



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

# **La locura como enigma: de su rechazo y su retorno en la época contemporánea**

**Carol Fernández Jaimes**

Universidad Nacional de Colombia  
Facultad de Ciencias Humanas  
Escuela de Estudios en  
Psicoanálisis y Cultura  
Bogotá, Colombia  
2016



# **La locura como enigma: de su rechazo y su retorno en la época contemporánea**

**Carol Fernández Jaimes**

Tesis presentada como requisito parcial para optar al título de:  
Magister Psicoanálisis, subjetividad y cultura

Director (a):  
Mgtr. Sylvia De Castro Korgi

Universidad Nacional de  
Colombia Facultad de  
Ciencias Humanas  
Escuela de Estudios en  
Psicoanálisis y Cultura  
Bogotá, Colombia  
2016

A mis Padres

## RESUMEN

Esta tesis plantea cómo la locura ha sido un enigma desde tiempos inmemoriales; la psiquiatría que surge en la modernidad acogió dicha incógnita y buscó resolverla mediante la construcción de un saber sostenido en una disciplina de observación que contaba con el enfermo, no obstante las pretensiones de normalización y la vigencia de prácticas segregativas que ya por entonces se anunciaban. En la época contemporánea, el saber psiquiátrico, enmarcado en manuales diagnósticos y estadísticos, ha reducido al loco a organismo defectuoso según una concepción neurocientífica que gana terreno en los tiempos de la tecnociencia y del mercado globalizado, cerrando así la pregunta por el sujeto implicado en la locura y su enigma. Así las cosas, el presente trabajo trata de derivar algunas consecuencias de esta modificación, particularmente en relación con el retorno del enigma de la locura rechazado por la ciencia contemporánea.

**Palabras Clave:** Locura, Discurso de la ciencia, Discurso capitalista, normalización, psiquiatría, DSM.

## ABSTRACT

This thesis presents how madness has been an enigma since time immemorial ; psychiatry emerges in modernity upheld that unknown and sought a solution by building a sustained knowledge in a discipline of observation that had the ill , despite the claims of normalization and the effect of segregating practices and then advertised . In contemporary times , psychiatric knowledge , framed in diagnostic and statistical manual has reduced the crazy defective body as a neuroscientific conception gains ground in times of science and technology and the global market , thus closing the question of the subject involved in madness and its enigma. So, this paper attempts to derive some consequences of this change, particularly in relation to the return of the enigma of madness rejected by contemporary science .

**Key words: Madness, science Discourse, capitalist Discourse, standardisation, psychiatry, DSM.**

## Contenido

<b>Introducción.....</b>	<b>1</b>
<b>1. Capítulo 1. La psiquiatría clásica y la locura. El agujero en el saber.....</b>	<b>4</b>
1.1 Sobre el agujero en el saber.....	4
1.2 Puntualizaciones sobre el discernimiento entre locura, enfermedad y trastorno mental.....	5
1.2.1 La locura en Lacan.....	5
1.2.2 La locura desde una perspectiva foucaultiana.....	10
1.3 La construcción del saber sobre la locura .....	14
<b>2. Capítulo. El Discurso de la ciencia y sus efectos en la concepción y abordaje de la locura.....</b>	<b>20</b>
2.1 Prolegómenos sobre el discurso de la ciencia.....	20
2.2 El olvido de la psiquiatría clásica en la consideración de la locura. La emergencia de una clasificación en la era del discurso de la ciencia.....	29
2.3 De la locura en el contexto de la industria farmacéutica y de la psiquiatría al servicio del mercado.....	41
<b>3. Capítulo. De la normalización de la locura y su retorno.....</b>	<b>47</b>
<b>4. Conclusiones.....</b>	<b>55</b>
<b>Bibliografía</b>	<b>60</b>



## INTRODUCCIÓN

Por su forma extraña y su expresión incoherente se puede llegar a formular que la locura se ha constituido en una presencia enigmática para el Otro, en general, a lo largo de la historia de la humanidad. Su modo de presencia en el mundo y la concepción que se ha construido sobre ella se encuentran detalladas de manera fascinante en *La historia de la locura*. En esta obra, Foucault nos muestra los rostros que la locura ha tomado en distintos momentos históricos, por ejemplo, nos cuenta cómo la “Edad Media había colocado la locura en la jerarquía de los vicios. Desde el siglo XIII es corriente verla figurar entre los malos soldados de la Psicomaquia”<sup>1</sup>; se entiende que, dado el imperio del saber y la moralidad religiosa, la locura solo podía tener ese lugar, el del vicio y del pecado. De manera distinta, a finales de la Edad Media, “La locura y el loco llegan a ser personajes importantes, en su ambigüedad: amenaza y cosa ridícula, vertiginosa sinrazón del mundo y ridiculez menuda de los hombres”<sup>2</sup>; es así como en pleno Renacimiento, época de gran riqueza artística y cultural, la locura tomó el rostro de un personaje que mostraba la oscuridad que habitaba en la visible belleza del hombre; la locura se convirtió así en aquello que le revelaba al mundo mediante la crítica las paradojas que merodeaban incansablemente al ser humano, a través de las sublimes expresiones que hicieron su aparición en esa época, el teatro, la literatura, la pintura y la poesía. Finalmente, en la Edad Moderna, el rostro de la locura tomó el matiz, primero de alienación mental, luego de enfermedad; en la época contemporánea adquirirá el nombre de trastorno y, finalmente, el de espectro, con lo cual, su rostro clásico se difumina hasta adquirir lo más parecido posible, el rostro de la normalidad.

La amplitud de rostros que ha tomado la locura se debe a una razón fundamental: que ella con su sola presencia se configura como un enigma para la humanidad, enigma al que le da un sentido y que procura “curar” mediante un tratamiento. En distintas épocas se ha intentado producir una concepción sobre la locura, para explicar qué es, cómo es posible que alguien llegue a ser loco y así, se han sostenido comprensiones a nivel de la causa, que son tanto esotéricas, pasionales, religiosas y morales, como psicológicas y estrictamente biologicistas. Pese a ello, la locura comporta un interrogante.

Desde la Edad Moderna, época del nacimiento de la ciencia, se ha intentado responder a dicho enigma a través de la disciplina que hace de ella su razón de ser: la psiquiatría clásica que, en consecuencia, apostó por resolver la cuestión. A partir de la finura en la observación y en la descripción de la psiquiatría clásica -que tanto Freud como Lacan resaltaron- se sucedieron valiosos aportes pero, como cosa paradójica, a la par con las grandes contribuciones para su entendimiento y abordaje, el movimiento propio de la ciencia forcluyó al sujeto y abrió paso

---

<sup>1</sup> Michel, Foucault, “La historia de la locura en la época clásica” [1961] (México: Siglo XXI, 1993), p. 19.

<sup>2</sup> *Ibíd.*, p. 13.

para que la locura fuese concebida como objeto de estudio. De allí en adelante, como lo denuncia Lacan, hubo un estancamiento de los aportes de la psiquiatría clásica y, paralelamente, los locos nunca más fueron vistos como locos sino como objetos de conocimiento y de segregación. La concepción del loco como objeto es coherente con el nacimiento de la ciencia moderna la cual, según Heidegger, convierte todo lo existente, lo humano incluido, en campo de observación y estudio<sup>3</sup>.

