANTINE, 2010, pag. 45)

43 “É certo, em todo o caso, que os objetos do mundo social podem ser percebidos e enunciados de diferentes maneiras porque, como os objetos do mundo natural, eles comportam sempre uma parte de indeterminação e de vago (...) e também porque, enquanto objetos históricos, estão sujeitos a variações no tempo, estando a sua significação, na medida em que se acha ligada ao porvir, em suspenso ela própria, em tempo de dilação, expectante e, deste modo, relativamente indeterminada” (BOURDIEU, 1989)

el sujeto enfermo. Permite a alguien afirmar: yo soy depresiva. Yo soy esquizofrenica. La idea de la enfermedad es inseparable de la idea que se tiene sobre la persona, pasando a conformarse como parte de su identidad. Común en el lenguaje médico<sup>44</sup>, se extiende como representación en la medida que avanza la medicalización de la vida<sup>45</sup>.

### **b) Representación del padecimiento como enfermedad mental y como entidad mórbida:**

Esta representación respeta la noción psicopatológica de enfermedad mental, pero entendiéndola como una entidad, dissociable de la persona. Cuando una persona afirma: yo *tengo* depresión, o *tengo* esquizofrenia, hace referencia a la enfermedad como entidad. Este tipo de representación aparece en el lenguaje médico y el no médico, la posibilidad de dissociar la entidad mórbida del resto de las características de la persona permite una cierta autonomía frente al diagnóstico.

### **c) Representación del padecimiento como acontecimiento:**

*“La Locura no es condición del ser, sino del estar”* (ROBINSON; 2014, pag.47)

Esta representación de permite a alguien afirmar: yo estuve/estoy loco, yo estoy/estuve deprimida. Yo estoy/estuve esquizofrenico. Se trata de una representación que, manteniendo o no la noción psicopatológica de enfermedad mental, asume el padecimiento como proceso. Esta representación consigue disputar el poder médico en la medida en que asume que en cualquier padecimiento existe una posibilidad de recuperación. Aunque la percepción subjetiva sea la de un acontecimiento doloroso, si se trata acontecimiento y no una identidad o una entidad extraña, es posible que dicho acontecimiento sea superado:

*“Tampoco la locura es permanente, como dice Panero<sup>46</sup>: la locura es un estado provisorio”*  
(WAGNER, 2007, pag 2)

---

44 También encontré esta forma de representación entre algunas personas del campo de la psicología.

45 *“As imprecisões e vicissitudes da categoria 'doença mental', criada para abarcar a maior parte das antigas formas da 'loucura' no Ocidente, bem demonstram as dificuldades de se estender a convenção fiscalista da 'doença' para as formas globais do 'sofrimento'.”*(DUARTE, 1998a)

46 Leopoldo María Panero, poeta español internado en manicomios desde hace 30 años.

*¿Uno es loco o está loco?  
¡That is the question!  
Yo tengo claro que estoy loca, a veces...  
Aproximadamente cada dos años,  
exactamente cada veintidós meses.  
La primera vez fue hace diez años.  
Ya estuve loca cinco veces.  
Es bueno tener las cosas matemáticamente claras,  
Especialmente, si a la locura se refiere.  
Cinco brotes psicóticos.  
Marisa Wagner <sup>47</sup>*

#### **d) Rechazo del diagnóstico:**

Esta representación disputa activamente el poder médico negándose a reducir el acontecimiento vivido o la forma de ser a una categoría diagnóstica. No se piensa en términos de enfermedad lo que está sucediendo. En algunos casos, como es el de la antipsiquiatría de Tomas Szasz (SZASZ, 1974), se llega a negar la existencia de las enfermedades mentales. En otros casos, como el de Franco Basaglia, no se afirma que la enfermedad mental no existe pero se critica el concepto de enfermedad mental. Entendiendo que la locura es una situación humana,

“El problema es cómo afrontar esta locura, qué comportamiento debemos tener nosotros los psiquiatras frente a este fenómeno humano, cómo podemos responder a esta necesidad. Hemos visto que todas las respuestas dadas hasta ahora fueron equivocadas y que la enfermedad mental como racionalización de la locura es un concepto absurdo, no equivocado, absurdo: la esquizofrenia en cuanto tal es una simple etiqueta que me sirve para establecer una distancia y por lo tanto un poder sobre el esquizofrénico”. (BASAGLIA, 2008, pag. 152)

Es fundamentalmente en la lucha anti-manicomial y de la anti-psiquiatría donde se encuentra la práctica y la teoría para disputar con el poder médico la representación sobre el

---

<sup>47</sup> Marisa Wagner, Poeta, escritora y loca. Se desempeñaba como docente en la Escuela de Psicología Social que conduce Alfredo Moffatt y forma parte del Frente de Artistas Externados del Borda. Pasó parte de su vida internada en distintas instituciones psiquiátricas y ha vertido esa experiencia en su literatura.

acontecimiento. Como desarrolla el anti-psiquiatra David Cooper (COOPER, 1985), se trata de revertir el orden del conocimiento para entender cómo han operado las categorías diagnósticas sobre las personas.

Desde este enfoque, el modelo "enfermedad" no es el más adecuado en el campo de la esquizofrenia: T. S. Szasz aplica a la esquizofrenia el término *panchreston* (que lo explica todo). Sugieren que la palabra esquizofrenia casi no ha servido más que para ocultar el problema real. Sostiene que no hay pruebas inequívocas que justifique la inclusión de la esquizofrenia como una enfermedad más en el campo de la nosología médica.

Desde la anti-psiquiatría, Cooper formula la siguiente hipótesis:

*“la esquizofrenia es una situación de crisis microsocia l en la cual los actos y la experiencia de cierta persona son invalidados por otros, en virtud de razones culturales y microculturales (por lo general familiares) inteligibles, hasta el punto de que aquélla es elegida e identificada de algún modo como "enfermo mental", y su identidad de "paciente esquizofrénico" es luego confirmada (por un proceso de rotulación estipulado pero altamente arbitrario) por agentes médicos o cuasimédicos. (...) no postulo ningún defecto primario en el futuro paciente; postulo en cambio un fracaso demostrable en el campo microsocia l de personas en relación”*  
(COOPER, 1985, pag 56)

En buena medida, Alan Robinson también defiende esta postura, al impelirnos a “*devolver el diagnóstico*” a los psiquiatras. (ROBINSON, 2014),

*“Llegará un momento en que los psiquiatras y psicólogos, pierdan el poder de policía de la conducta que actualmente ejercen en su gran mayoría. Llegará el día en que tengamos derecho al delirio. Llegará un día en que el miedo deje de dominar nuestras conductas sobre la salud mental”.*  
(ROBINSON 2014, pag 20)

### **Sobrevivientes de la psiquiatría:**

Así comienzan a nombrarse algunas de las personas que por diferentes motivos han sido expuestas a tratamientos del Modelo Médico Hegemónico, comprendiendo que éstos han significado una violencia sobre sus vidas.

**‘Acá no hay Salud mental ni a gancho’**

Esa es la expresión<sup>48</sup> que utilizó Claudio para describir al neuro-psiquiátrico provincial de Córdoba.<sup>49</sup> Claudio es conductor en la radio Los Inestables, ex interno del H.N.P, sobreviviente del sistema manicomial, miembro de la Asociación de usuarios y de la Asamblea Permanente en defensa de la Salud Mental. La expresión la usó durante una discusión de la Asamblea, en la que denunciábamos la muerte de un joven ocurrida en el H.N.P.

El joven había sido internado tras un intento de suicidio en el ala psiquiátrica del hospital general La Maternidad. De allí lo trasladaron al H.N.P. Un domingo, la única persona que se encontraba de guardia en todo el hospital decide colocar al joven en una sala de contención. Allí dentro, el joven se suicida ahorcándose con una cuerda que fabricó con pedazos de colchón.

Claudio nos explica que las salas de contención existen en el H.N.P. desde que él se encontraba internado. Se trata de salas específicamente diseñadas para encerrar a las personas individualmente, aisladas del resto de los internos. Estas salas no cuentan con sábanas ni frazadas a pesar del frío para evitar que los internos que allí son encerrados se suiciden. A pesar de que la legislación vigente prohíbe explícitamente la existencia de salas de contención, constatamos con la muerte de un joven que esta práctica manicomial aún se utiliza.

La inexistencia de equipos interdisciplinarios de guardia en el hospital, la decisión de encerrar a una persona en situación de sufrimiento, la deficiencia sistemática del sistema de salud para acompañar la situación del joven, el silencio de las autoridades del hospital ante lo sucedido, se constituyen como violaciones a los derechos humanos, aunque al sistema donde ocurren se le nombre como *sistema de salud mental*. A esto se refiere Claudio cuando dice “*salud mental ni a gancho*”.

#### **SIN EUFEMISMOS<sup>50</sup>**

*A esto*

*Me gusta llamarlo*

*-sencillamente-*

*hospicio o manicomio.*

*Siempre rechacé los eufemismos.*

*Es como que viene mejor*

*llamar las cosas por su nombre*

---

48 Expresión de la jerga argentina, en portugués podría traducirse como “*saude mental nem fudendo*”

49 En adelante, H.N.P.

50 Wagner hace referencia a los diferentes cambios de nombres que sufren las instituciones que no necesariamente viene acompañado de una transformación en su funcionamiento. Por ejemplo, aunque el Borda ahora se llame Hospital Psicoasistencial Interdisciplinario, sigue siendo un manicomio.



*al pan, pan  
y al vino, vino.  
Y a las pastillas  
chaleco químico.  
Y aquello tan viejo y tan cierto,  
que uno está loco  
pero no come vidrio.  
Tal vez tenga el mundo  
una visión,  
un tanto escatológica,  
un tanto descarnada,  
un tanto, tal vez, parcializada ,  
pero bueno...  
por algo estoy en el hospicio.*

**Marisa Wagner**

### **III. Lo manicomial**

*“escribo parte de la historia de mi locura, porque es una de las ultimas formas que tengo para mantener mi dignidad mental (...) cuanto te quitan la razón, te desautorizan, te invalidan, te incapacitan, cuando los responsables del sistema de salud deciden que tus palabras y tus ideas no se adaptan a sus convenciones sobre la realidad y tenés que ser encerrado porque sos un riesgo potencial para la sociedad, te vencieron.”  
(ROBINSON, 2014, pag. 23)*

*" El terror actúa poderosamente sobre el cuerpo a través de la mente, y ha de emplearse en la cura de la locura" Doctor Benjamin Rush, padre de la psiquiatría norteamericana, 1818.*

Propongo que nos detengamos un poco para intentar definir lo propio del dispositivo manicomial. El manicomio como institución no se comprende sin una comprensión de la lógica manicomial que se inscribe en las practicas de las personas que hacen a la institución. Esta lógica se encuentra extendida dentro y fuera de los muros del manicomio. Es una de las formas en la que se estructura la dominación. ¿Qué es lo propiamente manicomial? El silenciamiento de los usuarios,

según Ricardo Albarqñue<sup>51</sup>. La manicomialidad en el ejercicio del poder guarda una relación con la construcción de una subjetividad específica, formada por criterios culturales específicos, valores propios de la modernidad. La temporalidad lineal, la racionalidad productiva, la regulación de las pasiones, los principios de eficacia y utilidad, son algunos de los criterios para establecer el valor de las personas en la lógica moderna y androcéntrica. El silenciamiento de las voces que hacen proliferar la multiplicidad, dentro y fuera de sí se torna un marco normativo para el reconocimiento social. Estos son mecanismos de control típicamente manicomiales.

Lo manicomial es estrictamente colonial: implica suponer la necesidad de una única forma de vida, que tienda a la homogeneidad y que tienda a imponerse sobre las otras. La proliferación de la multiplicidad, cultural y subjetiva, es entendida desde la lógica manicomial como un riesgo para el orden social. La desviación de la norma social, establecida de forma diferenciada según el lugar que se ocupa en la estructura colonial implica sanciones en las que se ponen en juego, los saberes científicos legitimados y las instituciones y aparatos represivos del Estado. Lo manicomial es, pues, un esfuerzo moderno en el sentido de conseguir controlar los flujos vitales para evitar las variables propias del desacuerdo social. En casos extremos, este esfuerzo hará uso de la violencia explícita para tal fin. Sin embargo, por su propio objetivo, la lógica manicomial es en sí misma violenta. La violencia sutil del auto examen y del autocontrol tiene consecuencias dolorosas. Significa, al mismo tiempo, la imposibilidad de generar formas de vida que rompan con la lógica instituida, incluso cuando ésta lógica es reconocida como injusta o limitante. Calificar a otras formas de vida, individuales o colectivas como locuras o irracionalidades es propio el poder manicomial.

Es necesario reconocer, sin embargo, que existe una función para dicho poder. La instalación y difusión de la lógica manicomial ha resultado funcional a una clase específica, para reproducir un orden social que les resulta beneficioso. Esto puede ser mejor comprendido cuando se analiza qué es lo que históricamente se ha definido como irracional y qué es lo que se ha definido como racional y a qué forma de vida responde este criterio. De la misma manera, analizar los que ha sido históricamente definido como enfermedad o trastorno y de dónde emerge dicha definición nos da señales de quienes estaban en posición de enunciarse como sanos.

De igual importancia para entrever la función de clase del poder manicomial es atender a lo que ha sido considerado como causante de la enfermedad. Es en beneficio de éste análisis que introduzco intersecciones posibles entre el poder manicomial y la estructura capitalista, heteropatriarcal y racista de la dominación. En otras palabras, la única razón por la cual la violencia

---

51 Ricardo Albarenque, artista, pintor, escritor y cantante. Miembro de la Asociación de Usuarios del H.N.P. y cofundador del Frente de Artistas del Borda. Internado en hospitales psiquiátricos desde 1984.

capitalista, la violencia de género y la violencia racista no han sido propiamente atendidas como causas del padecimiento subjetivo es el compromiso de la lógica manicomial con la manutención del capitalismo, del patriarcado y del racismo estructural. Mas adelante, buscaré ilustrar cómo esta complicidad opera en ejemplos concretos.

Sostengo que para entender el funcionamiento de los dispositivos manicomiales debemos ampliar el foco y no centrarnos exclusivamente en los manicomios. Si bien en los manicomios u hospitales psiquiátricos monovalentes son de alguna forma el paradigma del modelo manicomial, los dispositivos manicomiales funcionan de forma diseminada, articulándose en un campo mucho mas grande de relaciones.

### **a) Manicomialidad del saber**

*“Los psiquiatras son una extraña especie de médicos que, se supone, tienen intenciones de mejorar la calidad de vida y el bienestar de sus pacientes. Sin embargo, en una sociedad justa la mayoría de ellos debería estar presos por privación ilegítima de la libertad y asociación ilícita, que es lo que hacen cuando internan a los pacientes.”*  
(ROBINSON, 2014, pag 23)

Es propiamente manicomial cualquier metodología que que observa y analiza a una otra persona sin buscar entablar una relación de reciprocidad. Es propiamente manicomial cualquier conclusión que se desarrolle teniendo como fundamento esta metodología. En este proceso, donde se pretende distinguir quien es el sujeto del conocimiento y quien es mero objeto estudiado, se objetifica a las personas. Se desconoce, además, una parte del conocimiento que es siempre relacional. La situación actual de las instituciones psiquiátricas son una muestra viva de lo equivocado que es este camino para una comprensión de la realidades que lleve a vidas sanas o buenas. Los vínculos, cuando parten desde la lógica manicomial, esto es, del no reconocimiento de la otra en tanto persona y en tanto sujeto de conocimiento, nacen desiguales.

Lo propio de la lógica manicomial es tratar a las personas como cosas o números. La biopolítica en general, a partir de la noción de estadística, es una función del poder manicomial. Las instituciones educativas, en su funcionamiento moderno y contemporáneo conforman parte de los dispositivos manicomiales, en la medida en que se fundamentan en un intento de homogeneización y regulación. Si su función es crear al individuo “sano” o moralmente correcto, la función de los asilos es intervenir cuando éste individuo no emerge a pesar del esfuerzo invertido. Así, ambas instituciones son interdependientes. La modalidad moderna del empleo de la lógica manicomial en

las instituciones educativas eran las duras sanciones al comportamiento desviado: tortura física o encierro. La modalidad contemporánea del empleo de la lógica manicomial en las instituciones educativas es el diagnóstico por Trastorno de Déficit Atencional con hiperactividad<sup>52</sup> y la medicación compulsiva de la niña o el niño.

*“A idéia de uma ciência neutra é uma ficção, e uma ficção interessada, que permite fazer passar por científico uma forma neutralizada e eufêmica, particularmente eficaz simbolicamente porque particularmente irreconhecível, da representação dominante do mundo social.”*  
(BOURDIEU, 1976, pag 8)

El saber funcional a los dispositivos manicomiales ha funcionado manteniendo como supuesto una idea normativa del ser y por tanto, se ha preguntado por la razón de la anormalidad, establecida como dato objetivo y con la razón práctica de corregirla. Dentro de este saber se pueden encontrar contribuciones de la psiquiatría, de la criminología, de la psicología y las ciencias sociales. Evidentemente, la Antropología como disciplina científica jamás estuvo exenta de su función manicomial. La tendencia a establecer a la locura como el *otro*, transformando a los usuarios del sistema de salud en meros objetos de estudios u *informantes*, ha recreado la relación colonial entre la supuesta particularidad primitiva y la supuesta universalidad del sujeto colonizador. Esta diferencia epistémica se reproduce en la antropología contemporánea, comprometiéndola como saber poder funcional a los dispositivos manicomiales.

*“las ciencias humanas parece que se han especializado en la focalización de lo normal respecto a lo patológico, del comportamiento correcto respecto al desviado o criminal” (...)* “Estas disciplinas, nacidas en nombre del hombre y de su liberación, han tenido la función de determinar los comportamientos “normales”, de definir los límites de la norma, de controlar a través de la terapia y la reclusión las desviaciones, no sobre la base de las necesidades del hombre (es decir de las necesidades de todos los hombres, comprendidos aquellos que se desvían), sino como respuesta a las exigencias de la ley económica, a las necesidades del grupo dominante, que debe tener bajo control a la mayoría, para garantizar la propia supervivencia. De este control los intelectuales y técnicos de las ciencias humanas han sido los legitimadores” (BASAGLIA, 2008, pag 72)

De la misma manera, los saberes *psi*, se encuentran hoy en una posición límite con respeto a los dispositivos manicomiales. Muchas veces apuntada como una redefinición en el sentido de poner

---

<sup>52</sup> Trastorno de Déficit Atencional con Hiperactividad o Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD), como clasificado por el DSMIV y DMSV, es considerado un trastorno del desarrollo (DSMV, pag 59).

el énfasis en el otro polo del par moderno alma/cuerpo, las ciencias o saberes *psi* constituyen hoy parte del parámetro hegemónico en la definición del mal estar. Si no revisan su práctica y su base teórica, los profesionales de estas disciplinas pueden ejercer su función acoplándose a los dispositivos manicomiales sin alterarlos en su lógica de funcionamiento. En el siguiente capítulo me detendré en un análisis de la manicomialidad presente en el área de la psicología a partir de experiencias durante mi trabajo de campo. Si no buscan activamente desarraigarse de su historia moderno/colonial los saberes *psi* tienden a reproducir una lógica propuesta por la modernidad, ya que como apunta Duarte:

*“Os caminhos da “saúde/doença” no Ocidente foram assim constrangidos por essas balizas: por um lado, a racionalização cientificista aplicada à natureza em geral e à corporalidade em particular (e à defesa radical de sua integridade material) produziram o que se chama agora de Biomedicina, com todos seus benefícios e fraquezas. Por outro lado, a interiorização auto-responsabilizante produziu os múltiplos saberes “psi”, com suas eventuais propostas terapêuticas mais ou menos antagônicas com as ambições da Biomedicina de ocupar através dos “nervos” e do “cérebro” também as perturbações morais”<sup>53</sup> (DUARTE; 1998b, pag 20)*

Sin embargo, en la disputa entre campos de conocimiento, la antropología y la psicología aún establecen una relación de subalternidad con relación a la Psiquiatría, pues está última extrae su legitimidad del hecho de provenir de las ciencias Médicas, de cuño Positivista.

*“las relaciones entre psiquiatra y paciente es una relación de poder, de coerción y de manipulación a través del miedo, en la que el opresor es pos supuesto, el medico. El medico es quien infiere el temor en el paciente son sus conocimientos estadísticos advirtiéndoles de lo que le puede pasar potencialmente” (...) el solo hecho de tener miedo a que el psiquiatra tenga razón ya implica enfermarse, porque la energía del paciente se desvía hacia el afuera, donde supuestamente hay una verdad, un conocimiento científico.” (ROBINSON, 2014, pag 57)*

Denomino *Manicomialidad del saber* a este proceso por el cual los saberes son jerarquizados en función de la legitimidad histórica que la medicina en tanto ciencia positiva de Estado adquirió. La legitimidad de los saberes para determinar una verdad sobre este campo se establece en función a la proximidad con el campo de la medicina. Así tenemos una jerarquía que va desde las disciplinas médicas, teniendo por debajo a la psicología. Incluso menos legitimados son

---

53 Nótese que Duarte emplea el concepto *Perturbações Morais* para referirse a lo que en este trabajo comúnmente se nombra como *padecimiento subjetivo*.

los saberes de otras áreas como la asistencia social, las acompañantes terapéuticas. Ya los conocimientos que no provengan del campo académico, que guarden relación con tradiciones no modernas o con otras modernidades no eurocentradas son completamente desconsiderados. En esta jerarquía, la figura del paciente, por ser pensado como objeto a ser intervenido y para establecer la docilidad, es quien no sabe. El *loco* o el *insano* es concebido por la manicomialidad del saber como un ser irracional y su verdad debe ser destituida para establecer la legitimación de la intervención. La legitimación un único saber tiene implicaciones, como se verá, al momento de determinar la verdad sobre un cuerpo (*manicomialidad del ser*) y al momento de intervenir (*manicomialidad del poder*).

### **b) Manicomialidad del ser**

*“Luego de volverme loco, empecé de a poco a preguntarme cómo quería estar en el mundo, mas que quien quería ser en el mundo, sobre todo porque aquello que yo entendía como conciencia, sujeto, e identidad entró en crisis luego de volverme loco”*<sup>54</sup>(ROBINSON, 2014, pag 48)

Ya ha sido largamente demostrado que la noción de individuo es propiamente la forma en que se elabora la subjetividad en la modernidad. La representación de la persona individualizada moderna:

*“e sua corte de efeitos concomitantes: a racionalização e afastamento do sensível, a fragmentaçãodos domínios e a universalização dos saberes, a interiorização e psicologização dos sujeitos, a autonomização da esfera pública e a institucionalização do liberalismo em sentido lato, a intimização da família, e a autonomização dos sentidos (e, conseqüentemente, de uma estética e de uma sexualidade)”* (DUARTE; 1998b, pag 19)

Magdalena Arnao Bergero, sostiene que históricamente la noción de *locura*, se construyó como la contra-cara del individuo (contra-cara negativa, oscura). Entendido como sujeto escindido, dividido, alienado, fragmentado u enajenado (multiplicidad sin orden, caos), habiendo colocado a la razón en el centro del proceso de conocimiento, la modernidad establece la exclusión de las pasiones. En este mismo camino, se construye un paradigma de racionalidad que deja fuera la experiencia y conocimientos de los pueblos considerados “*primitivos*”, de los saberes considerados

54 *“Esta situación podría dar la impresión de que la categoría de la subjetividad propia de nuestra época está a punto de trastrabillar y de perder su consistencia, pero, si se quiere ser preciso, se trata menos de una desaparición o de una superación que de un proceso de diseminación que lleva al extremo la dimensión de la mascarada que nunca ha dejado de acompañar a toda identidad personal”* (AGAMBEM; 2007, pag 10)

“creencias paganas” y de las experiencias de expansión de conciencia consideradas como “locura”.

En este orden, naturaleza y cuerpo comparten un lugar común: lo que queda fuera de la razón. La Humanidad en la Modernidad se consolida como el imperativo de conducir el cuerpo por las vías de la normalidad o del control de las practicas del anormal:

*“Lo que los estudios históricos y culturales de la locura y de las instituciones manicomiales han sacado a la luz es la presencia de las practicas corporales como modo de sujeción, de control, de discurso hecho práctica institucional y representación en torno a la locura como monstruosidad” (...) la ausencia del cuerpo en la concepción del modo de observar la locura que parece desprenderse de la misma como enfermedad del alma, contrasta con el modo en que se imponen las practicas corporales de dominación.” (BERGERO, 2014, pag. 87)*

De estas reflexiones, Bergero extrae que es necesario “repensar hasta que punto la dicotomía cuerpo/mente ha sido para las practicas socio-culturales en la antigüedad y hasta bien entrada la modernidad, tan tajante como lo ha planteado la tradición intelectual.” (BERGERO, 2014, pag 88).

“El loco” entra en la categoría de lo incategorizable, de la monstruosidad. Es por esta imposibilidad de categorizar que el cuerpo del loco se transforma en aquel cuerpo indócil, que no puede ser moldeado por las estrategias biopolíticas y anatomopolíticas que moldean a los cuerpos “normales”. Aquí, la dominación encuentra la necesidad de encerrar, de sujetar. La indocilidad es traducida en términos políticos de la Modernidad/colonialidad como *Peligrosidad*.

En lo que denomino la *manicomialidad del ser*, debemos constantemente demostrar nuestra cordura, limitándonos a transitar por los canales que la racionalidad dominante establece.

Tanto el sujeto normal, producto de los mecanismos de disciplinamiento y control como los cuerpos indóciles son sometidos por los dispositivos manicomiales. La sujeción, es parte constitutiva del sujeto en la modernidad/colonialidad:

*“Una sujeción a un orden moral por medio de la auto regulación, del examen de conciencia, y el camino de la propia hermenéutica, tanto como la sujeción a un orden, una disciplina, una autoridad. Este punto tendrá un lugar privilegiado en el análisis de la conformación del saber psiquiátrico de Foucault, en tanto considera constitutivo del saber medico, y anterior a él, al orden disciplinario”. La sujeción propia de la terapéutica fundacional de la psiquiatría implica una microfísica de los cuerpos (practicas anteriores a conformación de saber y lugar del cuerpo) que se despliega alrededor de la sujeción de los “individuos” (los cuerpos, los*

*gestos, los comportamientos, los discursos). Cura como campo de batalla donde debe dominarse al loco” (BERGERO, 2014, pag 84)*

*“Comprendí trágicamente que no estaba encerrado en el loquero solamente. Me habían encerrado en mí mismo”. (ROBINSON, 2014, pag 41)*

Lo manicomial no puede ser comprendido si colocamos el foco en solo uno de sus polos. Lo irracional implica los límites de la racionalidad. Cualquier definición de lo racional, implica un límite, mas allá del cual se inscribe lo irracional. Lo característico de los dispositivos manicomiales es el tratamiento hostil hacia lo que se considera mas allá de la racionalidad. Esto implica una sobreestimación de la inteligencia analítica<sup>55</sup> y una presión común para mantenerse dentro de los parámetros de esta racionalidad. Así, el miedo a la locura o a la anormalidad, en sí o en terceros, es uno de los modos por los cuales lo manicomial se expresa. La vigilancia continua, principalmente la vigilancia de sí o control de sí y la contemporánea auto-administración del poder manicomial a partir de la corrección de la conducta a través de psicofármacos (PRECIADO, 2008), son algunos de los modos moleculares por los cuales la manicomialidad funciona. El sujeto moderno-colonizado, disciplinado y autocontrolado es el sujeto del dispositivo manicomial.<sup>56</sup> Es quien lo ejerce sobre sí y sobre otros. No existe una centralidad del poder manicomial<sup>57</sup>, se trata de un poder diseminado.

### **c) Manicomialidad del poder**

Reconozco una multiplicidad de mecanismos mediante los cuales opera el dispositivo manicomial, estableciendo en cada caso particular diferentes funciones de poder. Si la lógica manicomial surge en la modernidad/colonialidad capitalista, ésta guarda una relación con cada uno de los procesos que establecieron la colonialidad del poder en estos territorios. Una de las modalidades en las que el capitalismo se expandió y se expande por medio de la des-posesión de territorio. Así, tanto el alambramiento de los campos que imposibilita la vida en comunidad y la tenencia colectiva de la tierra, pasando por la planificación de las ciudades y la higiene pública de la

---

55 Razón de la desvalorización de lo onírico, de la inteligencia intuitiva y del cuidado.

56 Los dispositivos, tal como empleados por Foucault y en esta investigación, deben producir su sujeto. *“Hay, pues, dos clases: los seres vivos (o las sustancias) y los dispositivos. Entre los dos, como tercero, los sujetos. Llamo sujeto lo que resulta de la relación, por decirlo así, cuerpo a cuerpo entre los vivos y los dispositivos.” (AGAMBEM, 2007)*

57 Aunque es cierto que existen puntos nodales, como el sistema carcelario o el sistema psiquiátrico, donde este poder encuentra una infraestructura para institucionalizarse de forma centralizada



medicina social de comienzos del siglo XX (con el disciplinamiento corporal que le es constitutivo), tienen el sentido de imponer al capitalismo como única forma de vida posible, reprimiendo las formas de vida consideradas inconvenientes u improductivas<sup>58</sup> para el capital. Históricamente, el dispositivo manicomial se estableció para alejar a las personas consideradas “*insanas*”, por resultar improductivas del medio en el cual habitaban, a través de la internación compulsiva y muchas veces definitiva en instituciones de tipo asilar.

De esta forma, el Estado Moderno capitalista hizo reasignó algunos edificios construidos por la Iglesia para darles una función propiamente manicomial. Gracias a la expansión de las ciudades, hoy, algunas de estas instituciones, otrora construidas en las periferias se encuentran ocupando lugares centrales o casi centrales. Esto genera una modificación del dispositivo manicomial, en la medida en que estos asilos, hoy considerados “*Hospitales*” se vuelven edificios de gran valor inmobiliario para el Capital. Así, tenemos que algunas de estas instituciones comienzan a repensadas desde la lógica capitalista para darle un nuevo uso, estableciendo un nuevo zoneamiento urbano. Algo similar sucede en la contemporaneidad con todas aquellas actividades que se realicen en los centros de las ciudades que no resulten de interés para el gran capital. Enfatizo que esta modalidad del poder capitalista es manicomial, en la medida en que establece cuales son los criterios de uso racional del espacio según una mirada moderna/colonial y capitalista.

Esto se torna mas evidente en la persecución sistemática de los aparatos represivos del Estado a los jóvenes de los barrios periféricos de la ciudad. Como mostraré mas adelante, los componentes de clase y raciales son determinantes para que la manicomialidad del poder establezca cuáles son los cuerpos que pueden circular libremente y cuáles son lo que cuerpos a vigilar y castigar.

Distinguir lo normal de lo anormal es tarea de cualquier contexto cultural. Cómo lidiar con lo que se considera anormal es una cuestión política. El criterio de normalidad y anormalidad, en la lógica capitalista, responde a ciertos parámetros; la improductividad<sup>59</sup>, cuando no se es parte de la clase burguesa, ha sido un criterio para juzgar a la persona como *anormal*. La lógica manicomial establece que lo considerado como anormal debe ser intervenido, corregido o erradicado. Que las instituciones psiquiátricas lidien con las consecuencias de la pobreza producida por el capitalismo colonial, no es un desvío de su función original sino el desarrollo mismo de la lógica de los

---

58 *Improductivas*, desde parámetros capitalistas. Puesto que en la Naturaleza, todo es producción, incluso el delirio es producción. (DELEUZE; GUATTARI, 1973)

59 *Improductividad* que es tal si se la observa desde parámetros capitalistas. Fuera de estos parametros, todo en la Naturaleza es productivo. Incluso el delirio es producción. (DELEUZE; GUATTARI, 1973)

dispositivos manicomiales. Pero para comprender esto, debemos comprender cómo en la modernidad las nociones de anormalidad y de patología se superponen.<sup>60</sup>

Si, como afirma (DUARTE, 1998b), la categoría ontológica propia del sistema de representación moderno/occidental es el individuo (unidad indivisible), el loco, establecido como la contra-cara del individuo, como sujeto escindido, dividido, debe ser excluido del contrato social (lógica del liberalismo contractualista). Aquí se encuentran algunas pistas para entender la historia de la relación entre criminalidad y enfermedad que estableció el funcionamiento de los dispositivos manicomiales hasta los días de hoy.

Reconocer estas relaciones nos permitirá reconocer a las personas internadas en asilos y hospitales psiquiátricos como personas privadas de libertad,

*“luego de mas de 20 años tratando mi salud mental puedo asegurar que por lo general los pacientes psiquiátricos somos vistos como clientes o delincuentes. La idea de que un paciente psiquiátrico representa “un riesgo para si mismo o para terceros” es el primer y mas fuerte argumento para encerrarlo como a un delincuente que ya cometió un delio, o controlar y alterar su conducta con drogas.” (ROBINSON, 2014, pag 50)*

Otra función del poder manicomial históricamente ha sido la de hacer emerger el sujeto de la heterosexualidad como régimen político. Mas adelante me detendré en fundamentar cómo el capitalismo moderno/colonial resulta imposible sin una organización heteronormativa que asegure la dominación patriarcal. Pero lo que es tal vez mas evidente, principalmente cuando revisamos los manuales de medicina psiquiátrica del siglo XX, es la rigidez en los parámetros de género y sexuales presentes en el poder manicomial. Si la homosexualidad, el lesbianismo y la transexualidad surgen históricamente como categorías diagnósticas para definir desvíos de la norma es porque resulta necesario para la función heteronormativa de los dispositivos manicomiales pretender una normalidad heterosexual. Aunque ya no se consideren como una enfermedad a la homosexualidad y la transexualidad se encuentre en proceso de despatologización, el peso de la función heteronormativa sigue operando en los dispositivos manicomiales. Me detendré en este aspecto en el capítulo 4.

La función de poder del dispositivo manicomial que estableció históricamente la no-humanidad para las personas consideradas insanas continúa operando hoy en lo que se denomina

---

60 *“Si bien la psiquiatría se empeña en trazar líneas divisorias, en diferenciar el delirio de la ilusión, de la alucinación, es en vano creer que esas distinciones y calificaciones podrán ayudar al tratamiento del paciente, si presumimos que el paciente necesita algún tipo de ayuda” (ROBINSON, 2014, pag 51)*

*Modelo tutelar.* Esta función del poder manicomial es posible por su relación con el poder judicial. Aunque la modificación en la legislación muchas veces establezca lo contrario, las personas que son intervenidas por el poder médico, una vez obtenido el diagnóstico y principalmente cuando el tratamiento establecido es la institucionalización compulsiva, pierden paralelamente y en el mismo movimiento su capacidad jurídica. De esta manera, la persona pierde el derecho a decidir por sí. El modelo tutelar asigna a un procurador que pasa a ser responsable legal por la persona internada, mediante un juicio en el que la mayoría de las veces la persona diagnosticada no accede a su derecho a la defensa.

En la historia de los dispositivos manicomiales, la internación y el despojo de los derechos jurídicos se daban en el mismo momento. Esta particularidad del dispositivo manicomial, por su capacidad de transformar a una persona de derecho en un incapaz jurídico ha sido cómplice de diversos intereses políticos, desde el terrorismo de Estado hasta los micropoderes familiares. Esta función del dispositivo manicomial hizo posible que las instituciones fueran semejantes a cárceles donde las personas, sin haber cometido ningún delito, permanecieran imposibilitadas de salir. La falta de responsabilidad de las instituciones asilares y del poder médico para prestar cuentas a los internados de su condición guarda una estrecha relación con el funcionamiento de poder manicomial jurídica.

*“muchas veces reclame ante mi familia y los distintos psiquiatras y psicólogos la posibilidad de acceder a mi historia clínica, pero nunca la pude leer ya que supuestamente, estaba en el hospital naval archivado y era un proceso burocrático muy largo para llegar a ella.” (ROBINSON, 2014, pag 36)*

Esta situación se agrava cuando la persona internada es de ante mano susceptible a la violación de sus derechos jurídicos, como sucede con las personas marginadas por la pobreza o con los inmigrantes. En estos casos, pasar por una internación compulsiva por medio de la judicialización establece un laberinto burocrático del que muchas veces no se consigue salir.

En la contemporaneidad, estas estas funciones de poder de los dispositivos manicomiales conviven con lo que (DELEUZE, 1992) define como Sociedad del Control. La manicomialidad del poder, por tanto, encuentra nuevas vías para establecerse. Mientras las neurociencias se establecen hoy como la nueva productora de poder/saber sobre la realidad del cerebro, buscando explicar dimensiones de la vida que otrora fueron delegadas a la psiquiatría clínica, este modelo de manicomialidad funciona menos como un poder disciplinar y más como un poder de control, pues construye aparatos de verificación mercadológicos y mediáticos. En contrapartida, la administración

del poder se encuentra cada vez mas diseminada, siendo el propio sujeto producto de la sociedad de control quien se autoadministra dosis moleculares de poder a través de las pastillas (PRECIADO, 2008) que el mercado farmacéutico fabrica y que los medios de comunicación difunden.

En la medida en que las instituciones disciplinares características de la Modernidad, entre las cuales se encuentra el asilo o manicomio pierden legitimidad, el dispositivo manicomial traslada su fuerza y su productividad hacia otros campos y relaciones. Es necesario por tanto, para entender el funcionamiento contemporáneo del poder manicomial que no nos centremos exclusivamente en las instituciones de encierro. Pero debemos reconocer que estas instituciones continúan existiendo en nuestros territorios. Debemos reconocer también, el funcionamiento conjunto entre el sistema judicial, los aparatos represivos del Estado y los dispositivos manicomiales que configura lo que denomino *manicomialidad del poder*. Si históricamente se vinculó la locura a la criminalidad, hoy la noción de *peligrosidad*, representada en la ley como “*riesgo cierto o inminente contra sí o contra terceros*” continúa operando como legitimador de la represión de las personas que, sin haber cometido ningún crimen, son internadas contra su voluntad.

