

Psiquiatra y psicoanalista. Miembro de la EOL, la AMP y el Centro Descartes. Docente del IOM y JTP del Dto. de Salud Mental de la Fac. de Medicina (UBA). Miembro del Capítulo de Epistemología e Historia de la Psiquiatría de APSA.
E-mail: satturno@yahoo.com

Resumen

El autor realiza en este artículo una serie de reflexiones en torno a la Ley Nacional de Salud Mental (ley 26.657) reglamentada a fines de mayo del corriente año. El marco dado por la reciente publicación del DSM en su quinta versión y el empuje a la salud mental como imperativo social proveen el material para dichas reflexiones. Mencionada está la paradoja que establece una ley, indudablemente progresista, que abre la posibilidad del ingreso a la medicalización de la vida cotidiana, mediante un término ambiguo como es el de “padecimiento mental”. Asimismo otro aspecto a resaltar es que la idea de peligrosidad y riesgo que intenta disolver el texto de la ley, lejos de ser eliminada ha sido desplazada hacia el profesional de la salud mental. Se abre así una nueva versión de la llamada “clínica de la sospecha”.

Palabras clave: ley nacional de salud mental – padecimiento mental–riesgo–clínica de la sospecha

Abstrac

The author made in this article a series of reflections on the National Mental Health Law (Law 26,657) regulated in late May this year. The framework given by the recent publication of DSM in its fifth version and push mental health social imperative to provide the material for such reflections. Mentioned is the paradox that establishes a law undoubtedly progressive, which opens the possibility of joining the medicalization of everyday life through an ambiguous term as is “mental disorder”. Also another thing to note is that the idea of danger and risk that attempts to dissolve the text of the law, far from being eliminated has been shifted to the mental health professional. This opens up a new version of the “clinical suspicion”.

Key words: national mental health law - mental disorder - risk - clinical suspicion

UN PASEO POR EL DISORDER

El derecho a la salud y más precisamente, a nuestra “salud mental”, es en los tiempos que corren un imperativo social, sobre todo desde que la misma ha sido integrada por las corporaciones médicas y gubernamentales a una organización mundial. La paradoja de época ha quedado establecida así: mientras más autonomía y culto al principio de realidad, más lógica de la dependencia se produce. La autodeterminación es el monstruo que sueña al hombre que a su vez sueña una nueva razón para su existencia. Las cartas están echadas y el héroe trágico, por mucho que busque en el oráculo, tendrá que responder a las preguntas del presente a fin de producir el enigma en el porvenir.

Así todo, la “fábrica de personas” (I. Hacking) se ha puesto en marcha. Todos tenemos derecho a reclamar el lugar donde nuestras conductas serán tipificadas y el trastorno al que vamos a pertenecer. Nuestro traje de etiqueta es una descripción acéfala (por no decir sin pies ni cabeza) de datos (“evidence” en el inglés MBE) que resuenan en una normopatía digna de una secuela de *Blade Runner*. En este sentido se entienden la permeabilidad de las políticas públicas de salud a los manuales de clasificación internacionales y la seducción del manual norteamericano DSM.

Démosle la bienvenida entonces a la publicación del nuevo manual de clasificaciones DSM en su quinta versión, donde nadie va a quedar exento de ser integrado a un trastorno mental. La proporción



directa se hace cristalina: a mayor decadencia en la pesquisa clínica, a mayor fragilidad psicopatológica en favor de los llamados “signos comunes” (1), mayor hipertrofia clasificatoria. Testimonio cabal de esto resulta ser la formación de los profesionales “psi” en el mundo, donde la semiología psiquiátrica recibida en el posgrado llega al culto caquéctico del *paper*, cuando la tabulación de los “disorders” se extienden en un engrosado tratado de buenas intenciones. Movimiento inverso al producido en otras disciplinas clínicas, en donde la mirada médica se acercó hacia signos más precisos y detallados mientras que las clasificaciones han intentado simplificarse cada vez más. En suma, la disciplina psicopatológica ingresó en un terreno en donde su propia especificidad, su pericia, todo lo que le concierne al contacto con la locura y “una lengua bien hecha” ha sido sustituida por un empuje nominalista sin precedentes.

TODOS ENFERMOS ANTES LA LEY

Jacques Lacan lanzó en los 70’ la consigna de que “todos deliramos”, y aquello causó un gran revuelo. Hoy diríamos sin ambages que “todos somos enfermos mentales”, en un momento preciso en donde se impone el ideal de la salud mental. Y decimos esto justamente, cuando hace algunas pocas semanas se acaba de reglamentar una ley de salud mental (ley 26.657) de alcance nacional, cuyo artículo primero reza que se va a “asegurar” el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas y el pleno goce de los derechos humanos de aquellos con “padecimiento mental”. Esta ley promulgada en el 2011 y reglamentada el 29 de mayo de este año define a la salud mental como “un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona.”

El término “padecimiento mental” incluido en la ley destila una semántica que atraviesa transversalmente toda la sociedad y hace tabla rasa en base al “malvivir”, término que muy pertinentemente acuñó Jean Claude Milner como aquello que rebasa ampliamente los límites del trastorno o de la enfermedad mental (2)

¿Qué es un “padecimiento mental”? La ley no

lo define taxativamente. Con lo cual, la nobleza que encarna el ideal progresista en la lucha contra el estigma y los prejuicios, termina por extinguir cualquier intento de rescate a la herencia clásica del respeto por la envoltura formal del síntoma. Al destacarse el término “padecimiento mental” por sobre la idea de “enfermedad mental” o aún la de “trastorno” -que si bien no son gran cosa acreditan antecedentes históricos-; en su inespecificidad, se deduce que un padecimiento mental puede ser tanto un desencadenamiento psicótico, una crisis de angustia, como un duelo, una persona que sufre por estar en situación de calle o bien alguien que fue perjudicado por las medidas económicas de un gobierno. Ahora bien, el estado tiene la obligación de hacer cumplir la ley para que se “asegure” la protección de la salud mental de todo aquel que padece mentalmente, haciendo ingresar el sufrimiento cotidiano (el malvivir) dentro del circuito de la salud.