La posición de objeto de conocimiento y la paralela segregación de la locura se comprende entonces, de manera diáfana, como un suceso propio de la contemporaneidad, de ahí que para entender dichos acontecimientos sea necesario pensar la ciencia moderna y el capitalismo. Así, desde el Discurso de la ciencia se verá cómo la construcción de saber va a ser fundamental en cuanto objetivo de este discurso, pero no cualquier saber, sino un saber de amo. Quizás desde allí podamos comprender por qué razón la psiquiatría clásica se esmera en desarrollar un saber sobre la locura. Habría que enmarcar este saber, como objetivo, en contraposición con el Discurso capitalista para el que no se trata de la construcción de un saber, sino del imperativo de gozar. Aquí la lógica está puesta en la producción de objetos dirigidos al sujeto con la promesa de colmar su falta en ser. Por consiguiente, para la psiquiatría contemporánea la construcción de un saber sobre la locura que tenga en cuenta la palabra y la experiencia misma del loco, no va a ser su principal objetivo; en cambio, clasificarla y medicalizarla serán los movimientos propios que se darán en procura de la normalización de los sujetos aquejados, lo que posibilita su entrada en la cadena de consumo. Entre tanto, el loco es un objetor, es quien, en palabras de Lacan, “se pone en cruz” con respecto al andar del amo.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, conocido por sus siglas en inglés, DSM, será así la figura por excelencia que nos muestra el objetivo del discurso contemporáneo. En sus vastas líneas, sin ninguno o con muy poco sustento teórico, -pues este sistema “terminó por eliminar de sus clasificaciones la subjetividad misma. Se hicieron cuatro revisiones: en 1968 (DSM II), en 1980 (DSM III), en 1987 (DSMIII-R), en 1994 (DSM IV). El resultado de esta progresiva operación de limpieza, llamada "ateórica", fue un desastre. Apuntaba fundamentalmente a demostrar que el trastorno del alma y del psiquismo debía ser reducido al equivalente de una avería en un motor.”<sup>4</sup>-, se encuentran descripciones que culminan por enumerar las expresiones propias de la locura.

Sin ningún interés en saber sobre ella y, sobre todo, sin reparar en el enigma que ella encierra, la clínica contemporánea ha encontrado la manera de emitir prontamente un diagnóstico con miras a la medicalización y normalización del loco, para hacer de este un individuo integrado al mundo: lejos de percatarse de la objeción que potencialmente el loco encarna en contra de los imperativos sociales, la pretensión de la psiquiatría, mucho más en su fase contemporánea, es su integración, de tal modo que cumpla con las condiciones gracias a las cuales pueda que sea productivo en la sociedad del consumo y acceder a los objetos que oferta el mercado. Con lo que no cuenta la lógica contemporánea es con el sujeto que hay en el loco, quien responderá: en todo caso, el loco se resiste a perder su rostro.

Este trabajo intenta desarrollar una reflexión sobre la locura como enigma, y sobre cómo el loco fue abordado, interrogado, observado, descrito y clasificado a la manera de un objeto, por parte de la disciplina que se ocupa de esa parcela de lo existente. En la primera parte se encontrará un análisis que apunta ante todo a esclarecer por qué hablo de locura y no de enfermedad o de trastorno mental como se le denomina en el sistema DSM, por qué me rehúso a hacer uso de las

---

<sup>3</sup> Martin Heidegger, “La época de la imagen del mundo” [1938]. *Anales de la Universidad de Chile*, 1958.

<sup>4</sup> Elizabeth Roudinesco, “¿Por qué el psicoanálisis?”. (Buenos Aires: Paidós, 2000), pp. 41-42.

expresiones acuñadas por el saber psiquiátrico y prefiero, en cambio, volver a traer ese significativo que ha circulado por distintas épocas, para después hablar de ella como enigma. Posteriormente, se apunta dilucidar cómo el interrogante que la locura propone al pensamiento humano empezó a ser olvidado, y cómo participa en ello la lógica de los discursos de la ciencia y del capitalismo, cuya comprensión permitirá entender por qué del olvido del enigma y, a la par, cómo el discurso de la ciencia nos invita a producir un saber, desconociendo que se trata de un saber cuya verdad es de amo. En esa misma lógica, se apreciará cómo este discurso ha forcluído al sujeto y los efectos de esta forclusión sobre la comprensión de la locura misma.

En ese sentido, se verá cómo el Discurso de la ciencia y el Discurso capitalista se emparentan muy bien, en la medida en que ambos se coadyuvan en sus objetivos, y se verá también cómo la lógica del Discurso capitalista facilita la forclusión del sujeto y, al mismo tiempo, su completud con el objeto que supuestamente lo colma. En este panorama destacaremos el rostro casi normalizado de la locura. La pretensión de su supresión en la época contemporánea, nos recordará no solo cómo el enigma que alguna vez fue se ha ido esfumando, sino cómo esto es parte de la misma forclusión del sujeto, en cuyo horizonte estará planteado siempre el asunto de la locura, como un asunto humano por excelencia. Pese a todo y por lo último que se ha dicho, la locura se niega a perder su rostro y, en medio de la pretensión de normalización, se mantiene y, como cosa curiosa, la segregación propia del discurso contemporáneo, contrario a sus propósitos, reivindica aún más a la locura pues, bajo el reconocimiento de diversas etiquetas diagnósticas, no puede negar que exista la locura, como tampoco puede asegurar su extinción, entre otras cosas porque las inconsistencias propias del saber psiquiátrico son en sí mismas una evidencia de su presencia ineludible.

# 1. Capítulo. La psiquiatría clásica y la locura. El agujero en el saber

## 1.1 Sobre el agujero en el saber

Ha sido particularmente insistente en mí la presencia de una idea: la locura y el agujero que ella misma traza en el saber psiquiátrico. Ahora bien, ¿por qué pensar en un agujero en el saber debido a la locura? Por ahora, imaginemos la locura como aquel fenómeno que dibuja un cuadro de amplio alcance, compuesto por imágenes fragmentadas, cuerpos irreales, rostros ominosos, decires discordantes, es decir, en últimas, el conjunto de la fenomenología propia de la psicosis: alucinaciones y delirios básicamente. Para la ciencia moderna que se funda sobre el sujeto del *cogito*, no hay más sujeto que el de la razón. Así, la locura, con todas sus expresiones irracionales, *ominosas* se presenta como el *no cogito*, dejando a la ciencia en una posición de no saber. Si para todo hay un saber, la locura es la excepción a la regla al situar un agujero que va a ser colmado con los significantes del saber psiquiátrico que tratará, en cuanto saber positivo, de suturarlo, fijando un saber que trate de darle explicación a eso que se presenta extraño, con el peligro de eliminar la pregunta que inaugura el movimiento del saber científico. Lacan reconoce muy bien el momento histórico que funda el sujeto de la ciencia, para él, hay un:

(...) cierto momento del sujeto que considero como un correlato esencial de la ciencia: un momento históricamente definido del que tal vez no nos queda por saber si es estrictamente repetible en la experiencia, aquel que Descartes inaugura y que se llama el *cogito*. Este correlato, como momento, es el desfiladero de un rechazo de todo saber, pero por ello pretende fundar para el sujeto cierta atadura en el ser (...)<sup>5</sup>

---

<sup>5</sup> Jaques Lacan, “La ciencia y la verdad” [1966], en *Escritos 2*, (México: Siglo XXI, 2005), p. 835.

Resulta paradójico que con la ciencia moderna se erija el sujeto de la razón y, al mismo tiempo, se configure un estrecho camino que lleva a la forclusión del propio sujeto. Este movimiento permite inferir que la locura, como muestra máxima de la sinrazón, o mejor, como antinomia de la razón, queda incluida como objeto, según lo dicho en la introducción. Pero el hecho de que sea incluida de esta forma no indica que sea dilucidada, por el contrario, la locura es un enigma para la ciencia, un agujero que demanda ser colmado con saber, razón por la cual la ciencia ha encomendado a la psiquiatría la tarea de bordearlo de tal forma que se establezca un todo saber sobre esa cosa enigmática.

En el preciso momento en que se encierra al loco –gracias a la “genialidad” pineliana-, se lo excluye: allí se instalan ciertas barreras, “en particular ésta: que los consideramos mucho más objetos de estudio que como punto de interrogación a nivel de lo que remite a cierta relación del sujeto...”<sup>6</sup>, según lo dice Lacan, lo que a claras luces señala que la ciencia moderna sobre el loco no quiere saber: el loco será de ahí en adelante reducido a la condición de un objeto a conocer.

## 1.2 Puntualizaciones sobre el discernimiento de la diferencia entre locura, enfermedad y trastorno mental

Considero preciso comenzar por plantear un esclarecimiento respecto al empleo de la palabra locura, que ha pasado de moda. ¿En qué momento se deja de usar la expresión de locura y se insiste en hablar de psicosis primero y luego de trastorno mental?