Solía yo decirle a la policía...  
Y citaba las fuentes,  
por si acaso creyeran,  
que les estaba hablando de pornografía...  
pero no entendían, no había caso,  
igual me llevaban detenida.  
Tampoco entendían cuando les decía  
que yo tenía una concepción artaudiana de la vida.  
Que el teatro y que la vida  
son una sola y misma cosa.  
Marche presa, repetían.  
El resto yo ya lo sabía.  
Un rato largo en el calabozo, sin agua ni comida.  
Y otro viaje en el patrullero.  
Esta vez, hasta el loquero.  
El consabido jeringazo.  
Dormir por varios días.

Despertar, pidiéndole a cualquiera un cigarrillo.  
Morirme de ganas por un mate,  
que todavía nadie me daría,  
con los advenedizos, todo el loquero  
se pone a la defensiva.  
Y de pronto...  
Empezar a tomar conciencia del naufragio.  
Una vez más todo perdido...  
Casa, ropa, agenda, documentos.  
Objetos que no son necesarios  
para hacer teatro en las esquinas.  
Animarse a seguir haciendo el recuento de las pérdidas.  
Y sentir, de golpe, una opresión terrible  
¿Dónde estará mi hijita?  
¿Quién cuidará ahora a mi chiquita?  
Y ese dolor...  
-para qué intentar contarlo-  
Es absolutamente intransferible  
**Marisa Wagner**

#### **IV. El manicomio, modelo asilar**

Usualmente encontramos como sinónimo de manicomio las expresiones hospicio o asilo. Hospicio es usualmente utilizado como sinónimo de “hospital psiquiátrico” u “hospital Neuropsiquiátrico”. Sin embargo, una mirada crítica nos permite percibir sin mayores dificultades que la mayoría de los manicomios son instituciones radicalmente distintas de los hospitales generales.

Puede ser que para profesionales del área y para todas las personas que por diferentes motivos frecuentan estas instituciones, esta diferenciación sea obvia. Sin embargo, fuera de este campo restringido, aún escuchamos hablar de “hospital” para referirse a instituciones con características manicomiales. Esta denominación tiene la función de esconder su verdadero funcionamiento como instituciones de encierro.

### **a) Hospitales Psiquiátricos Monovalentes: Instituciones de encierro.**

*“todo estaba militarmente organizado en cuanto a horarios, cumplimiento de las actividades y tareas. (...) era una cárcel, con el castigo cotidiano de tres tomas diarias de drogas.” (ROBINSON, 2014, pag 37)*

*“Cuando atravesás la puerta del hospicio entrás a un lugar sin tiempo, sin tarea. Un lugar donde todos tus derechos humanos son vulnerados y todo aquello que hagas o digas, puede ser usado en tu contra o llamado delirio” (WAGNER, 2007, pag 2)*

En su ya clásico trabajo, *Los Crímenes de la Paz*, Franca Ongaro y Franco Basaglia<sup>61</sup> se dedican al análisis de lo que identifican como violencias institucionalizadas que sirven como estrategia para la conservación del sistema social. Se dedican con mas atención a saberes donde esta violencia es manifiesta: psiquiatría, historiografía, psicología, sociología y criminología.

En los locales de encierro, lo manicomial es fundamentalmente una forma de ejercer la profesión. Siguiendo a Ongaro y Basaglia, es en estas instituciones donde los

*“(...) técnicos profesionales (o los intelectuales, para permanecer en la cita granciana) que tenían habitualmente el deber de asegurar legalmente la disciplina de aquellos grupos que no “consienten” ni activa ni pasivamente; es decir, donde el técnico se encuentra con problemas de orden público (...) Entre estos sectores encontramos el manicomio, instituto terapéutico y de control, de rehabilitación y de segregación, donde el consentimiento del controlado y del segregado es obtenido a priori a través de la mistificación de la terapia y de la rehabilitación.*

*En este sector (...) la distancia entre la ideología (el hospital es un instrumento de cura) y la práctica (el hospital es un lugar de segregación y violencia) es evidente.” (BASAGLIA; ONGARO, 1987, pag 13).*

Con esto podemos comenzar a comprender que lo manicomial es enseñado como profesión. El papel del profesional es ser un funcionario del poder, si sigue acriticamente el rol que le asigna su profesionalización. Para trabajar en estos contextos sin ser cómplice de la lógica manicomial se hace necesaria una critica radical en todas las prácticas asumidas. Durante mi trabajo de campo pude observar a funcionarios trabajando dentro de las instituciones. Observé practicas manicomiales y practicas anti-manicomiales. Un mismo profesional puede ejercer ambos tipos de prácticas,

---

61 (BASAGLIA; ONGARO, 1987)

dependiendo de la situación. Mas adelante detallo algunas de las practicas manicomiales que identifiqué en profesionales del área de la psicología y psiquiatría.

Los autores desarrollan también un análisis sobre la particularidad del manicomio como institución de patologización de la pobreza:

*“(...) La clase de pertenencia de los internados contrasta explícitamente con la universalidad de la función de la internación hospitalaria: el manicomio no es el hospital para quien sufre trastornos mentales sino el lugar de represión de ciertas desviaciones del comportamiento de los pertenecientes a la clase subalterna.” (BASAGLIA; ONGARO, 1987, pag 15).*

Es cierto que hay una historia en común entre la clínica y el manicomio. También puede reconocerse la particular adscripción de la psiquiatría a la biomedicina. Sin embargo, a pesar de esta historia en común que es necesario analizar, defiendo que la instituciones manicomiales tienen una historia específica como tales que no puede ser fácilmente extraída de la historia de los hospitales en general.

Reconocer en una institución de tipo manicomial una institución de *salud*, aún cuando se le agregue el (paradójico) adjetivo *mental*, colabora con la legitimación y por tanto con la continuidad del régimen manicomial. En sus orígenes, muchos de los hoy denominados *hospitales psiquiátricos*, funcionaban como asilos, generalmente dependientes de la Iglesia Católica, para separar a ciertas personas de la vida en sociedad. Las razones para esta separación, que constituía un encierro encubierto por las supuestas razones filantrópicas, eran diversas: enfermos considerados terminales, mujeres que ejercieran la prostitución, personas cuyas familias abandonaban, discapacidades funcionales o el hecho de encontrarse en situación de calle, sin trabajo fijo o mendigando (lo que se denominaba comúnmente como “*vagbundeó*”). En definitiva, los criterios para asilar a las personas eran explícitamente valores culturales ligados a la productividad capitalista y patriarcal. Las personas consideradas *insanas* constituían una parte de la población de estos asilos. Una persona podía ser considerada insana tras la internación forzada de alguno de sus familiares.

Cooper (COOPER, 1985) realiza un análisis de lo que denomina un modo de Invalidación social propia de la internación psiquiátrica. La invalidación de la persona, una vez diagnosticada, se da en dos sentidos: primeramente se busca que la persona rotulada se ajuste progresivamente a la identidad pasiva (paciente), se asuma inerte e invalido. Segundo, por un proceso por el cual todo acto afirmación y experiencia de la persona rotulada es sistemáticamente considerado invalido de

acuerdo con ciertos criterios establecidos por su familia y posteriormente por otras personas, para producir el vitalmente necesitado paciente-invalido. Estas técnicas para invalidar a a personas tienden a justificar el aislamiento, la exclusión o el exterminio.

*“la conciencia pública exige que se emplee alguna excusa para tales acciones” (...) “ninguna técnica de invalidación puede parecer mas respetable, e incluso mas sacrosanta, que la que tiene la bendición de la ciencia medica” (COOPER, 1985)*

Las instituciones de tipo asilar se organizan asumiendo esta invalidación. Así, la persona internada pierde diversos niveles de autonomía: no decide por sí ni siquiera las cosas mas básicas, para las cuales, en la mayor parte de los casos, estaría perfectamente capacitada:

*“vive-se aquí pensando na hora das refeições. Acaba-se o café, logo anseia-se o almoço; mal se vai deste, cogita-se imediatamente no café com pão; a uma hora, volta-se e, no mesmo instante, se nos apresenta a imagem do jantar as quatro horas. Daí ate dormir sao as horas piores de passar.” (BARRETO, 2010, pag 124)*

Esta pasividad impuesta tiene efectos sobre la subjetividad de la persona internada. Para dar cuenta de estos efectos negativos y de la cronificación que las propias instituciones generan con sus prácticas se utiliza el concepto de Iatrogenia.



## CAPITULO 2:

### EXPERIENCIA DE CAMPO

Y pase  
-voy a mostrarle un mundo-  
Un contrauniverso, acaso.  
Un pedazo de realidad, que casi seguro,  
Ud. Teme y desconoce,  
y porque desconoce, teme.  
De salvoconducto,  
le vamos a pedir- es cierto-  
un cigarrillo,  
una moneda, para comprar yerba y azúcar.  
Pero vaya sabiendo...  
a veces, pedir es una excusa.  
Queremos ser mirados  
Oídos  
Saludados  
Pero si el susto no lo paraliza, todavía,  
Digo... por verse tan rodeado,  
dé otro paso...  
Le falta lo mejor, le aseguramos

**Marisa Wagner**

Llegué a Córdoba a comienzos del 2015. La principal razón de mi viaje era en aquel momento la realización de esta investigación. Por una serie de motivos, acabé desviando mi viaje hacia otros rumbos que, al tiempo que me alejaban del proyecto académico, me acercaban a una otra forma de conocer. La sierra cordobesa es una zona geográfica marcada por formaciones montañosas medianas, probablemente formadas a partir del Paleozoico inferior. En esta zona, hasta hace (relativamente) poco tiempo habitaban los pueblos Comechingón y Sanavirón, entre otros.

Entre esos montes espinados, aprendí a mirar de lejos la ciudad, a mirar de lejos a la universidad, a mirar de lejos al capital y sus instituciones. De cerca: las plantas, el río, las piedras, los pájaros y el fuego. Otra temporalidad, otro territorio posible.

Aprendí durante los años que estudié antropología, que solo un distanciamiento de lo que tenemos por habitual nos permite conocerlo con una nueva mirada. Solamente alejándonos corporalmente, poniendo el cuerpo en otras disposiciones, llegamos a extrañar lo que tenemos dado como natural. Durante los cuatro primeros meses de trabajo de campo, sin planificarlo y por razones que no me resultan del todo explicables, me sumergí en la sierra cordobesa, abandonando, en principio, el proyecto de investigación que tenía elaborado. Al tiempo, comprendería que este alejamiento, corporal y subjetivo se constituyó como un movimiento imprescindible para el conocimiento que buscaba.

Sanar con las plantas, con el río, con el fuego, con la danza que viene de la meditación silenciosa, alejada de los modos analíticos del pensar para el que fui formada y educada, la imaginación intuitiva me acercó a estados mentales propios de una experiencia de alteridad radical con mi propia construcción identitaria.

No me detendré a explicar este proceso que resulta, por lo demás, inexplicable por las vías de las palabras. Se harían necesarias otras metáforas. Pero creo necesario reconocer esta instancia, tantas veces despojada por el pensamiento analítico de su potencia creadora y de su valor en tanto conocimiento. Fue solo por permitirme este movimiento, haciendo una ruptura en la líneas duras del ser<sup>62</sup>, que pude volver a la ciudad, a la universidad, al capital y sus instituciones, extrañando lo que de ella tenía mas habituado: su temporalidad.

Digamos, para no extendernos mas, que cuando volví a la ciudad después de cinco meses, creí haberme vuelto loca.

---

62 Ruptura que, de hecho, tuvo consecuencias de orden disciplinar. Al permitirme alejarme de la Universidad en un tiempo en que ésta no lo establecía, tuve que hacerme cargo en de una serie de consecuencias. Por una parte, quien se suponía sería mi profesor orientador de tesis resolvió abandonar su orientación sin comunicármelo. Perdí el apoyo económico que me ayudaba a sostener mis estudios. Por otra parte, extender en el tiempo mi trabajo de investigación casi significa la pérdida de mi matrícula universitaria. Estas consecuencias, de orden disciplinar, solo pude sobrellevarlas y continuar estudiando e investigando por encontrarme en una situación relativamente privilegiada de clase. Estas consecuencias de orden disciplinar pesan mucho mas en las elecciones de tantas personas que, sin estos privilegios de clase, se ven forzadas a construir un pensamiento que no respeta los tiempos e instancias subjetivas del conocimiento. Tenemos aquí, una de las dimensiones por las cuales la colonialidad del saber, vinculada a las instituciones universitarias y a la lógica capitalista, tiende a imponer una forma de vida y una forma de pensamiento que le es funcional.

## 2.1. En Córdoba Capital

Una vez de vuelta en Córdoba capital, mientras buscaba dónde vivir y una forma de solventar mis gastos cotidianos, comencé a reconstruir el proyecto de investigación que había abandonado. Encontré a una persona que me dejaría quedarme en su casa un tiempo, en el barrio General Paz. Caminando por las calles para llegar a su casa, encontré el siguiente mural pintado:



Supe, al poco tiempo de haberme mudado, que me había mudado a tres cuadras del Hospital Neuro-psiquiátrico Provincial. Además, la persona que me acogió me comentó que tenía una vecina y amiga, estudiante de psicología que hacía parte de un grupo de estudios en torno a la temática de la desmanicomialización. Así, encontré al grupo de tesistas con quienes compartí durante meses. Fui ingresando poco a poco, mediante amigas de amigas, a algunas de las dinámicas de las estudiantes de psicología. Esto combinó muy bien con mi propósito inicial que era el de elaborar una antropología de la ciencia, tomando la construcción de la ciencia como un proceso cultural que se construye de hábitos cotidianos. Se fue conformando de esta forma un *locus empírico* para mi análisis.

## 2.2. Contexto político

Comencé esta investigación a comienzos del 2015, últimos meses de una época que ha sido denominada como *progresismo*. En aquel momento, estaba al frente del gobierno nacional el partido *Frente Para la Victoria*. La presidente de la nación era Cristina Fernández y a cargo del Ministerio de Salud se encontraba Juan Luis Manzur. En el momento que comencé mi trabajo la provincia de Córdoba tenía como gobernador a José Manuel De la Sota y en la capital cordobesa era Intendente Ramón Javier Mestre. En octubre de 2015, con esta investigación apenas delineada, ocurrieron elecciones nacionales. Los dos candidatos presidenciales más votados, Daniel Scioli del *Frente Para la Victoria* (37,08 %) y Mauricio Macri de *Cambiemos* (34,15%) se enfrentaron en una nueva elección. En el balotaje resultó electa la fórmula integrada por Mauricio Macri como presidente y Gabriela Michetti como vicepresidenta. Por su parte, en Córdoba, Juan Schiaretti y, nuevamente, Ramón Mestre asumieron como gobernador e intendente de la capital. Al día de hoy, se encuentra a cargo del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba Francisco Fortuna, a cargo de la secretaría de Salud Mental Emilio Filiponi.

La época progresista dejó en Argentina, entre otras cosas, la aprobación de una serie de leyes fundadas en la idea de garantizar nuevos derechos para la población. Entre estas leyes, se encuentra la Número 26.657, ley de Salud Mental, reglamentada en 2013.

El cambio que se vivió durante esos meses en Argentina, no fue solamente el de un gobierno. En lo personal, sentí las consecuencias directamente del *ajuste presupuestal*. El nuevo gobierno tomó decisiones políticas vinculadas a una lógica de reajuste fiscal de cuño neo-liberal, tomó la decisión de volver a pagar a los capitalistas que invirtieron en bonos de deuda pública<sup>63</sup>, abriendo un nuevo ciclo de endeudamiento. En paralelo, se recortaron los gastos del Estado en servicios públicos y beneficios para la población. Las consecuencias en nuestras vidas: el incremento de un 45% en el precio del gas (principal combustible utilizado en la calefacción y en la cocina en los hogares argentinos) al quitar el subsidio que el Estado brindaba. Incremento en las facturas de luz y agua, en el precio de los alimentos básicos, en el precio de los transportes.

---

63 Comúnmente conocidos como “*fondos buitres*”.

El recorte presupuestario de los servicios públicos se sumó a la suspensión de las paritarias<sup>64</sup> y a despidos masivos de miles de trabajadores del Estado. En los últimos meses, se comenzó a conocer el proyecto del nuevo gobierno para el sistema de salud público. Por decreto, se transformaría el paradigma de gestión sanitaria para un modelo llamado Cobertura Universal en Salud (CUS). Este modelo continúa con la tendencia iniciada en 2014, con el Ministro de Salud de la época, Juan Manzur. Se trata de la creación de un Sistema Nacional de Seguro de Salud para financiar prestaciones básicas en hospitales públicos o privados que competirán por los recursos del Estado con criterios de productividad. Este modelo se encuentra ampliamente cuestionado pues se reconoce observando otros países que lo han implementado que en la práctica produce el deterioro de las instituciones públicas y una mercantilización mayor de la salud.

Fue en este contexto de revitalización del capitalismo en su expresión neo-liberal que continué investigando.

### **2.3. Contexto político en el campo de la Salud Mental: Ley número 26.657, ley Nacional de Salud Mental**

Esta ley es propuesta como una herramienta jurídica para reformar aquel entramado de instituciones que dictaminan la forma en que el Estado opera en materia de lo que se denomina “Salud Mental”. Desde comienzos del siglo XIX, el Estado Argentino intervino y dispuso instituciones bajo un paradigma manicomial. La nueva ley busca orientar el accionar del Estado hacia un paradigma de Derechos Humanos, introduciendo una serie de reformas en los diversos niveles jurisdiccionales que componen el campo. Mas adelante veremos en detalle cuáles son las implicaciones de esto.

*“El complejo entramado de infraestructura institucional diseñado por la LNSM responde a las necesidades de un modelo que reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la vigencia de los derechos. El diseño de políticas públicas integrales para contrarrestar la exclusión social requiere la confluencia de distintas carteras ministeriales, en la medida de sus competencias y obligaciones institucionales.” (SABIN; RIBEIRO;DÍAZ; GIGLIA. 2015, pag 9)*

---

64 Las Paritarias son comisiones integradas en número iguales por representantes de trabajadores y empresarios que tienen la facultad de analizar puntos específicos de las relaciones laborales.

La LNSM identifica la situación de la Salud Mental como un tema de derechos humanos y considera la existencia misma del modelo manicomial como violatoria de derechos fundamentales. Establece el cierre progresivo de los manicomios, reconociendo que esto solo es posible generando planes de externación sustentable que articulen políticas de inclusión laboral, educación y acceso a la vivienda.

Busca proteger la dignidad de las personas identificadas como personas con padecimiento mental (se sustituye el término “*trastorno mental*” u “*enfermedad mental*”), haciendo hincapié en una comprensión de estas personas como sujetos de derecho: derecho a la identidad, a la dignidad, a la igualdad y no discriminación, a la capacidad y autonomía, debido proceso, garantía y protagonismo de la persona, en cualquier intervención jurídico socio sanitaria que se pretenda sobre ella.

Ante el reconocimiento de la existencia de internaciones que no se fundamentan en una terapéutica sino en la exclusión social, la LNSM, consagró: “en ningún caso la internación puede ser indicada o prolongada para resolver problemáticas sociales o de vivienda, para lo cual el Estado debe proveer los recursos adecuados a través de los organismos públicos competentes” (Art. 15, LNSM)

Un aspecto importante de la nueva legislación es que reconoce como sujetos de derechos a las personas con padecimientos mentales. Fundamentándose en un modelo social de la discapacidad, establece la distinción entre la discapacidad psicosocial y la incapacidad jurídica. En el anterior paradigma, orientado por un modelo denominado “*de sustitución de la voluntad*” o “*modelo tutelar*”, el momento del diagnóstico médico de discapacidad implicaba una sentencia jurídica por incapacidad. Esto implica desposeer a la persona de todo acceso a la justicia y tiene consecuencias económicas.<sup>65</sup> En la nueva legislación se establece un cambio de paradigma en materia de capacidad jurídica, entendiendo que la inclusión social de las personas alojadas en instituciones psiquiátricas es inseparable del ejercicio de su capacidad jurídica.

En este sentido, el nuevo paradigma tiende a garantizar la capacidad jurídica en sentido general, aunque persiste la posibilidad de que la capacidad jurídica sea anulada si se presume que la

---

65 Como se señala en el informe “*El desafío de implementar la Ley Nacional de Salud Mental*”, publicado en 2015, por encontrarse aún bajo este modelo tutelar, muchas de las personas internadas en instituciones psiquiátricas que tendrían posibilidad de una externación pero por tener una causa judicial que estableció su incapacidad jurídica se ven imposibilitadas ya que no pueden acceder a su patrimonio, administrar sus recursos y realizar contratos. Además, muchas de estas personas pasaron por una causa judicial que las considero jurídicamente incapaces sin siquiera haber sido informadas de ello y por tanto no conocen su situación judicial ni los derechos que hoy tienen garantizados por ley.

persona no está en condiciones de interactuar con su medio y esto se fundamenta en criterios biológicos que dan primacía a la mirada médica para la determinación de la capacidad.

La Ley y su decreto reglamentario delinearon roles: la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (DNSMyA) como Autoridad de Aplicación, una Comisión Interministerial en Políticas de Salud Mental y Adicciones (CI), un Consejo Consultivo Honorario (CC) y un Órgano de Revisión Nacional (ORN), como órgano de control externo y autónomo con participación de la sociedad civil.

### **i) El Órgano de Revisión Nacional**

El O.R.N. es una instancia de control y de articulación intersectorial. El sentido de la existencia de este Órgano es posibilitar una instancia con representatividad de la sociedad civil que fiscalice al Estado y al sector privado para que las instituciones trabajen en concordancia con lo establecido por la nueva legislación. El ORN tiene un lugar privilegiado en la defensa de los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud mental porque goza del poder de controlar a las instituciones de encierro. Por tanto, resulta crucial para las Organizaciones sociales que luchan por la desmanicomialización y la vida digna que se respete las bases que hacen a la autonomía e independencia del funcionamiento del ORN, manteniéndolo independiente de poderes corporativos. Si bien la representación de los y las usuarias de los servicios de Salud Mental comienza a conformarse tímidamente y con contradicciones, esta es la primera vez en que se conforma un espacio de toma de decisiones donde se tiene en consideración su perspectiva y no solamente la de las y los profesionales. Una de las dificultades para el trabajo del ORN que identifiqué durante el trabajo de campo es su carácter Nacional, lo que lo torna centralizado en la provincia de Buenos Aires. La legislación apunta a sugerir la conformación de órganos de Revisión Provinciales para posibilitar el trabajo de fiscalización.

### **ii) Salud mental en clave comunitaria y en Atención primaria en salud**

El modelo que la LNSM propone como paradigma a seguir es el de incluir la atención en Salud Mental, desde una perspectiva interdisciplinar en los centros de Atención Primaria en Salud, tendiendo así al trabajo comunitario. Reconoce el derecho de toda persona a una atención en salud

Mental acorde a sus necesidades, reconociéndonos como Usuarios y Usuarias de los servicios. Veremos, mas adelante, las múltiples dificultades que se encuentran para implementar este modelo.

### **iii) Legislación en la Provincia de Córdoba**

La Ley Provincial de Salud Mental, numero 9848. “Régimen de la protección de la salud mental en la provincia de Córdoba” fue Sancionada el 17 de diciembre de 2008 y reglamentada por el decreto Numero 1366, del 13 de Octubre de 2009.

### **iv) Antecedentes a la reforma legislativa**

*“pensar el cuerpo hoy en la Argentina es pensar el cuerpo de la crisis. Esos cuerpos estresados, enfermos, agotados, descompuestos, estallados frente a la presión insoportable de la crisis. Cuerpos privados; ya no tan reprimidos en sus anhelos eróticos o políticos, pero humillados o devastados por el hambre, por el sobre trabajo o la desocupación, o por el camino desventurado de la mera supervivencia”.* (FERNÁNDEZ, 1999)

En 2007 fue publicado, a cargo del MDRI y el CELS<sup>66</sup>, *“Vidas Arrasadas: La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos”*. Se trata de un informe que se tornó referencia para los movimientos preocupados por la desmanicomialización que comenzaron a organizar sus demandas en torno a la noción de los derechos humanos y de salud mental como un derecho humano.

En aquel momento, el informe documenta violaciones a los derechos humanos perpetrados contra las aproximadamente 25.000 personas detenidas en las instituciones psiquiátricas argentinas. *“Más de un 80 por ciento de estas personas son encerradas durante más de un año, y muchas lo son de por vida. Dos tercios de las camas psiquiátricas pertenecen al sistema público.”* (CELS y MDRI, data, 2007, pag 13)

A diez años de la publicación de este informe y con la aprobación de leyes a nivel nacional y provincial que dictaminan sobre la materia, la situación no se ha modificado sustancialmente. A excepción de algunos casos específicos,<sup>67</sup> la realidad de las instituciones que trabajan en lo que hoy se reconoce como el ámbito de la Salud Mental, continúan siendo la de violaciones sistemáticas a

---

66 MENTAL DISABILITY RIGHTS INTERNATIONAL (MDRI) y CENTRO DE ESTUDIOS LEGALES Y SOCIALES (CELS)

67 Como ejemplo de un proceso de desmanicomialización exitoso, tenemos el caso de San Luis. San Luis es la única provincia que tiene una ley sobre Prohibición de la Institucionalización. (numero I-0536), sancionada en 2006. Además, el ex Hospital Psiquiátrico de San Luis consiguió, tras un trabajo de años, lograr la externación de todas las personas que allí se encontraban. (PELLEGRINI, 2011)



los derechos humanos. Me detendré en aquellos casos de los que tuve conocimiento durante mi trabajo de campo entre 2015 y 2016.

## 2.4. El Hospital Neuro-psiquiátrico Provincial de Córdoba

### CONSEJOS PARA VISITANTES

Si Ud. Hace caso omiso  
De nuestra sonrisa desdentada,  
De las contracturas,  
De las babas,  
Encontrará, le juro, un ser humano.  
Si mira más profundo todavía,  
Verá una historia interrumpida,  
Que hasta por ahí, es parecida...  
Si no puede avanzar,  
si acaso le dan náuseas o mareos...  
no se vaya...  
antes, por lo menos,  
deje los cigarrillos.

**Marisa Wagner**

#### i) Un poco de historia

El H.N.P. es un hospital que depende del gobierno provincial. Es una de las pocas instituciones monovalentes públicas dedicadas al abordaje específicamente psiquiátrico; la única en la ciudad de Córdoba que posee camas para internación. Fundado en 1890 para servir como Asilo de Alienadas<sup>68</sup>, el ingreso de la Facultad de medicina, partir de la cátedra de Psiquiatría se da apenas en 1907.<sup>69</sup> Es en este momento en que se establecen las reformas edilicias, disponiendo rígidas

---

68 Fundado por la Sociedad de Beneficiencia, sirvió a los fines del Estado de separación y exclusión de mujeres pobres, consideradas locas y prostitutas. El barrio donde se construyó el edificio en aquel momento era en la periferia de la ciudad, una zona de chacras.

69 El ingreso de la Facultad de Medicina en el Asilo se dio con la finalidad de asistir médicamente a los internos y enseñar la psiquiatría al interior del Asilo. El edificio sufrió modificaciones para atender a la cátedra de neurología y psiquiatría, consituyendose como *clínica*. Las cátedras de psicología y psiquiatría mantenían internados a

divisiones al interior y cerrando con rejas la entrada y celdas. Se dispone una sala específica para el Electroshock. Los tratamientos eran el encierro, métodos de coerción física como las camisas de fuerza y cadenas. Es recién en 1950 cuando el hospital pasa a depender del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de la Nación. Apenas en 1970 comienza a trabajar personal de disciplinas distintas de la médica. Con la restauración democrática, las ideas de desmanicomialización que durante el régimen de facto se encontraban imposibilitadas de circular, comienzan a concretar tibias reformas. El H.N.P. abre sus puertas y se quita la puerta de ingreso al internado. Se elimina la separación entre el sector de hombres y mujeres. Se crearon los equipos interdisciplinarios, se diversificó la propuesta terapéutica y se comienza a trabajar en la externación. A partir de la década de los 90s, el recorte presupuestario y las políticas de ajuste redujeron el personal del hospital y específicamente los equipos interdisciplinarios, reinstalando una práctica biomédica. El recorte de personal implicó volver a levantar muros y restablecer las salas de contención. Se vuelve a colocar la reja que divide el ala de intercalación del resto del hospital. (DE LEONARDIS; NUR LAFI, 2014)

## **ii) El H.N.P durante mis visitas**

Al día de hoy, sigue existiendo en las instalaciones del H.N.P. una sala de internados, separada por una reja y vigilada por policías. Funciona también servicios de atención ambulatoria<sup>70</sup>, con especialidades en psiquiatría y psicología, una Cooperadora y espacio de Talleres multidisciplinarios. La hegemonía de la mirada biomédica se reactualiza en el dispensario farmacéutico. También continúa existiendo el Aula Magna, donde incluso hasta el día de hoy se continúan dando clases de psicopatología con la modalidad de “*presentación de casos*”. Esta modalidad consiste básicamente en exponer frente a una platea a una de las personas que se encuentran internadas o siendo asistidas por el hospital. Las y los estudiantes discuten sobre el caso en términos científicos. Esta modalidad es denunciada como estrictamente manicomial por sus formas y contenido: cosifica a las personas que al ser “expuestas”, se las reduce a objeto puesto al servicio del conocimiento científico y no se las reconoce como sujetos de derechos. A pesar de lo evidente de la violencia manicomial en este tipo de procedimientos científicos, constaté durante mi trabajo de campo que siguen siendo parte corriente de la formación de profesionales.

---

pacientes que estaban en condición de ser dados de alta para mostrarlos en clase.

70 Atención ambulatoria: especialidad de la Medicina que se ocupa de los diagnósticos y terapias sin que el paciente necesite hospitalización.

Una imagen que ilustra el funcionamiento de la lógica manicomial es la que se encuentra cuando se visita el Hospital Neuro-psiquiátrico Provincial. En la puerta del *neuro* (como se acostumbra llamarlo), se encuentra casi siempre estacionado una o mas patrulla de policía. La presencia policial en el hall del Neuro-psiquiátrico es una constante, los uniformados circulan por allí con familiaridad<sup>71</sup>. Una de las primeras veces que estuve en la institución, mientras recorría los pasillos, escuché de casualidad una conversación mantenida por un funcionario desde dentro de su oficina. Conversaba por teléfono con alguien que parecía ser externo a la institución. Le daba indicaciones en un tono bastante alarmado. “*Si no quiere venir, intentá convencer a la policía de que la vayan a buscar y lo traigan para acá*”, esa fue la frase que escuché. La luz azul y roja iluminaba intermitentemente el piso del hall.

El H.N.P. es un edificio donde conviven conflictivamente prácticas de tipo manicomial en el sentido mas estricto con intentos de desmanicomialización de las relaciones a varios niveles. En los talleres multidisciplinarios se realiza un trabajo que busca enfocarse en las cualidades sanas y creativas de las personas. Como evidencia de este trabajo, quien entra al *neuro* encuentra en las paredes de sus patio murales pintados de forma libre, expresiones artísticas de las personas que participan de los talleres. En el *neuro* pude hacer talleres de artes plásticas, de Chi Kun y de musicoterapia. Sin embargo, estas instancias no reciben la atención ni el sustento institucional que correspondería, siendo que tienen que solventar sus gastos con donaciones y que los talleristas trabajan *ad honorem*. Como afirmaba Martín, psiquiatra y tallerista del *neuro*: “*La actual dirección del hospital no nos reprime, nos deja hacer. Reconoce que nuestro trabajo tiene consecuencias positivas. Pero dejar hacer no es una política pública*”.

La disputa por el presupuesto para la salud mental orientado a una perspectiva desmanicomializante encuentra su materialización en la nueva legislación. Las leyes numero, establecen que las instituciones de tipo monovalentes, dentro de las cuales es posible ubicar al H.N.P. deben ser sustituidas gradualmente por dispositivos alternativos en clave comunitaria. Esto significaría transformar radicalmente el sentido del H.N.P. Para esto es necesario presupuesto orientado a fortalecer los equipos interdisciplinarios y el trabajo que realizan los talleristas. Sin embargo, la legislación no se ha visto reflejada en una política clara en el sentido de la desmanicomialización. Me detendré en este punto mas adelante.

---

71 Desde la década de los 90s, rige en el H.N.P. un “protocolo de seguridad” que establece la necesidad de un personal de policía en las instalaciones y que cierra los accesos alternativos al hospital. (DE LEONARDIS, y NUR LAFLI., 2014)

### iii) Sala de Espera

Durante aquellos meses, pasé bastantes horas en la sala de espera del H.N.P. donde las personas aguardan ser atendidas de forma ambulatoria por algún profesional. Organizada como una sala de espera clásica de un hospital, con asientos dispuestos mirando hacia el mismo lugar, donde está se encuentra la farmacia, la sala de espera es un espacio cargado de tensión. La mayoría de las personas esperan allí en silencio. Son pocas las interacciones, a pesar de la larga espera. Las puertas de los consultorios, siempre cerradas, se abren sin previo aviso. Se abren cuando la o el profesional así lo dispone. Mientras tanto, se encuentran cerradas. Algunas pocas personas recorren los pasillos con ansiedad. La mayoría de mantiene sentada, con la mirada baja. La tensión del lugar es una combinación entre la angustia con la que muchas personas llegan hasta allí y la angustia por el trato recibido. Aunque naturalizado como “profesional”, el trato impersonal de la sala de espera se constituye como una violencia ante quienes solamente podemos esperar. Nos transformamos lentamente en pacientes, aunque la impaciencia y la desesperación solo aumenten con el paso del tiempo y con la puerta cerrada, siempre cerrada. El poder manicomial en la sala de espera es una puerta cerrada donde solo nos queda sentarnos a esperar que se abra.

En la sala de espera tuve la oportunidad de conversar con personas, principalmente mujeres. Intenté que las charlas fueran amenas, no busqué entrevistas ni extraer datos concretos. Las charlas se organizaron de forma espontánea. Entiendo que de haberlo hecho de otra manera, hubiera establecido una nueva violencia sobre personas en situación de vulnerabilidad, sobre quienes ya ha sido construido un conocimiento que no toma en consideración sus deseos. Algunas de esas charlas, sin embargo, me posibilitaron conocer aspectos de las vidas de esas mujeres y razones para encontrarse allí, esperando. Por ejemplo, el hecho de que no todas ellas estaban allí por voluntad propia, sino muchas veces mandadas por familiares contra su voluntad. El hecho, además, de que en la mayoría de los casos el diagnóstico que aparecía, aún sin yo preguntar por ello, era el de depresión. La mayoría de ellas estaban allí para consultar servicios de psiquiatría. Casi todas me hicieron referencia a los psicofármacos. Reconstruyo aquí una de las conversaciones que recuerdo:

*“Desde que entré en depresión, no salí mas. Me trato con el psiquiatra y tomo los medicamentos. No me puedo permitir estar decaída porque tengo un hijo con problemas para cuidar. No estoy mejor, no mejoré nada el ánimo, pero por lo menos con los medicamentos consigo despertarme de mañana e ir a trabajar”. “Antes trabajaba la tierra, tenía mi huerta. Eso me hacía bien. Ahora no puedo, con el trabajo y mi hijo no tengo tiempo.”*

#### iv) Desaparecidos de la Salud Mental

*Dicen que ni el verdugo  
pudo con tus ojos  
y necesitó vendarlos.*

*A José L. Poblete*

**Marisa Wagner**

Durante la Semana de la Memoria, actividad que se realiza cada año en Argentina durante el mes de Marzo, y en especial en 2016 por cumplirse 40 años del golpe cívico-militar, se organizó en el H.N.P. una jornada de actividades denominada “La Salud Mental contra el Terrorismo de Estado”.

Durante esta jornada, se discutieron temas relacionados a los efectos del terrorismo de Estado, específicamente el perpetuado durante la dictadura cívico-militar en el campo de la Salud Mental, contemplando lo que sucedió durante esa época en la facultad de Medicina con los grupos que comenzaban lentamente a cuestionar el modelo psiquiátrico dominante y lo que sucedió en los centros de salud y hospitales monovalentes que, por ser de por sí instituciones de encierro legitimadas, funcionaron como espacios de tortura y detenciones arbitrarias.

El énfasis, sin embargo, estuvo colocado en la Memoria. Las y los profesionales que atravesaron aquella época nos transmitieron desde su memoria personal la forma en que el autoritarismo estatal consiguió dismantelar los espacios destinados a hacer circular la palabra y a tejer redes sociales que permitieran enfrentarse a las violencias institucionales, en su amplio espectro. Los desaparecidos de la Salud Mental fueron personas, con nombres y apellidos, pero también desaparecieron estrategias de intervención y acompañamiento, construcción de trabajo grupal y propuestas que tendían a la desmanicomialización de las relaciones. Como afirma (LUBO, 2015), podemos manejar cómo hipótesis que, en el contexto argentino, la anti-psiquiatría es uno de nuestros *desaparecidos de la salud mental*.

Una vez más, queda trazada la continuidad entre la imposición violenta del régimen capitalista (fundamento último de la intervención cívico-militar del estado Argentino) y la manicomialidad del poder. Este dispositivo, operando en democracia o en dictadura, se establece como un espacio propicio para la violencia institucional, para el encierro y la tortura. En definitiva,

para el ejercicio del poder autoritario y el disciplinamiento de las voces que buscan subvertir el injusto orden social.