Si bien en la reglamentación de la ley se intentó especificar lo que es un padecimiento mental, su definición terminó siendo imprecisa y omniabarcativa “todo tipo de sufrimiento psíquico de las personas y/o grupos humanos, vinculables a distintos tipos de crisis previsibles o imprevistas, así como a situaciones más prolongadas de padecimientos, *incluyendo trastornos y/o enfermedades*, como proceso complejo determinado por múltiples, componentes...” (artículo 1, el subrayado es nuestro).

En suma, si adjuntamos la definición inicial de salud mental como “construcción social” a la definición inespecífica del malvivir, tenemos como resultado un empuje masivo a la medicalización de la vida cotidiana (medicalización no significa solamente tomar pastillas)(3). Una ley, como enunciamos, progresista y ciertamente ajustada al derecho internacional en lo que compete a la protección de los derechos humanos como la Convención Americana de la OEA o la protección de personas con enfermedades mentales de la ONU, pero que termina produciendo finalmente la ecuación: padecimiento para todos/salud mental para todos.



UNA NUEVA CLÍNICA DE LA SOSPECHA

En su artículo 5 la ley de salud mental advierte que “La existencia de diagnóstico en el campo de la salud mental no autoriza en ningún caso a presumir riesgo de daño o incapacidad”.

Este artículo recoge el peso de la historia de la psiquiatría de nuestro país. Sabemos de la estrecha relación que existía entre el poder de policía del estado y la psiquiatría. Los servicios prestados por la criminología de fines del siglo XIX y las dos primeras décadas del siglo XX, junto a la necesidad de control de la población (la llamada psiquiatría social de Ramos Mejía y el auge de la criminología con el positivismo de José Ingenieros), trabó una alianza duradera en el espíritu de la disciplina. Peligrosidad y locura devino un matrimonio por conveniencia, si tenemos en cuenta que Buenos Aires era la Babel del continente: uno de cada tres habitantes hablaba una lengua extranjera y se imponía un control social para lo cual el alienismo reinante sería un buen aliado.

Volviendo entonces a esta época (2011-2013), mencionamos a propósito de la ley dos términos: derecho (derecho a la salud mental, derechos humanos) y riesgo (en su faz negativa: el diagnóstico no implica *per se* riesgo).

Ahora bien, si sacamos la palabra “derecho” y ponemos la palabra “vínculo” o “lazo” entendemos qué lugar ocupa la regulación de la ley: se tiende a la “concreción de los *derechos* humanos y sociales de las personas”, *mutatis mutandis*: se tiende a la concreción de los *vínculos sociales* a través de un ejercicio coercitivo de la ley. Por ende el riesgo no queda excluido, pasa de estar del lado del paciente, del “padeciente”, a estar del lado del tratante, del profesional de la salud mental. Es lo que se ha dado en llamar la “clínica de la sospecha”(4). Allí donde el enfermo mental históricamente era considerado por su condición misma como alienado y como tal riesgoso, o peor aún, peligroso, ahora el vector

de riesgo se ha desplazado hacia el profesional que debe operar no con su saber-hacer sino bajo las variables del orden jurídico. Lo que Enrique Rivas llama “la clínica de la sospecha” es que todos estamos bajo sospecha, es una clínica del ejercicio práctico bajo sospecha, bajo sospecha de “la legitimidad de la práctica y la impostura de la delegación social como agentes de la segregación” y de la “imposibilidad de cumplir con la misión de promover en los sujetos el ideal de la salud mental”.

El nuevo discurso del amo que toma la salud mental no es el de la psiquiatría ni el del antagonismo a la enfermedad mental, sino el de la administración de las conductas que velan por un bienestar bio-psico-social como derecho humano. Esto tiene como correlato el enmascarar la imposibilidad de acceso que posee todo sujeto a la felicidad, por su propia condición de ser-hablante y por estar incluido (o no) en un lazo social.

Llama la atención que se haga mención en el texto de la ley a diferentes disciplinas y no figure en todo el texto el término “psicoanálisis”(5), habida cuenta del soporte institucional que significa el psicoanálisis aplicado a la terapéutica en nuestro país y el contribución asistencial brindada por numerosos profesionales ad-honorem que, en su gran mayoría, transitan los servicios públicos de salud mental.

Vale una reflexión aquí: si el psicoanálisis no ha de ser marginal es por su posición de extraterritorialidad a todos los otros discursos, lugar que debe saber aprovecharse para generar ese intersticio, ese intervalo que convoca a una presencia, y por ende, a la posibilidad de lectura.

Notas

(1) Ver: Lanteri-Laura G. “Psychiatrie et connaissance” París, Ed. Science en situation, 1991.

(2) Milner J.-C. “El gran secreto de la ideología de la evaluación”, *Le Nouvel Âne*N°2, Diciembre de 2003.

(3) Ver: Maglio F. “Entre la evidencia y la narrativa”, en: *¿Por qué ser médico hoy?*, Buenos Aires, Ed. Del Zorzal, 2009, p. 96.

(4) Rivas E. “Psiquiatría psicoanálisis. La clínica de la sospecha”, Madrid, Miguel Gómez ediciones, 2000.

(5) Se trata de una observación que realizara muy pertinentemente Hugo Freda en el marco de una reunión de trabajo que tuviéramos junto a varios colegas de la Escuela de la Orientación Lacaniana a propósito de la nueva Ley de Salud Mental (año 2012).