Comenzaré entonces por dilucidar tal cuestión a partir de dos miradas: la primera desde el campo psicoanalítico, teniendo en cuenta de entrada que para Lacan el concepto de locura va más allá que el de psicosis y que, aún si la divergencia entre los dos se diluye por momentos, aporta elementos de rigor que sostienen la diferencia. La segunda mirada la aporta la enseñanza de Foucault, en la que sí queda claramente establecida la razón por la cual se habla de locura y no de psicosis, y a la cual me acojo en este trabajo.

### 1.2.1 La locura en Lacan

En el curso del seminario dedicado a las psicosis que dicta entre 1955 y 1956 Lacan comenta que a comienzos del siglo XIX, en Alemania, aquellos que se encontraban en situación de aislamiento en los hospitales eran nombrados paranoies, y que lo que se llamaba paranoia era locura: “Sepan que en su extensión máxima, en la psiquiatría alemana, [la paranoia] recubría casi íntegramente todas las locuras: el sesenta por ciento de los enfermos de los asilos llevaba la etiqueta paranoia”.<sup>7</sup> En Francia, el término paranoia introducido en la nosología denotaba una persona malhumorada, desconfiada, intolerante, malvada, con una sobreestimación en su propia persona. Esta descripción, alejada del campo clínico, aludía a la concepción que el vulgo tenía sobre la locura<sup>8</sup>; no obstante ello, decía Lacan, “(...) Las psicosis son, si quieren – no hay razón para no darse el lujo de utilizar esta palabra- lo que corresponde a lo que siempre se llamó, y legítimamente se continúa llamando así, las *locuras* (...)”<sup>9</sup>.

<sup>6</sup> Jacques Lacan, “Breve discurso a los psiquiatras” [1967]. (Buenos Aires: Escuela Freudiana de Buenos Aires, 2009), p. 27.

<sup>7</sup> Jaques Lacan, *El seminario 3. Las Psicosis*. [1955-1956] (Buenos Aires: Paidós, 2004), p. 13

<sup>8</sup> *Ibíd.*, p. 12.

<sup>9</sup> *Ibíd.*, p. 12.

En este Seminario, titulado “La Psicosis”, Lacan deja claramente establecido que psicosis no demencia, ni pérdida de las facultades mentales, sin embargo, en la cita traída a colación tal parece que plantea una sinonimia entre la acepción locura y psicosis. Sin embargo, este asunto variará a lo largo de su obra. Lo que queda claro es que, por lo menos en este Seminario, el término psicosis, tomado de la clínica psiquiátrica clásica, es adoptado por Lacan; también fue adoptado y elaborado por Freud para proponer con ese título una de las clases de su nosografía, de lo que Lacan llama estructuras psíquicas.

Así, para Lacan, *psicosis* hace referencia a una de las estructuras psíquicas, cuya causa se remite a la forclusión del significante del Nombre del Padre. Podría decirse que la cuestión de la causa, la posibilidad de aislarla y explicarla, separa la psicosis de la designación más amplia de locura; dicho en otros términos, en la psicosis no se trata de la locura en general, como lo falta de razón, lo mentalmente enfermo, sino del efecto de la operación un mecanismo psíquico, en este caso, la forclusión, con el cual el sujeto se rehusó a acceder el mundo de lo simbólico en tanto que no quiso saber nada de la castración. Vale la pena recordar aquí las palabras que Shakespeare pone en boca de Polonio cuando habla de Hamlet trastornado: “hay método en su locura”<sup>10</sup>, con lo cual se señala a un sujeto que es loco pero no psicótico, pues de la castración, si sabe, tanto así que su locura se desata por la orden autoimpuesta de sostener el Nombre del Padre.

Ahora bien, en el estudio del tratamiento que Lacan hace de los conceptos de locura y psicosis, Diana de Rabinovich comienza por explicar cómo, desde el siglo XVII, la locura viene a significar sinrazón e irracionalidad, sentido éste que es tomado del texto de Erasmo, quien en el Siglo XVI ubicó a la locura como la máxima expresión de la irracionalidad, de la necedad lo que, como bien reseñó Foucault, ponía en evidencia la existencia de las inconsistencias y las debilidades humanas. Rabinovich sostiene que en el Diccionario de la Lengua Francesa<sup>11</sup>, el término locura indica una falla a nivel del juicio, del sentido común, así como la tontería, la exageración en el orden pasional, la extravagancia en el comportamiento; por el lado de la Real Academia de la Lengua Española, loco viene a tomar tres sentidos: el primero quiere decir pérdida de la razón; el segundo, un desacierto en la ejecución de alguna acción, y el tercero, exaltación del ánimo producto de algún tipo de afecto. En contraposición, para el término psicosis se cuentan con referencias más bien limitadas, dado su origen: “La etimología nos aclara que se trata de un término científico creado en el siglo XIX en Alemania, compuesto por una parte derivada del griego *psyche*, alma y el posfijo *osis*, que deriva de neurosis. Resulta claro que es un término creado en el campo de la psiquiatría con el fin preciso de oponerlo al de neurosis”<sup>12</sup>. En este orden de ideas, remitiéndonos tanto al Diccionario de la Lengua Francesa como al de la Real Academia Española, el término psicosis viene a significar una alteración o afección mental y acoge diferentes acepciones tales como manía-depresión, locura, demencia, alienación y delirio. En todo caso, parece esclarecerse que el uso o aparición de la expresión psicosis, se encuentra circunscrita al campo específico de la psiquiatría y que sustituyó al término de locura que fue utilizado en épocas anteriores y que perduró por tantos siglos.

Como ya se mencionó anteriormente, dado que Lacan apela al uso de los dos términos, la cuestión a discernir, es el uso que él hace de los términos en su campo de trabajo; sin embargo, Rabinovich y Muñoz<sup>13</sup>, al analizar el uso de estas acepciones en la obra lacaniana, encuentran una diferencia. En lo que atañe a la locura, los dos autores consultados nos llevan a la formulación general de la locura que Lacan desarrolla en 1946 en “Acerca de la Causalidad Psíquica” a partir de *La fenomenología del espíritu* de Hegel, es decir que nos trasladan a un estudio preliminar de la locura, antes aún del *Seminario 3*, en 1955 y 1956. Entonces, después

<sup>10</sup> William Shakespeare, “*Hamlet*”, [1605].

<sup>11</sup> Le Robert, *Dictionnaire de la Langue Française*, 1985.

<sup>12</sup> Diana Rabinovich, “*Locura y psicosis en la enseñanza de Lacan*”. (Buenos Aires: Manantial, 1993), p. 124.

<sup>13</sup> Pablo Muñoz, *El concepto de locura en la obra de Lacan*. Anuario de investigaciones, 16, 2008.

de acudir como referencia al *Seminario 3*, nos trasladaremos a una elaboración anterior del concepto locura a partir de la propuesta hegeliana de la “Ley del corazón y el delirio de presunción”. Hegel, quien expone la importancia de la relación entre el individuo y la sociedad, plantea que el individualismo radicaría en el hecho de que el sujeto ignore esta relación y se baste a sí mismo sin ningún tipo de vínculo con el Espíritu, con el Pueblo. La locura entonces quedaría vinculada con el individualismo por la vía de los ya mencionadas “ley del corazón” y “delirio de presunción”: La ley del corazón no está contenida en ley universal, es más, no existe en relación con la ley universal, pero para la experiencia consciente del individuo, la ley del corazón vendría a suponer una ley universal, por tanto, deja de ser singular. Según Rabinovich, Hegel sostiene que si todos siguieran la ley del corazón, todos disfrutarían y gozarían de su alegría de vivir; sin embargo, ese disfrute, que supone una ley universal, se encuentra confrontado con la realidad del mundo, señalando así la existencia de una hiancia entre la ley y el corazón, y poniendo en evidencia una contradicción en el ser viviente; por consiguiente, la conciencia experimentará que el orden mundano, en la medida en que va en contravía de su propia ley del corazón, termina por someter al hombre a su voluntad. Es en este punto en donde, según Rabinovich, “estoy en constante contradicción conmigo mismo: o bien me resigno a obedecer un orden que me es ajeno y me veo así privado de mí mismo, del goce de mi acto – esta expresión no puede dejar de resonar de modo muy particular en los que han leído a Lacan o bien transgredo ese orden y me encuentro privado de la conciencia de mi propia existencia”<sup>14</sup>. Si el ser viviente, expuesto a tal experiencia disyuntiva, no renuncia a su ley del corazón, se ve abocado a condenar la inmoralidad del mundo, presumiendo así de poseer la moral verdadera: esto es un delirio de presunción. Esta es la “locura hegeliana”.