#### **v) Asociación de Usuarios**

*Y te cruzás entonces, con otro espejo que deambula,  
más valioso y fidedigno  
¡Y acaece la revelación!  
¡Qué voy a estar sola si somos mil setenta locos acá adentro!  
Y cuando nos juntamos  
los espejos  
uno le da coraje al otro y resistimos.  
La subestimación.  
La discriminación.  
Los abandonos.  
Pero bueno, estas ya no son cosas de locos*  
**Marisa Wagner**

En mi primer visita al Neuro-psiquiátrico, encontré este volante informativo:

#### **CONFLUIR**

*Usuarios en acción por el derecho a la salud mentales*

*Confluir es una asociación de usuarios de salud mental. Trabajamos para velar por el cumplimiento de los derechos y la plena implementación de las nuevas normas de Salud Mental.*

*Para ello, realizamos diversas actividades, tales como:*

- Divulgar la nueva legislación de Salud Mental*
- Brindar espacios de formación y capacitación para los diferentes actores en Salud Mental en el marco de legislación vigente*
- Propiciar la participación de los usuarios en la toma de decisiones en relación a la Salud Mental*

*-Fomentar actividades laborales y/o productivas para los usuarios*

*-Promover el desarrollo humano de los usuarios*

*Además, las asociaciones de usuarios son candidatas para tener representación en el Órgano de Revisión creado por la (nueva) ley de salud mental, con atribuciones legales para inspeccionar, denunciar y sugerir cambios a las instituciones publicas y privadas de salud.*

*ACOMPañANOS! Todos los viernes 10 am en la Sala de Reuniones del Hospital Neuropsiquiatrico  
(León Morra 172)*

Durante los meses que frecuenté en H.N.P. tuve la oportunidad de participar de alguna reuniones de Confluir. Allí acompañé discusiones en torno a la estrategias para cumplir con sus objetivos. Confluir es un espacio donde participan tanto usuarias como profesionales y estudiantes de psicología.

#### **v) I Encuentro de Usuarios de los Servicios de Salud Mental de la Provincia de Córdoba**

Realizado en 2016, participaron distintas organizaciones del campo de la salud mental, El principal eje abordado fue la construcción participativa de una agenda propia y estrechar lazos entre distintas asociaciones que trabajan por la plena implementación de la leyes de salud mental. Participaron organizaciones de usuarios de Oliva, Bell Ville y Santa María. Confluir, Radio los Inestables, la organización La Rampa del Neuro, Abracadabra Creatividad y la Asociación Cooperadora Hospital Neuropsiquiatrico de la Provincia. Durante la jornada se elaboró un documento que fue presentado el 24 de mayo de 2016 en la reunión del consejo Consultivo de Salud Mental de Córdoba.

### **2.5. Ampliando el foco, mas allá de hospital:**

#### **i) Asamblea Permanente en Defensa de la Salud Mental<sup>72</sup>**

---

<sup>72</sup> Creo necesario reconocer la importancia de ambas instancias: La Asociación de Usuarios Confluir y la Asamblea Permanente en Defensa de la Salud Mental. Vaya mi agradecimiento por permitirme la participación. No puedo dejar de valorar la forma en que contribuyen a este análisis.

Otra instancia que acompañe, reconocida por sus integrantes como fundamental para la efectiva aplicación de la ley es la Asamblea Permanente en Defensa de la Salud Mental. No es mi intención en este trabajo hacer descripciones detalladas de lo sucedido en estas reuniones porque entiendo que son sus miembros quienes pueden dar cuenta de si.

Pronunciamento de la Asamblea Permanente en defensa de la Ley Nacional de Salud Mental, reunida en Buenos Aires en febrero de 2016<sup>73</sup>:

*“Vivimos tiempos en dónde medidas gubernamentales han empeorado indicadores socioeconómicos (incremento de la inflación, pérdida del poder adquisitivo del salario, aumento del costo de vida, despidos masivos en el sector público y privado, recesión, etc). (...) consideramos que no puede haber salud mental sin inclusión social, la ausencia de políticas públicas, sociales, económicas y particularmente de salud y salud mental en ese sentido, pueden estar produciendo en la población mayor exclusión social y generación de sufrimiento psíquico.”*

En cuanto a la política de salud mental, la Asamblea destaca que han ocurrido medidas regresivas adoptadas por el Ministerio de Salud:

1. Al igual que en otros ámbitos del Estado nacional, 43 contratos de trabajadores de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (DNSMA) fueron dados de baja sin prever su renovación.
2. También en el ámbito de la DNSMA, se dieron de baja los programas territoriales dependientes de los Equipos de Abordaje Psicosocial (EAPS)
3. Desde la creación de la DNSMA estuvo operativo un equipo interdisciplinario para la evaluación de personas con causas relativas a la determinación judicial de su capacidad jurídica. Esto respondió a la necesidad de generar una alternativa de evaluación acorde a los presupuestos de la LNSMA –centrada en el pleno ejercicio de la capacidad mediante la toma de decisiones con apoyos- ante las serias deficiencias de otras oficinas periciales en ese sentido. Desde enero de este año, por disposición interna de la DNSMA, las funciones de ese equipo fueron cesadas y se ordenó la devolución de los más de 800 expedientes que se hallaban en pleno proceso evaluatorio hacia los juzgados de origen. A la fecha no se generó ninguna otra alternativa, profundizando la vulneración histórica de derechos hacia estas personas y negándoseles la posibilidad de acceso a una evaluación interdisciplinaria y a la designación de apoyos para el ejercicio de la capacidad jurídica, tal como se encuentra establecido en el Código Civil de la Nación.

---

73 Compuesta por ciudadanos, representantes de servicios hospitalarios, organizaciones de usuarios/as, de familiares, de profesionales, de organizaciones sociales y de derechos humanos, unidades académicas, trabajadores/as de salud mental, redes y colectivos.



4. Casa SIS – Salud con Inclusión Social: Era un programa para personas con padecimiento mental en conflicto con la ley penal que desde el 29 de febrero se desactivó cerrando la casa, sin transición alguna. Decenas de usuarios han perdido asistencia psicoterapéutica y psicosocial en el marco de la implementación de la LNSM.
5. En octubre de 2015, el Ministerio de Salud de la Nación creó la Escuela Nacional de Gobierno en Salud Pública “Ramón Carrillo”, acción que materializaba esta idea sostenida por ese eminente médico sanitarista desde los años ‘50. Desde su inauguración, dicha escuela ofertó 13 diplomaturas para personas en servicio sanitario, entre ellas, una sobre Salud Mental en el Primer Nivel de Atención. Mediante el decreto 358/2016 de febrero de este año, se derogó el decreto que creó la Escuela de Gobierno, interrumpiendo abruptamente la formación de más de 620 personas que se estaban capacitando en 4 carreras de posgrado y de 2200 que se encontraban inscriptas para este año. De esta manera se cancelaron 10 carreras de posgrado imposibilitando la formación en áreas de salud con especialidades relevantes para el campo de la salud mental. Ninguna otra medida de capacitación para profesionales en servicio ha sido anunciada

#### **a) Facultad de psicología de la Universidad Nacional de Córdoba**

En este apartado propongo un análisis de la Facultad de Psicología de la UNC con el objetivo de visualizar qué sucede con los otros actores en el panorama de la lucha hacia la desmanicomialización.

Dentro de los actores que disputan terreno en el campo de la Salud, los saberes psi (psicología, psicoanálisis y psicomotricidad) están entre los principales. Su legitimidad, construida históricamente en función de la procedencia médica de muchos de los primeros psicólogos y psicoanalistas, la gran recepción de las ideas psicoanalíticas por parte de las clases dominantes en el territorio Argentino y el carácter universitario de la formación de psicólogos son algunos de los aspectos que muestran el poder relativo que tienen estas disciplinas en el campo de la salud.

Cuando me acerqué a la facultad de psicología de la UNC, encontré un espacio cargado de disputas políticas.

#### **ii) La toma de la facultad**

La facultad de psicología fue una de las varias facultades que pasaron por un proceso de ocupación por parte de los estudiantes durante 2015. Se trató de una medida de fuerza tomada como último recurso y en rechazo de las decisiones que estaban siendo tomadas por la órgano máximo de la universidad.

#### **iv) Acreditación de la carrera CONEAU**

Una de las pautas que organizaban la lucha estudiantil durante el periodo que realicé trabajo de campo en la Facultad de Psicología es el rechazo a la acreditación de la carrera. Las acreditaciones de carreras universitarias son un procedimiento relativamente nuevo que cobra cada vez mayor hegemonía. Se trata de homogeneizar los criterios que rigen la formación universitaria adaptándolas a un sistema común de créditos. La acreditación significa para muchas de las estudiantes con las que conversé, un forma de imposición de la lógica neo-liberal en la educación pública. De hecho, la CONEAU<sup>74</sup> es un organismo del Ministerio de Educación que comenzó a funcionar como parte de la Ley de Educación Superior (LES), impulsada durante el gobierno de Carlos Menem en respuesta a las exigencias del Banco Mundial. El sentido de la acreditación se vislumbra mejor cuando se ve las consecuencias que implica en algunas cátedras “menores” como es la cátedra de psicología comunitaria (por poner un ejemplo de la facultad de psicología), que pasa con la acreditación de ser una materia obligatoria a ser una optativa.

Como afirma Chauí (CHAUÍ, 2003) las universidades en la contemporaneidad están tendiendo a ajustar su modalidad de funcionamiento a lo que ella define como “*Universidad operacional*”. De la mano de la adecuación a estándares internacionales, generalmente impuestos a los estados nacionales a través de tratados o por medio de presiones del Banco Mundial, las universidades operacionales tienden a las siguientes características: Ser evaluadas por índices de productividad, orientarse por estrategias y programas de eficacia organizacional, curvar a los estudiantes a exigencias exteriores al trabajo intelectual, aumentar la carga de horas de clase, ser evaluadas por la cantidad d publicaciones. Estas orientaciones solo cobran sentido cuando comprendemos que en la contemporaneidad, la Universidad Operacional se torna una fábrica de construcción de capital intelectual con un fin en sí mismo. Mas que una universidad volcada a generar un contenido con un fin social, e incluso mas que una universidad volcada a generar un

---

74 Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria.

contenido para la producción (universidad productivista), la universidad operacional funciona cuando los productos académicos se tornan en sí mismos bienes de mercado. En esta transformación de la ciencia en el capitalismo contemporáneo, la universidad se vuelca para dentro: el contenido se produce, se vende e intercambia dentro del campo académico, dejó de “*ser teoría com aplicação practica e tornou-se um componente do proprio capital.*” (CHAUÍ, 2003)

#### **v) Cierre de la cátedra de Sanitaria B**

El foco del conflicto en la facultad de psicología durante el tiempo que acompañé la movilización estudiantil estaba en el reciente cierre de la cátedra de Psicología Sanitaria B. Psicología Sanitaria es una materia obligatoria en el curso de psicología, siendo una de las materias nodales en la formación de los profesionales y donde se trabajan contenidos referentes al ejercicio de la profesión en instituciones de salud (públicas o privadas). Hasta 2015, la carrera de psicología de la UNC contaba con dos cátedras diferentes de Psicología Sanitaria, la A y la B. Ambas abordaban los mismos aspectos pero desde enfoques distintos. Muchas estudiantes con las que tuve la oportunidad de discutir la cuestión afirmaban que la cátedra B les presentaba la oportunidad de discutir críticamente ciertos aspectos que en la A eran naturalizados o tomados como indiscutibles. Por tanto, la defensa de la cátedra paralela era una de sus principales reivindicaciones por entender que esta posibilidad de optar diversificaba el perfil de las profesionales.

El recorte de las cátedras paralelas tiene el sentido de adecuar la formación de los futuros profesionales a un estándar único, ocluyendo las posibilidades de generar contenidos críticos que cuestionen el rol de las y los profesionales formados en universidades públicas.

#### **vi) Temporalidad en Psicología**

Mientras realizaba trabajo de campo en la facultad de psicología, pasé algunas horas observando a estudiantes repasar sus contenidos durante los intervalos o previamente a las pruebas. Constaté con esto que corrientemente, los contenidos son estudiados de memoria, pasando rápidamente por los manuales a pesar de encontrarse discutiendo cuestiones de alta complejidad como puede ser el desarrollo de la psiquis humana, la relación entre etapas del desarrollo y neurosis, entre otros temas de los que tuve oportunidad de escuchar hablar a las y los estudiantes en la cantina. Esta necesidad por aprender rápidamente el contenido para poder rendir una prueba

parecía, ante mis oídos, estar imposibilitando establecer un pensamiento crítico sobre lo que estaba siendo estudiado. Por tratarse de cuestiones altamente problemáticas, no meramente “técnicas”, este aprender de memoria se me presentó como una estrategia violenta de adoctrinamiento profesional. Considero que tal vez, una de las fuerzas motoras para asegurar esta acriticidad en los contenidos es la temporalidad que la universidad operacional establece: con cursos semestrales en lugar de anuales, con una gran carga de horas de clase, las y los estudiantes no tienen tiempo para cuestionar o reflexionar críticamente sobre los contenidos, si es que quieren conseguir cursar y aprobar todas las materias, es más viable aprender de memoria.

Esto guarda una relación con lo que analiza (CHAUÍ, 2003), con respecto a la reducción del tiempo entre la adquisición de un conocimiento y su aplicación tecnológica en la Universidad Operacional. Lo que ella denomina la “*explosão do conhecimento*” cuantitativa y cualitativa, tomando en consideración lo que David Harvey, al analizar la condición póstmoderna, denominó *compressão espaço-temporal*: uno de los efectos de la acumulación flexible del capital. La obsolescencia vertiginosa de las cualificaciones para el trabajo como consecuencia del surgimiento incesante de nuevas tecnologías, el desempleo estructural y la alta rotatividad de la mano de obra, establecen sutilmente como obligatoria esta temporalidad en el proceso de conocimiento, transformándolo en mera capacitación.

*“A absorção do espaço tempo do capital financeiro e do mercado da moda conduzem ao abandono do núcleo fundamental do trabalho universitário, qual seja, a formação”. (...) Trata-se de aquisições de técnicas por meio de processos de adestramento e treinamento para saber empregá-las de acordo com as finalidades das empresas.” (CHAUÍ, 2003, pag 11)*

Esto genera consecuencias paradójicas en una institución volcada hacia el estudio del funcionamiento de la psiquis humana. Como ejemplo de las consecuencias de este modelo de universidad, encontré durante mi trabajo de campo que uno de los proyectos de extensión de la Facultad de Psicología es un taller grupal enfocado en trabajar la ansiedad que generan las pruebas y evaluaciones en las y los estudiantes. Con esto vemos cómo la misma institución acaba generando el mal estar que en teoría debería ayudar a solucionar. Este es el alcance de la imposición capitalista y colonial sobre nuestro conocimiento.

## **vii) Perfil psicoanalítico**

*“La ciencia de las enfermedades mentales, tal y como puede desarrollarse en los asilos, no será nunca más que ciencia de la observación y de la clasificación. Ella no será un diálogo. Y no podía serlo verdaderamente sino hasta el día en que el psicoanálisis haya exorcizado el fenómeno de la mirada, esencial en el asilo del siglo XIX, y que haya sustituido su magia silenciosa por los poderes del lenguaje (...) EL psicoanálisis ha agregado a la consideración absoluta del vigilante la palabra del vigilado, que es un monólogo indefinido, y que ha conservado así la estructura de la consideración no recíproca del asilo, pero equilibrándola en una reciprocidad asimétrica, por la nueva estructura del lenguaje sin respuesta” (FOUCAULT, 1998, pag 121)*

En variadas entrevistas y conversaciones informales con estudiantes de psicología, noté que se repetía un cierto malestar con respecto a lo que ellas denominaban un carácter excesivamente psicoanalítico de la carrera en psicología. El psicoanálisis representa una de las diversas corrientes al interior del campo de la psicología. Sin embargo, por diversas razones, en Argentina se ha tornado hegemónico al tiempo que otros enfoques posibles fueron subalternizados. Varias estudiantes mencionaron el hecho de que las materias que son vistas como las más exigentes o difíciles de la carrera son las psicoanalíticas, mientras que las otras aparecen en el imaginario como siendo fácilmente aprobables.

Más allá de la eficacia terapéutica que el psicoanálisis pueda tener en determinados contextos y de haber sido considerado por mucho tiempo como un campo de ideas subversivas en relación al orden social, lo que encontré en mi trabajo de campo fue una fuerte crítica por parte de muchas estudiantes el hecho de tener que profundizar en los contenidos a lo largo de buena parte de la carrera desde una perspectiva psicoanalítica. Otros enfoques, como la psicología social o comunitaria, son considerados secundarios, alternativos y poco profundizados en la formación. Esto significa que la inmensa mayoría de las estudiantes egresadas tenderán a ejercer la profesión desde algunas de las ramas del psicoanálisis o deberán complementar sus estudios universitarios para poder ejercer desde otros enfoques.

## **viii) Tendencia a las neurociencias.**

Conversando con un vendedor de libros que tiene su puesto en el interior de la facultad, me señaló que en los últimos años, los libros más solicitados por estudiantes son las investigaciones entorno de las neurociencias, tendiendo a desplazar al psicoanálisis.

### **ix) Psicología Comunitaria**

La materia de psicología comunitaria es una de las pocas, sino la única que les exige a las estudiantes de psicología salir de la universidad para conocer otros espacios. Mediante prácticas que se realizan en barrios lejanos al centro de la ciudad, las estudiantes proponen un proyecto de intervención en psicología comunitaria que es tomado como evaluación final de la materia.

Como ya expliqué, la cátedra de psicología comunitaria es considerada muchas veces como secundaria o poco importante. En la UNC, no cuenta con profesor titular, por lo cual el trabajo de los docentes que la llevan adelante se hace de forma voluntaria como profesores adjuntos, implicando una clara flexibilización de las condiciones laborales para las y los docentes. De hecho, con la acreditación de la CONEAU, esta cátedra corre peligro de ser colocada como optativa y por tanto excluida del contenido obligatorio que las futuras profesionales deben tener en su formación. Esto contrasta nítidamente con aquello propuesto por la LNSM. Cabe preguntarse, aquí: ¿si el paradigma de intervención que la nueva legislación propone es el de una Salud Mental enclave comunitaria, no deberían estarse adecuando la formación de los y las futuras profesionales a un tipo de intervención comunitaria? Las estrategias individuales del atendimento, más allá de su valor terapéutico, han sido históricamente concebidas desde un enfoque liberal de la profesión. La inclusión de otros abordajes en las instituciones de salud públicas para atender a la salud mental, ¿No debería significar un cambio de paradigma en la formación en la universidad pública?

### **x) Subjetividad de clase: *habitus* de los estudiantes de psicología**

A pesar de ser una universidad pública y gratuita, la UNC es mayoritariamente frecuentada por personas de clase alta y clase media alta. Por destacarse como una de las mejores universidades del país y por falta de otras oportunidades a nivel local, personas de diversas zonas de Córdoba y otras provincias cercanas se trasladan a Córdoba capital con la intención de estudiar en la UNC. Sostener una carrera en un lugar distante de casa sin auxilio estudiantil es algo que solo personas de clases sociales acomodadas pueden permitirse. Por tanto, el sostenimiento de una carrera en una

universidad pública acaba consolidándose como un privilegio de clase mas que como un derecho universal. Una gran cantidad de estas personas que se trasladan a Córdoba por motivos de estudios eligen para residir el barrio conocido como Nueva Córdoba. Se trata de la zona aledaña a la ciudad universitaria, desde donde se puede llegar caminando a la facultad sin necesidad de atravesar el centro u otros barrios. Nueva Córdoba tiene el perfil de ser un barrio de estudiantes. Es una zona, sin embargo, con un alto costo de vida. Tanto los alquileres como los almacenes y mercados del barrio tienen precios que por veces doblan los de otros barrios periféricos. Vivir en Nueva Córdoba, cerca de la UNC es, por tanto, un privilegio mas. Pero además de conformarse como un privilegio, esta lógica de ocupación del espacio urbano establece una cierta subjetividad. El estudiante adinerado, de cualquier carrera de la UNC, que vive en Nueva Córdoba, transita en su rutina cotidiana un espacio rígidamente delimitado. Si a esto sumamos que en Nueva Córdoba y el Centro se ubican una gran cantidad de locales de esparcimiento que son frecuentados principalmente por personas universitarias, tenemos un circuito relativamente delimitado por el cual buena parte de las y los estudiantes de psicología construyen su *hábitus*<sup>75</sup>. Las implicaciones que este *hábitus* de clase tiene en la formación en tanto profesionales, queda expresada en la tendencia a el ejercicio de la profesión con intereses de clase: buscar la ascensión económica o el mantenimiento de un cierto estatus, tender hacia las ofertas laborales que posibiliten esta ascensión. Además, el circuito delimitado por el que estas y estos estudiantes circulan imposibilitan conocer a fondo otras realidades, lo que se traslada a la formación como una forma de violencia epistémica: el futuro profesional tenderá a analizar la *psiquis* humana en función del universo limitado al que está sometido. Como la mayoría del contenido fue elaborado por profesionales y teóricos del norte global y de clases medias y altas, la estudiante y el estudiante encontrará pocas posibilidades de cuestionar la pretensa universalidad del contenido que estudia, perfilando de esta manera una tendencia al etnocentrismo y a una violencia epistémica de clase.

## **b) Manicomialidad en Psicología**

En cierta oportunidad, acompañé a un grupo de estudiantes de psicología a una visita al Borda<sup>76</sup>. Se trataba de una iniciativa del centro de estudiantes de una universidad de una localidad de la provincia de Buenos Aires. La idea de visitar el Borda surgió al reconocer que buena parte de

---

75 O *Habitus*, como indica a palabra, é um conhecimento adquirido e também um *haver*, um capital(...) A noção serve para referir o funcionamento sistemático do corpo socializado. (BOURDIEU, 1989)

76 Hospital Interdisciplinario Psicoasistencial José Tiburcio Borda

las futuras psicólogas y psicólogos realizaban toda su carrera sin conocer de primer mano ninguna institución psiquiátrica monovalente. Los estudiantes aprenden psicopatología guiándose por los criterios clasificatorios producidos en buena medida en este tipo de instituciones, tienen una formación que incluye la psicología clínica pero no conocen las instituciones desde dentro. El centro también reconocía la preocupante carencia de adecuación de la formación de las y los psicólogos a la nueva legislación en Salud Mental. La LNSM apenas se discute, y su aplicación no se considera una de las prioridades en el ejercicio como profesionales. Esto se deriva, según mis interlocutoras, del carácter fuertemente ligado a la clínica individual privada de la formación y el imaginario de los estudiantes de psicología. Trabajar en el sector público no está dentro de las tendencias predominantes entre estudiantes, por tanto, la creación de más puestos de trabajo para funcionarios del área de la psicología en las instituciones públicas no es ampliamente reconocido como algo a reivindicar como categoría estudiantil. Esto funciona acentuando la lógica liberal del modelo psico-social.

El viaje al Borda tenía, pues, como finalidad, acercar a las futuras psicólogas a las realidades de las instituciones monovalentes desde una perspectiva crítica. No se trataba, con todo, de una reivindicación de las instituciones monovalentes. De hecho, el viaje fue organizado en coordinación con el Frente de Artistas del Borda, que trabaja dentro del predio del Borda pero fuera de la Institución y desde una propuesta anti-manicomial.<sup>77</sup> Fue el Frente de Artistas quien, tras una intervención artística en la facultad de psicología de esta Universidad decidieron invitar a las estudiantes a conocer el Borda.

Viajé al Borda con cerca de 20 estudiantes de psicología. Nos hospedamos en un *hostel* cercano al barrio Constitución. En dos días de convivencia, sucedieron algunas cosas que creo necesarias destacar pues dan muestra de la persistencia de la lógica manicomial en la formación de las futuras psicólogas. En el Frente de Artistas del Borda, tuvimos la posibilidad de participar de un taller de literatura a cargo de Martín. La dinámica del taller contrastó con lo que algunas esperábamos: en lugar de mostrarnos un trabajo que colocara a la literatura como alternativa *terapéutica* para tratar a *pacientes*, Martín nos dio una taller que rondó entre la literatura, la filosofía y el psicoanálisis, haciendo hincapié en que el Frente de Artistas no hace literatura con fines terapéuticos; hace literatura por la literatura en sí, porque eso es lo que quieren hacer.

El punto de mi análisis es que, una vez fuera del Borda, cuando conversábamos sobre lo vivido aquella tarde, algunas estudiantes de psicología se preguntaban lo siguiente: *¿al final,*

---

<sup>77</sup> El Frente de Artistas del Borda, funciona dentro del predio del Hospital sin mantener un vínculo institucional con el mismo.



*Martín, qué era?* La pregunta iba orientada a determinar si Martín era un interno del hospital o un profesional. *En principio parecía estar medicado*, afirmaban algunas. Pero, *Sabía mucho de filosofía, ¿dónde habrá aprendido?* Estas especulaciones sobre Martín me dieron algunas señales de cómo funciona el pensamiento manicomial en las estudiantes de psicología. Sucede que la lógica binaria que el dispositivo manicomial imprime sobre la percepción de las personas obliga a establecer *de qué lado se está*. No existe la posibilidad de una forma mas allá de esos dos lados. En el Frente de Artistas del Borda esa división tajante entre quienes pueden y quienes no pueden, quienes enseñan o curan y quienes solamente esperan pasivamente una terapia, desaparece. Sin embargo, esto genera una angustia en las estudiantes que, formadas para reconocer psicopatologías, buscan explicarse *qué es Martín*. A la par de estas observaciones, preguntas del tipo: *tal persona, ¿qué te parece que tenía?* Buscando establecer rápidamente diagnósticos psicopatológicos como si se pudieran establecer a simple vista, a pesar de la situación medicamentosa en que muchas de las personas que conocimos se encontraban. Estos son algunos indicativos que generan una alerta para pensar en qué medida los contenidos trabajados en las Facultades de Psicología tienden a establecer formas de conocimiento de tipo manicomial. Para la superación de estas lógicas, hace falta una revisión crítica de los contenidos aprendidos, antes que su rápida aplicación.

### **i) Adecuación de la facultad de psicología al nuevo contexto**

Si me detengo en estos detalles sobre la carrera de psicología es porque todos ellos guardan una relación con el funcionamiento actual del sistema de salud y con la practica manicomial aún presente en las instituciones públicas.

Una de los principales ejes de la transformación del sistema manicomial, como ya se mencionó es la incorporación de la interdisciplinariedad en los dispositivos de atención en salud y la creación de unidades de asistencia en clave preventiva y comunitaria. Esto significa disputar el poder que históricamente ha ejercido la psiquiatría en el ámbito manicomial, colocando otros saberes a la par para decidir la forma de intervenir (o no intervenir) en cada situación en particular. En Argentina hay un aproximado de 828 psicólogos cada 100.000 habitantes. Esto significa que Argentina tiene una de las tasas mas altas de profesionales en esta área del mundo. Podríamos imaginar que esto significa una ventaja y que habiendo tantas profesionales psicólogas las instituciones públicas de *salud mental* contarían con un gran equipo desde trabajando desde esta especialidad. Sin embargo esto no sucede. La inmensa mayoría de los profesionales del área de

psicología trabajan ora en clínica privada (individual) o en instituciones o empresas privadas como asesores. De hecho, el área de la psicología organizacional, volcada hacia el trabajo en administración de recursos humanos en empresas (reformulada como psicología laboral) es hoy la salida laboral mas viable para una recién egresada, además de la atención privada en clínica de tipo individual.

Esta realidad contrasta nítidamente con lo establecido por ley, según la cual todas las personas, independientemente de nuestro estado de salud, contamos con el derecho a una atención interdisciplinar, preventiva y comunitaria en salud mental. En otras palabras, el estado Argentino se compromete a brindar atención psicológica a su población como una intervención en salud. La Universidad pública es financiada con dinero Estatal, es decir, las y los trabajadores Argentinos pagan con su trabajo la carrera de una gran cantidad de profesionales en el área de la psicología y no reciben en contrapartida el acceso a una atención gratuita con el nivel de profesionalización y diversificación que la UNC posibilita. He aquí la evidencia de la estructura de reproducción de la dominación de clase característica de los Estados nacionales capitalistas latinoamericanos.

*“Hoy vemos como el trabajo se desgrana en atomizaciones; los profesionales desconocen la historia donde trabajan; el trabajo en equipo es una rareza; la población que continúa concurriendo luego de una primera entrevista es clase media empobrecida. Los sectores pobres y marginales, salvo en las situaciones de internación no tienen cabida en abordajes que no logran ubicar modos de trabajo específicos para dichas poblaciones”. (FERNANDEZ, 1999, pag 32)*

La famosa frase: para los ricos terapia, para los pobres encierro, hoy admite una posibilidad de reformulación: para los ricos terapias (tradicionales y alternativas), para los pobres pastillas.

La facultad de Psicología no adecua su formación a la nueva jurisdicción en Salud Mental. La formación de los profesionales en el área *psi* continúa siendo hegemonicamente volcada hacia una concepción liberal, donde la clínica privada individual y la contratación en empresas son los horizontes profesionales dominantes. La psicología en clave comunitaria, profundamente comprometida con la comprensión de la subjetividad desde el contexto en el que se trabaja, continúa siendo una rareza poco contemplada en la formación. Cabe preguntarse ante éste panorama, cuál es la responsabilidad de la facultad de psicología y de la UNC en general en propiciar los marcos para que pueda llevarse adelante la tarea de desmanicomialización del sistema

de Salud Mental. Si bien la facultad de psicología no cuenta con el poder para reestructurar el sistema de salud, se constituye socialmente como un espacio de legitimación social que podría incidir, presionando, en la formulación un plan de Salud realmente anti-manicomial, en clave comunitaria.

Si desmanicomializar no es simplemente cerrar hospicios, sino generar dispositivos alternativos donde la salud sea abordada desde el reconocimiento de la subjetividad, poniendo al alcance de todas las personas las diversas modalidades terapéuticas desarrolladas en el ejercicio de la especialización, es necesario que las futuras profesionales cuenten con una formación en este sentido. Los planes de estudio deberían volcarse menos hacia una erudición en el lenguaje psicoanalítico (excepto cuando esto sea manifestado como interés de especialización) y mas hacia la comprensión del complejo entramado de formas estructurales de la violencia en el contexto latino americano y su vínculo con la subjetividad y el padecimiento subjetivo. El abordaje psicoanalítico puede ser introducido en estos nuevos contextos pero debe pasar por una revisión profundamente crítica del contexto en el que se gestó: no alcanza con tomar un saber nacido en la clases medias altas de Europa para ser aplicado en territorios no europeos. Eso se constituye como una forma sofisticada de colonialismo.

En una coyuntura política donde las instituciones educativas parecen volcar aún mas sus proyectos pedagógicos a valores propios de el mercado capitalista, intensificando su función de reproducción de la racionalidad y el privilegio de la clase dominante, es necesario no perder el sentido crítico para denunciar lo que se constituye como una marcada injusticia. El acceso a terapias especializadas en Salud Mental es un derecho que el Estado reconoce para toda la población. Es esta misma población la que sostiene con su trabajo el presupuesto que se destina a la formación de los profesionales. Sin embargo, esta población no accede a ellos una vez formados. Este compromiso de la clase profesional con la reproducción de la desigualdad social es parte de lo que sustenta cotidianamente los dispositivos manicomiales. Como dice Chauí “*a universidade publica produz um conhecimento destinado a apropiação privada*”.(CHAUÍ, 2003)

En el H.N.P. los equipos interdisciplinarios donde se incluyen los psicólogos solamente existen desde 1970. Luego de un auge durante la década de los 80, cuando hubo un mayor presupuesto destinado al personal y una apertura mayor del hospital al trabajo interdisciplinario, en los 90s, con las políticas de recorte de cuño neo-liberal, los equipos interdisciplinarios pierden fuerzas. El Servicio de psicología dentro del hospital no entra en el presupuesto y debe sostenerse con sus propios recursos.

## **c) La imposibilidad de la participación en la lógica manicomial-estatal**

### **i) Traslado compulsivo de Omar Barrult**

En un centro de salud ubicado en el Barrio Comercial, al sur de la ciudad de Córdoba, atendía el psicólogo Omar Barrult. Omar, a diferencia de la inmensa mayoría de psicólogos y psicólogas, opta por una corriente dentro del campo de la psicología que es usualmente denominada como psicología comunitaria. Además de trabajar en el puesto de salud, Omar es profesor de la cátedra de psicología comunitaria en la UNC.

En el barrio comercial, desde su lugar como psicólogo, Omar venía llevando adelante junto con las vecinas y vecinos una serie de estrategias de salud comunitaria. Las intervenciones se daban a nivel grupal, generando espacios de diálogo sobre temas demandados por las vecinas y vecinos del barrio.

Los principales temas que se abordaban en los grupos eran la violencia doméstica y por razones de género, el consumo problemático de drogas y la contaminación del arroyo que atraviesa el barrio. Estos ejes surgieron como demanda del barrio y el psicólogo se dedicó a organizar el espacio para las discusiones y acompañar las acciones. De esta forma, se fue delineando un espacio para tratar grupalmente el malestar a tiempo que se elaboraba una noción específica de salud. Estas estrategias son reconocidas como prácticas de salud y tienen un espacio de desarrollo teórico en el campo de la psicología comunitaria.

En Abril de 2016, me llegó a mis manos esta noticia:

*“Compartimos el documento elaborado por el Colectivo Cordobés del Psicólogos Comunitarixs (con adhesiones de diferentes organizaciones y actores del campo) en respuesta al traslado compulsivo de Lic. Omar Barrault del Centro de Salud 42 ubicado en Barrio Comercial, mediante la cual hacen “pública la información y [...] preocupación por el atropello a los derechos de nuestro compañero, al derecho universal a la salud y al derecho de las comunidades de decidir sobre su salud.”*

*Córdoba, 4 de abril de 2016*

A Omar lo trasladaron compulsivamente hacia otro centro de salud, desarticulando de esta forma el trabajo que se venía realizando en conjunto con la comunidad del barrio. Este traslado compulsivo fue resistido por las personas del barrio Comercial, quienes se manifestaron varias veces en repudio a la decisión y exigiendo la reintegración del profesional. De esta forma, las

vecinas y vecinos reconocen como un derecho suyo el acceder a un tipo de atendimento en salud que vaya en sintonía con sus necesidades.



El traslado compulsivo de Omar nos muestra en qué medida las decisiones tomadas por jerarcas en el campo de la Salud no atienden al modelo propuesto por la nueva legislación y nos obliga a preguntarnos una vez mas, *¿Quién define lo que es un problema de salud?*

Una mirada menos ingenua nos lleva a pensar que, lejos de un mero proceso administrativo mas, el traslado de Omar tiene razones y consecuencia políticas. En un barrio periférico de Córdoba, donde la presencia estatal que tiende a fortalecerse es la de carácter represivo (en mi visita al barrio constaté que a la entrada se encuentra una *Unidad de Pacificación*, es decir, una unidad policial reconocida por funcionar como instaladora del miedo, de la inseguridad y del terror de estado en la población de los barrios marginales), la posibilidad de establecer espacios grupales para cuestionar y construir colectivamente *qué es salud*, resulta una amenaza al poder autoritario.

#### **d) Grupo de Tesis**

Durante los meses que acompañé la elaboración del proyecto de tesis de un grupo de estudiantes de psicología de la Universidad Nacional de Córdoba, pude observar algunas tendencias en la forma en que elaboran sus objetos de estudio, que dicen respecto al profundo sesgo eurocéntrico que vislumbro en el quehacer científico de nuestras universidades.

El objeto de análisis de las estudiantes era el funcionamiento de los servicios de salud mental estatales en transformación, agrupando información a partir de una serie de entrevistas realizadas en un grupo de usuarios, organizados en torno a la Asociación de Usuarios de una de las instituciones. Para colaborar con una mirada crítica de dicha institución que la integrara a un funcionamiento más general, las estudiantes elaboraron una sucinta historia de los hospitales psiquiátricos. En aquel momento, acompañé la discusión cebando mate. Noté que las referencias que utilizaban eran referencias europeas: la historia de los hospitales psiquiátricos habría comenzado en Europa y este modelo se habría establecido en América tiempo después.<sup>78</sup> Esta idea tiene algo de acertado y algo de problemático.

Es cierto, desde un punto de vista histórico, que las instituciones que los Estados Nacionales Americanos crearon buscaban emular las instituciones creadas por la Modernidad Europea y su racionalidad. Lo problemático de la cuestión es que sea asumido de forma automática que la historia de América es la historia de Europa y solo eso. Es decir, que no sea planteado en términos de emulación eurocéntrica sino en términos de linealidad histórica auto-evidente. En esto, las estudiantes se muestran rudamente educadas en un paradigma eurocéntrico. No se trata con esto de desacreditar el valor de su trabajo, sino de mostrar hasta qué punto las más destacadas universidades latinoamericanas (entre las cuales, sin lugar a dudas, se encuentra la UNC), continúan a reproducir en su quehacer científico una visión que toma a Europa como foco de la producción del conocimiento.<sup>79</sup> Necesitamos cuestionar esta mirada. Cuando les planteé este cuestionamiento a mis colegas, su respuesta fue contundente: *necesitaríamos empezar la tesis de nuevo*. Tal es el tamaño de la dificultad epistémica a la que una decolonización del pensamiento nos enfrenta: si todo nuestro aprendizaje ha sido organizado mirando al pensamiento europeo y eurocentrado, ¿cómo podríamos nosotras hacer algo diferente?

Propongo pues, un intento arriesgado de *comenzar la tesis de nuevo*. Argumentaré, a partir de aquí, que el sentido histórico de los manicomios y de la racionalidad médica moderna tal como operó y opera hoy en nuestros territorios solo puede ser comprendido si se mira desde fuera del proyecto de la modernidad Europea, teniendo en cuenta la historia de nuestro continente que es la historia de la colonización y el saqueo. “(...) *es tiempo de aprender a liberarnos del espejo euro*

---

78 De forma más contundente, afirma (FALCONE, 2010) que la imitación de instituciones manicomiales Europeas en Argentina se dio de forma *natural*.

79 Esta no es una carencia propia del grupo de tesis. Se trata de lo que Quijano denomina la *historia cultural de Argentina* como estado nación que se imagina formado por inmigrantes, con rechazo a reconocerse en la historia del continente (QUIJANO, 2000)

*céntrico donde nuestra imagen es siempre, necesariamente, distorsionada. Es tiempo, en fin, de dejar de ser lo que no somos.*” (QUIJANO, 2000)

## 2.6. Córdoba racista

El siguiente es un episodio que ocurrió en Córdoba capital, a comienzos del 2016. Yo vivía en el barrio Güemes, al lado de la ex cárcel de Encausados. En aquel momento, me encontraba viviendo en Argentina sin papeles, por tanto, mi situación era de inmigrante ilegal.