Ahora bien, si esta es la fórmula con la cual Lacan cuenta en su concepción de la locura, me atrevería a plantear, aún a riesgo de equivocarme, que una sinonimia entre locura y psicosis se detecta, puesto que, en el fondo, ambos, el loco y el psicótico, se enfrentan sin resolverla, a una cuestión fundamental: al problema del “orden simbólico”, del Otro, de su relación con el Otro que “somete”, que le exige una renuncia al goce para introducirse en las vías del deseo. Si lo que Hegel dice es que el problema de la locura radicaría en esa contradicción problemática para el ser consciente, de renunciar a su ley del corazón en aras de sujetarse a la ley universal, del lado de Lacan, en la misma dirección, el problema radicaría en la imposibilidad de someterse a la ley de la castración. Por supuesto, quien forcluye el significante ordenador del mundo simbólico es el psicótico, ¿pero acaso no hay quien sin “acudir” a la forclusión manifiesta en su presentación, en su conducta e incluso en su síntoma, una no sumisión al ordenamiento simbólico? Es porque este interrogante permanece abierto que, de momento, encuentro legítimo apelar al uso del término locura, y no al de psicosis, pues mi reflexión se dirige más en la vía de lo que la locura tiene de objeción del orden social -y no necesariamente la versión psiquiátrica de la locura en su dimensión de psicosis como afección mental-. Así las cosas, considero pertinente referirme a la locura en tanto que es aquella que objeta al discurso en tanto que no se acoge al imperativo de gozar que exige el discurso contemporáneo, pero en todo caso, terminará por someterse al mismo a través de la práctica del consumo de fármacos, vía por la cual la psiquiatría actual procura la regularización del loco.

Para acentuar la justificación respecto al uso de la expresión locura en este trabajo, retomo un planteamiento de Rabinovich sobre el asunto. Ella hace referencia a otro elemento del encuentro entre Hegel y Lacan en relación con la locura, que reside en la dialéctica desconocimiento-reconocimiento. Al estudiar la cuestión del delirio en el caso Aimée, Lacan encuentra que este se fundamenta en el desconocimiento, es decir que, a ella, el delirio le es ajeno, no lo reconoce como propio, como una producción suya; sin embargo, retomando a Hegel, Lacan señala que este desconocimiento se soporta en su antinomia, en el reconocimiento: lo que es desconocido

---

<sup>14</sup> Rabinovich, Op.cit., p. 133.

supone un reconocimiento. Rabinovich señala que, desde tal perspectiva, para Lacan el loco se cree otro, lo que conduce a pensar en el problema de la identificación, una que no pasa para él por el ordenamiento propiciado por el Otro, sino una identificación con su propia imagen, una identificación narcisista. Así, desde esa identificación, el sujeto cree que es otro y, en ese creerse, considera que su ley del corazón se encuentra articulada con su imagen narcisista, erigiendo una imagen de sí que propicia el borramiento del mundo y la correspondiente infatuación del sujeto, todo lo cual nos ubica nuevamente en la cuestión fundamental de la locura, claramente, de la psicosis. Pero lo que este asunto permite aclarar, como Lacan lo señala, es que a nivel de la “estructura”, el fenómeno del desconocimiento se aplica tanto al yo del sujeto como al paranoico, es decir, al psicótico: el sujeto, como hemos visto, desconoce los determinantes simbólicos y entonces podemos llamarlo loco, mientras que el paranoico hace un delirio. Esto se puede resumir diciendo que hay una homología estructural entre la constitución del yo y el delirio, lo que llevó a Lacan la idea de un conocimiento paranoico<sup>15</sup>.

Muñoz por su parte, a la luz de la lectura de la obra de Lacan, específicamente basándose en el Lacan de 1946 y 1967, es decir, nuevamente en *Acerca de la causalidad psíquica* y en el “*Breve discurso a los psiquiatras*”, me lleva a pensar con mayor claridad lo expuesto anteriormente en relación con el punto de encuentro entre los términos locura y psicosis. El autor ubica el encuentro en la cuestión de la libertad. Expone entonces que en la locura el sujeto se encontraría libre de una atadura en relación con el Otro, pero de fondo, más bien atado al ideal del Otro sin tachadura, planteando así que esta locura sería propia del ser, inherente a todo humano aprisionado y apasionado con su imaginario y que lucha por el reconocimiento de su imagen narcisista; sostiene, por consiguiente, que dicha noción de la locura “corresponde [...] a la dimensión de la locura humana que se deduce de la constitución imaginaria del yo y, en ese sentido, desborda los límites de la distinción psicosis-neurosis-perversión, o dicho de otro modo: no es apresada por la lógica con que se construyen las estructuras freudianas”<sup>16</sup>, con lo cual señala el punto de desencuentro entre la locura y la psicosis, pues esta última es una noción que alude a una de las estructuras freudianas que señalan la operación de la defensa frente al encuentro con lo traumático y la formación sintomática correspondiente.

No obstante lo anterior, Muñoz ubica un desencuentro entre psicosis y locura en las formulaciones lacanianas correspondientes a la clínica borromea, es decir en el Lacan del período 1974-1976. Allí plantea que con el término psicosis Lacan hace referencia al anudamiento que el sujeto intenta para tratar el agujero en lo real, mientras que con el de locura se refiere al desanudamiento: “cuando a ustedes les falta uno de esos redondeles de hilo, ustedes deben volverse locos... cuando una de las dimensiones les revienta, por una razón cualquiera, ustedes deben volverse verdaderamente locos”<sup>17</sup>. Aquí la locura parece referirse a la profusión de manifestaciones clínicas, el delirio para empezar, antes que a la estructura propiamente dicha. Sin embargo, en el Seminario inmediatamente anterior, Lacan plantea una lectura de la psicosis que nos vuelve a introducir en el problema de establecer una clara diferencia entre uno y otro término, pues para ese momento lee la psicosis como un modo de desanudamiento de los tres registros, y no como el intento de tratar mediante el anudamiento el agujero en lo real, para retomar las palabras del seminario anterior: “¿Quieren un ejemplo que les muestre de qué puede servir esta hilera de nudos plegados que vuelven a ser independientes con sólo cortar uno? No es muy difícil encontrarlo, y no por nada, en la psicosis”<sup>18</sup>.

---

<sup>15</sup> Jacques Lacan, “*El estadio del espejo como formador de la función del yo (je)*” [1949]. (Buenos Aires: Siglo XXI, 1989).

<sup>16</sup> Pablo Muñoz, “El concepto de locura en la obra de Jacques Lacan”. *Anuario de Investigaciones*, 2008, 15”.

<sup>17</sup> Jacques Lacan, “El Seminario. Libro 21: Los nombres del padre”. (Inédito, 1973).

<sup>18</sup> Jacques Lacan, “El Seminario. Libro 20: Aun. (Buenos Aires: Paidós, 1972-1973), p. 154.

Al respecto, Muñoz enuncia que sería erróneo continuar homologando los términos de locura y psicosis, en la medida en que en lo que puede leerse en el paso del Seminario 20 al 21, es la locura como desanudamiento, con lo cual se explica la locura propia de la psicosis. Así encontramos, de un lado, una estructura clínica, la psicosis, que se caracteriza por un particular anudamiento como el tratamiento de lo real y, de otro lado la locura, el momento del desencadenamiento, en el que se aprecian los trozos de real con los que se confronta el psicótico, o lo que en otra perspectiva se podría nombrar como el “momento fecundo”, y que corresponde al desanudamiento de uno de los anillos. En este orden de ideas se confirma la apreciación de la locura como la profusión de las manifestaciones clínicas de la psicosis.

En todo caso, en lo que señalan Rabinovich y Muñoz, a partir de las elaboraciones de Lacan con Hegel, no queda del todo clara la diferencia entre psicosis y locura. Si bien es cierto, en el Lacan de *Acerca de la causalidad psíquica* y *Breve discurso a los psiquiatras*, podría encontrarse una noción de locura y psicosis que se superponen; y en el de *Las psicosis* y la clínica borromea, una distinción entre uno y otro término, desde mi perspectiva parece ser que se encuentran elementos correlativos entre una y otra acepción que dificultan establecer una diferencia. Aunado a ello, el término psicosis vino a recubrir el más antiguo de locura con el advenimiento de la psiquiatría clásica.

Al insistir en el uso del término locura a lo largo de este trabajo, abogo por ir más allá de la psicosis, esto es de la estructura clínica, para pensar en aquellos sujetos cuyo ser, decir y hacer se encuentran apartados del ordenamiento propio indicado por el discurso de “las normas sociales” imperante en un momento dado. Rememoro aquí la figura del loco en la Época Clásica, en la que eran así representados los vagabundos, los desadaptados, los enfermos de alguna venérea, las prostitutas, los enfermos de la razón, seguramente delirantes, y en general a aquellos que no pueden cumplir las exigencias culturales y en tanto que tal... son locos. Puede que estructuralmente no sean psicóticos, pero si apelamos a la concepción del vulgo o a la que cotidianamente ha circulado, son locos. Así, no sería para nada extraño encontrar en los pocos centros de hospitalización que quedan en la actualidad, sujetos que cargan con alguna etiqueta impuesta gracias al DSM, y que si bien hoy no los señala como locos, sino como trastornados, nos recuerdan a los locos, a aquellos que fueron poco a poco desterrados de la sociedad y aislados en las casas de albergue para “enfermos de la razón”, luego “enfermos mentales”, en los hospitales generales y, tiempo después, en los manicomios. Desde que el loco adopta el nombre de enfermo mental, o como se denomina en la actualidad, trastornado mentalmente, es objeto de una práctica segregativa que propenderá por enfilarlo nuevamente en las vías de la normalidad, de tal forma que no se constituya en un malestar en la sociedad, o como lo expone Manoni: “La noción de “enfermedad mental”, quiéralo o no el psiquiatra, remite a criterios de adaptación social: curarse significa “entrar de nuevo en las filas de los bienpensantes”. La sociedad exige que el orden no sea perturbado”<sup>19</sup>.

En el contexto contemporáneo, loco sería aquel que no entra en la apuesta de Universalización propuesta por el Discurso capitalista y el Discurso de la ciencia, más no necesariamente es psicótico. Sin embargo, también puede entrar el psicótico que es loco: estoy pensando en el esquizofrénico, pero pueda que en el Discurso imperante encaje bien el psicótico cuyo razonamiento no está en juego, pues su delirio estructurado señala más bien un anudamiento y no el desanudamiento característico de la locura; quizás me refiera con esto a la locura razonante propuesta por Sériux y Capgras, en la que la estructura lógica del delirio indica que la razón no se encuentra comprometida, que las ideas que fundamentan el fenómeno delirante tienen en todo caso asidero en la realidad. Es por ello que me ciño, tal como se ha explicado, al uso de la expresión locura, en tanto que nos acerca más a la imagen del ser desprovisto de razón,

---

<sup>19</sup> Maud Manoni, “*El psiquiatra, su “loco” y el psicoanálisis*” [1976]. (Buenos Aires: Siglo XXI, 2004), p. 19.

embriagado de pasiones humanas, habitado por la tontería, la ridiculez, de decir incoherente, insensato..., de ese ser apartado del ordenamiento simbólico en quien la renuncia al goce para alcanzar el estatuto de sujeto deseante está en entredicho, y que será adoptado por la psiquiatría que hará algo con él, algo que apunte en la mayor medida de lo posible a su normalización.

### 1.2.2 La locura desde una perspectiva foucaultiana

Es claro que la locura ha sido objeto de discusión, inquietud e interrogantes en distintos momentos históricos, pero el lugar que la locura ha tenido en cada época, según Foucault<sup>20</sup>, no depende de esta misma, sino del ordenamiento social característico de cada uno de esos momentos históricos o, desde otra vía, depende del discurso de la época<sup>21</sup>.

Para discernir tal cuestión, es menester revisar un aspecto fundamental que ha rodeado a la locura: la exclusión. En la antigüedad, en el medioevo, en la modernidad o en la contemporaneidad, independientemente de su, la locura siempre ha sido excluida. Según Foucault, ha sido excluida, de manera simultánea, de cuatro sistemas, a saber: el trabajo, la familia, el lenguaje y el juego, contrario a otros individuos que, por ejemplo, pueden ser excluidos del sistema trabajo pero permanecer incluidos en los otros tres, o estar excluidos de la familia, como los célibes, pero incluidos en los otros sistemas<sup>22</sup>. Comenzaré por relatar los hechos del **medioevo** que ilustran tal exclusión.

Del *sistema trabajo* el loco era excluido; por aquel entonces permanecía errante, sin dueño, sin un destino fijo, incapaz de trabajar; sin embargo, poseía la libertad para vagar de un lado a otro. El loco se encontraba fuera de dicho sistema puesto que le era imposible desempeñar alguna labor o acogerse a las normativas que implicaba trabajar; allí, errante, el loco no tenía un nombre, no era nombrado ni por profesión, ni por oficio, y por consiguiente era inválido para desempeñar alguna labor. En lo atinente al *sistema familia*, era excluido en términos de que el loco no pertenece a nada ni a nadie; vagaba por distintos puntos geográficos, no hacía parte de un núcleo familiar. Respecto al *sistema juego*, el loco era excluido, pues "(...) En la Edad Media, prácticamente todas las fiestas en las que participaba un grupo social al completo eran fiestas religiosas. Solo existía una que no era religiosa: era una fiesta que se llamaba la fiesta de los locos"<sup>23</sup>. En este escenario los grupos sociales invertían sus papeles a través del disfraz, se permitían las juergas y los comportamientos desordenados alusivos a la locura, y el ritual finalizaba con una especie de *contra-misa*, un tipo de liturgia que se burlaba de la estrictamente religiosa. Teniendo en cuenta lo anterior, en ese sistema, el loco tampoco tenía cabida; en estos escenarios él mismo no podía participar, tan solo aparecía una representación suya que realizaba el hombre *normal*.

En relación con las reglas que impone el *sistema discursivo*, el loco también ha sido objeto de exclusión, pero de una forma muy particular. Su palabra no era tenida en cuenta, no tenía valor alguno, pero en cambio aparecía bajo la forma de un personaje que cobró un valor particular en las expresiones artísticas como la literatura y el arte<sup>24</sup>; allí se le permitía hablar y enunciar verdades sin ninguna repercusión o castigo. Un ejemplo de ello es el personaje del bufón. En las cortes se le permitía burlarse de las clases privilegiadas, era el encargado de vaticinar hechos, de enunciar verdades enmascaradas. "El bufón era, en cierto modo, la verdad en estado libre, pero una verdad suficientemente desarmada, suficientemente irónica para ser recibida sin herir ni

<sup>20</sup> Michel Foucault, "*Estética, ética y hermenéutica*" [1944]. (Barcelona: Paidós, 1999), p. 78.

<sup>21</sup> Por ahora no entraré en el discernimiento del discurso desde la perspectiva psicoanalítica, para centrarme exclusivamente en el propósito que menciono al comenzar el texto. Para el desarrollo de este planteamiento, tendré como derrotero los planteamientos de Lacan sobre el discurso.

<sup>22</sup> *Ibíd.*

<sup>23</sup> *Ibíd.*, p. 86.