### a) Una operación de rutina

Jueves, dos de la tarde. Volvía a casa después de ir a pagar la cuenta atrasada de la luz. Para mi, aquella era una tarde tranquila en el barrio, andaba sin tener muy claro qué hacer con mi tiempo y con la tranquilidad que me dan los días de sol. Había sacado el mate y la placita de la esquina de Belgrano y Estrada me pareció un lugar indicado para sentarme un rato al sol antes de encerrarme en el frío de mi departamento.

Tome un mate, dos. Al poco rato la plaza dejó de estar vacía: aparecieron unos pibes, adolescentes, eran cuatro, hablaban rápido, comentaban de unas revistas que tenían para vender, de un comedor del que venían. Uno de ellos se me acerca y lo saludo. Intercambiamos un par de palabras, le convidé un mate y me pareció que había buena onda. Me preguntó que de dónde era, le respondí que de Uruguay, me preguntó que dónde vivía, le respondí acá a unas cuadras. Les pregunté a ellos donde vivían. “*Vivimos en la calle, todos nosotros*”. Somos de este barrio, de Güemes. Uno de ellos sacó un porro<sup>80</sup> ya armado, se lo ofreció a otro para que lo oliera; “*sentís el olor a nafta que tiene?*”. Me preguntó si quería fumar, les dije que no, gracias, que estaba tranquilo con el mate. “*te molesta si fumamos acá?*” “*no, todo bien*” le dije, bastante convencida.

No pasó mucho rato. Apenas habían empezado a fumar. Cayó el cana<sup>81</sup> en la moto. Uno solo. Eramos cinco. Mi primer reacción fue agarrar las cosas para tomarme el palo. “*Todos contra la pared*”. “*Vos también*” dijo el cana. Se dirigía a mi. “*No tengo los documentos*”, pensé. “*yuta de mierda*”, pensé. Nos puso de cara a la pared contra un local de electrodomesticos. “*saquen las cosas de los bolsillos y pongan las manos contra la pared*”. El cana le daba estas órdenes a los pibes. Me temblaban las manos mientras me decidía entre apoyar el mate o sacar las cosas de los

---

80 Cigarrillo de marihuana

81 Oficial de policía

bolsillos. “Agarrá eso” me dijo el cana cuando vio que apoyaba el mate. Lo volví a agarrar. Levante las manos intentando ponerme en la misma posición que lo pibes pero sin soltar el mate. “Vos parate bien”, me dijo. **“Parate normal, como un ciudadano”**.

- *La piba no tiene nada que ver*, le dijo al cana el pibe con el que había estado hablando.

- *De donde son?*

- *De allá abajo*

- *Que hacen acá?*

- *Venimos al comedor*

- *Ahora me van a decir que estaban fumando porro*

- *No, estábamos tomando mate.*

- *Vos te la agunatás, negro?, te la aguantás?* Le grita el oficial en el oído a uno de los adolescentes. Ante la pregunta el pibe se da vuelta para mirar al cana de frente. El cana, bastante mas alto que él, le pega en la cabeza. Los revisa y no encuentra nada que los incrimine.

-*Desaparezcan. No los quiero ver mas acá.*

Los pibes se dispersaron rápido, insultando al cana, cantando una canción que habla de matar a la policía. Yo me voy de la plaza para mi casa, notablemente alterada. Rápido entendí el sentido de la intervención policial. No era por estar fumando marihuana. En realidad, yo misma acostumbrada fumar marihuana a pocas cuerdas de allí, en los bosquitos de Ciudad Universitaria. Nunca tuve problemas con la policía por eso. Poco a poco fui desmenuzando el sentido de tan rutinaria intervención. Tal vez este sentido quedaría opacado si no fuera por el encuentro improbable entre una extranjera blanca clase media y con aires de estudiante y unos pibes negros del barrio. Cuando el adolescente le dijo a la policía “*la piba no tiene nada que ver*”, estaba intentando desvincularme de un crimen que no estaba siendo cometido. ¿Nada que ver con qué? ¿Cuál era el acto ilegal, además de un supuesto cigarrillo de marihuana que entre cinco personas no llega a ser causa de detención? ¿Con qué era que yo no tenía nada que ver? Supe que el pibe estaba intentado defenderme de la violencia policial que significa su vida.



## **b) Ciudadanía.**

“*Vos parate como un ciudadano*”. Las palabras del oficial quedaron resonando en mi mente por su absurdo. ¿Cómo debería pararme? ¿Cómo se para un ciudadano? ¿Por qué *ciudadano*? ¿Porque yo sí ciudadano y ellos no?

La plaza donde nos encontrábamos durante la intervención policial queda justo en el límite entre Güemes (barrio de los adolescentes) y el centro de la ciudad. Es una operación de rutina para los oficiales de la policía Cordobesa controlar la circulación de los jóvenes que entienden como potencialmente peligrosos.

*Lo que en distintos contextos se ha dado en llamar “criminalización de la pobreza” (Wacquant, 2007), en la ciudad de Córdoba se cristaliza en reiterados procedimientos de detenciones arbitrarias enmarcadas en el Código de Faltas de la provincia (...) Portación de barrio, apellido, rostro y vestimenta, resultan así los etiquetamientos más frecuentes que operan como mecanismos de exclusión sobre el uso y experimentación de la ciudad, de tal manera que gran parte de estos jóvenes no consiguen desplazarse sin ser detenidos por la policía o al menos sin perder el anonimato” (BERMÚDEZ, N; PREVITALI, M, 2014, pag 4)*

En el capítulo 5, intentaré un análisis más extendido sobre los vínculos entre los dispositivos manicomiales y el racismo de Estado. Este relato de una situación vivida durante el trabajo de campo, tiene el objetivo de funcionar como disparador para pensar en qué medida resulta necesario considerar el racismo como una de las formas en se establece la dominación en los territorios que habitamos. Sin tomar en consideración la racialización producto de la colonización y de la colonialidad del poder, no es posible entender las particularidades de la manicomialidad del poder en estos territorios. Si no contemplamos que el accionar autoritario estatal tiene un fuerte anclaje racista, acabamos siendo reproductores de esta violencia. Tal vez sea más fácil entrever estas intersecciones entre dispositivos manicomiales y racismo de estado cuando se trata de las políticas que atienden a la venta y consumo de sustancias ilegales. Si el manejo Estatal del uso de sustancias ilegales estuvo históricamente vinculado los dispositivos manicomiales, hoy se refuncionaliza en las políticas para atender el “consumo problemático de sustancias” que comienzan a entrar explícitamente en lo que es comúnmente delimitado como el campo de la Salud Mental. Por su complejidad, no conseguiré abordar este aspecto en profundidad.

Por otra parte, aunque raramente abordado por los saberes legitimados que disputan su poder en el campo de la Salud Mental, es de fundamental importancia reconocer la especificidad del territorio en el que se interviene. En este sentido, cabe destacar algo que tantas veces pasa invisibilizado: que Córdoba no es una provincia blanca. Es sabido que la Nación Argentina tiene como uno de sus mitos fundacionales la idea de que su población viene “*de los barcos*”. Con esta expresión se busca establecer el origen de la población nacional Argentina en la inmigración Europea. Si bien es cierto que un buen porcentaje de la población Argentina se constituyó en diferentes olas migratorias provenientes de Europa, no es cierto que este sea el único origen de su poblamiento.

En primera instancia, es necesario reconocer la existencia de numerosas poblaciones originarias que habitan este territorio desde antes de la llegada de los Europeos. Aunque comúnmente se reconoce la presencia de estas comunidades en el norte del territorio ocupado por el Estado Argentino, es más difícil reconocer su presencia en provincias centrales, de marcada hegemonía blanca, como Córdoba. De hecho, durante buen tiempo, mientras viví en Córdoba y realicé mi investigación, al preguntar sobre las poblaciones originarias de Córdoba, recibí la siguiente respuesta: *eran los Comechingones. Dicen que cuando vino la colonización los mataron y algunos, para evitar que los mataran se subieron a los cerros y nunca bajaron.* Este halo de misterio que encubre el sentido común sobre lo que sucedió con las poblaciones originarias de Córdoba tiene un sentido colonial bastante específico: invisibilizar que hasta el día de hoy existen poblaciones originarias en Córdoba, es decir, agrupamientos humanos cuya ascendencia no está vinculada fuertemente a Europa. Reconocer esta verdad significaría reconocer la continuidad de la colonialidad del poder, en la medida en que nos permite pensar otro horizonte posible para organizar la vida, más allá y más acá de la Modernidad Europea.

*“La historia local en sus diversas versiones oficiales ha tenido sugestivos olvidos, en los archivos históricos que tiene La Ciudad de Córdoba quedaron sepultados muchos datos que hacen al pasado de un sector constitutivo de la sociedad cordobesa desde su origen”* (CIICA, 2012). Algunos investigadores cordobeses citando la Relación Anónima, documento de 1573, sostienen que *“... en momentos previo a la fundación, la ciudad contaba con una población indígena cercana a los 30.000 indios”*. En 1528 cuando los españoles penetran en el actual territorio de la Provincia de Córdoba, encontraron comunidades de *Comechingones* y *Sanavirones*, organizadas en *Ayllus* y familias extensas. Apenas 100 españoles (provenientes de la gobernación de Tucumán) fundan la ciudad en la banda norte del río Suquía. Con ellos no venía ninguna mujer. Los

expedicionarios exploran los territorios por las comunidades y muchos de los soldados someten y violan a las mujeres, generando los primeros mestizajes. En las primeras épocas de la colonia, estas comunidades son encomendadas como mano de obra esclava para trabajar la tierra. Esta relación se perpetúa por siglos. La conquista implica también la evangelización que consiste fundamentalmente en el bautismo de los originarios y la imposición de nombres que se corresponden con los de los primeros pobladores hispánicos de Córdoba. Con los casamientos forzados entre conquistadores e indígenas, se impone a los hijos el apellido del padre, que los considera su propiedad. Así, los apellidos hispánicos ayudan a invisibilizar el origen de las personas y la historia de la conquista.

A partir de 1580, se traen personas esclavizadas desde Salvador de Bahía y Guinea y Angola. *“En Córdoba, muchos negros, pardos y mulatos se unen a los habitantes que residen en la zona Oeste del Suquía. Con ellos constituyen familias y adquieren las pautas culturales del lugar.* (CIICA, 2012)

Comienza la actividad inquisidora en Córdoba:

*“En 1614, a solo treinta años de la fundación de Córdoba, la Inquisición española instala un comisariado que tiene la tarea de controlar la ortodoxia de la fe y las costumbres; se encarga de imponer respeto a la disciplina litúrgica, de combatir la curandería, y el pensamiento mítico chamánico.”* (CIICA, 2012, pag 40)

Sin embargo, frente a la imposición de creencias y prácticas a través del proceso evangelizador, va surgiendo un sincretismo religioso que podría interpretarse como la resistencia, por parte del pensamiento de los originarios, a aceptar estas imposiciones extrañas y a abandonar su espiritualidad ancestral. *“Se trata de un sincretismo que se irá consolidando y perdurará hasta nuestros días”.*

Este proceso violento no significó, con todo, el desaparecimiento de las comunidades originarias,

*“A finales del siglo XVII no existe una manera para denominar las diversas culturas originarias de las sierras pero la sociedad los identifica como indios. En el proceso histórico se han sumado a las sociedades indias del valle del Suquía sanavirones, malfines, abaucaanes, quilmes, mocovie, tobas, pampas y otras que por diversas causas fueron integradas a aquellos aborígenes, es decir aquellos que desde el origen habitaron el lugar y actualmente se los reconoce como comechingones.* (CIICA, 2012, pag 67)

La evidencia de su existencia se encuentra hoy en el Pueblo de la Toma, *“Conocido popularmente como el pueblito de los indios”* (...) *“en lo que actualmente es el barrio Alto Alberdi*

y otros barrios de la ciudad de Córdoba”. Se afirma, además, que la característica tonada cordobesa tiene procedencia de alguna de las lenguas aborígenes.

La evidencia de la existencia de pueblos originarios y de poblaciones de origen africano en Córdoba contrasta con el imaginario de una Córdoba blanca. Además, habría que sumar a esto la realidad de la inmigración actual, de origen boliviano, peruano y paraguayo. Lo cierto, con todo, es que lejos de ser una “provincia blanca”, Córdoba es una provincia racista, en la medida en que la sociedad continúa, por la colonialidad del poder, estructurada en una división racial del trabajo. Solo una mirada a la historia larga de la colonización en la provincia nos puede dar señales de por qué motivos al entrar en la UNC encontramos una población marcadamente blanca mientras que a pocas cuadras, los jóvenes de barrios periféricos son impedidos de circular por el centro de la ciudad y calificados de “negros de mierda”.<sup>82</sup>

## 2.7. Dificultades para la desmanicomialización

### a) La falta de un Plan para la desmanicomialización en la Provincia

En un informe reciente el CELS reconoce algunas de las razones de las dificultades para implementar plenamente la LNSM y caminar hacia una desmanicomialización del sistema. Entre otras cosas, la distancia entre la LNSM y el Plan Nacional de Salud Mental (PNSM), que en principio debería encargarse de ejecutar las direcciones de la LNSM. Por un lado, el PNSM es impreciso, no jerarquiza las problemáticas lo que no permite una acción efectiva. Por otra parte, no se hace referencia directa a la sustitución de los hospitales monovalentes (manicomios), ni a la violación de DDHH de las personas que allí viven. No considera prioritario solucionar la ausencia de Políticas públicas para la inclusión social de las personas internadas arbitrariamente. En lugar de establecer mecanismos para la *sustitución*, el plan establece la *adecuación* de las instituciones monovalentes, dando lugar a inversiones millonarias para reformar instituciones monovalentes. (SABIN; RIBEIRO; DÍAZ; GIGLIA, 2015)

Como ejemplo de esto, tenemos que recientemente, en 2017 se invierte una cuantiosa suma de dinero para inaugurar una nueva sala de emergencias en el H.N.P. Si bien el gasto implementado puede ser reconocido como de cierta necesidad por las y los trabajadores del H.N.P., no ha venido

---

<sup>82</sup> “Un negro de mierda me robó el celular”. Frase publicada en Facebook por una estudiante de psicología luego de volver de su visita a un barrio de la periferia de Córdoba en el marco de un trabajo práctico de la materia de Psicología Comunitaria.

acompañado de una estrategia presupuestaria acorde a un Plan de desmanicomialización de los servicios. Las inversiones en dispositivos para la desmanicomialización son prácticamente nulas en la provincia. De hecho, esta idea parece ser abandonada por las nuevas autoridades, que comienzan a dar señales de ser contrarias a la aplicación de la nueva legislación. Como señala La Red Familiares, Usuarios y Voluntarios (FUV), *“la DNSMyA en su función de Autoridad de Aplicación debería impedir que se consumieran grandes inversiones financieras contrarias a la ley y direccionar esos fondos hacia otros efectores en un sentido acorde con la LNSM”*

De hecho, una efectiva desmanicomialización del sistema significaría un programa enfocado en restablecer los derechos que les fueron destituidos a las personas internadas en instituciones psiquiátricas mientras prevaleció el modelo de sustitución de la voluntad o modelo tutelar. Como se identifica en el informe:

*“en el modelo legal argentino es frecuente advertir que se reconoce formalmente la personalidad jurídica de las personas con discapacidad psicosocial, pero se les restringe la capacidad de decidir y actuar por sí mismas. Su no reconocimiento como sujetos capaces de integrar la vida en comunidad en forma autónoma, premisa propia del modelo médico, se tradujo en un modelo legal de sustitución de la voluntad para la toma de decisiones. La restricción del ejercicio del derecho a la capacidad jurídica en razón de una discapacidad impide ejercer la mayoría de los derechos civiles y políticos y coloca a las personas en una situación de desigualdad legal estructural.”* (SABIN; RIBEIRO; DÍAZ; GIGLIA, 2015, pag 18)

Esta continuidad del modelo tutelar en los hechos a pesar de la reforma legislativa, sumada a la *“La existencia de un modelo de educación segregatorio, la ausencia de una estrategia para superar la exclusión sociolaboral, las falencias de las políticas habitacionales para las personas que están en una situación de vulnerabilidad socioeconómica son algunas de las problemáticas sociales estructurales que impactan sobre las personas institucionalizadas”* (SABIN; RIBEIRO; DÍAZ; GIGLIA, 2015)

*Sin embargo*, la realidad del campo de la salud mental en Córdoba no se ha acercado a la posibilidad de habilitar condiciones para la aplicación de la ley. Además de la falta de un Órgano de Revisión Provincial, se requerirían medias ejecutivas y presupuestarias que no están siendo llevadas a cabo. Esto sucede porque existen actores que habiendo sido contrarios a la aprobación de la nueva legislación son hoy los que dificultan su implementación.

Durante un seminario sobre Violencia Institucional realizado en el Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba que tuve la oportunidad de acompañar, una profesional se preguntaba lo

siguiente: *¿Por qué alguien al momento de atravesar los muros del hospital Neuro-psiquiátrico mediante una internación involuntaria, pareciera perder sus derechos como persona?* Los siguientes capítulos son mi intento por responder a esta pregunta.

## CAPITULO 3

### CAPITALISMO, MODERNIDAD Y DISPOSITIVOS MANICOMIALES

En este capítulo desarrollaré un análisis sobre la razón de ser de los dispositivos manicomiales en la modernidad/colonialidad capitalista. Introduciré algunos de los conceptos elaborados para el análisis de la modernidad/colonialidad, indagaré sobre algunos de los mecanismos por los cuales se estableció la colonialidad del poder, del ser y del saber, centrándome en la experiencia de los países del cono Sur. Buscaré inscribir las prácticas médicas modernas y los dispositivos manicomiales dentro del proyecto histórico de la modernidad/colonialidad al tiempo que demuestro las consecuencias del capitalismo en la vida y el sentido que cobra el sistema manicomial cuando se atienden estas consecuencias.

#### **3.1. Colonialidad del poder y capitalismo**

Como lo aborda (QUIJANO, 2000), el capitalismo mundial fue, desde la partida, colonial/moderno y eurocentrado. Esto porque las condiciones para el desarrollo del capitalismo solo estuvieron dadas con la empresa colonial de algunos sectores de Europa sobre diversos territorios del mundo. Este proceso de colonización estableció la violencia colonial sobre los territorios y los cuerpos de las personas: exterminio, robo de las tierras, saqueo de los bienes, explotación mediante el trabajo esclavo. Ésta es la base colonial del capitalismo. Quijano argumenta que en este proceso, tras la construcción histórica de América, *todas las formas de control y de explotación del trabajo y de control de la producción-apropiación-distribución de productos, fueron articuladas alrededor de la relación capital-salario (en adelante capital) y del mercado mundial*. Cada forma de control del trabajo fueron deliberadamente establecidas y organizadas para producir mercaderías para el mercado mundial. Así se construyó la Europa moderna y capitalista. (QUIJANO, 2000)<sup>83</sup>

Según Quijano, la categoría que surge con el proceso de colonización y que estructura la modernidad/colonialidad es la clasificación social racista de la población. En el capitalismo

---

83 Con este análisis, Quijano refuta la idea comúnmente asumida desde el punto de vista eurocéntrico, donde la reciprocidad, esclavitud, servidumbre y producción mercantil independiente, son formas de producción percibidas como pre-capitalistas, ubicadas virtualmente en el pasado. Quijano desarma esta idea mostrando en qué magnitud el capitalismo organizó (y organiza) estas diversas formas de producción en torno a su acumulación. En este sentido, la esclavitud es una realidad propia del capitalismo y no pre-capitalista.

mundial, las formas de producción pasarán a organizarse según esta categoría, estableciendo una división racial del trabajo a nivel mundial. La relación de producción capital-salario se estableció primeramente en la población considerada “blanca”. Para las poblaciones no blancas, se estableció la servidumbre y la esclavitud. Esto implicó una diferencia de poder, puesto que el capital, en tanto que relación social de control del trabajo asalariado, era el eje en torno del cual se articulaban todas las demás formas de control del trabajo, de sus recursos y de sus productos. Así se estableció el entramado material de la colonialidad del poder, que se sostiene en buena medida hasta hoy.

Tras el proceso de colonización, lo no europeo fue concebido por los colonizadores fundamentalmente como un *otro* a ser gobernado. Se negó la capacidad de ser sujeto histórico a las poblaciones explotadas y se impusieron modalidades de “revolución” que mantuvieron intactos los criterios de la modernidad eurocentrada.

*“La Independencia política, desde comienzos del siglo XIX, está acompañada en la mayoría de los nuevos países por el estancamiento y retroceso del capital y fortalece el carácter colonial de la dominación social y política bajo Estados formalmente independientes. El eurocentramiento del capitalismo colonial/moderno, fue en ese sentido decisivo para el destino diferente del proceso de la modernidad entre Europa y el resto del mundo.”* (QUIJANO, 2000, pag 218)

Con estas independencias de las colonias se estructura lo que se denomina colonialidad del poder. La colonialidad del poder se concibe como la permanencia de la estructura de poder impuesta por la relación de colonización en las instituciones “Independientes”. Así, la división racial del trabajo y la articulación de todas las formas de producción al capitalismo mundial se sostienen en el tiempo una vez conseguidas las independencias. Los proyectos de la modernidad se instalan en los territorios ocupados como perspectivas colonialistas y racistas.<sup>84</sup>

84 Estoy al tanto de la discusión que recientemente han iniciado intelectuales como Silvia Rivera Cusicanqui (RIVERA, 2010) y Francesca Gargallo (GARGALLO, 2014). Ellas proponen, entre tanta cosas, la necesidad de reconocer *otras* modernidades, proyectos de organización social nacidas desde parámetros no europeos ni capitalistas. *Todo ello muestra que los indígenas fuimos y somos, ante todo, seres contemporáneos, coetáneos y en esa dimensión –el aka pacha– se realiza y despliega nuestra propia apuesta por la modernidad* (RIVERA, 2010). Desde un cierto punto de vista, las propuestas revolucionarias nacidas desde la América indígena y negra como el El Buen Gobierno, de Waman Poma, La rebelión de Tupaq Katari en 1781, la revolución de Haití, o incluso el Paraguay durante el gobierno de Rodríguez de Francia, pueden ser considerados propuestas modernas no coloniales. Sin embargo, a los fines de este trabajo, cuando hablo de modernidad me refiero a la modernidad de tradición occidental, aquel proceso histórico que la opción decolonial sitúa comenzando en 1492 con la invasión de lo que más tarde se constituiría como América. Fundamentalmente, *Modernidad* en este trabajo hace referencia a aquel proyecto político que establece la organización centrada en Estados Nacionales Burgueses, dirigidos por élites criollas con visión eurocéntrica, que emularon las instituciones propias del republicanismo, comenzando por el establecimiento de la propiedad privada como principal valor para la organización social. Esta forma de organización solo pudo imponerse por sobre otros proyectos políticos tras procesos de extrema violencia colonial. Lo propio, pues, de la modernidad/colonialidad, tal como la concibo en esta investigación, es el intento de



Estado y capitalismo aparecen como dos modalidades de la dominación colonial: los mecanismos para asegurar la dominación política y los mecanismos para asegurar la dominación económica. Cuando atendemos a una perspectiva histórica que toma en consideración la violencia colonial sobre nuestros territorios, aparece la posibilidad de desnaturalizar el rol del Estado. Como sostiene Clastres, es también un producto de la Modernidad la

*“Ilusao retrospectiva, miragem da ausencia, concepcao do Estado como destino da humanidade (...) Dois axiomas, com efeito, parecem guiar a marcha da civilização ocidental desde a sua aurora: o primeiro estabelece que a verdadeira sociedade se desenvolve sob a sombra protetora do Estado; o segundo enuncia um imperativo categórico: é necessário trabalhar. Os índios, efetivamente, só dedicavam pouco tempo àquilo a que damos o nome de trabalho. E apesar disso não morriam de fome. As crônicas da época são unânimes em descrever a bela aparência dos adultos, a boa saúde das numerosas rianças, a abundância e variedade dos recursos alimentares. Por conseguinte, a economia de subsistência das tribos indígenas não implicava de forma alguma a angustiada busca, em tempo integral, de alimento”.*(CLASTRES, 2004 y 20004b, pag 11)

El eurocentrismo propio de las élites que gobernaron ampliamente los territorios colonizados, estableció las instituciones Estatales tomando como modelo a Europa. Mediante estas instituciones la colonialidad del poder estructurará la legislación, las instancias de gobierno, la educación y las instancias de conocimiento. Una realidad provincial (la de una cierta región de Europa occidental) pasará a ser reconocida por ciertos grupos como la realidad universal. Con esto, criterios propios de una cultura serán entendidos como universalizables. Este padrón de pensamiento es particularmente insidiosa entre las clases dominantes de América Latina durante todo el proceso de consolidación de los estados nacionales. A esto, se acostumbra denominar *eurocentrismo*.

Cuando nos referimos al eurocentrismo, establecemos que dicho patrón de poder mundial fue establecido desde Europa. La hegemonía del poder se traslada desde las costas del Mediterráneo y desde las costas ibéricas, hacia las del Atlántico Noroccidental. Luego se trasladaría al Atlántico

---

anulación de otras formas de vida posibles. Esta anulación sin embargo, jamás ha sido definitiva, lo que nos permite reconocer proyectos propiamente indígenas dentro de la modernidad. Con todo, es importante destacar que no se trata aquí de esencializar lo indígena o colocarlo en el pasado como pre-moderno. Los procesos civilizatorios y culturales indígenas coexisten en el espacio tiempo de la modernidad. De cualquier manera, un proyecto de modernidad indígena deberá enfrentar la violencia de la modernidad colonial. *“El proyecto de modernidad indígena podrá aflorar desde el presente, en una espiral cuyo movimiento es un continuo retroalimentarse del pasado sobre el futuro, un “principio esperanza” o “conciencia anticipante” (Bloch) que vislumbra la descolonización y la realiza al mismo tiempo.* (RIVERA, 2010)

Nororiental con la emergencia de Estados Unidos como potencia. Nos encontramos nuevamente en un desplazamiento geopolítico del poder, con la emergencia de nuevas potencias económicas y bélicas a nivel mundial. Esto, sin embargo, no desarma sino que transforma la colonialidad del poder en el Sur mundial.

En la historia reciente, somos testigos en nuestros territorios de proyectos que se presentan a si mismos como intentos de modernización. Modernización, desarrollo o progreso, aunque con ciertos matices, son generalmente diferentes formas de nombrar los mecanismos mediante los estados nacionales intervienen para ajustar sus instituciones a la lógica de la modernidad. Desde el alambramiento de las tierras comunales y de los campos, pasando por la extensión a todo el territorio nacional de instituciones como escuelas y hospitales. Mas recientemente, las inversiones en infraestructuras integradas al capitalismo extractivo trasnacional son parte de la continuidad del proceso de *modernización*. Modernizar ha significado para nosotros, intentar adecuarse a parámetros del capitalismo. A lo largo de la globalización<sup>85</sup>, primero con Europa, posteriormente con EEUU como centro, son éstas economías centrales a través de organismos internacionales o de la injerencia directa quienes han establecido los parámetros de la organización del poder en nuestros territorios. Esta modernidad no es un proyecto específicamente nuestro americano, es el proyecto de ciertas élites que, nacidas en territorios americanos, se identifican con los criterios civilizatorios europeos.

### **3.2. Colonialidad del Saber Médico Moderno**

De la misma manera en que en Europa, la toma de poder de la emergente biomedicina implicó una persecución violenta contra otras formas de conocimiento, territorialidades comunitarias, saberes y practicas corporales, de la misma manera, en los territorios ocupados por el poder colonial en lo que paso a ser a ser denominado América, el desarrollo de la medicina moderna se da de la mano de una serie de tecnologías que tienen el fin de invisibilizar, tornar inviables y destruir otros saberes. Estos saberes, por múltiples y milenarios, no pueden ser reducidos al calificativo *alternativo*, y resisten, aunque de forma fragmentaria, en sus territorios tras 500 años de explotación. La medicina moderna como tal se incorpora de forma general a las practicas de gobierno hace 200 años. Sin embargo, tiene antecedentes. Desde siempre y en todas las geografías,

---

85 Entiendo la Globalización como la define Quijano, como siendo “*la culminación de proceso que comenzó con la constitución en América del Capitalismo colonial/moderno euro-centrado como patrón de poder mundial*” (QUIJANO, 2000)

las comunidades humanas han construido complejos modelos médicos. Las comprensiones sobre el cuerpo, sobre el sentido de su interrelación con el espacio y con otros cuerpos, la formulación de ideas sobre el bien estar y el mal estar, sobre lo normal y lo patológico, así como interpretaciones sobre el acontecimiento e intervenciones de diversos tipos con la finalidad de corregir el curso de las cosas o curar, son algunos de los aspectos que hacen a lo que, desde una perspectiva antropológica, se entiende por medicina.

El nacimiento de la medicina moderna puede ser situado en el fin del siglo XVIII. Gradualmente, se irá consolidando como saber científico, configurándose como ciencia experimental, fundada en un paradigma epistémico de pretensa racionalidad y neutralidad, con el proyecto de extraer leyes universales.

La modernidad/colonialidad establece como dominante una concepción específica sobre todos los aspectos de la vida, incluido en esto lo que se entiende como *salud*. Los procesos por los cuales se define una realidad como siendo sana u enferma, normal o patológica se encuentran, en los territorios colonizados, vinculados a esta concepción dominante, propiamente la vinculada al modelo de la Ciencia Moderna de herencia judeo-cristiana. Aunque jamás totalizadora, la perspectiva dominante tiende a ejercer un poder violento sobre otras concepciones, estableciendo una colonialidad del saber. La medicina Moderna, que se construye como el establecimiento de una serie de modelos médicos como los únicos propiamente científicos, se establece históricamente como una ciencia de Estado.

Para comprender algunas de las dimensiones en las que la colonialidad del saber se inscribe y establece los criterios legítimos al interior del saber médico, podemos atender a algunas de las características del pensamiento propiamente moderno. Latour sostiene que la modernidad se sustenta sobre el intento de separación ontológica entre lo natural y lo social. (LATOURE 2007) En este orden, la representación de lo *natural*, ontológicamente distinto de lo *social*, le corresponde a la ciencia. Por su parte, la representación de lo social le corresponde a la política. Así, la modernidad establece como correlativas a la separación naturaleza/cultura, la separación ciencia/política. Lo propiamente científico es imaginado como políticamente *neutro*<sup>86</sup>. Latour sostiene, también, que con este intento de separación, la Modernidad no ha dejado de producir híbridos. Estos híbridos son objetos que, ora identificados en principio como naturales, ora identificados en principio como sociales, resisten a la separación ontológica.

---

86 En esta separación se funda lo que Laplantine reconoce como la “*Ilusión de la medicina dominante: estar definitivamente libre de las representaciones de la sociedad en que se inscribe*” (LAPLANTINE, 2010)

Si me detengo en estas reflexiones un tanto filosóficas es porque nos permiten comprender cómo la modernidad/colonialidad consiguió establecer una ciencia médica que se imaginó a sí misma libre de connotaciones políticas. Al estar fundada en un paradigma biológico, la medicina Moderna era un saber sobre lo *natural*. Al mismo tiempo y en el mismo movimiento, las consecuencias políticas de este saber no han dejado de aparecer. Reconocer este principio moderno de purificación como una tarea imposible nos permite comprender los límites, conflictos y cuestionamientos que acarrea el saber Médico Moderno desde su imposición colonial, único saber socialmente legitimado por el Estado.

Ya vimos que los saberes de tradición no Europea que coexisten en los territorios colonizados sufrieron y sufren diversas formas de deslegitimación. Primeramente con la Inquisición, institución de la Iglesia abocada a la persecución de toda forma de curandería, saberes chamánicos u practicas rituales, luego con el establecimiento de la ciencia Positiva como único conocimiento científico, el poder colonial y el colonialismo del poder establecieron una concepción de persona, una concepción de cuerpo y una concepción de salud/enfermedad específica como únicos criterios legítimos. Como espero quede demostrado en este trabajo, lejos de tratarse de un conocimiento neutral sobre una realidad universal, estas concepciones cargan consigo presupuestos etnocéntricos, una historia de violencia racista y heteropatriarcal y una racionalidad específicamente capitalista.

La filosofía de matriz moderna establece una separación entre el hombre y la naturaleza. Tras esta separación, define a la naturaleza como aquello que debe ser gobernado. El hombre, entendido como sujeto es quien puede gobernar mediante la razón a la naturaleza, entendida como objeto. Al mismo tiempo, es el sujeto quien conoce, estableciendo la relación epistémica asimétrica sujeto de conocimiento/objeto cognoscible. El Sujeto moderno es, como ha quedado demostrado, un sujeto pensado desde el punto de vista masculino y blanco. Excluye en principio a todas las mujeres, construidas como clase social a partir de la diferencia sexual y excluye en principio a las poblaciones establecidas tras la relación colonial, interpretando dicha relación en términos de raza. El Sujeto Moderno es propietario de sí y de sus bienes. La *Naturaleza*, tal como concebida por la modernidad incluye a las personas que no son sujeto, es decir, a las mujeres y a las personas esclavizadas y el resto de los seres. Estos pasan a ser concebidos como propiedad y por tanto como explotables. La modernidad establece una línea divisoria entre quienes están para gobernar y quienes están para ser gobernados. La modernidad es el correlato ideológico del capitalismo, si entendemos que éste solo es posible cuando se cosifica a los seres para mercantilizar las relaciones.

La medicina moderna se edifica fundamentada en este supuesto filosófico. Desarrolla su conocimiento a partir de la separación entre el hombre y la naturaleza, lo que le permite concebir al cuerpo como natural. El cuerpo comienza a ser entendido como materia que necesita ser instrumentalizada, gobernada y es por esto pasible de ser intervenida con fines dispuestos por el poder Estatal desde una lógica capitalista y heteropatriarcal.

El intento de tornar a la medicina una ciencia positiva implicó la artificial separación del sujeto de conocimiento desde un lugar considerado neutral.<sup>87</sup> Sin embargo, ese lugar jamás existió, la medicina moderna siempre estuvo impregnada de valoraciones de sesgo cultural. La clase que ocupó los lugares de reconocimiento en esta medicina (hombres blancos de las clases altas) establecieron sus criterios de salud. Así, la medicina funcionó históricamente como una tecnología de dominación sobre el resto de los cuerpos.

Además, como afirma (DE LA CADENA, 2015), la noción de *Libertad para la modernidad fue una función de distancia con respecto a la Naturaleza*. Es por esto que grupos humanos considerados “naturales”, como las poblaciones originarias de América Latina, las poblaciones africanas esclavizadas, todas las mujeres y también las personas consideradas insanas, no gozan en la Modernidad de la libertad que se le concede a los sujetos. No *pueden* ser libres, pues carecen de razón. Comenzamos a comprender el particular entramado histórico entre Saber Médico, Poder Jurídico y Colonialidad del poder que torna posible la creación de los dispositivos manicomiales.

### **i) Restricciones del Sujeto de derechos**

Sucede que la concepción de sujeto de derecho Moderna surge pautada por los criterios anteriormente detallados, en función de la distancia en que se ubica a las personas y los seres del ideal de naturaleza. Son, en primera instancia, sujetos de derechos plenos quienes se encuentran alejados de esta idea de naturaleza: los “evolucionados”, es decir, los europeos, blancos. Este sujeto de derecho es un sujeto racializado: las poblaciones esclavizadas no pueden ser sujetos de derecho, pues el sujeto es soberano. “*Es que el Ser, si bien incluye a todos los seres humanos, también los jerarquiza*”. (Maldonado, 2007). El sujeto de derecho, tal como concebido por la Modernidad/colonialidad es inseparable de su contrapartida: la esclavitud. La esclavitud es una situación en la cual la privación de derechos se torna paradigmática. No se trata, pues, de una forma

---

87 O lo que Santiago Castro Gómez denomina “la hybris del punto cero”. Ese presupuesto filosófico de la modernidad ilustrada de estar situada en un plano metacultural y metaepistémico desde el cual examina el resto de lo conocimientos. El punto de vista irrefutable de la absoluta objetividad sin compromiso de ninguna posición subjetiva, en el que los filósofos racionalistas ilustrados pretenden elevarse sobre cualquier situación social particular. (CASTRO GÓMEZ, 2004)

de trabajo anterior al capitalismo. Es un régimen de dominación que convive con el capitalismo y que funciona en la actualidad. La actual jerarquización del Ser que establecen los dispositivos manicomiales, con el poder de decidir jurídicamente quien es capaz y quien no, es una tecnología de dominación de origen colonial. La privación de las personas consideradas discapacitadas o diagnosticadas por la psiquiatría como poseyendo algún trastorno mental de su libertades básicas como sujetos de derecho solamente es posible por una disposición anterior del poder que establece esta distinción. Lo que varía en la historia colonial es quién ocupa este lugar y por que mecanismos ésto se establece y legitima. Es tal vez, por esto, que comúnmente escuchamos a las personas que luchan contra el racismo afirmar que históricamente ha sido mas fácil encerrar en manicomios (y en las prisiones en general) a las personas negras. La razones se encuentran cuando se lee la historia de los dispositivos manicomiales en clave colonial.