<sup>24</sup> Véase el Bosco, el Quijote de la Mancha, El Elogio a la locura...

tener el mismo efecto que si proviniera de alguien normal. El bufón era la institucionalización de la palabra loca<sup>25</sup>. Esto es, la palabra del loco no tenía sentido, pero cuando el bufón que encarnaba al loco ponía a circular su decir, que parecía incoherente, discordante, díscolo, dejaba circular una verdad. Al burlarse de las incoherencias del hombre normal, revelaba unas cuantas verdades, que no molestaban sencillamente porque bajo la risa, la ironía y una figura absurda, eso enunciado podía ser soportado.

En los siglos XVII, XVIII y parte del XIX, el loco era excluido de esos mismos cuatro sistemas, pero bajo formas diametralmente opuestas a las acontecidas en el medioevo. En el siglo XVII, era excluido del *sistema trabajo*, pues era encerrado en unos centros de internamiento (aún no hospitalarios) en los cuales se albergaba también a los ociosos, a las prostitutas, los ancianos, los enfermos de alguna venérea...; el loco era el improductivo, el incapaz de trabajar, y por eso era excluido de la sociedad mediante el internamiento.

A partir de su ociosidad fundamental o de su incapacidad para someterse a las reglas del trabajo, se reconoce al loco del siglo XVII (...) en el terreno en cierto modo de los ociosos, de los irreductibles al trabajo, se había comenzado a identificar, a aislar y a encerrar a los locos<sup>26</sup>.

En lo referente a las reglas que imponía el *sistema familia*, se encuentra que ésta era la institución encargada de decidir quién era loco y quién no, pues tenía el poder de solicitar al Estado el internamiento de algún miembro suyo alegando locura. “(...) Si se trataba de una familia aristocrática, se pedía inmediatamente al poder central, es decir, al rey, una carta con el sello real u otra medida parecida, que permitía desembarazarse del individuo y recluirlo<sup>27</sup>. Solo a finales del siglo XVIII y con mucha más fuerza en el siglo XIX, será el médico el que tenga ese poder, y por tanto el único que puede expedir un certificado de locura.

Entonces, a principios del siglo XIX encontramos que el loco no solo era excluido de la familia, sino que tampoco era tolerado por ella, cosa contraria a la acontecida en el medioevo, en donde si bien era excluido, por lo menos era tolerado. El pueblo podía tener “su” loco, no era una necesidad su encierro, se podía convivir con él, así no se lo tuviera en cuenta. En la modernidad el loco escapaba a la moral familiar, al comportamiento sexual adecuado a la norma, a la responsabilidad familiar y, al igual que el homosexual y el malgastador de la fortuna, debía ser encerrado en centros especiales, pues ponía en peligro la conservación de la familia; “sólo a partir del siglo XIX este alejamiento respecto de la moral familiar tomó el aspecto y, más tarde, el estatuto de enfermedad mental<sup>28</sup>.”

En cuanto al *sistema discursivo*, en los siglos XVIII y XIX a la palabra de loco se la considera sin-sentido, no tiene validez alguna y es excluida a través del encierro. En lo concerniente al sistema de exclusión que funciona con relación al juego, a finales de los siglos XVIII y XIX se encuentra que los escenarios como la fiesta ya no son colectivos sino que, por el contrario, tienden a ser apartados, aislados, individuales, y en esos espacios no está el loco aunque sí una personificación de él.

La embriaguez y la droga son, en cierto modo, una forma de apelar a una locura artificial, a una locura temporal y transitoria para estar de fiesta, pero una fiesta que

---

<sup>25</sup> Michel Foucault, “*Estética, ética y hermenéutica*” [1944]. (Barcelona: Paidós, 1999), p. 84.

<sup>26</sup> *Ibíd.*, p. 81.

<sup>27</sup> *Ibíd.*, p. 82.

<sup>28</sup> *Ibíd.*, p. 83.

necesariamente debe ser una contrafiesta, una fiesta enteramente dirigida en su vertiente más aguda contra la sociedad y contra su orden<sup>29</sup>.

De lo anterior, ¿qué se colige? Que en la Edad Media y el Renacimiento el loco tenía la libertad de circular libremente en la sociedad: era soportado, su presencia era permitida; si bien es cierto que no trabajaba, no tenía una familia, no hacía parte del juego, y su decir no tenía alguna validez, en el pueblo a donde llegase era recibido y alimentado; de hecho, en algunas regiones de Europa, (incluso en Colombia) era usual encontrar la figura del tonto o el bobo del pueblo, reconocido y cuidado; sin embargo, desde el siglo XVII en adelante, el loco es una carga. A partir de entonces no se aceptaba su presencia, de ahí que fuese confinado en centros de internamiento<sup>30</sup>. Las razones de este cambio, dirá Foucault, son fáciles de explicar, o mejor, se reducen a un hecho significativo: la entrada del capitalismo y la ciencia moderna, que imponen un nuevo pensamiento y, con ello, nuevas reglas que modifican la forma de concebir al hombre.

El final del siglo XVII y el comienzo del XIX asisten a la transición a un capitalismo con otra velocidad y con otro régimen: se establece el capitalismo industrial. La primera exigencia de ese capitalismo va a ser la existencia, en el interior de la sociedad, de una masa de individuos que están desempleados y que van a servir de regulación a la política salarial de los empresarios<sup>31</sup>.

El loco mantuvo el nombre de loco hasta finales de siglo XVIII; en 1792, en virtud de un hecho sumamente significativo se perdió el uso de la acepción “locura” y empezó a circular la de “alienado”. Es conocido que, en medio de la Revolución Francesa, Pinel decidió liberar a los locos de sus cadenas, sin embargo y como dato curioso que encuentra Foucault, Pinel:

(...) devolvió la plena y entera libertad a un número de personas, a los enfermos, a los ancianos y a la gente ociosa, también a las prostitutas, a los libertinos, a toda esa gente condenada por razones esencialmente morales o incluso por su incapacidad para trabajar, pero mantuvo en el interior del hospital, de ese centro de internamiento, a los que debían ser considerados enfermos mentales. Es decir, que la liberación respecto del internamiento alcanzó a todo el mundo, excepto a los locos (...)<sup>32</sup>

Desde ese contexto y contando con el movimiento realizado por Pinel, la alienación hizo su aparición. Entonces, sin recabar en mayores datos históricos, consideraría que son cuatro los grandes nombres para la locura: primero, el poseso, nombre con el cual se designaba al loco durante la cristiandad, esto es, durante el periodo medieval; segundo, el alienado, término que durante el siglo XVIII y mitad del siglo XIX sustituyó al de poseso y con el cual se entiende la locura desde un sentido moral; finalmente, enfermo mental, término que desde el siglo XX desplaza al de alienación, y que será a su vez reemplazado por el de trastorno mental a partir del siglo XX, con la aparición del DSM.

La transición de poseso a alienado mental, se comprende justamente por el cambio de época: en el medioevo, periodo marcado por la cristiandad, se justifica el uso de la acepción “poseso” porque la locura se explicaba como la toma del cuerpo por parte de un ente demoníaco; sin embargo, la cosa no es así de simple. Según Foucault, la figura del poseso viene también a significar el poder de Dios sobre el hombre, pues él y solo él, mediante la palabra, puede

---

<sup>29</sup> *Ibíd.*, p. 87.

<sup>30</sup> *Ibíd.*, pp. 89-90.

<sup>31</sup> *Ibíd.*, p. 93.

<sup>32</sup> *Ibíd.*, p. 92-93.

expulsar del cuerpo al demonio, luego entonces, Dios posibilita la posesión para demostrar su gloria divina<sup>33</sup>. Así, por un lado, el poseído viene a representar la encarnación del demonio y, por otro, el poderío divino. El loco, el poseído, sería aquel hombre cuya carne ha sido tomada por el demonio, y que lucha, gracias a su voluntad y su libertad –lo único que no puede poseer aquel ser ominoso–, contra el embate de deseos propiciado por aquel ente oscuro del que, según Santo Tomás, solo mediante el fuego era posible liberar al desdichado del demonio que ha pervertido al cuerpo. “Lo importante es que el cristianismo despoja a la enfermedad mental de su sentido humano y la ubica en el interior de su universo; la posesión arranca al hombre de la humanidad para liberarlo a lo demoníaco, pero lo mantiene en un mundo cristiano, en el que cada hombre puede reconocer su destino”<sup>34</sup>, dice Foucault.