## **ii) La historia de Gerónima**

La película *Gerónima*, relata la historia real de una mujer mapuche del mismo nombre que fue arbitrariamente internada en un hospital psiquiátrico generando consecuencias irreparables en su vida. En la película podemos ver representada la historia que el psiquiatra Jorge Luis Pellegrini narra en su libro *“No quiero que me den una mano, quiero que me saquen las manos de encima”* (PELLEGRINI, 2011) . La frase que da nombre al libro es una frase que le dijo la propia Gerónima a Pelegrini mientras se encontraba internada. Gerónima fue internada por una unidad médica que la fue a buscar a su casa sin previo aviso. Ella vivía con sus hijos en una casa que había sido heredada por sus padres y a éstos por sus abuelos. Durante la internación de ella y sus hijos, los hijos contrajeron enfermedades que culminaron en la muerte de los niños. Gerónima, destruida por la violencia institucional acabó sus años en un hospital psiquiátrico. Lo interesante de esta triste historia son los motivos que llevaron a la internación, expresados en la película a partir de las preguntas que el equipo médico le hace a Gerónima: *usted vive sola? Qué come? Esa casa es de usted? No tiene cerco perimetral?* Gerónima y sus tres hijos vivían en la casa sin cerco perimetral porque la noción de propiedad privada de la tierra es una noción moderna. Gerónima y sus hijos se alimentaban con algunas donaciones de vecinos y salían a cazar. Esta forma de vida, vista desde el lente de la medicina, resulta en una razón suficiente para la internación. Se considera que Gerónima y los niños corren peligro. Sin embargo, el verdadero peligro en la vida de Gerónima era la propia institución médica, como el mismo Pellegrini reconoce.

Aquí vemos puesto en operación de forma extrema el elemento moral de la medicina, aquella medicina que en su pretendida científicidad funciona como un elemento legitimador del orden disciplinario colonial. Estableciendo las fronteras de lo *normal*, *previamente* establecida la frontera entre quienes pueden gobernar y quienes deben ser gobernados. En un contexto donde el pueblo mapuche aún lucha por que el Estado Argentino reconozca sus territorios y su derecho a existir en él, resulta necesario establecer la complicidad entre el ataque estatal y militar a otras formas de vida no capitalistas y los dispositivos manicomiales.

Este compromiso se establece porque la ciencia moderna surge como el conocimiento estructurado en relación a la necesidad de intervenir, penetrar, doblegar y usufructuar de la naturaleza, estando históricamente vinculada a la organización capitalista de las sociedades. La necesidad histórica y actual del capitalismo de despojar para acumular<sup>88</sup> es el sentido final de la puesta en marcha de los dispositivos manicomiales.

### 3.3. Capitalismo, modernidad y dispositivos manicomiales

#### CIRCULO VICIOSO

El hospicio estatal  
está lleno  
repleto  
hacinado  
superpoblado  
de locos...pobres  
y de pobres locos.

Me acuerdo de Alfredo Moffatt  
cuando decía: Existe un par dialéctico  
entre la locura y la pobreza  
-y se rascaba la cabeza-  
la locura empobrece,  
la pobreza enloquece.

Continuaba...

Sé que a veces, uno, de la locura sale...  
pero ¿ Cómo se hace para salir de la pobreza?  
¡Necesito un curso acelerado!  
Alfredo...perdoname, pero esto  
más que un par dialéctico,

---

88 Una de las dinámicas del capitalismo: la acumulación por desposesión, proceso que se desarrolla entre el Capital y las formas de producción no capitalistas para producir la acumulación de capital originaria. Aquí dominan como métodos la política colonial, el saqueo, la guerra, la opresión y el engaño. Este aspecto de la acumulación del capital se encuentra orgánicamente vinculado a la dinámica de acumulación por explotación, a partir de la relación entre capitalistas y asalariados. La evolución histórica del capitalismo solo puede ser comprendida si analizamos ambas dinámicas conjuntamente. (SVAMPA, 2011)

es sencillamente, un círculo vicioso.

**Marisa Wagner**

Los dispositivos manicomiales se comienzan a disponerse en la primera modernidad, con la colonialidad del poder ligada a instituciones religiosas y se establecen en la segunda modernidad con el proceso de modernización, allí cuando se comienza a establecer un régimen de dominación Estatal con una tecnología de gobierno biopolítica sobre la población. El capitalismo en andas, establece los criterios para las consideraciones de la medicina. No se trata simplemente de atender a los enfermos: se trata de propiciar un nuevo sujeto, hacer aparecer al sujeto del capitalismo que se intenta imponer. Para esto, es necesario separar y alejar. Estigmatizar aquellas formas de vida entendidas como desviantes de esta norma que apenas comienza a imponerse. Este es el sentido de las instituciones disciplinares y de los ordenamientos jurídico-administrativos.

Sucede que una vez expropiados de los medios de producción y de sus formas de organización, las personas que se ven obligadas a vender su fuerza de trabajo a las condiciones que el capitalista impone, que se ven obligadas a abandonar sus tierras y sus comunidades para migrar, rompen con los lazos que les permitían una vida sana y cuidada. La situación de extrema pobreza y de extrema explotación propiciada por la acumulación capitalista, la exclusión prevista para un determinado número de personas que quedan fuera de la lógica productiva son algunas de las razones económicas para establecer asilos donde internar. El sistema manicomial es la respuesta que el capitalismo da a uno de los problemas que su lógica produce.

La psiquiatría Moderna aparece en este panorama como legitimadora de esta intervención, disfrazando sistemáticamente las razones del padecimiento y completamente comprometida con la lógica capitalista

*“La nueva ciencia de la mente debe proveer la última clave en todo el campo de las relaciones humanas. Ahora estamos comprendiendo que es en la higiene mental, concebida con esa magnitud, que debemos encontrar la base de un nuevo orden industrial. Existen pocas disputas entre el capital y el trabajo que podrían perdurar después de una discusión de mesa redonda entre patrones y empleados, si todos ellos se hallan libres de complejos de inferioridad y reacciones defensivas. Esa misma afirmación es válida en lo que atañe a las relaciones internacionales. Hemos puesto excesivo acento sobre la economía e ignorado la psicología en cuanto a las causas de las luchas de clases y de las guerras entre las naciones. Representa un supremo valor de la Liga de las Naciones el que ésta constituya un gran experimento en higiene mental (Winslow, 1934, pp 237)”*  
(KLAPPENBACH, 2009, pag 5)



De hecho, desde su apareamiento en nuestros territorios, la Psiquiatría Moderna, enmarcada en el auge del pensamiento Positivista, estableció una relación directa entre “la cuestión social” (eufemismo para referirse al control social), la higiene de la población, comúnmente concebida por los Positivistas Latinoamericanos como poblaciones “enfermas”, y el racismo de Estado. (ANSALDI; FUNES, 1991)

### **i) Subjetividad capitalista y Dispositivo Manicomial**

*“Todo ese accidentado proceso (el de la colonización) implicó a largo plazo una colonización de las perspectivas cognitivas, de los modos de producir u otorgar sentido a los resultados de la experiencia material o intersubjetiva, del imaginario, del universo de relaciones intersubjetivas del mundo, de la cultura en suma” (QUIJANO, 2000, pag 210)*

Los dispositivos manicomiales funcionan, entre otras formas, constituyendo relaciones intersubjetivas que establecen criterios de normalidad por mecanismos disciplinares y de control. De esta relaciones emerge el sujeto que puede ser ubicado dentro de lo que se considera el sujeto propio del capitalismo: el sujeto individual y el individualismo como representación obsesiva de la persona (DUARTE, 1998b)

*“Y, en primer lugar, el individualismo. El intelectual colonizado había aprendido de sus maestros que el individuo debe afirmarse. La burguesía colonialista había introducido a martillazos, en el espíritu del colonizado, la idea de una sociedad de individuos donde cada cual se encierra en su subjetividad, donde la riqueza es la riqueza del pensamiento.” (Fanon, 2010, pag 5)*

Las determinaciones capitalistas, sin embargo, requerían también, y en el mismo movimiento histórico, que esos procesos sociales, materiales e intersubjetivos, no pudieran tener lugar sino dentro de relaciones sociales de explotación y de dominación. Para los controladores del poder, el control del capital y del mercado eran y son los que deciden los fines, los medios y los límites del proceso. *“El mercado es el piso, pero también el límite de la posible igualdad social entre las gentes” (QUIJANO, 2000).*

Por tanto, el sujeto individual no es un sujeto que abarque universalmente a todas las personas. Como veremos mas adelante, las mujeres en el régimen moderno/colonial de género no fueron concebidas como *individuos*. De la misma forma, el límite de la subjetividad individual está

en el criterio capitalista de productividad<sup>89</sup>. El sujeto considerado por el capital como *improductivo*, entre los que se pueden ubicar a muchas de las personas con diversidad funcional y neurodiversas, se encuentra en un lugar mas allá del individuo ideal moderno/colonial. Es por tanto, considerado *insano* por la medicina capitalista, quedando justificada la intervención de los dispositivos manicomiales.

### 3.4. Medicalización de la vida

La medicalización de la vida es el fenómeno por el cual se extiende la perspectiva biomédica como forma de comprensión de las diferentes dimensiones de la vida. La medicalización se confunde con la propia historia de la sociabilidad moderna: el sujeto de la modernidad se construye a partir de tecnologías entre las cuales se encuentra la medicalización de la vida. La mirada médica, una vez conformada como ciencia a partir de la objetivación de lo existente, interviene disciplinando el cuerpo para hacer emerger el sujeto moderno. El caso ampliamente citado, por paradigmático, es la medicalización del parto: una practica común a la humanidad desde siempre pasa a ser ampliamente comprendida como un fenómeno médico, como un momento de disturbio que debe ser médicamente intervenido. La medicalización se da cuando una especifica comprensión que proviene de la mirada médica se incorpora a otras dimensiones de la vida y se generaliza. El saber médico aparece en este proceso como siendo el único saber legitimado, imponiéndose sobre otros saberes y prácticas que resultan subalternizados, invisibilizados o explícitamente prohibidos. Así, la medicina se constituye como un saber normativo: Los sujetos de la modernidad *deben* ser sujetos.

Estas ideas y prácticas solo se tornan comprensibles en el marco de la centralización del poder en la conformación de los Estados Modernos y del capitalismo como patrón de poder mundialmente hegemónico. Responden, por tanto, a una lógica coherente con la reproducción de la dominación.

Segundo Duarte, “*desde o século XVIII, as fórmulas da Biomedicina não têm cessado de influir nas representações gerais concernentes ao adoecimento e de modificar os patamares de tolerância e demanda das instituições médicas.*”(DUARTE, 1998<sup>a</sup>, pag 21)

---

89 Criterio de valor establecido a partir de la noción de tiempo capitalista, el reloj y el calendario gregoriano. Es un sujeto productivo el cuerpo que puede ser colocado a disposición del capital de forma indeterminada. Esto excluye, claro, a la improductividad de la burguesía capitalista.

Así como el proceso de medicalización de la vida tiene su historia, el proceso de medicalización del mal estar social también. Sostengo que la medicalización del padecimiento subjetivo y de la inconformidad con la norma social se sustenta en la triada ciencia-mercado-estado y tiene como expresión concreta la creciente medicación de los cuerpos a partir de fármacos en general y de psicofármacos en específico. Quisiera exponer una serie de razones que llevan a pensar que el consumo de psicofármacos, lejos de ser una de los tantos posibles abordajes para lidiar con el padecimiento, se configura más bien como una tecnología de poder que actúa sobre cuerpos conceptualizándolos como enfermos o disfuncionales, para luego justificar su intervención molecular. Se trata de una tecnología de poder que podríamos tipificar *farmacopornográfica*, o panóptico comestible (PRECIADO, 2008). “*La ortopedia social ha dejado paso a la microprotética sexopolítica*”<sup>90</sup>. Es al mismo tiempo una técnica de *sujeción*, pues funciona reprimiendo múltiples afectaciones y con esto hace emerger el sujeto de la lógica capitalista contemporánea.<sup>91</sup>

### **i) Medicalización del padecimiento subjetivo**

*“(...)Pero esta sensibilidad debe ser controlada porque es potencialmente peligrosa y por eso de la regula con los chalecos químicos, las drogas. Que hacen los psiquiatras, entonces? Nos drogan porque tienen miedo a estar equivocados.”* (ROBINSON, 2014, pag 35)

*“Tomar los pasajes de esta mediación constituida por la "enfermedad" y, al mismo tiempo, el rol que la ciencia tuvo en la organización separada de los fenómenos, es el punto crucial para la comprensión de lo que será la locura, una vez contenida en la camisa de fuerza de una "enfermedad mental" objetivable, cuantificable, definible en términos científicos por la racionalidad del poder.”*  
(BASAGLIA ONGARO, 1983, pag 73)

Propongo analizar brevemente la forma específica en que produce la medicalización del mal estar social o, como lo conceptualiza Alicia Stolkiner: la relación entre la medicalización de la vida y la producción de sufrimiento psíquico (STOLKINER, 2013). La autora entiende el “*proceso de medicalización como articulación entre lo económico, lo institucional y la vida cotidiana en los procesos de producción de subjetividad, e igualmente en los procesos vitales de*

---

<sup>90</sup> “Entre el panóptico y la píldora las diferencias son importantes. (...) En la era *farmacopornográfica*, el cuerpo se traga el poder. Se trata de un control democrático y privatizado, absorbible, aspirable, de fácil administración, cuya difusión nunca había sido tan rápida e indetectable a través del cuerpo social.” (PRECIADO, 2008, 135-137)

<sup>91</sup> Aquello que desde la psicología ha sido denominado *Remisión de síntoma*

salud/enfermedad/cuidado.” (STOLKINER, 2013). Stolkiner propone la categoría de “sufrimiento psíquico” pues ésta noción permite atender no solo las denominadas “enfermedades mentales” sino las diversas maneras en que el dolor forma parte de los procesos vitales así como los efectos que pueden derivar de su reducción a la psicopatología. El “sufrimiento psíquico” o lo que yo denomino padecimiento subjetivo es producto también de las instituciones médicas que elaboran la noción de enfermedad mental y que intervienen a partir de esta noción.

Stolkiner defiende que uno de los productos de la cultura moderna es la transformación de una vivencia dolorosa en categoría psicopatológica. Yo agregaría, teniendo en cuenta el análisis ya realizado, que en esta transformación se da un movimiento de colonización epistémica. *La presencia hegemónica del discurso médico en la vida colectiva y en las vidas singulares cotidianas de los sujetos forma parte del proceso de medicalización.*(STOLKINER, 2013)

La medicalización de la vida en el capitalismo tiene una instancia vinculada al nacimiento de los estados capitalistas modernos occidentales, cuando la medicina científica de base positivista<sup>92</sup> pasa a hacer parte de la gubernamentalidad estatal incorporando la vida (“*bios*”) como objeto de la política, configurando la *biopolítica* (FOUCAULT 2007), y una segunda instancia entrelazada con la primera en los procesos de mercantilización de la salud, cuando la salud es entendida como bien de consumo.

En la contemporaneidad, las industrias de aparatología y farmacología, con un discurso neobiologista que se construye ideologizando los notables avances de la biología, la farmacología y la genética, opera reduciendo la complejidad del proceso de salud–enfermedad- cuidado a una sola de sus dimensiones.

*“se aísla o define un problema, se lo nomina como “enfermedad” o “síndrome” y se lo reduce a su dimensión individual biológica, a la par que se seleccionan algunas de sus características como “sintomatología”, a la cual se ofrece respuesta específica preferentemente medicamentosa y, eventualmente, acciones preventivas (algunas de ellas en la línea de la nueva “eugenesia” basada en las innovaciones de la genética) . Al hacerlo, simultáneamente se generan prácticas e identidades.”* (STOLKINER; 2013, pag 6)

Stolkiner defiende que esta forma de medicalización directamente ligada a la mercantilización no reemplaza a la anterior (la que Foucault analiza en relación a la

---

92 La filosofía “positivista que confere à ciência o poder de resolver todas as questões que ela coloca (desde que científicamente colocadas) e de impor, pela aplicação de critérios objetivos, o consenso sobre suas soluções; inscreve, assim, o progresso na rotina da “ciência normal” e age como se pudesse passar de um sistema para outro – de Newton a Einstein, por exemplo – pela simples acumulação de conhecimentos, pelo refinamento das medidas e pela retificação dos princípios.” (BOURDIEU, 1976)

gubernamentalidad), sino que la incorpora. El modo y motor actual de la medicalización es co-extensivo al anterior. Un ejemplo que nos puede situar en la forma de organización actual del poder médico y de la medicalización de padecimiento subjetivo es el debate planteado alrededor del DSMV: una sola corporación (psiquiátrica) de un solo país (EEUU) propone una herramienta prácticamente universal. Si bien existe la Guía Latinoamericana de Diagnósticos Psiquiátricos, desarrollada por la Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL, 2003), esta se apoya en el CIE-10, teniendo solamente un capítulo destinado a “Síndromes Culturales Latinoamericanos”. Stolkiner sostiene que a pesar de la existencia de esta Guía, es mucho menos utilizada en Argentina que el DSM-IV 5. Todo esto implica una *“subordinación política del sentido de un padecimiento a una nosografía única”* y *“Permite omitir cualquier pregunta o reflexión sobre la condición de producción de tal “enfermedad””*. (STOLKINER; 2013, pag 9)

Stolkiner, defiende que en este proceso se da lo que (Marx, 1975) definió como la fetichización propia de lo mercantil: hacer aparecer como relaciones entre cosas lo que son relaciones entre personas, concomitante al proceso de *objetivación*. En el discurso medicalizante la vida misma adquiere condición mercantil, o sea condición de *“cosa”*.

## ii) Reduccionismo bio-médico y farmacopoder<sup>93</sup>

*“El capitalismo, en su periodo de ascenso, veía en las colonias una fuente de materias primas que, elaboradas, podían ser vendidas en el mercado europeo. Tras una fase de acumulación del capital, ahora modifica su concepción de la rentabilidad de un negocio. Las colonias se han convertido en un mercado. La población colonial es una clientela que compra. (FANON. 2010, pag 11)”*

A continuación desarrollaré algunas ideas en relación al proceso de medicalización de la vida en su faceta contemporánea. Entendiendo que la comprensión biomédica del padecimiento subjetivo continúa siendo la representación hegemónica y que de la mano de esto aparece una nueva modalidad de poder propiamente capitalista al rededor de la industria farmacéutica, elaboraré un análisis que se sustenta en las investigaciones de la psiquiatría Joanna Moncrieff y el periodista Richard Whittaker. Aquí, se vuelve necesario reconocer que la noción de enfermedad no es una noción desinteresada ni neutra. Es, antes bien, *“uma “rede semântica”, realidade construída através do processo de interpretação/significação, a qual se fundamenta na rede de significados”*

---

93 Concepto acuñado por Preciado en Testo Yonqui. (PRECIADO, 2008)

*que estrutura a própria cultura e suas subculturas.*” (DE ALMEIDA FILHO; ÁVILA COELHO; TOURINHO PERES, 1999, apg 104)

La psiquiatra británica Joanna Moncrieff, es una de las voces críticas que desde dentro del campo de la psiquiatría cuestionan la forma en que esta especialidad médica, de la mano de las neurociencias han concebido la noción de trastorno mental (actualización del modelo de enfermedad mental) construyendo un modelo de intervención centrado en la prescripción de psicofármacos. Moncrieff presenta algunas nociones básicas para comprender cómo se construye la noción medico-psiquiátrica de los problemas mentales y cuestiona los supuestos no demostrados científicamente que acaban funcionando como legitimadores acríticos de los intereses de la industria farmacéutica. (MONCRIEFF, 2008)

Podríamos encontrar en Moncrieff una renovación de las ideas de la antipsiquiatría. De la misma forma en que la teoría antipsiquiátrica denunciaban la arbitrariedad cultural de la noción de enfermedad mental para mostrar la manera en que las instituciones generaban al enfermo en sus prácticas, Moncrieff nos muestra cómo se da esta construcción del cuerpo enfermo hoy, en el contexto de un poder cada vez más (bio) molecular. Veamos brevemente cómo desarrolla su argumentación en *“The Myth of chemical Cure”* (El Mito de la Cura Química (traducción mía)).

A partir de 1950, las drogas psiquiátricas o psicofármacos comenzaron a despertar cada vez más interés. Inicialmente fueron desarrolladas como dispositivos de guerra, para ser administradas a los soldados, con la intención de incrementar su resistencia a condiciones de extrema violencia y sufrimiento. Al tiempo comenzaron a ser comercializadas en el mercado, en una particular alianza entre las industrias farmacéuticas que patentaban los compuestos y la corporación médica que mantenía el monopolio de las recetas. Las visitas a médicos por parte de las farmacéuticas con el fin de cerrar contratos donde los primeros se comprometían a recetar los productos de las segundas a cambio de un porcentaje de la ganancia es una de las modalidades de la mercantilización de la salud contemporánea.

A lo que Moncrieff apunta es al particular sesgo que la comprensión más difundida sobre la forma de acción de estas drogas tomó con el tiempo. En lugar de ser vistas como sustancias que inducen efectos que podrían ser interesantes o no, pasaron a ser vistas como tratamientos específicos para enfermedades específicas. Se transformaron en supuestas curas. A esta idea que ha sido largamente difundida, Moncrieff denomina *“modelo centrado en la enfermedad”*. Pero Moncrieff defiende que tal comprensión de los psicofármacos es económicamente interesada y poco científica. Expliquemos un poco más.

En el modelo centrado en la enfermedad, la idea que subyace es las drogas estarían actuando sobre un proceso mórbido subyacente. La teoría predominante en la psiquiatría es comúnmente referida como la *teoría del desequilibrio químico de los desordenes psiquiátricos*. Esta teoría sugiere que los desordenes psiquiátricos o sus síntomas son causados por anormalidades químicas a nivel de la transmisión de los signos nerviosos, conocidos como neurotransmisores. En otras palabras, según esta teoría, habría un supuesto desequilibrio físico ubicado a nivel cerebral que estaría causando el desajuste en el comportamiento. La droga actuaría reajustando este desequilibrio. Esta tesis, argumenta Moncrieff, no ha sido demostrada dentro del área de la neurociencia o la psiquiatría, lo que no ha impedido que sea largamente difundida.

Esta forma de comprender la actividad de los psicofármacos aparece en la manera en que éstos son descritos, en la forma en que se formulan las investigaciones e incluso en el propio nombre con el que son comúnmente referidos: de un *antidepresivo*, se supone que esté actuando contrarrestando la causa de la depresión. De un *anti-psicótico*, se supone que esté actuando para normalizar el desequilibrio propio de la psicosis.

Esta comprensión es falsa. El modelo centrado en la enfermedad no nos permite comprender cómo los psicofármacos actúan. Moncrieff defiende que serían éstas drogas las que estarían generando el desequilibrio a nivel cerebral, propiciando un estado alterado que puede resultar interesante en ciertos casos y en otros no. Para comprender mejor cómo las drogas psiquiátricas funcionan y tener un panorama mas claro de cuándo conviene o no utilizarlas, Moncrieff propone un "*modelo centrado en la droga*". Así, guiados por este modelo, tanto las investigaciones como las recomendaciones de los médicos a los usuarios estarían guiadas por explicitar el carácter de intoxicación propio del consumo de un fármaco, mostrando cuales son los efectos específicos que la droga causa.

Tenemos pues, varias perspectivas desde las cuales podemos cuestionar la forma en que la medicalización del sufrimiento a reducido el tratamiento al modelo de farmacalización: Los psicofármacos no son una cura porque no atacan la causa de la supuesta enfermedad. Los psicofármacos no son una cura porque lo que buscan contrarrestar (la depresión, la psicosis, la ansiedad), no son enfermedades fisiológicas. Que el desarrollo de la investigación en torno a estas drogas haya surgido en buena medida de la hipótesis de un desequilibrio químico a nivel cerebral no quiere decir que tal hipótesis haya sido demostrada.

De hecho, la producción de la propia hipótesis del desequilibrio químico surge de la forma en que las drogas psiquiátricas operan: cuando se desarrollan los primeros *antidepresivos*, se

observa que estos funcionan aumentando la re-captación de serotonina. De esto se extrae la idea de que tal vez la depresión sea causada por una disminución en la recaptación de serotonina. Lo mismo sucede con los *antipsicóticos* y la liberación de dopamina. “*Research on psychiatric drugs is predicated on the idea that psychiatric drugs exercise their effects on the manifestations of an abnormal biological state*”. (MONCRIEFF, 2008, pag 7). Esta idea, afirma Moncrieff, es traída de la medicina general donde, diferentemente de los psicofármacos, la mayoría de las drogas efectivamente funcionan atacando las causas o síntomas del trastorno (un claro ejemplo es el de la insulina para tratar la diabetes).

A modo de ilustración, Moncrieff propone pensar que en el caso de los psicofármacos, se trata de una intoxicación mas parecida a la del consumo de alcohol. Esta intoxicación puede ser beneficiosa o puede ser perjudicial, en la medida en que el estado alterado producto del fármaco sea percibido como mejor o peor que el estado anterior. Esta comprensión nos permite entender que en el caso de los psicofármacos, no se puede distinguir entre efectos deseados y efectos secundarios pues todo el accionar del psicofármaco es la generalización de un estado alterado, anormal. “*The therapeutic effects are the drugs’ effects on the pathological process and the side effects are manifestations of the same effects on other parts of the body.*” (MONCRIEFF 2008, pag 8)

En la práctica, la hipótesis no demostrada del desequilibrio químico a nivel cerebral como explicación de los trastornos ha funcionado como un discurso que reviste a la psiquiatría de un aire científico legitimador. En la practica, son pocos los médicos que cuestionan la hegemonía del modelo terapéutico centrado en la prescripción de psicofármacos. La industria farmacéutica, como se sabe, es una de las mas lucrativas del mundo. A cada año el consumo de psicofármacos aumenta.

No se trata de desconocer que existen razones para el consumo de psicofármacos. Con seguridad, existen motivos y situaciones donde una persona específica prefiera consumir un fármaco a no consumirlo. De hecho, pensar en los psicofármacos como drogas nos permite inscribirlos en el horizonte del derecho a consumir o dejar de consumir. Lo que se cuestiona es su vinculación acrítica con un modelo de cura, la centralidad que han tomado en las intervenciones en el campo de la salud mental y por tanto, su prescripción indiscriminada y poco informada.

Si se cree acriticamente que el psicofármaco es la cura, no solo se desconoce el resto de los factores que constituyen un trastorno sino que se corre el riesgo de imponer el consumo de fármacos como obligación. Ésto es lo que vemos sucediendo en las instituciones de salud hoy, donde las personas son atendidas a partir de un modelo bio-médico reduccionista y salen casi siempre con una receta de fármaco en la mano. Es también lo que está sucediendo en las instituciones de educación,



donde cada vez se medicaliza mas a las y los niños por un juicio a su comportamiento: el diagnostico de TDH. Solo en EEUU, 13 por ciento de los adolescentes han sido medicados y sabemos que las realidades en América Latina no son muy diferentes. Aun no se ha encontrado un marcador biológico para determinar la diferencia entre un niño con TDH y un niño sin TDH.

La tesis de Moncrieff es que el modelo centrado en la enfermedad para explicar la forma en que las drogas actúan ha sido adoptado y ampliamente publicitado, no por la evidencia que existe para fundamentarlo sino por que ha ayudado a promover los intereses de ciertos grupos poderosos, específicamente la profesión psiquiátrica, la industria farmacéutica y el estado moderno. (MONCRIEFF, 2008)

Defiendo la pertinencia de la tesis de Moncrieff y agrego que este modelo centrado en la enfermedad como reducción al desequilibrio fisiológico ayuda también a sostener una concepción de salud-enfermedad-cuidado que deja incuestionados ciertos aspectos de las realidades de los padecimientos, específicamente aquellos que apuntan a la responsabilidad que tiene el propio sistema capitalista, heteropatriarcal y racista como sistema de explotación.

Por su parte, el periodista Richard Whitaker, en su conferencia “*A medicalización das sociedades ao redor do mundo*”, expone los resultados de su investigación basada en el análisis de estudios científicos. Whitaker defiende que es a partir de la publicación del DSM III<sup>94</sup> que aparece fuertemente una nueva conceptualización de los problemas mentales. Nancy Andersen, editor en jefe del *American Journal of Psychiatry*, publica el libro “*The Broken Brail*” en 1984, donde defiende la tesis del desequilibrio químico como causante de la enfermedad mental. Whitaker dedica su investigación a mostrar las relaciones que se establecieron a partir de entonces entre la industria farmacéutica y la psiquiatría científica.

A partir de 1980, diversas empresas farmacéuticas comienzan a financiar el trabajo de la APA<sup>95</sup>. Hasta entonces, las farmacéuticas no podían financiar conferencias científicas. A partir de entonces, éstas comienzan a financiar viajes de psiquiatras académicos del mundo entero para asistir a conferencias donde la hipótesis del desequilibrio químico es defendida. Algunos de los psiquiatras que reciben financiación de las farmacéuticas para difundir esta visión son: Joseph Biedman, Frederick Goodwin, Melissa Delbello, Karen Wagner. La misión de estos funcionarios es la de expandir cada vez mas las fronteras diagnósticas, es decir, que cada vez mas personas sean pasibles de ser diagnosticadas por mas motivos, ampliando la necesidad del uso de psicofármacos. Es en este

---

94 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Volumen 3

95 American Psychiatric Association

sentido que ha “avanzado” el DSM en sus últimas ediciones (IV y V). A cada edición del manual, se conciben nuevos trastornos posibles de ser diagnosticados.

Whitaker denuncia que en Estados Unidos, una de cada cinco personas toma algún psicofármaco. 13 por ciento de los adolescentes es medicado por TDH. El estado gasta en media 800.000.000.000 dólares anuales en psicofármacos. A finales de los ochenta se vendían 800 millones de dólares al año en psicofármacos; 20 años más tarde se gastaban 40.000 millones.

Al mismo tiempo, se multiplican las voces dentro de la psiquiatría crítica que denuncian la falta de evidencia contundente para defender la tesis del desequilibrio químico: entre otros, Stephen Stahl, Alan Frazer, Kenneth Kendler, Ronald Pies, han publicado estudios donde muestran que la teoría del desequilibrio químico no se fundamenta. Sin embargo, estos estudios no han sido ampliamente divulgados. Al mismo tiempo, los estudios que evalúan la eficacia de los psicofármacos como tratamiento son poco divulgados cuando los resultados denuncian que no existe una relación entre el consumo del fármaco y la mejoría de las condiciones subjetivas de vida.

El análisis de Moncrieff y Whitaker sobre la forma en que opera una parte de la psiquiatría hoy coincide con la tesis de Preciado (PRECIADO, 2013), según la cual la tecnología de verificación en las sociedades contemporáneas son fundamentalmente mercadológicas y mediáticas. Preciado afirma el criterio científico de verdad, medida de validación de los saberes desde el iluminismo hasta esta parte, habría entrado en crisis y nos encontramos en un momento donde la verdad es construida en función de intereses de mercado y a través de dispositivos mediáticos. Así, aunque un paradigma científico haya caído por mostrarse erróneo, esto no significa que la práctica médica que en él se sustentaba deje de operar.

Podríamos pensar que, aún no existiendo pruebas contundentes para la hipótesis del desequilibrio químico a nivel cerebral, aún cayendo por tierra todo el paradigma biologicista que sustenta la noción médica de enfermedad o trastorno mental, la intervención psiquiátrica se sostiene en su función de asegurar el orden social establecido. A esta modalidad del poder, Preciado denominó *farmacopoder*. Lejos de caminar hacia una adecuación realmente científica, la psiquiatría contemporánea insiste en dar consecuencia al rol histórico de la psicología moderna: funcionar como dispositivo ortopédico para la reproducción de la dominación.

### **Iii) Medicalización de la vida en Argentina**

Según es Observatorio Nacional de Drogas (OAD), dependiente de la SENDRONAR, en Argentina unas 3.303.629 personas (el 18 por ciento del total de la población nacional), de entre 12 y 65 años, hicieron uso de tranquilizantes o ansiolíticos. De este número, el consumo es mayor entre las mujeres y aumenta a partir de los 35 años.

Si bien en el 80,6 por ciento de los casos estos medicamentos fueron recetados o utilizados bajo prescripción médica, la modalidad de uso según los grupos etarios muestra diferencias: entre los 50 y 65 años el uso bajo tratamiento es del 90,4 por ciento; este porcentaje desciende al 51,1 por ciento entre los jóvenes de 18 a 24 años.

En relación al consumo de estimulantes y antidepresivos, el consumo alcanza a unas 332.547 mil personas. En el caso de estos medicamentos, el uso es principalmente bajo prescripción médica (76 por ciento), pero existe entre los jóvenes de 18 a 34 años un alto porcentaje de autoadministración que supera el 37 por ciento.<sup>96</sup>

*“hoy, cuando camino por la calle, me doy cuenta rápidamente si una persona esta drogada. Hay dos indicadores que no fallan. Uno es la falta de expresividad en la musculatura de la cara rígida. Las drogas suspenden las emociones. Y ellas son las que nos hacen humanos. No es que no puedes expresar, sino mas bien, que no hay nada que expresar, por eso los músculos responsables del lenguaje gestual, aquel que trasmite nuestras intenciones, emociones, actitudes y que nos vincula directamente con los otros, luego de la palabra, queda clausurado. El otro signo esta en los brazos colgantes. Los brazos estan mas buen rígidos, colgando hacia abajo, no se balancean acompañando el equilibrio-desequilibrio. En cambio, una personas drogada, da la sensación de arrastrarse mas que de caminar. Por todo esto cuando nos drogan nos dejan como zombis.”*  
(ROBINSON, 2014, pag 38)

### **3.5. Industria farmacéutica, poder médico y dispositivos manicomiales**

*“Ellos ven que están haciendo un bien a los pacientes, organizan congresos mundiales y escuchan voces que aseguran que el progreso científico de la psiquiatra y sus nuevas tecnologías mejorarán la calidad de vida de los pacientes en el mundo entero. A las luces de las evidencias de la realidad, que muestra como la calidad de vida de los locos en los manicomios es cada vez peor, aseguramos que estas personas están delirando”*  
(ROBINSON, 2014, pag 62)

---

96 Información extraída de la página del ministerio de Salud de la Presidencia de la Nación, [www.msal.gob.ar](http://www.msal.gob.ar)

El crecimiento en el consumo de los denominados “psicofármacos” es una realidad sensible, al mismo tiempo que constatada estadísticamente. En el caso específico de los psicofármacos, existe una particular alianza entre la psiquiatría médica y la industria farmacéutica: sólo los psiquiatras certificados tendrían autorización para recetar psicofármacos legalmente. Para entender el vuelco que la psiquiatría dio hacia la psicofarmacología como eje central del tratamiento psiquiátrico, debemos entender cómo se construye la concepción de evolución al interior de la ciencia. Todo indica que un sector de la psiquiatría construye su imaginario de evolución científica con base al modelo de la reducción biológica. Esto implica una concepción determinada de cuerpo, de salud y de enfermedad. Lo mórbido o enfermo, podrías ser, en última instancia, delimitado al máximo para ser intervenido con eficiencia. Según este paradigma, existiría potencialmente una causa “biológica” para el desequilibrio o enfermedad y lo interesante es conseguir aislar al máximo dicha causa, desvinculándola de otros factores. Esta perspectiva no contempla las variaciones sociales, culturales o subjetivas porque éstas son consideradas factores secundarios del trastorno. Esta concepción, a la que denominamos “*modelo biomédico reduccionista*” se puede visualizar en dos instancias: la de la investigación y la de la práctica. Como se vio, este modelo biomédico reduccionista ha sido terreno fértil para un cierto tipo de industria en desarrollo y ésta ha sabido pautar sus intereses dirigiendo el saber médico desde sus oficinas.

Por último, resulta importante destacar que ésta concepción no nos permite repensar la responsabilidad del entorno en las causas de la enfermedad. A este modelo le resultan incomprensibles los vínculos entre el padecer y la relación con el ambiente. La historia de la persona, sus vínculos, la violencia a la que haya sido expuesta (entre las cuales la propia medicina ha configurado una violencia más) quedan ajenos a su análisis del proceso mórbido. Así mismo, la solución o “*terapéutica*” tampoco aborda estas esferas, no las interviene, ayudando a su reproducción. Justamente por estos motivos, esta nueva modalidad en la que se desarrolla la medicina hegemónica contemporánea funciona como un proceso de restauración de los dispositivos manicomiales y no como su superación. En los capítulos siguientes buscaré abordar algunos de los factores que permiten una mejor comprensión del padecimiento subjetivo, tomando en consideración la forma en la que se organiza en nuestros territorios la estructura de la dominación.

## LITIO

Se habla de la bipolaridad de mi locura.  
De la necesidad del litio de por vida.  
Hace diez años:  
Litio en desayuno.  
Litio en el almuerzo.  
Litio en cena.  
Y cada tres meses una litemia.  
(Valor de litio en sangre)  
Una ecuación psiquiátricamente perfecta.  
Sin embargo, yo siento  
que mi locura  
tiene mucho más que dos polos.  
Muchos más matices.  
Muchos recovecos.  
¿Será, tal vez, multipolar y multifacética?  
Me pregunto si puede el litio con todo esto.  
¿No estarán podridas mis neuronas de tanto  
Ceglutión en cuotas?  
Maníaca. Depresiva. Psicótica.  
Caractericemos.  
Encuadremos.  
Traguemos la pastilla.  
Que pobre mi locura bipolar  
que se queda quietita con el litio.  
Que retrocede asustadiza.  
Y yo vuelvo a ésta lucidez de morondanga.  
Prolijita, Mustia. Gris.  
Casi calladita.  
Es que si rio demasiado tiemblo.  
(Me estoy euforizando, temo)  
Si lloro, también tiemblo.  
(Me estaré deprimiendo, pienso).

HAY QUE CUIDARSE DE LOS POLOS.

-Me convenzo-

que a no olvidar son dos. Y me rebelo.

A la doctora Gabriela Vranges

La “loca” del litio y la litemia.

**Marisa Wagner**

## CAPITULO 4

### DISPOSITIVOS MANICOMIALES Y ESTRUCTURA PATRIARCAL

En este capítulo me propongo analizar el régimen patriarcal y heterosexual como estructuras bases para comprender el sentido histórico y cultural de los dispositivos manicomiales. Abordo brevemente los pilares fundamentales de este régimen para abocarme luego a un análisis del cuidado como dimensión de la vida, del lugar estructural y mutable que esta dimensión tiene en los grupos humanos y la forma en la que se organiza en el contexto del régimen capitalista patriarcal y heterosexual. Finalmente, busco establecer los vínculos entre cuidado y manicomialidad para defender una noción anti-patriarcal del proceso de desmanicomialización.

En el Neuro-psiquiátrico Provincial de Córdoba conocí a una mujer a la que llamaré G para no exponer su identidad. A G. la conocí una tarde, durante una actividad que se realizaba en el *neuro* por motivo de la semana de la memoria<sup>97</sup>. Estaba sentada en un banco en uno de los patios al lado de otra mujer. Me acerqué a ellas para compartir unos mates. Recuerdo que la otra mujer se mantenía muy callada y que G. hablaba de forma suelta, aunque con un tono cansado en la voz. Me preguntó de qué se trataba la actividad y les comenté brevemente lo que sabía. Ese día el *neuro* estaba lleno de estudiantes y el movimiento contrastaba con la rutina del día a día.

G. comenzó contándome que se siente terriblemente cansada por el efecto que le generaba las pastillas que toma. Antidepresivos, me dijo, y antipsicóticos. Un buen día para G. es un día en el que consigue salir de la cama. Entre mate y mate G. empezó a contarme, sin que yo se lo pidiera, la historia de cómo llegó hasta el hospital.

Todo empezó hace más de veinte años, cuando vivía en otra provincia y estaba casada con un hombre. El matrimonio tenía un hijo y G. esperaba un segundo. En mitad del embarazo, el ex esposo de G. comenzó a tener una relación con otra mujer. Ese fue el motivo de la primera internación de G. Su esposo quería deshacerse de ella, hacerla pasar por loca para poder vivir con la otra mujer. A G. le dieron un diagnóstico médico, un certificado de insania y la hospitalizaron por meses. Llevó adelante su embarazo y parió en situación de encierro. Cuando el niño hubo nacido, le quitaron la tenencia y se lo entregaron al padre y a la otra mujer.

En este punto del relato a G, se le llenaban los ojos de lágrimas. “*Pocas veces volví a ver a*

---

97

*mis hijos, como si yo no fuera su madre*". "Todavía pienso en eso y me pongo mal". G. estuvo un tiempo internada en su provincia antes de viajar a Córdoba. Pasó varios años en el *neuro psiquiátrico* por no tener en dónde vivir. Hoy se atiende de forma ambulatoria y vive en una pensión. Frecuenta el *neuro-psiquiátrico* porque allí vende ropa usada en el espacio de economía solidaria "La Rampa".

Volví a ver a G. en otras dos oportunidades. En ambas me dijo encontrarse muy mal por causa de los psicofármacos y estar esperando que el médico le cambiara para otro tipo. Cuando le dije que me parecía importante contar su historia me dijo que sí, que lo hiciera. Sin embargo, cuando quise

profundizar en el relato noté que hablar le dañaba y decidí no insistir. Esa es la razón por la cual no formalicé una entrevista con G. Comparto aquí lo que recuerdo de lo poco que supe sobre ella.<sup>98</sup>

#### **4.1. La estructura patriarcal de la modernidad**

Sostengo que no es posible una comprensión de la lógica del sistema manicomial sin una comprensión de la organización de las relaciones en la que el sistema manicomial se realiza. Anteriormente, propuse pensar los dispositivos manicomiales como parte constitutiva de la modernidad/colonialidad. Es momento ahora de detenernos en una de las dimensiones estructurantes de esta modernidad/colonialidad: la organización de las relaciones sociales bajo un régimen sexo-genérico patriarcal y heterosexista. Me detendré en cada uno de estos conceptos para dar fundamento al análisis. Propongo, a la par de María Lugones (LUGONES, 2008), pensar la organización de las relaciones de sexuales y de género desde una crítica decolonial a la propia noción de género como categoría de análisis. Esto nos permite mostrar la especificidad histórica del patriarcado tal como se estructura en la modernidad/colonialidad.

A lo largo del análisis, buscaré justificar que la comprensión de la organización patriarcal y heterosexista de las relaciones en la modernidad es clave para comprender los fundamentos mismos del sistema manicomial.

##### **a) Sistema moderno-colonial de género**

---

<sup>98</sup> Tengo clavadas en mi memoria todas las miradas de las personas que encontré sufriendo y a las cuales no pude o no supe ayudar. La desesperación es real. La veo en la forma en la que algunas personas se acercaron a mi y se abrieron a compartir dolores profundos. La desesperación por encontrar alguien que acompañe, alguien que tal vez pueda alivianar la carga. Yo no supe ser esa persona y mi posición como investigadora no ayudó nunca a nadie.



En *Colonialidad y Género: Hacia un Feminismo Decolonial*, María Lugones aúna elementos teóricos provenientes de los estudios sobre la modernidad/colonialidad y de los análisis feministas, realizando una crítica que torna evidente las limitaciones de ambos. Tomando aportes del feminismo autónomo, de los feminismos comunitarios y de los feminismos de las mujeres negras y de color, quienes “*han enfatizado el concepto de interseccionalidad y han demostrado la exclusión histórica y teórico-práctica de las mujeres no-blancas de las luchas liberatorias llevadas a cabo en el nombre de la Mujer*” (LUGONES, 2008). Lugones argumenta que en el análisis sobre la colonialidad del poder y del capitalismo como patrón del poder mundial llevado a cabo por Quijano, éste acaba asumiendo una comprensión capitalista, eurocentrada y global del concepto *género*. Esta limitación en el análisis de Quijano no permite un marco teórico propicio para pensar la subordinación y explotación de las mujeres no blancas en la modernidad/colonialidad. Aunando elementos teóricos provenientes de estas corrientes diversas, Lugones llega a conceptualizar lo que denomina “*el sistema moderno-colonial de género*”.

*“Caracterizar este sistema de género colonial/moderno, tanto en trazos generales, como en su concreción detallada y vivida, nos permitirá ver la imposición colonial, lo profundo de esa imposición. Nos permitirá ver la extensión y profundidad histórica de su alcance destructivo.”* (LUGONES, 2008, pag 15)

El aporte de Lugones al análisis sobre las estructuras de dominación consiste en reconocer la colonialidad que subyace en la pretensión de universalizar y eternizar una noción de género que es moderna, eurocentrada y racista. Esta pretensión es común en muchos análisis feministas pero también se encuentra presente en los estudios sobre la modernidad/colonialidad cuando omiten una revisión decolonial del concepto de género (como es el caso de Quijano). Desarmar la pretensión de encontrar un sistema sexo-genérico universal, al que hemos llamado Patriarcado es necesario para reconocer la multiplicidad de sistemas sexo-género que coexisten, conviven y disputan con *el sistema moderno-colonial de género*. Esto no implica dejar de reconocer la dominación patriarcal allí donde ella se presenta y de las diversas formas en las que se concreta. Para ésto, las feministas decoloniales han elaborado el calificativo *patriarcal*.<sup>99</sup>

---

99 Las feministas comunitarias de Bolivia hablan de *entroque* de patriarcados pues reconocen la existencia de un patriarcado previo a la colonización europea en la región andina. Sin embargo, no es la realidad de todos los pueblos colonizados y por tanto, no puede asumirse al Patriarcado como una realidad universal sin problematizar en qué medida se está reduciendo la multiplicidad de sistemas sexo-genéricos a un sistema específico.

Los alcances del patriarcado como categoría, el desde cuándo y hasta dónde, es una discusión que excede los objetivos de este apartado. Sin embargo, destaquemos que, gracias al trabajo de la antropología feminista y de la lucha de mujeres organizadas en diversos territorios y de diferentes tradiciones culturales y políticas, hoy sabemos que existe una variabilidad en los sistemas sexo-género. No todos los grupos humanos organizan la relación entre los sexos en consonancia con las instituciones propias del sistema moderno/colonial de género. Incluso cuando estas instituciones ejercen una relación de dominación, existe una variabilidad, lo que nos permite pensar que existen algunas formas más justas que otras (GARGALLO, 2014). Es por esta razón que se torna tan complejo abordar la noción de *Patriarcado* como si diera cuenta de la forma como se estructuran todas las relaciones sin contemplar otros factores como la clase o la racialización<sup>100</sup>, siendo más interesante enfocarnos en instancias específicas donde las relaciones o instituciones funcionan de forma *patriarcal*.

Al mismo tiempo, conocer la historia de las relaciones entre hombres y mujeres<sup>101</sup> y los lugares que han ocupado a lo largo de la historia nos permite desvincularnos del paradigma lineal de comprensión, según el cual cierto feminismo organizó su lucha en torno a un progresismo de cuño colonial, fundado en la presunción de un pasado arcaico opresivo y de un futuro liberador. Es, para nuestro propósito, más interesante destacar de qué forma las mujeres como clase sociales hemos resistido siempre a los intentos de totalizar un régimen de dominación sobre nuestros cuerpos y nuestra existencia. Esto implica comprender la fuerza patriarcal como no totalizadora, como fragmentaria y reconocer espacios de resistencia que han sido borrados de nuestra historia por cierto tiempo, pero no de forma definitiva.

Así, aun ante la imposibilidad de definir un solo régimen de carácter universal, tenemos la posibilidad de entrever tradiciones históricas y culturales específicas. Podemos afirmar que una institución o una tradición cultural específica se configura de forma patriarcal. Las instituciones de la modernidad pertenecen a una tradición cultural que, como intentaré demostrar, las hermana necesariamente con el régimen sexo-genérico patriarcal eurocéntrico y capitalista.

---

100 Como problematiza la feminista decolonial Ochy Curiel: *Si el patriarcado lo hemos definido como un sistema de dominación que no solo tiene el control sobre el cuerpo de las mujeres, sino también el control de los medios de producción que hacen a la subordinación de las mujeres: Iglesia, Estado, Leyes, Escuelas, etc. Aura Cumes, Indígena Guatemalteca dice: los hombres indígenas de mi pueblo no son patriarcas. Lo que no quiere decir que no sean machos y que no tienen una dominación masculina (...) y no son patriarcas los hombres afordescendientes de mi país que en su mayoría no tienen el control de la educación ni del Estado ni de las instituciones donde se supone que se encarna la opresión*".(CURIEL, 2013)

101 Defiendo aquí una comprensión sobre la construcción del género en tanto división sexual histórica y contextualmente construida, distanciándome de todo esencialismo. Mujeres y Hombres no existen en tanto esencias sino en tanto constructos simbólicos históricos, o, para seguir la mirada de las feministas materialistas, en tanto clases sociales.

Las instituciones moderno/coloniales, sancionan las relaciones produciendo ciertas formas de vida, al mismo tiempo que impiden o reprimen otras. Estas instituciones están marcadas por la historia de un régimen sexo-genérico específico. En todas estas instituciones se encuentra la naturalización de la familia, de los lazos de consanguinidad y de la herencia patrilinear del apellido y de la propiedad privada como modelo de organización social. Las leyes y el acceso a la justicia se encuentran atravesados por esta forma de organización social heteropatriarcal. (CUREL, 2013). Para los efectos de esta investigación, quisiera que nos detengamos específicamente en la configuración específica de relaciones patriarcales en el proceso histórico de consolidación de las instituciones moderno/coloniales para enfocarnos luego en los dispositivos manicomiales.

### **b) Heterosexualidad en el sistema moderno/colonial de género**

La experiencia generizada del cuerpo (y del mundo) es una experiencia culturalmente mediada y con esto, variable. Mujeres y Hombres no existen en tanto esencias sino en tanto constructos simbólicos históricos, o, para seguir la mirada de las feministas materialistas, en tanto clases sociales. Entiendo la diferenciación sexual como primer movimiento heteronormativo y la división sexual del trabajo como la principal reguladora de las relaciones sexuales que, en el caso del sistema moderno/colonial de género, asegura la dominación masculina. La heteronormatividad es el régimen según el cual se construyen subjetividades socialmente diferenciadas, hombres y mujeres para asegurar la reproducción social de las relaciones de dominación. La heteronormatividad es un de las lógicas subyacentes a toda la estructura de la reproducción social e implica en sí misma una forma de ejercer el poder y de imponer obediencia a los cuerpos.

*“entiendo la heterosexualidad a partir de los aportes de la norteamericana Adrienne Rich (1980) y la francesa Monique Wittig (1982), quienes señalaron que es una institución y un régimen político que atraviesa las relaciones sociales, afectando fundamentalmente a las mujeres y a las lesbianas. En ese sentido, no se trata de una práctica sexual dentro de una diversidad, sino de una compleja institución obligatoria, desde la propuesta de Rich, o un régimen político, desde la propuesta de Wittig, que descansa en la ideología de la diferencia sexual que crea dos clases de sexos (hombres y mujeres), los primeros se apropian de la fuerza de trabajo material, emocional, sexual y simbólico de las segundas.” (CURIEL, 2013, pag 29)*

### c) Capitalismo y sistema moderno/colonial de género

Como explica Silvia Federicci (FEDERICCI, 2010), la acumulación primitiva<sup>102</sup> que posibilitó el desarrollo del capitalismo<sup>103</sup> se dio, también, a través del disciplinamiento de las mujeres para controlar el poder y conocimiento sobre sus cuerpos y obligarlas a la reproducción de la fuerza de trabajo. Federicci defiende las siguientes tesis: que la expropiación de los medios de subsistencia de los trabajadores europeos y la esclavización de los pueblos originarios de América y África en las minas y plantaciones en América no fueron los únicos medios para la formación y “acumulación” del proletariado mundial, que este proceso requirió la transformación del cuerpo en una máquina de trabajo y el sometimiento de las mujeres para la reproducción de la fuerza de trabajo, lo que fundamentalmente, requirió la destrucción del poder de las mujeres que, tanto en *Europa como en América, se logró por medio del exterminio de las “brujas”*.

*“La acumulación primitiva no fue, entonces, simplemente una acumulación y concentración de trabajadores explotables y capital. Fue también una acumulación de diferencias y divisiones dentro de la clase trabajadora, en la cual las jerarquías construidas a partir del género, así como las de «raza» y edad, se hicieron constitutivas de la dominación de clase y de la formación del proletariado moderno.” (FEDERICCI, 2010, pag, 119)*

La quema de brujas, medida ejemplificante que tuvo lugar en Europa y América en la etapa de transición hacia el capitalismo tuvo el sentido histórico de desvalorizar el lugar social de las mujeres, destruyendo lazos de solidaridad y redes de conocimiento que posibilitaban a las mujeres una vida autónoma y la libertad de decidir sobre sus cuerpos y sobre su capacidad reproductiva. Este disciplinamiento fue determinante para la estructuración del capitalismo y tuvo como consecuencia a corto plazo la tortura y asesinato de miles de mujeres y como consecuencia a largo plazo la docilidad de millones de mujeres que se vieron obligadas a restringirse al lugar social de

---

102 La acumulación primitiva o acumulación originaria, tal como concebida por Marx, en *El Capital*, tomo I CAPITULO XXIV, es una , una acumulación que no es el resultado del modo de producción capitalista, sino su punto de partida. Marx analiza fundamentalmente esta acumulación originaria como la violencia ejercida sobre las masas feudales para desapropiarles su tierras comunales y con esto sus medios de producción, obteniendo como resultado mano de obra “libre” para vender su fuerza de trabajo en el mercado. Este proceso de proletarización, es, con todo, solamente uno de los vectores de la acumulación primitiva, debiendo ser tomados en cuenta la apropiación de la riqueza mediante la colonización de Europa al resto del mundo y la invisibilización del trabajo de las mujeres (FEDERICCI, 2010). Con todo, este proceso de acumulación originaria que Marx situó en un momento de la historia del desarrollo del capitalismo (la fase de “transición”), se reestablece ante cada crisis de la acumulación, generando nuevas desposesiones (SVAMPA, 2011)

103 Y en el mismo proceso histórico, del colonialismo y posteriormente de la modernidad/colonialidad

reproductoras y cuidadoras. De esta forma violenta se establece la división sexual del trabajo propia de la economía moderna/capitalista.

Transformando simbólicamente los conocimientos sobre salud y reproducción en *brujerías*, considerando la *brujería* como crimen y asesinando a cualquier mujer que fuera sospechosa de brujería, el capitalismo se instaló disciplinando los cuerpos y la subjetividad de las mujeres. Perseguir y asesinar a las mujeres para disputar el conocimiento sobre la reproducción, para tener el control sobre cuándo gestar o no gestar y sobre cuando y cómo parir o no parir fue necesario para destruir el poder de las mujeres, establecer la dominación masculina y transferir los frutos del trabajo de reproducción hacia la acumulación capitalista. Las instituciones capitalistas nacen y se fundan en un orden patriarcal. Las instituciones propias de la modernidad occidental son inseparables de la lógica de la expansión del capitalismo y son profundamente patriarcales. En este contexto surge la familia nuclear heterosexual como núcleo ideal de la organización social.

En la nueva familia burguesa, el marido se transforma en el representante del Estado. Federicci, introduciendo el concepto de *Patriarcado del Salario*, explica cómo la exclusión de las mujeres del mercado laboral asalariado<sup>104</sup> durante un periodo determinado de la historia tuvo la función de fijarlas en sus puestos de trabajo no remunerados, realizando las tareas reproductivas para sostener la maquinaria capitalista. Esta imposibilidad de recibir un salario implicó la dependencia heteronormativa de un hombre, construyó la ideología de la diferencia sexual y permitió al capitalismo desentenderse del trabajo de reproducción y cuidado de la vida que pasó a considerarse carente de *valor*. Una vez reconquistado el derecho al trabajo remunerado, estos efectos de la organización patriarcal del capitalismo moderno se mantuvieron intactos. Así, además de cobrar sueldos mas bajos en el mercado por realizar los mismos trabajos, las mujeres son las que se hacen cargo de las tareas reproductivas y de cuidado.

El no reconocimiento de estas tareas como verdaderos trabajos es producto de la estructuración capitalista de las sociedades y es uno de los pilares que sostienen en la cotidianidad la dominación masculina sobre las mujeres.<sup>105</sup>El efecto mas duradero del disciplinamiento histórico

---

104 Es necesario hacer una salvedad al análisis de Federicci. Su análisis es pertinente para entender la estructuración histórica del capitalismo patriarcal tal como se desarrollo durante la modernidad. Sin embargo, la contra-cara de esta modernidad, la colonialidad, implica que tomemos en cuenta la diferencia racial que el propio capitalismo estableció. Así, las relaciones que se establecieron con las mujeres en los territorios colonizados fue otra. Estas mujeres jamás fueron consideradas “no aptas para el trabajo”. Por el contrario, fueron altamente explotadas en labores productivas, a la par de los hombres colonizados, sumándose a esto su función reproductiva y las tareas de cuidado que debían proveer gratuitamente a hombres y mujeres colonizadores. Lo que me interesa a los efectos de este análisis es destacar cómo el capitalismo patriarcalmente estructurado desvaloriza la dimensión del cuidado en la vida social.

105 Debemos siempre tener en mente que este sistema de genero moderno/colonial organiza diferentemente las relaciones entre mujeres y hombres blancos y las relaciones de estos con las poblaciones no blancas. (CURIEL

de estas mujeres no ha sido su exclusión del mercado laboral sino la manutención del trabajo reproductivo no remunerado y desvalorizado como tarea mayoritariamente realizada por las mujeres y la obligatoriedad de la reproducción a partir de la criminalización del aborto. Entiendo que este es el fundamentación material del dispositivo sexo-genérico que asegura la dominación heteronormativa y patriarcal

Cabe destacar que es necesario mantener una mirada que contemple tanto la división sexual del trabajo como la división racial y geopolítica del trabajo si queremos comprender cómo afecta la la desvalorización del trabajo reproductivo y de cuidado en el capitalismo contemporáneo. Las realidades de las mujeres no blancas desde la colonización y la de las mujeres blancas de las clases bajas ha sido la de la doble y triple jornada de trabajo. La casi completa feminización de las tareas reproductivas y de cuidado no implicó para estas mujeres la desvinculación del trabajo asalariado o productivo. Por el contrario, estos se superponen generando una sobrecarga laboral que se configura como una de las formas de opresión material sobre sus cuerpos.

A los efectos de este análisis, buscaré hacer foco en la desvalorización del cuidado en la modernidad capitalista para mostrar en qué medida es esta desvalorización la que da fundamento histórico a las instituciones represivas de tipo manicomial.

#### **4.2. La desvalorización del cuidado en el sistema moderno/colonial de género**

La ciencia moderna se construye sobre la base de la desvalorización y la criminalización del conocimiento de las mujeres. La medicina moderna, como ciencia que luego se transformaría en una tecnología e gobierno en los Estados modernos capitalistas, se funda con la violencia sobre el cuerpo de las mujeres. Empezamos a ver que el sistema manicomial no puede sino ser entendido con una comprensión de la organización patriarcal del conocimiento.

La modernidad Europea se establece como contra revolución burguesa, esto es, como la respuesta que da la Burguesía emergente a la crisis del Poder Feudal. Este modelo implicó la desposesión de las tierras comunales, consideradas como *improductivas*, la ruptura de los lazos comunales y de las personas con sus territorios y con sus medios de producción. En América, la empresa colonial que inició Europa en el siglo XV y el posterior proceso de colonialidad del poder con las independencias de cuño liberal caminaron en el mismo sentido.

---

2008),(LUGONES,2010)

La modernidad impone el orden social Republicano que establece al individuo y a la familia nuclear como sujetos reconocidos jurídicamente en torno a la protección de la propiedad privada. La imposición de la familia nuclear y de la propiedad privada de la tierra tiende a impedir la sociabilidad extendida y los lazos comunales. Sin embargo, la administración de los comunes es una necesidad. En el paradigma capitalista, la organización comunitaria recae en el trabajo no productivo o no asalariado. Esto significa que para el capitalismo, ese trabajo no tiene valor. En un proceso donde cíclicamente se renueva el disciplinamiento de los cuerpos para que se vean impelidos a ajustarse a los parámetros de vida capitalista, esta desvalorización actúa quebrando lazos imprescindibles para una vida buena. Es por tanto, uno de los sentidos de la producción capitalista del padecimiento subjetivo.

El cuidado como dimensión de la vida, a pesar de invariablemente practicado por personas de todos los pueblos, mayoritariamente mujeres, comienza a ser reconocido dentro de la lógica del conocimiento académico solamente cuando se atiende a los aportes de las economías feministas y de las mujeres que construyen desde el saber-hacer comunitario.

En el capitalismo contemporáneo, mundialmente integrado, las estructuras de la colonialidad del poder se mantienen, transformándose. Así, lejos de una revalorización del cuidado que lleve a una justa redistribución social del mismo, encontramos que este trabajo recae fundamentalmente sobre un sector específico de la población, sector altamente explotado. Esto se explica atendiendo a la división racial, sexual y geopolítica del trabajo.

En *Los nudos ciegos de la Desigualdad* (MAGLIANO; PERISSINOTTI; ZENCLUSEN, 2016), compilación de investigaciones, se propone un análisis sobre la relación entre las migraciones y el “cuidado” en las sociedades contemporáneas. Realiza un aporte a las discusiones en torno al proceso de reestructuración global, caracterizado por la feminización de la fuerza de trabajo y por la desregulación y flexibilización del mercado laboral, el cual ha convertido a las grandes ciudades en demandantes de mano de obra femenina y migrante.

Las investigaciones toman una noción amplia de cuidado, que abarca desde el trabajo doméstico, remunerado o no, hasta las ocupaciones de la salud, como la enfermería, reconociendo las jerarquías presentes en ese conjunto de actividades. Trabajan los sentidos e implicancias del “cuidar” visibilizando la forma en que se refuerzan estereotipos y roles de género y se posibilita la reproducción de determinadas relaciones de poder. Estas investigaciones ponen en evidencia cómo aún continúa operando el dispositivo sexo-género hegemónico, heteronormativo y patriarcal al momento de pensar el trabajo doméstico y cómo esto promueve la reproducción de desigualdades.

Indagan sobre los procesos de generización, racialización y etnización del trabajo doméstico y de cuidados.

Vemos que la valoración de lo que significa el “*cuidado*” se diferencia tanto según el marco teórico que se utiliza como del contexto y la relación en que las tareas de cuidado se ejercen. En otras palabras, *cuidar* en un contexto de reciprocidad y valoración de dichas tareas no es lo mismo que *cuidar* en un contexto de explotación y desvalorización. Por tanto, considero necesario problematizar la forzosa feminización y racialización de las tareas de cuidado (históricamente vinculada a su desvalorización, naturalización e invisibilización de estas tareas en la modernidad capitalista) tanto como reconocer la importancia fundamental que tiene el cuidado como dimensión de la vida en cualquier grupo humano y las consecuencias nefastas de su desvalorización sobre la vida de todas las personas y también sobre los no-humanos.

#### **a) Cuidado y violencia:**

La economía feminista nos ha dotado en los últimos tiempos de información estadística que de cierta forma sustenta algo que muchas feministas ya entendíamos, que la distribución social de las tareas de cuidado en nuestro contexto se da e forma altamente desigual. Resulta que casi la mitad de la gente, aquellas personas biopolíticamente asignadas con el género varón, en forma general y con pocas excepciones, dedican menos de un tercio del tiempo que las mujeres de las clases bajas a las tareas reproductivas y de cuidado.

En este panorama, es entendible que las mujeres deseemos salir del lugar social asignado de cuidadoras, pues nos coloca en un lugar de inferioridad y desvalorizado con relación a otro tipo de actividad o profesión. Sin embargo, esta salida hacia otras posiciones socialmente mas valoradas dentro de la modernidad capitalista se constituyó como una nueva redistribución de la desigualdad: las mujeres blancas y de clase media y alta delegan tareas de cuidado a mujeres subalternizadas. Esta emancipación de un grupo de mujeres a costa de otro grupo de mujeres es parte de la reproducción del capitalismo patriarcalmente estructurado y no de su superación. Esto sucede porque, aún desvalorizado, el cuidado es una dimensión necesaria de la vida. Alguien tiene que encargarse de ello. Y no es tarea fácil o menor, demanda tiempo y cualidades. Si la mitad de la población, masculina, concibe su vida deresponsabilizandose de las tareas de cuidado, la consecuencia recae sobre las mujeres subalternizadas: no blancas, migrantes y empobrecidas por el



capitalismo. El trabajo desvalorizado se transfiere fácilmente a un sector de la población y esto tiene consecuencias en la salud de las personas desfavorecidas y en la organización del sistema de salud.

Sostengo que la razón de ser de los dispositivos de tipo manicomial guarda estrecha relación con la desvalorización del cuidado. Al constituirse como inherentemente violentos<sup>106</sup>, los dispositivos manicomiales son el *parche* social que el capitalismo patriarcal crea para atender a las consecuencias de la desigualdad que genera.

*Detengámonos* ahora un momento para hilar mas fino en lo que entendemos por cuidado.

*“Las formas de nombrar a las actividades reunidas dentro de los denominados “trabajos de cuidado” constituyen un campo ambiguo y en disputa debido a las implicancias políticas e ideológicas que configuran la propia categoría de “cuidado”. (...) El cuidado es ante todo un trabajo orientado a mantener el “mundo común” (MOLINIER, 2015) a partir del sostenimiento cotidiano de la vida huamana (Vega y Gutierrez Rodriguez, 2014: 9). La construcción y reproducción de ese “mundo común” se hace a través de un trabajo que se realiza día tras día y noche tras noche, que no tiene límite de tiempo y que se evidencia, especialmente, cuando desaparece o deja de hacerse (Molinier, 2015)”*

(MAGLIANO; PERISSINOTTI; ZENCLUSEN, 2016, pag 12)

Cuando el cuidado se desconoce o deja de hacerse, nos encontramos ante una situación de descuido o de violencia. En un contexto de organización social del cuidado altamente injusto y donde el trabajo orientado a mantener el “*mundo común*” se impone según lógicas de explotación, la violencia se vuelve cotidiana. Las personas son, en esta forma de organización, sistemáticamente descuidadas por su entorno, principalmente aquellas personas que han sido relegadas y naturalizadas en el lugar de “cuidadoras”. La desposesión de valor social que se entrelaza con la violencia misogina contra las mujeres es inseparable de este descuido. Como argumentaré a continuación, los dispositivos de tipo manicomial surgen dentro de la organización social del cuidado injusta propia del capitalismo y del sistema moderno/colonial de género. La lógica manicomial es violenta, en buena medida por estar organizada en un sentido patriarcal. Jamás fue y jamás será un dispositivo de cuidado: es un dispositivo de control.<sup>107</sup> Se establece, entre otras

---

106 Comprendo aquí los conceptos de *cuidado* y de *violencia* como una par de oposición. La discusión es compleja, sin embargo, de modo breve, concebiré la violencia como la falta completa de cuidado. Por tanto, la omisión en la asistencia cuando requerida, se configura como una violencia. De la misma manera, intervenir, cuando dicha intervención no es requerida, se configura como una violencia y no como un *cuidado*.

107 Resulta necesario tener en mente esta diferenciación. Porque comúnmente empleado el término cuidar para referirse a prácticas de tipo autoritario, donde lo que se establece es una tutela. Sustituir la voluntad de la persona justificando la necesidad de cuidado es una forma de violencia. Como aquí lo comprendo, el cuidado es acompañamiento, no control.

razones históricas, para lidiar con las consecuencias del descuido en el capitalismo heteropatriarcal.

### **b) El buen cuidado y el mal cuidado**

En la disputa por una redistribución social del cuidado que torne la organización de la vida en común mas justa, algunas teóricas de la economía feminista proponen la distinción entre buenos cuidados y malos cuidados. Cuando la organización capitalista de la vida se impone, resulta necesario visualizar en qué medida las tareas de cuidado son realizadas como una forma mas de explotación. Las tareas reproductivas y de cuidado en el capitalismo son tareas productivas: producen la fuerza de trabajo, es decir, a las personas que venderán su fuerza de trabajo al capital. Sin las tareas de cuidado y reproductivas, no es posible producir mas nada. Por tanto, el cuidado tal como organizado en el capitalismo es un mal cuidado, un cuidado explotado. Esto no significa, con todo, que no exista un buen cuidado. Disputar el sentido de las tareas orientadas a mantener el “mundo común” es una lucha política por terminar con todas las formas de explotación. No alcanza sustituir unas por otras. Para tal, el cuidado de la vida debe ser revalorizado como tarea imprescindible. Debe ser reapropiado como bien común, desvinculandolo de su funcionamiento volcado hacia el capital y hacia la instituciones de la dominación. Un buen cuidado tiene como premisa una relación de reciprocidad, donde cuidar no implica el sacrificio de si por un otro.<sup>108</sup>

### **4.3. Organización social del cuidado y violencia manicomial**

Ya vimos que los dispositivos manicomiales funcionan de forma violenta. Las características medidas de sujeción (anteriormente rejas, cadenas, camisas de fuerza y en la contemporaneidad, el abuso de psicofármacos) toman otro sentido cuando pensamos la contra-cara de la violencia: el descuido. Si resulta evidente que una persona en situación de vulnerabilidad necesita un acompañamiento cuidado y no una medida represiva, nos encontramos ante la mayor paradoja de los dispositivos manicomiales: que lejos de ser instituciones de *Salud*, son instituciones de encierro y tortura.

---

<sup>108</sup> “nosotros criamos las semilla, los animales y las platas y ellos también nos crían” (OXA 2005) *UyWay como cuidado mutuo es también una relación política que sustenta un orden jerarquicamente organizado que funciona para mejorar la vida* (DE LA CADENA, 2015)

*“En nuestra "civilización" el débil es, por definición, un potencial objeto de violencia, ya que el ser débil conlleva esa incapacidad subjetiva para considerarse como tal y conlleva también la impotencia para defenderse mediante la violencia. Al tocar este tema no me refiero solamente a la violencia física sino a la posibilidad de decidir por otro o sujetarlo, ya sea por medio de la fuerza física, de la fuerza psicológica o de la fuerza económica, esto es, el poder que se ejerce sobre otras personas. Quien no tiene la posibilidad de explicarse esta violencia (física, psicológica, económica) se ve obligado a encontrar otros mecanismos de defensa tales como el recato afectivo, la violencia verbal, la pasividad, la resignación y la reducción del propio ámbito como signo de su identificación con aquello que le ha sido impuesto como único rol posible.” (BASAGLIA ONGARO, 1983, pag 35)*

Es cierto que los vínculos históricos entre locura y criminalidad tienen mucho a decir con relación a esta aparente paradoja. Pero necesitamos atender también al carácter profundamente patriarcal de la Medicina Moderna.

#### **a) Medicina moderna y poder patriarcal**

La medicina moderna es la medicina del poder patriarcal. Si a lo largo de la historia y en todas las culturas los sistemas y conocimientos médicos fueron construidos tanto por hombres como mujeres, teniendo en muchos contextos las mujeres un lugar social privilegiado como conocedoras de las propiedades de las plantas y del cuerpo. Sin embargo, en los inicios de la modernidad, con la acumulación capitalista las mujeres curanderas fueron sistemáticamente perseguidas y desvalorizados sus conocimientos. Esto fue necesario para generar la acumulación originaria que hizo posible el desarrollo del capitalismo pues las mujeres tenían el control de uno de las dimensiones imprescindibles para el desarrollo de las fuerzas productivas: el control sobre la reproducción. Es este contexto de extrema violencia hacia las mujeres y de fragmentación de sus lazos sociales que surge la medicina Moderna. *“A produção de ideias médicas sobre o corpo feminino não se fez de forma teórica e isolada da tomada desse corpo como objeto da prática dos médicos: por quase tres séculos, eles vinham se preparando para ocupar o lugar das parteiras e efetivamente transformar o parto em un evento médico.” (VIEIRA, 2002, pag 47)*

A lo largo de su historia, la Medicina Moderna se constituyó como un espacio masculino, excluyendo la participación de mujeres o relegándolas a lugares subordinados en una estructura jerárquica. Por tanto, el saber de la medicina moderna se conformó como un saber masculino para la dominación sobre el cuerpo de las mujeres.

Ya quedó explicado en el capítulo anterior que la Modernidad (y la medicina Moderna) se fundamenta en una división entre naturaleza y cultura, donde se concibe a la naturaleza como aquello sin agencia que debe ser dominado. Esta comprensión se tornó imprescindible para el avance del capitalismo y la constitución heteropatriarcal del mismo estableció que las mujeres se encontraban “mas próximas de la naturaleza”, por tanto, imposibilitadas de gobernarse a si mismas, justificando la relación de dominación. La medicina moderna se edifica sobre este presupuesto.

Largamente, las instituciones estatales y la medicina estatal servirán como reproductoras del orden social heteropatriarcal naturalizando las relaciones de dominación. La medicina Moderna Patriarcal es por tanto, un saber volcado hacia el *control* y no hacia el *cuidado*.<sup>109</sup>

En el caso específico de psiquiatría, la historia de la racionalidad que la sustenta es la historia de racionalidad androcéntrica (pues toma en consideración una mirada única desde una perspectiva masculina) y patriarcal. La figura del médico psiquiatra (eminentemente varón, eminentemente racional), y la paciente (eminentemente mujer y eminentemente irracional). Cabe preguntarse cómo se definió la distinción de racionalidad e irracionalidad a lo largo de esta específica tradición histórica y cuál es la complicidad que guardó con el patriarcado.

## **b) Poder Patriarcal y Manicomios**

*La paz de los cementerios se nos hace rutina.  
Y nuestras familias, por fin, duermen tranquilas.*  
(WAGNER, 2007)

Si bien la relación entre la medicina moderna y el poder patriarcal ha sido ampliamente estudiada, comúnmente encontramos que el foco se pone en la relación que la medicina ha establecido con la capacidad reproductiva de las mujeres con la finalidad de controlar la reproducción humana. Si bien comprender este proceso es fundamental para comprender la estructura heteropatriarcal de la dominación y la complicidad de la bio-medicina y de las estrategias

---

109 Con esta argumentación comprendemos por qué la tarea de la enfermería, trabajo organizado al rededor del cuidado es considerada una tarea menor y menos valiosa que el rol del médico, quien tiene el poder para decidir por otro, ejerciendo una relación de control. Sin las tareas de cuidado, sin embargo, no se sostiene ninguna medicina. La desvalorización de esta función es una estrategia de dominación. Cabe destacar que, aunque sea un hombre quien ejerza la tarea de enfermería y una mujer sea la médica a cargo, esta relación no se desarticula pues la estructura se mantiene más allá de la variabilidad de las situaciones individuales. Esta variabilidad no implica la “despatriarcalización” de las relaciones.

biopolíticas Estatales con esta dominación, es cierto que la dimensión reproductiva no es la única dimensión de la vida de las mujeres. Es importante ampliar el foco para pensar la medicalización de la vida de las mujeres mas allá del ámbito de la reproducción.

Buscaré atender a partir de aquí a lo que sucede con la construcción histórica de los conceptos de locura, enfermedad mental y discapacidad cuando se atiende a la especificidad de género. Como afirman algunas luchadoras por la desmanicomialización, no es lo mismo ser “*loca*” que ser “*loco*”. Esto por que, al ser principalmente una categoría moral, la locura en la mujer ha sido comprendida de forma diferenciada, en función de la relación con la diferenciación sexual construida histórica y contextualmente.

En su libro, “*Mujer, Locura y Sociedad*”, Franca Basaglia se dedica a un pertinente análisis de la intersección entre la opresión de las mujeres en tanto sujeto histórico y el sistema de dominación manicomial-psiquiátrico. Desde una perspectiva feminista, aborda críticamente la construcción del sujeto femenino en un contexto estructurado en función a la dominación masculina y muestra cómo este sujeto es concebido para ser tutelado o gobernado, construido como débil y dependiente. Esta particular concepción de lo femenino transforma a las mujeres en blancos fáciles de intervención psiquiátrica que se fundamenta en una práctica patriarcal de dominación. La supuesta dulzura, debilidad, propensión natural a la dedicación y al sacrificio, consideradas como características de la feminidad funcionan justificando la necesidad de protección y tutela, asumiendo en las mujeres una incapacidad natural para administrarse. Todas estas palabras sirven para conservar la distancia y la diversidad de quien cree proteger y tutelar, y para conservar la aceptación de la subordinación por parte de quien debe moverse en el mismo espacio definido por esta tutela (BASAGLIA, 1983)

Franca Basaglia desarrolla lo que entiende por “la condición femenina” en el contexto desde el cual escribe (Europa, comienzos de los años 70’s). A pesar de las salvedades que debemos hacer<sup>110</sup> antes de intentar generalizar la experiencia descrita por ella a “todas las mujeres”, considero que el valor de su análisis consiste en buscar la especificidad de la construcción del sufrimiento psíquico y enmarcarlo en un contexto determinado histórica y culturalmente. Basaglia pone su énfasis en la construcción de la subjetividad de las mujeres en tanto clase social producto de la dominación masculina.