Si el poseso viene a representar al loco como a un desposeído de su propia humanidad, el término de alienación mental le restituye, según Foucault<sup>35</sup>, el carácter humano a la locura pero a consecuencia de alejarlo de los hombres mismos. Desde el siglo XVIII hasta mitad del XIX, el alienado es aquel que, por una parte, no se reconoce como él mismo, y por otra, no reconoce a los demás. Ni su existencia, ni su experiencia serían una construcción propia, sino más bien ajena. En este orden de ideas, se erige una concepción moral de la locura en la que el dominio de las pasiones humanas, el corazón y los deseos han invadido al hombre alejándolo así de la sociedad y de sí mismo; ya no es el demonio quien posee al loco, sino una exacerbación de sus facultades humanas que lo han invadido. Desde esta perspectiva el término alienación toma su sentido en tanto que se concibe al loco como aquel que, dominado por sus pasiones, ha perdido su libertad, incluso la de ejercer sus derechos. En este orden de ideas surge la figura de la interdicción, con la cual se justifica la pertinencia y la necesidad de que un otro legalmente designado y responsable pueda administrar y ejercer los derechos del loco, pues este está enajenado de su libertad y tanto jurídica como ordinariamente está alienado al otro. De allí surgirá entonces la necesidad de un tratamiento moral, que aleje al hombre del mundo social para regresarle, de manera paulatina, todas sus facultades humanas y hacerlo así nuevamente un hombre de derechos, poseedor de su libertad.

Si antes de la industrialización y del capitalismo se encerraba al alienado para vigilarlo en tanto que se apartaba de la moral, con el ingreso de la utilidad en las cuentas resultaba no rentable ese sistema de internamiento, ante todo porque se requería de manos productivas y cuando estas no lo eran, se hacía necesario implementar medidas para hacerlas producir. Como efecto de este sistema surgió una nueva figura, la del sistema hospitalario encargado de albergar, atender y, en la medida de lo posible, curar a los que tanto por razones físicas primero, como por razones mentales después, no podía trabajar.

Junto al nacimiento de dichas sociedades y el asentamiento cada vez mayor del sistema capitalista, surgió la enfermedad mental a cambio de la alienación mental.

(...) el capitalismo ha formado un número de criterios nuevos, ha establecido ciertas exigencias nuevas: por ello, el loco ha adoptado en nuestras sociedades el rostro del enfermo mental. El enfermo mental no es la verdad por fin descubierta del fenómeno de la locura, es su avatar propiamente capitalista en la historia etnológica del loco (...) <sup>36</sup>.

<sup>33</sup> Michel Foucault, “El sentido histórico de la alienación mental”. (Barcelona: Paidós, 1984).

<sup>34</sup> *Ibíd.*, p. 90.

<sup>35</sup> *Ibíd.*

<sup>36</sup> *Ibíd.*, p. 95.

La “enfermedad mental” es una expresión que surge por las demandas del capitalismo; con ella se denomina a aquel sujeto que resulta impropio para los fines de ese discurso, que no puede cumplir con la parte que le toca porque no trabaja y, por ende, no es productivo, no es apto para el sistema. De ahí que con esa nominación se juega desde el capitalismo la necesidad de implementar un sistema de salud que se encargará de regular al enfermo, de curarlo en cuanto enfermo que es, y de hacer de él alguien productivo. Aquí la figura del psiquiatra cobra total relevancia. Solo allí, en ese momento de desplazamiento de la alienación por la enfermedad mental y, con ello, de la creación de un nuevo sistema de internamiento, aparece esa figura médica que tendrá como labor tratar para curar, lo que se reduce a devolverle a la sociedad un nuevo individuo productivo. Cabe anticipar que con el surgimiento del DSM y más específicamente a partir de su tercera edición, el término enfermedad mental será sustituido por el de trastorno, término cuyo sentido será explicado en el capítulo II, apartado segundo, dedicado al análisis del DSM.

Es también por esto que, a lo largo de este trabajo, se propone hacer uso de la acepción locura, dejando de lado la expresión enfermedad mental o trastorno mental, puesto que estos nombres de la locura se emparentan o mejor, devienen de unas necesidades del sistema capitalista y de la ciencia médica, dado que, en tanto enfermedad o trastorno, el psiquiatra será el encargado de hacer de ella un objeto para curarla o de normalización. Así, prefiero acogerme a la sentencia lacaniana de que las psicosis, y en general aquello que hoy se denomina trastorno mental, no es más que la locura, que ha recorrido a lo largo de la historia de la humanidad: “Las psicosis son, si quieren –no hay razón para no darse el lujo de utilizar esta palabra- lo que corresponde a lo que siempre se llamó, y legítimamente se continúa llamando así, las locuras.”<sup>37</sup>

### 1.3 La construcción del saber sobre la locura

Entrando en la cuestión de la posición de la psiquiatría clásica con respecto a la locura, intento desarrollar a continuación el siguiente planteamiento: que esta psiquiatría adelantó un vasto trabajo con miras a organizar un conocimiento respecto al agujero en el saber que supone la locura. Así, en este apartado, me interesa señalar aquellos hechos que demostrarían la rigurosidad de la labor de la psiquiátrica clásica en el abordaje de la locura. En “Introducción a la cuestión de la psicosis”<sup>38</sup>, Lacan deja de entrada, en su título, un planteamiento de suyo profundo: la locura encierra un cuestionamiento, y este sería un punto fundamental a abordar en las páginas de este trabajo.

En todos los tiempos, la locura ha planteado un interrogante: a finales de la Edad Media, bajo la figura del poseso; en el Renacimiento, tras la figura que mostraba las debilidades humanas; en la Modernidad bajo el rostro de la sinrazón. En todo caso, en cualquiera de esas formas, encierra una incógnita, y la psiquiatría clásica procuró resolverla estableciendo una y otra vez nuevas nosologías para tratar de clasificarla, encontrando siempre un impasse en la pretensión de establecer un ordenamiento y un conocimiento respecto de lo qué es y de cómo se origina.

A pesar de los atolladeros, o de la persistencia del enigma en torno a la locura, es importante reconocer la valiosa labor que desarrollaron los psiquiatras clásicos, esa que se fundó en la observación y que Freud reconoció muy bien, tanto así que resaltó el importante trabajo desarrollado por Charcot, el cual fue fundamental en la medida en que ordenó el campo de las enfermedades nerviosas, lo que permitió un avance de la nosografía hasta el momento no logrado; a su vez, sus desarrollos teóricos, sostenidos en una rigurosa observación clínica de las

<sup>37</sup> Jaques Lacan, *El seminario 3. Las Psicosis*. Op.cit., p. 12.

<sup>38</sup> Jacques Lacan, (1955/1956). *El seminario de Jacques Lacan. Libro 3. Las psicosis [1955/1956]*. (Buenos Aires: Paidós, 2004).

manifestaciones de los enfermos, influyeron de manera notable en la obra freudiana. Por eso, quisiera detenerme para analizar, de la mano de Freud, algunos aspectos del trabajo de este importante clínico. En la nota necrológica titulada Charcot (1893), Freud resalta el riguroso método de trabajo que su maestro desarrolló.

(...) ante el ojo de su espíritu, se ordenaba el aparente caos que el retorno de unos síntomas siempre iguales semejaba; así surgían los nuevos cuadros clínicos singularizados por el enlace constante de ciertos grupos de síntomas: los casos completos y extremos, los “tipos”, se podían recortar con el auxilio de una suerte de esquematización, y desde los tipos el ojo perseguía las largas series de los casos menos acusados, las “*formes frustrées*”, que terminaban por perderse en lo indistinto desde este o estotro rasgo característico. A este trabajo intelectual, en que no reconocía iguales, lo llamaba “cultivar la nosografía (...)”<sup>39</sup>.