---

110 “*Deben ponerse en cuestión los motivos por los que mujeres blancas, cultas y materialmente privilegiadas, con una variedad de opciones a la hora de elegir carrera y estilo de vida, insisten en que «el sufrimiento no puede ser medido». Esta afirmación implica que las mujeres comparten una suerte común, que factores como los de clase, raza, religión, preferencia sexual, etc., no crean una diversidad de experiencias que determina el alcance en el que el sexismo será una fuerza opresiva en la vida de las mujeres individuales.*” (HOOKS, 2013)

En este sentido, reconoce que la tradición cultural occidental masculina es altamente misógina pues concibe a la mujer como una impotencia y como un ser hecho para complementar al hombre<sup>111</sup>. Franca Basaglia afirma que esta desigualdad construida cultural e históricamente a permitido identificar a la mujer con aquel cuerpo distinto, para más fácilmente poder privarla de las necesidades subjetivas que hubieran impuesto un mínimo de reciprocidad. (BASAGLIA 1983, pag 17)

Complementando el análisis de Federicci, Basaglia reconoce los efectos subjetivos de la violencia hacia las mujeres. *La reducción de las mujeres a la tarea de reproducción significó la provaición de sus necesidades subjetivas y sociales*. Sin reconocer la heteronormatividad como régimen político, pero reconociendo sus efectos, Basaglia reconoce que “*El amor ha sido, por definición, una relación asimétrica que raramente contemplaba la reciprocidad.*” Para la mujer, en una relación heteronormativa, el amor significa una entrega, un sacrificio que la mujer realiza de su singularidad para la exaltación de su pareja varón. Basaglia nos ayuda a comprender que la masculinidad hegemónica se construye sobre la premisa de tener a disposición el tiempo y el trabajo gratuito de las mujeres:

*“Pero cuando el hombre insiste pretendiendo, en la relación con ella, la subordinación a sus propias exigencias como hecho natural para él porque está acostumbrado a ello (...) él: tiene necesidades, obligaciones, proyectos, ¿y qué sucede si ella no acude a su llamada? Son las obligaciones reales, las necesidades individuales y sociales de la mujer, lo que puede constituir un obstáculo a estas exigencias para balancear el peso, la urgencia, la prioridad (...)*

*La conciencia de esta asimetría hace más claro que amor y sacrificio han sido inseparables en nuestra cultura (...)*

*De esta naturalidad que la ha aprisionado en cada una de sus manifestaciones de vida, se ha podido también deducir que el trabajo doméstico no era un trabajo (...) Insignificante lo que hacía; privada de valor, en tanto natural, su dedicación a los hijos, al hombre, a los ancianos, a los enfermos, a la casa; todo lo que siempre ha hecho la mujer ha sido considerado como su propensión natural a la dedicación y al sacrificio.”* (BASAGLIA, 1983, pag 21)

La premisa de Basaglia para comprender las formas específicas en que funciona el poder manicomial es la siguiente: *Cuanto más restringido es el espacio relativo al rol y a las obligaciones sociales, tanto más graves resultan los tipos de infracciones que caen bajo las etiquetas y las*

---

111 Cita a Aristóteles, cuando dice: “*La mujer es como un hombre estéril. La hembra es de hecho específicamente una impotencia*” (pag 16). Y Rousseau agrega: “. . . la mujer está hecha especialmente para el placer del hombre; si el hombre debe, a su vez, placerle, la necesidad es menos fundamental. . . ” (BASAGLIA, 1983)

*sanciones psiquiátricas*. Si bien en su análisis instrumentaliza esta premisa para explicar la condición de las mujeres de clase media en Europa, podríamos extenderla a un análisis de como opera el poder manicomial en otras situaciones. Con esta premisa, Basaglia reconoce la necesidad de problematizar la concepción de sujeto universal, aparentemente “neutro” que subyace tanto en la filosofía occidental como en la medicina psiquiátrica. Entiende que el condicionamiento histórico al que las mujeres han sido sometidas ha implicado la inexistencia de su condición de "sujeto" en la mujer. El único sujeto socialmente reconocido ha sido el sujeto hombre, mientras que *la mujer ha sido considerada "naturaleza", pero una naturaleza fabricada por una cultura que ha logrado así delimitar el espacio en que ella debería expresarse*.

*“El ser considerada cuerpo-para-otros, ya sea para entregarse al hombre o para procrear, es algo que ha impedido a la mujer ser considerada como sujeto histórico-social, ya que su subjetividad ha sido reducida y aprisionada dentro de una sexualidad esencialmente para-otros, con la función específica de la reproducción.” (BASAGLIA; 1983, pag 40)*

Este ser que no es concebido como sujeto sino cuerpo-para-otros, vive una realidad de *instrumentalización* o *cosificación*. La subjetividad emerge, aquí, como una personalidad dedicada a nutrir, comprender, proteger y sostener a otros; *la subjetividad que llegue a reconocérsele es, por consiguiente, la de vivir en el constante dar*.

Basaglia sostiene en su análisis que solamente comprendiendo los condicionamientos histórico-culturales de la construcción de la subjetividad en las mujeres en este contexto de dominación masculina<sup>112</sup> es que se puede comprender el sentido del sufrimiento o padecimiento que estas manifiestan a nivel subjetivo.

*“No importa que la reacción sea de tipo psicótico o maniaco-depresivo. Lo importante es que se trata siempre de un producto histórico-social, cuyo proceso y etapas deberíamos conocer antes que comprobar los resultados. La situación femenina, con su lastre de obstáculos y condiciones impuestas, es quizá lo que puede dar la idea más clara a propósito de ese sufrimiento llamado "enfermedad mental".(BASAGLIA; 1983, pag. 54)*

Propone así, una comprensión de la Enfermedad Mental como contextualmente *construida*:

---

112 Cabe señalar que Basaglia parece olvidar la existencia de las lesbianas (sujetos que habiendo sido asignadas como mujeres, nos desvinculamos de esta clase social al organizar nuestra vida por fuera de los parámetros de la heterosexualidad) y del *continuum lesbiano* que no es otra cosa sino la alianza y organización entre mujeres para consolidar nuestra autonomía del poder masculino. Solo de esta forma podemos disputar formas de vida y volvernos menos proclives a aceptar imposiciones que nos dañan, sentimientos que nos entristecen y formas de vida que no nos permiten experimentar nuestras potencias.

*“Si la locura pudiera ser definida como carencia e imposibilidad de alternativas dentro de una situación que no ofrece salidas, en donde todo lo que hay está fijo y petrificado, la medida de cómo ha llegado a constituirse histórica y socialmente esta "locura" podrían darla tantas mujeres sin historia, obligadas a vivir como han vivido. (...) propongo investigar la "locura" de las mujeres enfocándola como un fenómeno explícita e históricamente determinado. Propongo tratar de entender, y no sólo interpretar, el fenómeno de la "locura" como un producto histórico-social.”(BASAGLIA; 1983, pag 56)*

En el campo de la medicina, donde las manifestaciones de padecimiento subjetivo eran y son comúnmente representadas como trastornos de tipo biológico, la particularidad de la experiencia violenta que las mujeres viven queda invisibilizada. Análogamente, en las ciencias *psi*, la construcción de la subjetividad de las mujeres fue, durante mucho tiempo, representada como invariable, sin tomar en cuenta su individualidad o las determinaciones históricas y culturales. La diferencia sexual fue naturalizada, por una parte, a partir de la biologización de los comportamientos en la biomedicina y por otra parte, a partir de la Edipización del padecimiento subjetivo en el psicoanálisis. Ambas esferas del conocimiento se elaboraron desde una mirada heteropatriarcal.

*“Son muchas las mujeres deprimidas, gastadas, anuladas o inexistentes que viven dentro y fuera del manicomio, porque la depresión y el anulamiento son una situación en la cual no se dispone de instrumentos que ayuden a superar una crisis que ha durado toda la vida: una constante que siempre ha tenido la misma característica y la misma cualidad, esto es, la estrecha relación de la mujer con el cuerpo y con la naturaleza. Es ésta una crisis que ya no puede ser tomada dialécticamente, porque para la mujer la vida ha sido trazada unilateralmente y no se admiten desviaciones.” (BASAGLIA; 1983, pag 53)*

#### **4.4. Heterosexualidad y dispositivos Manicomiales**

*“La ideología de la diferencia sexual opera en nuestra cultura como una censura, en la medida en que oculta la oposición que existe en el plano social entre los hombres y las mujeres poniendo a la naturaleza como su causa. (...) Este pensamiento que se basa en el predominio de la diferencia es el pensamiento de la dominación (WITTIG, 2006, pag 22-23)*



Durante una visita al Borda, en Buenos Aires, conversé con un joven que se encontraba allí internado. Mientras fumábamos un cigarrillo, él me hizo la pregunta habitual: “*tenés novio?*”. Yo le respondí, comúnmente que no, que soy lesbiana. La cara de asombro del joven me dio a entender que aquella respuesta era algo muy nuevo para él. “*En serio? De verdad?*” me preguntaba, con incredulidad. Yo comencé a incomodarme por tanta sorpresa. Sin embargo, conociendo un poco mas sobre su vida, comprendí la verdadera razón se su asombro. Sucede que esta persona ha estado internado en instituciones manicomiales desde los 8 años. Primeramente en un hospital psiquiátrico para niños y al cumplir los 18 años fue trasladado al hospital para adultos. Lo cierto es que viviendo toda una vida de institucionalización, las posibilidad de fuga del régimen de organización social heterosexual no deben ser muchas. El joven sencillamente, jamás había conocido a una lesbiana.

La heterosexualidad es un régimen político que organiza las relaciones a partir de la diferencia sexual para asegurar la dominación patriarcal. No se trata simplemente de una orientación sexual, es una institución que en nuestro contexto se presenta como obligatoria. Las representaciones del mundo se construyen hegemónicamente como representaciones heteronormativas y esto es vivido por el pensamiento heterosexual (WITTIG, 2006) como una realidad auto-evidente y natural. Son raras los análisis sobre las instituciones de encierro que toman en cuenta la heteronormatividad como estructura de dominación. Sin embargo, lo manicomial ha sido siempre heteronormativo.

Es sabido que el saber psiquiátrico estableció la normalidad de la heterosexualidad patologizando los cuerpos, las formas de afecto y sexualidad que se desvían del criterio normativo de la heteronormatividad. La homosexualidad se construyó como una categoría diagnóstica y aparecía, hasta tiempo muy recientes, en los manuales de psiquiatría como una enfermedad. La transexualidad, tiene una historia análoga. De hecho, hasta hoy personas cuya performatividad de género no se afirma en las ideal de feminidad o masculinidad hegemónicas son patologizadas por la psiquiatría bajo la categoría de “*disforia de género*” (DSM V, pag 451). La persistencia de terapias de “reorientación sexual” en el campo de la psicología muestra hasta qué punto los dispositivos manicomiales se encuentran comprometidos con una visión heteronormativa de los cuerpos y del mundo. Esto se hace mas contundente en las las instituciones asilares, que son fundadas en la lógica de la diferenciación sexual binaria.

Comúnmente en los asilos se separan en pabellones diferentes a hombres y mujeres. Muchas veces, los hospitales son exclusivamente masculinos o exclusivamente femeninos. Ésta practica puede encontrar su justificación en el intento de evitar abusos entre los internos. Sin embargo, este

argumento cae por tierra en el momento en que reconocemos la evidencia de abusos sexuales sistemáticos cometidos por los encargados de las instituciones y profesionales hombres hacia las internas mujeres. Que una institución sea pensada para internar mujeres no quiere decir que el control no esté en manos de hombres. Dentro de las violencias legitimadas por la práctica institucional, la violencia sexual es una de ellas. La verdadera razón de la separación de los pabellones es la imposición de la lógica heteronormativa. Pero para comprender esto, es necesario realizar otra intersección: la que establece la relación heterosexual normal como una relación entre un hombre y una mujer *sanos*, con fines reproductivos.

El régimen heterosexual tiene como fundamento sostener la relación de dominación patriarcal, vinculando la sexualidad a la reproducción y patologizando u estigmatizando todas las formas de sexualidad no reproductivas. La organización de la reproducción humana es vital para asegurar la dominación social y es por este motivo que los Estados Capitalistas se organizan en función de la Familia Heterosexual como núcleo de la sociedad (CURIEL, 2008). Sin embargo, la reproducción del cuerpo nacional para la reproducción del capitalismo esta normatizada por otros vectores: mas adelante veremos como opera el Racismo a este respecto distinguiendo entre los cuerpos que deben ser gobernados por una *biopolítica* y los que deben ser gobernados por una *tanatopolítica*. Los segundos, son cuerpos considerados como extranjeros de la nación y por tanto, es necesario que no se reproduzcan.

Sostengo que las categorías diagnosticas que la psiquiatría elaboró y los dispositivos manicomiales que se pusieron en funcionamiento con la Modernidad tienen el sentido de delimitar qué cuerpo debe reproducirse y cual no. Solo comprendiendo el sentido del control de la reproducción en los Estados Capitalistas se torna comprensible la esterilización forzada y los abortos indeseados, practicas corrientes al interior de las instituciones psiquiátricas. El diagnostico de insanía coloca a la persona en un lugar específico del régimen heterosexual: se torna un cuerpo que no debe reproducirse, por ser potencialmente "*improductivo*". Este es el sentido último de la división sexual al interior de los manicomios.

#### **4.5. Perspectiva anti-patriarcal para los procesos de desmanicomialización**

El surgimiento de las mujeres como sujetos políticos rompe los límites entre público y privado al insistir en que lo personal es político. La desmanicomialización comienza al interior de las casas, de las relaciones. Sostengo que es necesaria una perspectiva anti-patriarcal, que reconozca

los aportes del feminismo para pensar la realidad de los dispositivos manicomiales y caminar hacia una verdadera desmanicomialización. Lejos de las estrategias neo-liberales que tienden a desmantelar lo público, reforzando la explotación de las mujeres en la esfera del trabajo productivo, reproductivo y de cuidado, con graves consecuencias sobre todas nosotras, entiendo que una verdadera desmanicomialización debería poner el foco en el valor del cuidado para la vida sana en sentido amplio. Las estrategias de atención deben estar orientadas a una reorganización del cuidado para garantizar el acceso a todas las personas sin reforzar la explotación de quienes ejercen estas tareas.

Es necesario para una verdadera desmanicomialización tomar en consideración los efectos subjetivos y colectivos de la violencia patriarcal sobre las mujeres, la relación entre la violencia misógina y el padecimiento subjetivo, y desnaturalizar la noción de familia nuclear como núcleo de la sociedad para posibilitar otras formas de organizarse y de habitar que sean mas justas, mas dignas y mas alegres.

#### **H.C. No 13.176**

Ya no consumo Halopidol,  
solo Tegretol, Anafranil y Litio.

Estoy “compensada”.<sup>12</sup>

Traduzcamos:

Me mantengo de éste lado,  
es decir , sin delirios...

y deambulo...

(porque nosotros, los pacientes, deambulamos).

Es una nueva costumbre que he adquirido.

Deambulo-como digo-

“libremente” por el enorme parque del hospicio...

Estoy lúcida, ubicada en tiempo y espacio,

por lo tanto:

Sé en qué día vivo.

¿Vivo? Me pregunto,

Y me entra la tristeza y me deprimó.

La historia clínica se pone gorda de tristezas.

Yo soy mi historia clínica.

¿Dejé de ser mi historia, acaso?  
Es muy malo preguntarse tantas cosas  
que complican, además el tratamiento.  
Tengo sueños, pesadillas...  
que a nadie se las cuento, por las dudas,  
no sea cosa, vayan a la historia clínica.  
Pero si tengo insomnio, por ejemplo,  
esto es inocultable,  
y vá derecho a la historia clínica.  
Mi psiquiatra, entonces,  
regula las pastillas .  
Duermo. Se anota en la historia clínica.  
Doctor, estoy amando...  
¿Esto también irá a la historia clínica?

**Marisa Wagner**

## **CAPITULO 5:**

### **DISPOSITIVOS MANICOMIALES Y RACISMO**

*“ambas, raza y política, colaboraron íntimamente para crear un contrato social cuyo punto colonial crucial fue el antagonismo naturalizado entre aquellos que podían gobernar y aquellos que no podían gobernar” (DE LA CADENA, 2015, pag 144)*

Tal y como explica Quijano, la invención de América introdujo una categoría fundamental en el imaginario occidental, la de raza, aunque paradójicamente, este mismo imaginario tendió a ocultarla. Así, el pensamiento de la modernidad giró en torno a la raza —a la clasificación, caracterización, estudio e incluso exposición de los otros— justamente con el ánimo de delimitar las fronteras entre bárbaros y civilizados.

La supresión de esta frontera de color en nuestras genealogías políticas e intelectuales ha sido una constante a la que sólo recientemente hemos comenzado a aproximarnos de la mano de quienes sí han contado estas historias inadecuadas desde el otro lado.

#### **5.1. Racismo y dominación**

Comencemos por reconocer que el patrón de poder mundial colonial/moderno eurocentrado se construye teniendo como uno de sus ejes la clasificación de la población mundial bajo la idea de Raza (QUIJANO, 2000) y que este eje de clasificación se sostiene como mundialmente hegemónico constituyendo un factor de colonialidad del poder en nuestros territorios a pesar de la abolición del esclavitud y de la democratización formal de las relaciones raciales. Reconocido esto, se torna necesario que desde todas las áreas de conocimiento y sea cual fuere el tema abordado, contemplemos intersecciones posibles para comprender cómo se estructura racialmente la dominación, mediante qué mecanismos y con qué finalidad. La hegemonía casi absoluta de la blanquitud en la ciencia no ha permitido que se desarrolle en profundidad un conocimiento sobre las realidades racializadas de los problemas sociales. Sin embargo, a pesar del sistemático y conveniente *olvido* de las y los intelectuales blancos sobre la historia colonial que organiza hasta el día de hoy la desigualdad en nuestros territorios, contamos con invalorable esfuerzos de

intelectuales negras que, muchas veces sin recibir el reconocimiento por su esfuerzo, consiguieron llevar la crítica mas allá de los límites que la modernidad eurocentrada establece.

En tanto blanca, siento la responsabilidad de escuchar con atención el pedido de contemplar en cualquier análisis social las realidades del racismo estructural y reconocer, tal como nos advierte Bell Hooks, que

*“A menudo, las mujeres blancas que se dedican a publicar ensayos y libros sobre cómo «desaprender el racismo» continúan teniendo una actitud paternalista y condescendiente cuando se relacionan con mujeres negras. Esto no es sorprendente, dada la frecuencia con la que su discurso se dirige solamente a una audiencia blanca y se centra tan solo en cambiar actitudes, antes que en situar el racismo en un contexto histórico y político. Nos convierten en el «objeto» de su discurso privilegiado sobre la raza. Como «objetos», continuamos siendo diferentes, inferiores. Incluso aunque estén preocupadas de forma sincera por el racismo, su metodología sugiere que no se han liberado del paternalismo endémico de la ideología de la supremacía blanca.” (HOOKS, 2013, pag 46)*

Es prestando atención a ésta crítica que elijo construir el siguiente capítulo reconociendo aquellas intelectuales que dan cuenta del racismo desde su experiencia vivida. Así, mas que buscar situar al racismo como objeto de estudio, quisiera reconocer el trabajo de quienes cuentan con un acceso privilegiado<sup>113</sup> al entendimiento sobre la estructura racial de la dominación.

Siguiendo a Léila Gonzalez, el *racismo por denegación* es una de las estrategias utilizadas por los países europeos en sus colonias para instalar y hacer perdurar la jerarquía racial en beneficio de la blanquitud, internalizando la ‘superioridad’ del colonizador sobre los colonizados. Gonzalez distingue dos tácticas diferentes con este mismo objetivo: la explotación (racismo abierto) y la opresión (racismo disfrazado). La historia específica de cada territorio colonizado, de la relación específica que se instala entre colonizador y colonizado es lo que nos va a dar pistas sobre cómo se configura el racismo en cada caso. De nuevo, Gonzalez, sobre la especificidad de la formación histórica de los países ibéricos, reconoce: un racismo disfrazado o ‘*racismo por denegação*’, fundamentado en las teorías de *miscigenação*, de asimilación y de supuesta democracia racial. “*este tipo específico de racismo puede se desenvolver para se constituir na forma mais eficaz de alienação dos discriminados*” (GONZALEZ, 1998)

---

113 *Privilegiado*, en tanto reconozco la especificidad del conocimiento sobre el racismo que emerge de la específica posición de sujeto que se ocupa en relación a la experiencia racializada. En otras palabras, no es lo mismo lo que se sabe sobre el racismo cuando se habla desde el lugar de negra que cuando se habla desde el lugar de blanca en una experiencia racializada.

*Denegação* es una categoría freudiana que Gonzalez instrumentaliza para explicar la forma específica en que se desarrolla el racismo en las sociedades latinoamericanas<sup>114</sup>. “*Nao é por acaso que a neurose cultural brasileira tem no racismo o seu sintoma por excelencia*”, dice Gonzalez para describir los efectos en la subjetividad del *racismo por denegación* en Brasil. Podríamos analizar hasta que punto esta neurosis cultural se puede encontrar en el territorio ocupado por el Estado Argentino.

## 5.2. Estructura racista de la Nación Argentina.

### IATROGENIA HOSPITALARIA

Mi hombre  
hablaba correctamente guaraní  
-esto no sirve mucho en Buenos Aires-  
Yo, la madre, no articulaba palabras,  
de tristeza.  
Mi pequeño hijo estaba muerto.  
Una incubadora infectada,  
Un microbio perforante de intestinos.  
Iatrogénia hospitalaria  
-escuché decir en voz baja a los médicos.  
Un indiecito menos.  
-esto no importa mucho en Buenos aires-  
¿Cómo se dirá en guaraní  
Iatrogénia hospitalaria?  
¿Cómo se dirá Hospital de clínicas?

En memoria de Pablito Arriola, mi hijo muerto el 8/10/80

Hospital General de Clínicas. Capital Federal.

**Marisa Wagner**

---

114 Sociedades que Gonzalez propone nombrar como *amefricanas*, argumentando que el componente *latino* no es realmente significativo en nuestra composición. “*A chamada America Latina (...) es muito mais amerindia e amefericana do que outra coisa*” (GONZALEZ, 1998)

La insistencia en el mito fundacional del Estado Nacional Argentino, que repite contra toda evidencia factual que el pueblo Argentino *viene de los barcos* podría ser pensado como una neurosis colectiva propia de la táctica colonial del *racismo por denegación*. Se trata, con todo, de una denegación diferente de la que sucede en el mito fundacional de la Nación Brasileña, el que versa de la unión y miscigenación de las tres razas, en una democracia racial. En la neurose racial Argentina, lo no blanco es inexistente. Pero en los hechos, Argentina no es un país blanco. La blanquitud argentina es un porcentaje de la población que universaliza su experiencia particular mediante un mecanismo de *denegacao* del otro no blanco. De esta forma, el racismo estructura consigue sobrevivir, a pesar de la supuesta igualdad jurídica.

*“As sociedades que vieram a constituir a chamada América Latina foram herdeiras históricas das ideologías de classificação social (racial e sexual) e das técnicas jurídico-administrativas das metrópoles ibéricas”. (...) “A afirmação de que todos são iguais perante a lei, assume um caráter nitidamente formalista em nossas sociedades. O racismo latinoamericano é suficientemente sofisticado para manter negros e índios na condição de segmentos subordinados no interior das classes mais exploradas, graças a sua forma ideológica mais eficaz: a ideologia do branqueamento. (...) Veiculada pelos meios de comunicação de massa e pelos aparelhos ideológicos tradicionais, ela reproduz e perpetua a crença de que as classificações e os valores do Ocidente branco são os únicos verdadeiros e universais” (GONZALEZ, 1998, pag 73).*

La negación de la existencia de pueblos originarios en los territorios ocupados por el Estado Argentino y el estado Uruguayo y el silenciamiento de la historia de la población afrouruguayana y afroargentina se constituyen como olvidos históricos que constituyen verdaderos imaginarios sociales. Por una parte, se les niega una historia a las poblaciones que no son blancas, por otra parte, el calificativo *negro* es utilizado de forma peyorativa. La utilización de este calificativo tal como es empleado en Argentina y Uruguay ameritaría un análisis aparte. Es cierto que muchas veces se lo utiliza para referirse a alguien independientemente de su color de piel. La utilización afectuosa del calificativo *negro* o *negra*, no ha significado que deje de ser usado de forma despectiva, dependiendo del contexto. Así, es comúnmente enunciado para referirse a personas de las clases bajas en general. De hecho, el calificativo *negro* se emplea de forma veladamente racista. Cuando una persona es acusada de estar siendo racista por referirse a alguien de forma despectiva llamándole *negro*, es común la siguiente respuesta: *“no estoy diciendo negro de piel. Estoy diciendo negro de alma”*. Creí escuchando esta respuesta como si con ella la persona se eximiera del componente racista de su comentario. De hecho, en el imaginario racista argentino, se puede ser



“*negro de alma*” o “*blanco de alma*”, independientemente del color de piel. Se trata de una intersección explicitada en el lenguaje, una racialización de clase.

Con respecto a la población originaria, es mas conveniente para el estado asumir el costo político de ser responsable de un genocidio que asumir la existencia de una multiplicidad cultural en el territorio que ocupa. Esto porque la fisura en el discurso hegemónico del monoculturalismo es una de las amenazas al orden social establecido. Implica dejar de silenciar la memoria de otras Formas de vida y de organización que siguen latiendo en el territorio argentino, forma de organización de l vida, quizás, menos injustas y mas sanas, que todavía laten con fuerza en el territorio que ocupa el Estado Argentino. Terminar con este silencio que pueden poner el jaque la certeza de que el único horizonte histórico es el capitalista, eurocentrado, lo que haga percibir con mas indignación sus contradicciones y ayude a deslegitimar el injusto orden social impuesto.

### **5.3. Racismo, ciencia, medicina moderna y psiquiatría**

Como ya e vio, en nuestros territorios la Psiquiatría Moderna nace entrelazada al auge del pensamiento Positivista. Como defienden (ANSALDI; FUNES, 1991), el racismo -como cualidad legitimadora pseudocientífica de la matriz de los Estados latinoamericanos en su proceso de consolidación oligárquica proyecta un discurso (acompañado de unas prácticas) que se hace ‘*sentido común*’ en las sociedades latinoamericanas y se erige en una de las explicaciones plausibles en momentos de conflictividad y de exclusión sociales. En el núcleo duro de las proposiciones racistas se encuentra la filosofía positivista. Son los autores positivistas Latinoamericanos quienes defienden hipótesis que llevan a pensar las sociedades latinoamericanas como “*enfermas*”, donde el dato “fatal” es el componente racial de las mismas. El “*otro*” racializado por las élites blancas es recortado desde el comienzo como problema: “problema indígena”, “inmigrante” o “negro”. Este relato sobre la sociedad se irá articulando con las prácticas institucionales (educativas, jurídicas, sanitarias o militares).

Si, como afirma Gonzalez, el racismo es la ciencia de la superioridad eurocristiana (branca e patriarcal) (GONZALEZ, 1998) es necesario una profunda revisión de la historia de la formación de los profesionales y técnicos de la Salud para desvendar su vinculación con ideas y prácticas racistas. Asignándose a si mismos el lugar privilegiado de la Razón, los médicos psiquiatras y psicólogos que gestionaron y gestionan lo que se reconoce como sistema de Salud Mental,

comparten la historia de su prestigio con la organización colonial y racista de la sociedades a nivel global.

*“O racismo estabelece uma hierarquia racial e cultural que opõe a ‘superioridade’ branca ocidental a la ‘inferioridade’ negro africana. A África é o continente ‘obscuro’, sem uma história própria (Hegel); por isso, a Razão é branca, enquanto a Emoção é negra” (GONZALEZ, 1998, pag 77)*

Tal vez nadie haya denunciado con mas pertinencia esta situación como el psiquiatra martiniqués, Franz Fanon. En su libro *Los Condenados de la Tierra*, Fanon discute las tesis de contemporáneos suyos que se perfilaban autoridades en el campo de las ciencias del comportamiento. Estos intelectuales, cargados de prejuicios provenientes del racismo científico, buscaban explicar el comportamiento de las personas en situación de violencia colonial haciendo referencia a alguna condición biológica.<sup>115</sup>

*“Entre las características del pueblo argelino que había establecido el colonialismo nos detendremos en su pavorosa criminalidad. Antes de 1954, los magistrados, policías, abogados, periodistas, médicos legistas convenían de manera unánime en que la criminalidad del argelino era un problema. El argelino, se afirmaba, es un criminal nato” (FANON, 2010, pag 93)*

El compromiso del alienismo y de la neurología con un paradigma evolucionista queda explicitado por Fanon:

*“Es en 1935, en el Congreso de Alienistas y Neurólogos de lengua francesa que se celebraba en Bruselas, cuando el profesor Porot debía definir las bases científicas de su teoría. Discutiendo el informe de Baruk sobre la histeria, decía que «el indígena norafricano, cuyas actividades superiores y corticales están poco evolucionadas, es un ser primitivo cuya vida en esencia vegetativa e instintiva está regida sobre todo por su diencéfalo». (FANON, 2010, pag 95)*

Así, Fanon cita, por ejemplo, al doctor Carothers, experto de la Organización Mundial de la Salud.<sup>116</sup> Carothers publica su tesis en 1954, donde concluye, sobre el África en general, que,

---

115 Llama la atención la retomada de actual de la explicaciones biologicistas para el comportamiento. Cierta Neurobiología contemporánea parece estar reelaborando las tesis del racismo científico, buscando en el funcionamiento del sistema nervioso las explicación para situaciones como la pobreza.

116 Destaquese aquí cómo Fanon nos ayuda a comprender la historia de la OMS, vinculada fuertemente al paradigma del racismo científico.

*“en efecto, «el africano utiliza muy poco sus lóbulos frontales.” (...) ““La explicación propuesta, que se ha convertido en materia de enseñanza parece ser, en última instancia, la siguiente: la disposición de las estructuras cerebrales del norafricano explica a la vez la pereza del indígena, su incapacidad intelectual y social y su impulsividad cuasianimal. La impulsividad criminal del norafricano es la transcripción al orden del comportamiento de cierta disposición del sistema nervioso. Es una reacción neurológicamente comprensible, inscrita en la naturaleza de las cosas, de la cosa biológicamente organizada”. (...) “El doctor Carothers definía la rebelión de los Mau-Mau como la expresión de un complejo inconsciente de frustración, cuya repetición podría evitarse científicamente mediante adaptaciones psicológicas espectaculares.” (FANON, 2010, pag 96)*

Aquí Fanon constata como explícitamente se patologiza el intento por revelarse contra el orden colonial para superar la situación de injusticia y se propone una intervención que recuerda a las afirmaciones de la Liga por la Higiene Mental citada en otros capítulos. Fanon no solo discute las tesis racistas de sus contemporáneos. Innova en el campo de la psiquiatría al mostrar un análisis de la violencia en los contextos coloniales que no coloca la explicación en el carácter o en alguna deficiencia psicológica o biológica de los colonizados. En cambio, Fanon pone el énfasis en la violencia del colonial como causa original de la violencia del colonizado:

*“Expuesto a tentativas de asesinato cotidianas: hambre, expulsión de la habitación que no ha pagado, el seno materno seco, niños esqueléticos, las obras cerradas, los parados que pululan alrededor del gerente como cuervos, el indígena llega a ver a su semejante como un enemigo implacable”. (...) La verdad es que la colonización, en esencia, se presentaba ya como una gran proveedora de los hospitales psiquiátricos. (...) Porque es una negación sistemática del otro, una decisión forzada de privar al otro de todo atributo de humanidad, el colonialismo empuja al pueblo dominado a plantearse constantemente la pregunta: «¿Quién soy en realidad?».(FANON, 2010, pag 97)*

Desde su experiencia como psiquiatra en un contexto colonial, Fanon desarrolla la posibilidad de reinterpretar el padecimiento subjetivo teniendo en consideración el contexto político.

*“En el periodo de colonización no impugnada por la lucha armada, cuando la suma de excitaciones nocivas pasa de cierto umbral, las posiciones defensivas de los colonizados se desploman y éstos llenan en gran número los hospitales psiquiátricos. Hay, pues, en ese periodo tranquilo de colonización triunfante una patología mental permanente y copiosa producida directamente por la opresión.”(FANON, 2010, pag 75)*

Tomando en consideración el marcado sesgo biologicista del sus contemporáneos, la interpretación de Fanon representa una osadía intelectual que le significó el desprestigio de sus colegas (*cabe recordar que su tesis final “Piel Negras, Mascaras Blancas”*, (hoy reconocida como una importante obra para la teoría decolonial y para las ciencias sociales en general) fue rechazada en su época como tesis de graduación en Medicina.

Quizás, si los psiquiatras y estudiantes de psiquiatría de las universidades latinoamericanas hicieran una fisura en sus planes de estudio para leer a Fanon, encontrarían un horizonte para la psiquiatría crítica que no se agota en las referencias norteamericanas y europeas. Quizás de la tradición de Fanon emerge la posibilidad de un giro realmente decolonial en la psiquiatría.

*“Hace dos siglos, una antigua colonia europea decidió imitar a Europa. Lo logró hasta tal punto que los Estados Unidos de América se han convertido en un monstruo donde las taras, las enfermedades y la inhumanidad de Europa han alcanzado terribles dimensiones. Compañeros: ¿No tenemos otra cosa que hacer sino crear una tercera Europa? Occidente ha querido ser una aventura del Espíritu. Y en nombre del Espíritu, del espíritu europeo por supuesto, Europa ha justificado sus crímenes y ha legitimado la esclavitud en la que mantiene a las cuatro quintas partes de la humanidad. Ahora asistimos a un estancamiento de Europa. Huyamos, compañeros, de ese movimiento inmóvil en que la dialéctica se ha transformado poco a poco en lógica del equilibrio. Hay que reformular el problema del hombre. Hay que reformular el problema de la realidad cerebral, de la masa cerebral de toda la humanidad cuyas conexiones hay que multiplicar, cuyas redes hay que diversificar y cuyos mensajes hay que rehumanizar.”(FANON, 2010, pag 100)*

Insisto en que las y los intelectuales blancos que se propongan tener algún tipo de compromiso con desarmar el entramado racista de la dominación deberían comenzar por leer y escuchar lo que las y los intelectuales negros vienen diciéndonos hace rato. Necesitamos parar la máquina de producción del pensamiento blanqueado, hacer una fisura en nuestros planes de estudios para dedicarnos a la lectura de estas obras que rara vez serán contempladas en los planes de estudio de nuestras universidades. La falta de reconocimiento a la intelectualidad negra es uno de los mecanismos por los cuales se construye la subjetividad de la blanquitud en tanto ilusión de la supremacía blanca. El desconocimiento profundo de la propia condición racializada que los intelectuales blancos cargan sin mayores inconveniente es una forma de racismo estructural y cómplice por cualquier otra forma de racismo.

#### 5.4. Lima Barreto el manicomio y el racismo en primera persona

En su *Diário do Hospício*, Lima Barreto relata lo vivido durante sus internaciones en un hospicio de Río de Janeiro. En *Recordações do Escrivão Isaías Caminha*, ilustra, a partir de una ficción, la forma en que el racismo opera a nivel sutil. El protagonista, un joven negro del interior del país, decide ir a la gran ciudad en busca de una profesión que le permita ascender socialmente. Durante esta búsqueda, encuentra las barreras que le imponen una sociedad racialmente estructurada. El valor de la obra de Barreto para esta investigación reside en su capacidad de registrar como escritor la interrelación entre racismo, padecimiento subjetivo y dispositivos manicomiales, interrelación que comprometió su propia vida.

Barreto no narra:

*““mulatinho” “quando me ouvi tratado assim , as lagrimas me vieram ao olhos” (...) “Sentia na baixaza do tratamento todo o desconhecimento das minhas qualidades, o julgamento anterior da minha personalidade que nao queriam ouvirm sentir e examinar.” (...) “era o sentimento geral de minha inferioridade decretada a priori” (...) “eu sentia que a gente que me cercava me tinha numa conta inferior” (...) “eu descobria uma especie de sitio posto a minha vida” (...) “No largo do Machado, contemplei durante momentos aquela igreja de frontao grego e colunas dóricas e tive a sensacao de estar em um pais estrangeiro” (BARRETO, 2007, pag 59-63)*

Con sarcasmo, Barreto ilustra a partir de su personaje de ficción, la manera en que una sociedad estructurada con criterios meritocráticos establece la supremacía de las élites blancas como contra-cara del racismo:

*“Ah! Seria doutor! Resgataría o pecado original do meu nascimento humilde, amaciaria o suplicio premente, cruciante e onimodo de minha cor... Nas dobras do pergaminho da carta traria presa consideração de toda a a gente. Seguro do respeito a minha majestade de homem, andaría com ela mais firme pela vida em fora. Nao titubearía, nao hesitaría, livremente poderia falar, dizer bem alto os pensamentos que se estorcíam no meu cerebro”*  
*(...) “quantas prerrogativas, quantos direitos especiais, quantos privilegios, esse título dava! (...) teria direito a prissão especial e nao precisava saber nada. Bastava o diploma. (...) era uma outra casta, para a qual eu entraría, e de que penetrasse nela, seria de osso, sangue e carne diferente dos outros – tudo isso de uma qualidade transcendente, fora das leis gerais do Universo e acima das fatalidades da vida comúm” (BARRETO, 2007, pag 26-27)*

Ya escribiendo desde durante su Institucionalización:

(...) “*por que as posições, os títulos, coisas tambe, que o ensino quase tem por meritorio obter, não é causa de loucura?*”(…)

*En el hospicio “meus meritos literarios nao valíam nada”(…)*

*“cem anos que viva eu, nunca poderão apagar-me da minha memoria essas humilhações que sofrí. (...) pela convicção que me trouxeram de que esta vida nao vale nada, todas as posições falham e todas as precauções para um grande futuro são vas” (BARRETO, 2010, pag 49, 68 e 82)*

## 5.5 Manicomios y racismo de Estado

### a) Anatomopolítica, Biopolítica y Tanatopolítica

Tomo del análisis de Foucault sobre las tecnologías de gobierno el concepto *Racismo de Estado* (FOUCAULT, 1999).

El poder soberano, tal como formulado por la derecho político europeo<sup>117</sup>, establece el derecho a la vida y a la muerte. Esto implica que es soberano quien tiene el poder de dejar vivir o de matar a sus súbditos. Esta tecnología de poder fundamenta una de las formas de gobernabilidad que Foucault llamará *Tanatopolítica*. Se trata de la política de la guerra. “*O efeito do poder soberano sobre a vida so se exerce a partir do momento em que o soberano pode matar*”. (FOUCAULT, 1999)

Foucault argumenta que la mayor transformación en el derecho político en el siglo XIX, surge cuando se instala una nueva forma de derecho, ya no la de *dejar vivir o matar*, propia del poder soberano, sino el derecho o poder de *hacer vivir y dejar morir*. Esta nueva tecnología de gobierno, que Foucault denominará *Biopolítica*, “*nao vai apagar o primeiro, mas vai pe-netra-lo, perpassa-lo, modifica-lo, e que vai ser um direito, ou melhor, um poder exatamente inverso*”.

---

<sup>117</sup> Cabe aquí destacar que lo que fundamenta la legitimidad del poder soberano sobre la vida es la noción de contrato social. Para la teoría política europea de la época, es por medio de un contrato que los súbditos establecen su subordinación a un soberano. Es por necesidad de proteger la vida que aceptan la dominación. Esta noción de contrato social ha sido ampliamente discutida. Es, de cualquier forma, una noción que viene a legitimar la dominación mediante el apelo a la libertad individual de elegir ser parte contractante. De este contrato, tal como formulado por la teoría política europea, los pueblos colonizados y las mujeres siempre estuvieron en un tercer lugar, ni soberanos ni súbditos, pues se consideraba que carecían de conciencia y por tanto, libertad de contractuar.

Es con la instalación de la disciplina del trabajo (conjunto de técnicas de economía del poder: racionalización del espacio y el tiempo para incrementar su eficiencia y la organización de un sistema de vigilancia mediante una arquitectura de la visibilidad), que en el final del siglo XVII y durante el siglo XVIII se instala la tecnología disciplinar, asentada sobre el gobierno del cuerpo: la *anatomo-política* del cuerpo humano. Articulada con esta tecnología, surge lo una otra, una nueva tecnología que se dirige a gobernar la multiplicidad de las personas en la forma de una

*“masa global, afetada por procesos de conjunto que são propios da vida, que são procesos como o nascimento, a morte, a produção, a doença, etc. Depois da anatomo-política do corpo humano, instaurada no decorrer do século XVIII, vemos aparecer, no fim do mesmo século, algo que já não é uma anatomo-política do corpo humano, mas que eu chamaria de uma "biopolítica" da espécie humana”* (FOUCAULT, 1999)

Problemas como la tasa de natalidad y de mortalidad, tecnologías como la demografía y la estadística y conceptos como el de *población* o *cuerpo nacional*, son propios de la *biopolítica* como forma de gobierno.

Pero lo que interesa para este análisis es cómo tanto la *biopolítica* como la *anatopolítica* encontraron una particular forma de coherencia con la continuidad de la *tanatopolítica* en los territorios colonizados. Me explico: En los territorios colonizados, el colonizador se constituye como soberano y los colonizados como súbditos. Así, la dominación colonial se da en principio como una relación de fuerza que da el poder al colonizador de matar a los colonizados, ya sea de forma ejemplificante, ya sea para exterminarlos. Se configura una *tanatopolítica* sobre los cuerpos. Veremos como esta *tanatopolítica* perdura luego de las gestas emancipadoras, durante las democracias liberales, dando continuidad a la colonialidad del poder. La *tanatopolítica*, la *anatopolítica* y la *biopolítica* coinciden en el tiempo, juntas, todas estas tecnologías de gobierno tejen un entramado que asegura la dominación. Lo que traza la línea divisoria entre el territorio de lo *biopolítico* y el de la *tanatopolítica*, siguiendo el razonamiento de Foucault, es el *Racismo de Estado*.

## **b) Racismo de Estado y dispositivos manicomiales**

¿Quién merece vivir y quién merece morir? ¿Cómo sostener una política de la muerte (del hacer morir, del matar o asesinar), en un contexto donde la vida se presenta como derecho

inalienable del gobernado? ¿Cómo asesinar legítimamente, como legitimar el asesinato planificado, la política de guerra? La noción de racismo de Estado nos permite visibilizar que en una estructura de dominación como es el capitalismo colonial/moderno, conviven diversos regímenes de gobierno sobre los cuerpos. La estructuración racializada del capitalismo legitima la intervención diferenciada sobre los cuerpos según su racialización.<sup>118</sup>

Si los hospitales psiquiátricos se desarrollaron teniendo como fundamento ser un dispositivo dentro de biopolítico de gobernabilidad, el racismo de estado significó que en la práctica, muchas experiencias funcionaran como reales máquinas de tortura y exterminio, propios de una lógica tanatopolítica. Para nombrar un ejemplo, tenemos lo narrado en “*Holocausto Brasileiro*” (ARBEX, 2013), estudio periodístico realizado en torno a la situación de hospital, de Minas Gerais. Este hospital que, tal como queda documentado, funcionó como un centro de exterminio de un grupo de la población Minera que por diversos motivos se encontraba fuera de los parámetros productivos del capitalismo, sin ningún derecho garantizado, concebidos como *residuos* del sistema (en un contexto donde el capitalismo colonial se impone con particular violencia por ser un territorio explotado en base al trabajo esclavo en un modelo extractivista). Si bien la autora no realiza un recorte racial para su análisis, es visible en las fotos tomadas dentro del hospital que la inmensa mayoría de las y los internados eran personas negras.

Con esto no quiero afirmar que todas las personas exterminadas en asilos psiquiátricos sean negras u indígenas. El racismo, tal como aquí se lo concibe, funciona como una línea divisoria entre aquellas vidas que son consideradas valiosas y por tanto, mejorables, y aquellas consideradas sin valor y por tanto, descartables. Las razones para establecer que una persona es descartable han sido múltiples. El trato en los hospitales psiquiátricos es la continuidad de una política de guerra capitalista, donde los cuerpos que ya no sirven para la acumulación, cuerpos que no son considerados con ciudadanía plena, son descartados y literalmente, exterminados. Aquí vemos como se entrecruzan racismo, capitalismo y manicomialidad del poder.

---

118 Es por la vigencia de este Racismo de Estado que vemos que los jóvenes negros de las periferias son fácilmente asesinados por las fuerzas represivas del Estado y que los pueblos originarios continúan siendo desplazados y asesinados por los Estados nacionales. También es necesario reconocer que la población encarcelada es principalmente la población negra.



## CAPITULO 6

### MAS ALLÁ (ACÁ) DEL MANICOMIO

#### 6.1. Revoluciones somatopolíticas

Preciado (PRECIADO, 2013) elaboró el término *revoluciones somatopolíticas* para comprender aquellos “*movimientos por la redefinición del estatuto del cuerpo frente a las prácticas que definen cómo se gobiernan ese cuerpo y frente a los aparatos de verificación, es decir, a las practicas que permiten decir cuando un cuerpo es verdadero o falso, normal o patológico, sano o enfermo*” (PRECIADO; 2013).

Los feminismos, los movimientos de disidencia sexual, los movimientos por la abolición de la esclavitud, los movimientos por la diversidad funcional y la neurodiversidad, las luchas de las poblaciones originarias de Abya Yala, pueden ser comprendidas desde esta óptica cuando establece una relación entre las demandas específicas de cada uno de sus grupos y el denominador común al que han sido expuestos: una violencia sobre sus cuerpos que se establece a nivel discursivo y extra-discursivo, que permitió históricamente a grupos externos definir qué es lo que sus cuerpos pueden. Así, como ya vimos, para las mujeres blancas en el sistema de género moderno/colonial, la revolución somatopolítica se estableció en torno a la liberación de la maternidad como único destino, como realidad naturalizada. Al grito: Excedo mi útero reproductor! Las feministas reclamamos al mismo tiempo nuestra autonomía individual como la posibilidad de pensarnos colectivamente como cuerpos habitados por inúmeras potencias mas allá de la maternidad.

La vinculación entre una violencia epistémica (SPIVAK, 1998) que permite establecer en principio qué es lo que un cuerpo puede y la objetividad de su explotación es mas contundente en las mujeres que han sido racializadas: las mujeres negras y de las poblaciones originarias de Abya Yala. Para ellas, como para sus hermanos, la historia de la esclavitud y su herencia es una condena tajante sobre sus capacidades. Como ilustra Lima Barreto en el capítulo anterior, la concepción racista que valoriza *a priori* sus limitaciones debe ser disputada cotidianamente. La marca, una vez mas, se encuentra en el cuerpo, esta vez, un cuerpo racializado. De la misma manera, la disidencia sexual, que atraviesa a las luchas anteriores y se entrecruza con ellas, entabla una disputa política con el dispositivo de la sexualidad que establece que solamente se es humanos en la medida en que se es Hombre o Mujer. Hombre o Mujer como clases sociales que establecen límites a las potencias

corporales para hacer emerger dos géneros posibles. La disidencia sexual muestra en su práctica política que nuestros cuerpos múltiples pueden mas.

Lo que aquí interesa de la propuesta de Preciado es la posibilidad de ubicar las luchas de las personas otrora consideradas como enfermas, incapacitadas o discapacitadas en el marco de las revoluciones somatopolíticas. Tal vez, sea necesario reconocer como referentes a Amanda Bugs, Pablo Pinedo o Sunaura Taylor. Pero a la par, es menester reconocer el trabajo de aquellas personas que disputan el sentido de habitar un cuerpo con singularidades funcionales mas allá de las categorías discapacitantes. La disputa como la que entablan El Frente de artistas del Borda, Las Radios Locas, los Movimientos de Locos y Locas, las Agrupaciones de Usuarios, son somatopolíticas en la medida en que cuestionan radicalmente los límites que la modernidad estableció para sus cuerpos. *Nadie sabe lo que un cuerpo puede*<sup>119</sup>, sería la premisa abierta que guía este accionar político radical. Para saber lo que cada cuerpo singular puede, es preciso que se establezcan las condiciones para que sus potencias sean experimentadas. Así, como me contaba María Morillo, antes de CONFLUIR y de comenzar su lucha por la desmanicomialización, jamás se habría pensado capaz de hablar en público frente a un micrófono. Hoy María preside la asociación y se establece como referente política regional en la lucha por la desmanicomialización y la vida digna.

Estas luchas, entretanto, entran en constante contradicción con los mecanismos que la Modernidad/colonialidad estableció para distinguir el campo de la política. Como afirma (DE LA CADENA, 2015), *“Desnaturalizada la idea de raza; la discriminación que la política introdujo entre aquellos que podían gobernar y aquellos que no podan continua siendo legitima. Cancelar esta discriminación requiere cancelar la noción de la política tal como la conocemos”*.

En mi experiencia de campo pude observar que en mas de una instancia *política* lidian en su interior con estas disputas en torno a lo *político*<sup>120</sup>. Cuando conviven en una instancia de lucha personas juzgadas por la inteligibilidad moderno/colonial como capaces y personas juzgadas como incapaces, la tendencia a la organización de la palabra se da en privilegio de las primeras y en detrimento de las segundas. Esta continuidad del ejercicio de la dominación al interior de un espacio de lucha puede, en determinados momentos, restablecer el mecanismo de opresión. Así, escuché a

---

119 Por la famosa frase del filósofo Baruch Spinoza

120 Tomo aquí la distinción de Chantal Mouffe entre *la política* y *lo político* para pensar como se rearma el campo abordado a partir de la iniciativa de transformación estatal y de los diferentes frentes que se abren en este contexto. Según (MOUFFE, 2015) “lo político” es la dimensión de antagonismo que constituye a las sociedades humanas y “la política” el conjunto de prácticas e instituciones por medio de las cuales un orden es creado. El modelo liberal de la democracia en el campo de la política falla al no reconocer lo político.

Ricardo Albarenque denunciar la manicomialidad presente en algunas instancias de lucha por la desmanicomialización pues en estos espacios existe una dificultad latente en escuchar a las y los usuarios. La palabra legítima continúa estando del lado de los profesionales u estudiantes, dejando a los locos y locas nuevamente en el espacio de subalternidad, de deslegitimación y de silenciamiento.

Cuando los espacios de lucha se organizan en función de conseguir acceder a los espacios que el Estado abre para las organizaciones, esta primacía de los profesionales se vuelve más tajante, pues se entiende que son éstos quienes cuentan con el capital simbólico necesario para moverse dentro de la hegemonía discursiva estatal. “*Las relaciones seculares y organizadas de representación de ciudadanos frente al Estado surgen de un momento original de discriminación incluso previo.*” (DE LA CADENA, 2015). Aunque las organizaciones tengan como objetivo la desarticulación de los grandes dispositivos que establecen esta desigualdad, en la práctica política urgente, las y los profesionales acaban operando como representantes de las y los locos, restableciendo muchas veces los mecanismos que *históricamente los han despojados de la autorepresentación política* (DE LA CADENA, 2015). Para que esto no suceda, es necesaria un autoexamen de la práctica que reconozca las diversas dimensiones de lo político.

Es tal vez por esto que algunas asociaciones que luchan por la desmanicomialización se deciden por una vía separatista. Agrupaciones donde solamente participan personas sobrevivientes del sistema psiquiátrico, donde las y los profesionales no son bienvenidos. Entiendo esta estrategia como una vía válida y necesaria para disputar lo político a la concepción moderna de la política. Puesto que una revolución somatopolítica no se establece solamente en el horizonte de acceder a los derechos y a la inclusión en un sistema ya dado, sino en función de ampliar las posibilidades vitales, para posibilitar espacios donde otras formas de vida sean posibles, es necesario reconocer que en la lucha por el derecho a la locura y a la neurodiversidad<sup>121</sup>, *las herramientas del amo nunca desmontarán la casa del amo* (Audre Lorde)

## 6.2. Ser sin doler

Es cierto, tal vez, que estemos ya lejos del horizonte que la Modernidad/colonialidad instaló. Habrá quienes hablen de *posmodernidad*. Si bien no considero que nos encontremos en un

---

121 Cabe destacar que en este estado de las cosas, nombrarse como persona discapacitada o con discapacidad implica visibilizar de forma inmediata la diferencia que la sociedad establece, lo que puede resultar interesante políticamente al momento de reivindicar acciones afirmativas o derechos específicos. El *orgullo disca* es parte de la lucha por la neurodiversidad.

momento de superación de la Modernidad, puesto que en cierta medida sus instituciones, sus tecnologías de gobierno y de división del trabajo continúan operando, entiendo la *posmodernidad* como la *condición* en que ciertas personas habitamos una modernidad tardía: un desarraigo casi total de cualquier lazo territorial y comunitario, lo que implica la no existencia de una identidad totalizadora en nuestras experiencias de vida y una forma acelerada de percepción del tiempo/espacio producto del capitalismo cognitivo y de la acumulación flexible del capital, es decir, de la fragmentación y dispersión de la producción económica, la hegemonía del capital financiero, la rotatividad extrema de la mano de obra y la obsolescencia vertiginosa. Así definida, no creo que la posmodernidad sea una opción o una tendencia sino una condición que, con todo, no es como por veces se pretende, la experiencia contemporánea de todas las personas a nivel global.

Lo cierto es que el paradigma moderno entra en declive ante la evidencia insoslayable de su fracaso como proyecto civilizatorio. Los grandes proyectos que la modernidad estableció para sí, la emancipación del hombre por el hombre y la emancipación del hombre a través del control de la naturaleza, se tornan no solo cuestionables, sino en la práctica irrealizables en el contexto gobernado por los dispositivos que la propia modernidad/colonialidad creó. La emancipación del hombre por el hombre de la modernidad se muestra cada vez con más claridad como el privilegio de la libertad de unos pocos sobre la subordinación de la mayoría. La *Liberté, Fraternité, Égalité* es masculina, es blanca y capacitista, porque la propia Modernidad así lo dispuso. El Psiquiatra Moderno sólo se libera a sí mismo y a sus colegas a través de la subordinación de su paciente y a través de la subordinación de sus pasiones. Por su parte, la emancipación del hombre a través del control de la naturaleza es el proyecto Moderno/colonial al que se ha apostado con mayor fervor, desde las derechas y la izquierdas modernas.

Si bien las consecuencias destructivas de esta ilusión de la Naturaleza como cosa se tornan cada vez difíciles de ignorar, este proyecto sigue vivo en buena medida gracias a lo que establece como racismo ambiental: permitir que un grupo específico de personas asuma las consecuencias negativas de la usurpación de la Naturaleza, comprendida como *cosa* por la Modernidad/colonialidad, para el beneficio momentáneo de algunos pocos. Este segundo proyecto de la modernidad fracasa en el momento en que la Naturaleza no se permite cosificar: responde, amenazando la vida humana. Hace emerger, así, la agencia que siempre tuvo, evidenciando que el intento Moderno de purificación (la separación tajante entre sujeto y objeto) es irrealizable. Evidenciando, en palabras de Latour, que *nunca fuimos modernos*. Con la proliferación de los híbridos, producto del intento de purificación de la Modernidad, ya entramos en un momento en que

las fronteras disciplinares resultan demasiado estrechas para interpelar las múltiples realidades. Comenzamos a encontrar estudios de la biociencia afirmando lo que ya intuíamos por experiencia o por falta de ingenuidad: las nuevas tecnologías que se establecieron para controlar a la naturaleza en beneficio de los hombre (con este eufemismo debe entenderse, en beneficio del capital) trae consecuencias en la salud. A pesar de los intentos de ocultar esta situación por parte de las corporaciones de la alimentación y de la agro-industria, hoy comienzan a establecerse relaciones entre la modificación genética de los alimentos, las fumigaciones con agro tóxicos y agro-químicos y los alimentos hiper procesados y el padecimiento “subjetivo”, al que comúnmente se denomina como depresión o ansiedad.

Este puente entre la biociencia y las disciplinas que piensan la salud mental, torna poco a poco improductivo el calificativo *mental*. Sin embargo, aunque corremos el riesgo de volver a biologizar nuestro entendimiento sobre el bien estar, este puente nos permite ir un poco mas allá, hacia otro horizonte.

### **6.3. Salud Ambiental**

Cuando las y los vecinos del Barrio Comercial establecen junto al psicólogo del puesto de Salud que un de los ejes para trabajar desde la psicología comunitaria es el hecho de que el río del barrio esté contaminado, no necesitan mediciones de la biociencia para saber que la contaminación del río les afecta en su bien estar. No es meramente por la posibilidad de causar algún tipo de infección o epidemia que la contaminación del río es un *problema de salud*. Sucede que las divisiones que la modernidad/colonialidad instala no llegan tan lejos como muchas veces se pretende, e incluso en un contexto urbano podemos encontrar una mirada que no se preocupa con las divisiones modernas. Los cuerpos no son tan dóciles como se previa.

El probable que necesitemos volver al cuerpo para entender el sentido de los padecimientos contemporáneos. Pero este cuerpo ya no es el de la biomedicina, objetivado de forma individual, cosificado como instrumento al que intervenir para corregir. Se trata de un cuerpo imbricado en su medio, un cuerpo-medio. No se trata del cuerpo individual, fisiológico de la anatomía, sino de un cuerpo significativo que se establece en relaciones, en consubstancialidad con los seres con los que forma comunidad. Esto es, un cuerpo-territorio vivo. Necesitamos recuperar o reconstruir una Naturaleza con agencia, recuperar la unidad mente/cuerpo que la Modernidad dispuso como dual para caminar hacia otro horizonte, mas amplio, donde sanar todas.

## SILBANDO BAJITO ANDO

*Silbando bajito ando.*

*Me construyo un girasol*

*-es decir me lo dibujo –*

*Y lo pego en la pared desnuda y grisácea del hospicio.*

*Después le pongo yerba al mate*

*y me voy a pasear por mis recuerdos.*

*Había una mamá, allá en mi infancia,*

*que trenzaba mi rubia cabellera,*

*que me ponía moños primorosos*

*y vestiditos con puntillas.*

*- Mamá no vino a verme nunca*

*ahora que estoy en el hospicio-*

*¡Como me gustaría que me trenzara el pelo!*

*Estoy aburrida de ser grande y estar sola.*

*A veces, hasta me aburro de estar loca*

*Y juego a la lucidez, por algún rato.*

*Mientras me cebo otro amargo*

*que aseguro - ayuda- a soportar la realidad,*

*los abandonos,*

*los etcéteras.*

*Me construyo otro girasol*

*-es decir me lo dibujo-*

*y lo pego en las paredes del hospicio.*

*(Ya casi tengo un girasol completo)*

**Marisa Wagner, 31 de agosto de 1997**

## 7. CONCLUSIONES FINALES

A modo de cierre, realizaré unas rápidas conclusiones sobre la integridad de esta investigación.

En el capítulo 1 definimos los Dispositivos Manicomiales, estableciendo las múltiples formas en que operan y se actualizan. Reconocimos la multiplicidad de Modelos de Salud Mental y representaciones sobre el padecimiento subjetivo que coexisten y disputan en el contexto estudiado, aproximándonos a una comprensión de la dimensión de lo político en el campo de la Salud Mental.

En el capítulo 2, a partir de una aproximación etnográfica al contexto Argentino, específicamente al de Córdoba Capital reconocimos algunos de los elementos de estos dispositivos manicomiales operando en la cotidianidad del H.N.P, reconocimos algunas instancias que disputan con estos dispositivos como la Asociación de Usuarios y reconocimos las implicaciones de la manicomialidad en el campo de la psicología. Constatamos la inadecuación de la formación de profesionales a los criterios delimitados por la LNSM, lo que aparece como una de las dificultades para la desmanicomialización de las prácticas Estatales. Reconocimos otros obstáculos para la desmanicomialización: la carencia de políticas específicamente pensadas para la externación que vinculen las dimensiones jurídicas y de acceso la vivienda, y el restablecimiento de una lógica neoliberal que tiende a profundizar las desigualdades.

En el capítulo 3 analizamos en profundidad las vinculaciones entre la modernidad/colonialidad, el capitalismo y los dispositivos manicomiales. Desde una perspectiva histórica se fundamentó la vinculación de estas dimensiones de la dominación y se elaboró un análisis que muestra la continuidad de la vinculación a partir de las nuevas modalidades de lo manicomial: la medicalización del padecimiento subjetivo y su vínculo con las corporaciones farmacéuticas.

En el capítulo 4, elaboramos un análisis que vincula los dispositivos manicomiales a la organización heteropatriarcal en el capitalismo. Se fundamentó que la razón de ser de estos dispositivos se encuentra ligada a la violencia sobre las mujeres y que la desvalorización del cuidado como trabajo relegado a éstas ha sido un factor constitutivo de la necesidad social de los dispositivos manicomiales como estrategias de control.

En el capítulo 5 comenzamos a establecer algunas relaciones entre racismo y los dispositivos manicomiales. Se mostraron como un nivel de análisis la vinculación de los dispositivos

manicomiales al racismo de Estado y como otro nivel de análisis las consecuencias en el padecimiento subjetivo que el racismo acarrea.

Finalmente, en el capítulo 6, se desarrollaron algunas consideraciones sobre las revoluciones somatopolíticas y otras formas de relación que tienden a un horizonte distinto del moderno/colonial para pensar la vida (sana) en común.

Las múltiples dimensiones de la dominación que esta investigación contempla se entrelazan generando situaciones específicas. Solamente comprendiendo estas múltiples dimensiones de la racionalidad que subyace al establecimiento y la permanencia de los dispositivos manicomiales podemos enfrentar los mecanismos de dominación e imaginar posibilidades para la desmanicomialización de nuestras vidas.

Tanto el desarrollo histórico de las formas de dominación en nuestros territorios, la imposición del capitalismo y de un orden de vida moderno/colonial, con el sistema de género que lo sustenta, como las formas actuales en que estas formas de dominación se establecen, son intersecciones necesarias para comprender el funcionamiento violento de los dispositivos manicomiales.

Sin esta compensación, se desconsidera la relación entre padecimiento subjetivo y las violencias estructurales (dentro de las cuales podemos ubicar al racismo, la misoginia y la explotación). La contribución que la perspectiva de la antropología de la dominación puede darle al campo de la Salud Mental es por tanto la de visibilizar los lugares en donde los saberes y discursos sobre el padecimiento se tornan cómplices de las violencias estructurales. Espero haber aportado en ese sentido en esta investigación.



## **BIBLIOGRAFIA**

**AGAMBEM, Giorgio.** *Qu'est-ce qu'un dispositif?*, París, Payot & Rivages, 2007.

**ANSALDI, W.; FUNES, P.** *Patologías y rechazos. El racismo como factor constitutivo de la legitimidad política del orden oligárquico y la cultura política latinoamericana.* Universidad de Buenos Aires, 1991.

**ARBEX, Daniela.** *Holocausto Brasileiro- Vida, Genocídio e 60 mil Mortes no Maior Hospício do Brasil.* Geração, Belo Horizonte, 2013

**ARRIAGADA, M; CERIANI, L; MÓNOPOLI, V., comp.** *Políticas Públicas en Salud Mental: de un paradigma tutelar a uno de derechos humanos.* Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. Secretaría de Derechos Humanos, 1ª edición. Buenos Aires, 2013.

**BARRETO, Lima.** *Diário do Hospício; O Cemitério dos Vivos.* São Paulo: Cosac Naify, 2010

**BARRETO, Lima.** *Recordações do Escrivão Isaías Caminha.* Sao Paulo: Ática, 2007.

**BASAGLIA, Franca.** *Mujer, Locura y Sociedad.* Universidad Autónoma de Puebla, 1983

**BASAGLIA, Franca; BASAGLIA, Franco.** *Los Crímenes de la Paz.* Editora Melo S.A. México DF, 1987

**BASAGLIA, Franca; BASAGLIA, Franco.** *La Mayoría Marginada: La ideología del control social.* Ed. Laia S.A. Barcelona, 1973

**BASAGLIA, Franco.** *La Condena de ser pobre y loco: alternativas al manicomio.* Topía Editorial, Buenos Aires: 2008.

**BASAGLIA, Franco.** *La Institución Negada.* Ed. Corregidor, Buenos Aires, 1972

**BERGERO, Magdalena Arnao.** “Subjetividad, cuerpo y locura. Los aportes de la fenomenología del cuerpo a la construcción de subjetividad en contextos de encierro: pensando marcos epistemológicos, creando prácticas”. RBSE v. 13, n. 37, pp. 80-93, Abril de 2014

**BERMÚDEZ, N; PREVITALI, M, org.** *Merodear la ciudad. Miradas antropológicas sobre espacio urbano e “inseguridad” en Córdoba.* UNC, 2014

**BOURDIEU, Pierre; PASSERON, Jean-Claude.** *La Reproducción. Elementos para una Teoría del Sistema de Enseñanza.* Ed. Laia, S.A. Barcelona, 1979

**BOURDIEU, Pierre.** *Le champ scientifique. Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, n. 2/3, jun. 1976

- BOURDIEU, Pierre.** *O Poder Simbólico*. Ed. Bertrand Brasil. S.A. 1989
- BURIJOVICH, J. et al.** *La salud mental en córdoba: Entre la sanción de las leyes y su efectiva concreción*. En: *Mirar tras los Muros, Situación de los Derechos Humanos de las Personas Privadas de Libertad en Córdoba*. Comisión Provincial de la Memoria de Córdoba, 2014.
- CASTRO-GÓMEZ, Santiago.** *La Hybris del Punto Cero. Ciencia, Raza e Ilustración en la Nueva Granada. (1750-1816)*. Bogotá, Pontificia Universidad Javeriana / Instituto Pensar, 2004
- CHAUÍ, Marinela.** *A universidade pública sob nova perspectiva*. Conferência na sessão de abertura da 26a Reunião Anual da ANPED, realizada em Poços de Caldas, MG, em 5 de outubro de 2003
- CIICA.** *Aborígenes de Córdoba Capital. Historia del Pueblo de La Toma, Sus Caciques, acciones y líneas de sucesión*. Imprentica, Córdoba, 2012
- CLASTRES, Pierre.** *Arqueología da Violencia. Pesquisas de Antropología Política*. Cosac Naify, 2004a
- CLASTRES, Pierre.** *A Sociedade Contra o Estado*. Tradução: Theo Santiago, Digitalização: Colectivo Sabotagem, 2004b
- COOPER, David.** *Psiquiatria y Antipsiquiatria*. Paidós, España, 1985
- CURIEL, Ochy.** *La Nacion Heterosexual. Análisis del discurso jurídico y el régimen heterosexual desde la antropología de la dominación*. Edición Brecha Lésbica y en la frontera. Bogotá, D.C. Colombia. Enero, 2013
- DE ALMEIDA FILHO, N; ÁVILA COELHO, M; TOURINHO PERES, M.** *O Conceito de saude mental. REVISTA USP, São Paulo, n.43, p. 100-125, setembro/novembro 1999*
- DE LA CADENA, Marisol.** *Política indígena : un análisis más allá de ‘ la política ’*. 2015
- DE LEONARDIS, M. y NUR LAFI, L.** *Posibles relaciones entre arquitectura y clínica. Un intento de Hitorización en el Hospital Neuropsiquiatrico Provincial (H.N.P.) de Córdoba*. En: revista Nuestra Ciencia, año 2014
- DELEUZE, G: GUATTARI, F. .** *El Anti-Edipo. Capitalismo y Esquizofrenia. Vol I. Barral editores*. 1973
- DELEUZE, Gilles.** *Post-scriptum Sobre as Sociedades de Controle*, in *L'Autre Journal*, no 1, 1990. tradução de Peter Pal Pelbart. Rio de Janeiro, 1992
- DEL MONACO, Romina.** *Idiomas del Dolor crónico. Experiencias y saberes a partir de la migrña*. Ed. Biblos, Buenos Aires, 2017

- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition. DSM-5. American Psychiatric Association, 2013.**
- DUARTE, LFD; LEAL, OF., orgs.** *Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas.* Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998a
- DUARTE, LFD.** *Pessoa e Dor no Occidente.* Em: Horizontes Antropologicos, Porto Alegre, ano 4, n. 9, p. 13-28, outubro de 1998b
- ENGELS, F; MARX, K.** *El Capital. Tomo I: El Proceso de Acumulación Capitalista.* Londres, 1867
- FALCONE, Rosa.** *Breve historia de las Instituciones psiquiátricas en Argentina. Del Hospital cerrado al Hospital abierto.* Facultad de psicología, UBA. 2010
- FANON, Franz.** *Piel Negra, Máscaras Blancas.* Ed. Abraxas. Buenos Aires, 1973
- FANON, Franz.** *Los Condenados de la Tierra.* Publicado por Matxingune taldea, 2011
- FEDERICCI, Sylvia.** *Calibán y la Bruja. Mujeres, Cuerpo y Acumulación Primitiva.* Ed. Traficantes de Sueños, 2010
- FERNANDEZ, Ana María.** *Instituciones Estalladas.* Buenos Aires, 1999
- FOUCAULT, Michel.** *Em defesa da sociedade: curso no College de France (1975-1976).* Tradução Maria Ermantina Galvão. São Paulo, 1999.
- FOUCAULT, Michel.** *Enfermedad Mental y Personalidad.* Paidós, Barcelona, 1984
- FOUCAULT, Michel.** *La Historia de la Locura en la época clásica. Volumen I.* Ed. Proyecto Espartaco, Colombia, 1998
- FOUCAULT, Michel.** *Microfísica do Poder.* Ed. GRAAL LTDA, Río de Janeiro, 1982
- FOUCAULT, Michel.** *Vigilar y castigar : nacimiento de la prisión.- 1 a , ed.-*Buenos Aires : Siglo XXI Editores Argentina, 2002
- GARGALLO, Francesca.** *Feminismos desde Abya Yala. Ideas y proposiciones de las mujeres de 607 pueblos en nuestra América.* Ciudad de México, 2014
- GOFFMAN, Erving.** *Manicômios, Prisões e Conventos.* 7a edição. São Paulo: Editora Perspectiva, 2001.
- GONZALEZ, Lélia.** *A categoria político-cultural de amefricanidade.* In: Tempo Brasileiro. Brasileiro Rio de Janeiro, No. 92/93 (jan./jun.). 1988
- HOOKS, Bell.** *Mujeres negras. Dar forma a la teoría feminista.* En: Otras inapropiables, Feminismos desde las fronteras. Ed. Traficantes de sueños, Madrid, 2004

- KLAPPENBACH, Hugo.** *El movimiento de la higiene mental y los orígenes de la Liga Argentina de Higiene Mental.* En: Revista Especialidades, tomo IV. Buenos Aires, 2009.
- LAPLANTINE, François.** *Antropologia da doenca.* Ed. Martins Fontes WMF, 2010
- LATOUR, Bruno.** *Nunca fuimos modernos. Ensayo de Antropología Simétrica.* Ed. S XXI, Buenos Aires, 2007
- LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL No 26.657: DECRETO REGLAMENTARIO 603/2013.** Publicada en el Boletín Oficial No 32649 el 29 de Mayo de 2013
- LUBO, Facundo.** *Notas para un Estudios Histórico sobre la recepción de las ideas del denominado Movimiento Antipsiquiátrico en la Argentina.* UNLP, 2015
- LUGONES, María.** *Colonialidad y Género. Hacia un Feminismo decolonial.* Binghamton University, USA 2008
- MAGLIANO, M.J; PERISSINOTTI, M.V. y ZENCLUSEN, D. (comps.).** *Los nudos ciegos de la desigualdad. Diálogos entre migraciones y cuidado.* CONICET, Buenos Aires, 1ra. ed., 2016
- MALDONADO-TORRES, Nelson.** *Sobre la Colonialidad del Ser: contribuciones al desarrollo de un concepto,* en Castro-Gómez, S y Grosfouguel, R (eds): *El giro decolonial.* 2007
- MDRI y CELS .** *Vidas Arrasadas, La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos.* 2007
- MONCRIEFF, Joanna.** *The Myth of The Chemical Cure. A Critique of Psiquiatric Drug Treatment.* Ed. Palgrave Macmillan, New York, 2008
- MOUFFE, Chantal.** *Sobre O Político.* Sao Paulo, 2015
- QUIJANO, Anibal.** *Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina.* Centro de Investigaciones sociales (CIES), Lima. 2000
- PELLEGRINI, Jorge Luis.** “No quiero que me den una mano... quiero que me saquen las manos de encima” -San Luis, Payné, 2011
- PRECIADO, Paul Beatriz.** *¿La muerte de la Clínica?.* Conferencia dictada en el Museo Reina Sofía, 2013
- PRECIADO, Beatriz.** *Testo Yonqui. Espasa Calpe. Madrid. 2008.*
- RIVERA CUSICANQUI, Silvia.** *Ch'ixinakax utxiwa : una reflexión sobre prácticas y discursos descolonizadores - 1a ed. - Buenos Aires : Tinta Limón, 2010.*
- ROBINSON, Alan.** *Actuar como loco. Experiencias del teatro y la locura.* Ed. Los Hermanos, 2014

- SABIN, M; RIBEIRO, S; DÍAZ, R y GIGLIA, L.** *El desafío de implementar la Ley Nacional de Salud Mental. Avances y deudas en el camino hacia el cambio de paradigma y el cierre de los manicomios.* Cap XII del Informe Anual del CELS, 2015
- SAMPAYO, Azucena del Rosario.** *La desmanicomialización como práctica contrahegemónica en el abordaje de la salud mental.* La Plata, 2005
- SCRIBANO, Adrian.** Mapeando interiores. Cuerpo, conflicto y sensaciones.
- SPIVAK, G. C.** *¿Puede hablar el sujeto subalterno?* Orbis Tertius, En Memoria Académica. 1998
- STOLKINER, Alicia.** *Medicalización de la vida, sufrimiento subjetivo y prácticas en salud mental.* Capítulo de libro. Ed. Psicolibro. Colección FUNDEP. 2013
- STOLKINER, Alicia.** *Subjetividad y Derechos: las organizaciones de usuarios y familiares como nuevos actores del campo de la salud mental.* Revista Intersecciones (www.psi.uba.ar) Año 2 No 4 septiembre 2012
- SVAMPA, Maristella.** *Extractivismo, Neodesarrollismo y movimientos sociales. ¿Un giro ecoterritorial hacia nuevas alternativas?.* Em: Mas allá del Desarrollo. Ecuador, 2011
- SZASZ, Tomas.** *La Fabricación de la Locura. Estudio comparativo entre la Inquisición y el Movimiento en Defensa de la Salud Mental.* Ed. Kairós. Barcelona, 1974
- VIEIRA, Meloni Elisabeth.** *A Medicalização do Corpo Femenino.* Fio Cruz, 2002
- WAGNER, Marisa.** *Los Montes de la Loca.* Ed. Baobab, Buenos Aires, 2007
- WITTIG, Monique.** *El pensamiento heterosexual y otros ensayos.* Ed. Egales S.L, España, 2006