Debo confesar que recién comenzaba este trabajo pensaba que, en general, el problema de la nosología se soportaba en “observar” un conjunto de síntomas que luego determinarían el diagnóstico; sin embargo, al encontrarme con este texto de Freud, logro captar que ese no es el problema. Por el contrario, un estudio nosológico debe partir de la observación del hecho clínico, que era justamente lo que hacían los psiquiatras clásicos, luego sopesaban lo observado y establecían la coexistencia de síntomas, todo lo cual los conducía a establecer el diagnóstico. La observación permitía, igualmente, proponer un esquema metódico que les facilitaba a los psiquiatras seguir detalladamente aquellos casos singulares que escapaban al saber hasta entonces construido, para ir delimitándolos en relación con otros casos. Dice Freud que “Charcot nunca cesó de abogar por los derechos del trabajo puramente clínico, que consiste en ver y ordenar”<sup>40</sup>. En relación con este avance, que significó la creación de la psiquiatría como disciplina médica, puede preguntarse cuál ha sido la deriva de la psiquiatría contemporánea. Tengo la idea de que esta psiquiatría no se detiene en la observación del enfermo, no detalla las manifestaciones de la enfermedad en aquel al que denominan paciente, en razón de lo cual se le escapa la singularidad de formas en las cuales se manifiesta un determinado estado clínico o patológico. Es sabido que ya no se escucha al paciente y que apenas si se lo mira, en cambio, a modo de *check list*, se comprueba la presencia de determinados síntomas, de acuerdo al código del DSM.

Por su parte, el trabajo de Freud, detallado y atento a la particularidad del enfermo, conducía al reconocimiento de los síntomas, cuyas diferencias registraba, lo que le permitió establecer la correspondencia entre determinado tipo de manifestaciones sintomáticas y las formas clínicas de las neurosis, luego de lo cual se proponía descubrir el mecanismo psíquico en cuestión. Así, Freud pasaba del momento de la observación clínica al momento de la explicación, movimiento este que le permitió descubrir el mecanismo psíquico en obra y, de manera consecuente, una nosología, es decir, una diferenciacón razonada de los cuadros clínicos. De hecho, Freud en su texto “Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico”, expresa lo siguiente:

En 1897 yo había publicado el análisis de un caso de esquizofrenia; pero este era de índole paranoide, por lo cual su resolución no pudo anticipar los rasgos de los análisis de Jung. Sin embargo, para mí lo importante no había sido la posibilidad de interpretar

---

<sup>39</sup> Sigmund Freud, Charcot [1893], en *Obras completas*. Volumen 3. (Buenos Aires: Amorrortu, 1978), p. 14.

<sup>40</sup> *Ibíd.*

los síntomas sino el mecanismo psíquico de la contracción de la enfermedad, sobre todo la concordancia de este mecanismo con el de la histeria, ya individualizado.<sup>41</sup>

Las minuciosas observaciones de Freud lo llevaron entonces no solo a conocer la enfermedad, sino a plantear un modelo explicativo sobre el psiquismo; lo novedoso de su trabajo fue precisamente no quedarse únicamente en el conocimiento de la apariencia de enfermedad, de sus manifestaciones, sino en proponer hipótesis explicativas de la contracción de la enfermedad mediante el mecanismo de su causación. Esto le permitió proponer un saber novedoso de la vida anímica; sus investigaciones lo llevaron a explorar los terrenos de lo inconsciente y a plantear una nueva teoría sobre el acontecer psíquico y, todavía, un método propio de intervención clínica. Freud plantea una propuesta nosología que tuvo variaciones importantes a lo largo de su obra, en dependencia directa de su hipótesis explicativa del psiquismo. Como plantea Bercherie, para Freud “el mecanismo, el proceso, la organización que se considera (...) deben ser descriptos y no comprendidos”<sup>42</sup>. En resumen, lo que Freud encontró, producto primero de la observación y la descripción, y luego gracias al planteamiento de hipótesis explicativas, en particular las que corresponden al mecanismo psíquico, fue la vida inconsciente y de allí, contando con este acumulado, llegó a formular una nosología clínica que, además, modificó continuamente en relación con sucesivas teorizaciones sobre el psiquismo.

El trabajo de Freud combina de manera original el nivel descriptivo de las manifestaciones clínicas, que es la tarea del clínico, y el momento explicativo, que es el aporte del investigador. Al respecto resulta interesante la observación que realiza Bolzinger sobre las implicaciones de la labor del clínico, que empieza con la descripción:

Describir es poner en palabras los datos perceptivos, es distinguir los detalles significativos, no poner todo en el mismo plano, hacer aparecer algunos pequeños matices que tendrán valor de criterios. Es una palabra, describir es examinar, analizar, desglosar, sopesar. Pero sin pretender una explicación causal (...) Hay quienes se contentan con una viñeta, y el lector no puede sacar de eso gran cosa.<sup>43</sup>

¡Compleja labor la de la descripción! A partir de esto es lícito preguntarse hasta qué punto en la actualidad de la clínica y de la nosología se le reconoce a la labor descriptiva su valor. No obstante lo valioso de la descripción, se requiere de un momento explicativo en el que abunden las especulaciones teóricas que puedan responder a los interrogantes que emanan de la labor clínica. Así, por ejemplo, Bolzinger nos recuerda, que en un momento, el trabajo freudiano se concentró en el análisis descriptivo y su correspondiente interpretación, pero luego, esta labor llegó a su término, y así, “... Es bajo el ángulo del “quizás” que se organizará en adelante una teoría explicativa a fin de poner de manifiesto los mecanismos que comandan la producción de los sueños”<sup>44</sup>. Al revisar el actual sistema DSM, podría encontrarse una ausencia del trabajo descriptivo y explicativo, sobre todo este último en tanto que el mismo sistema se declara ateórico, esto es, carece de toda explicación para los trastornos que en él se exponen. Aunado a ello se puede mencionar que en la actualidad el médico no confía en lo que puede aportarle la observación del paciente, en cambio, sobrevalora los resultados de los exámenes de laboratorio, las radiografías, los medios avanzados de diagnóstico, lo que a su vez modifica totalmente la relación del médico con el enfermo: ahora el médico no observa al paciente, mucho menos lo escucha, todo lo cual permite pensar que con en el discurso contemporáneo asistimos a la reducción del sujeto a objeto, en este caso de prácticas médicas...

<sup>41</sup> Sigmund Freud, Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico [1914], en *Obras completas. Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico. Trabajos sobre metapsicología y otras obras*. Volumen 14 [1914-1916]. (Buenos Aires: Amorrortu, 1975), p. 28.

<sup>42</sup> *Ibíd.*

<sup>43</sup> André Bolzinger, “De la interpretación de los síntomas a la interpretación de los sueños” [2009], En *Le Coqhéron*, Editions Érès, 196(2009). (Traducción de Sylvia De Castro Korgi), p. 3.

<sup>44</sup> *Ibíd.*, p. 9.

De lo anterior, se colige que el gran aporte de la psiquiatría clásica fue esa rigurosa labor descriptiva y clasificatoria que partía de la observación, que también Lacan reconoció en su momento. Así, se puede ir apreciando que ese trabajo de los clásicos muestra un intento de construcción explicativa, seria y rigurosa, en torno del agujero en el saber que plantea la locura. Lacan no dejó de señalar el valor de los aportes de la psiquiatría clásica, por ejemplo, para él, los planteamientos de Clérambault resultan de suma importancia para la psiquiatría, pues su trabajo delimitó un significativo número de síndromes clínicos y, en lo que atañe al estudio de la locura, realizó valiosas contribuciones que hacen parte del acervo de la experiencia.

Durante todo el siglo XIX se hizo una investigación sobre la locura, que en todo caso, buscaba encontrarle una explicación al interrogante que esta plantea; en ese orden de ideas se obtuvieron importantes desarrollos, cosa contraria a lo que acontece en la actualidad, pues desde la ateoricidad del sistema DSM se pierde la pregunta por la causa y el interés por la legibilidad del conjunto de los síntomas. A finales de este siglo, específicamente en 1899, recordará Lacan, Kraepelin aportó una definición de la paranoia que resulta sumamente importante<sup>45</sup>, en la medida en que es un intento por conceptualizar un tipo de locura y diferenciarla de las otras formas que puedan existir y, también, porque permite contrastar sus conceptos con los hechos presentados en la experiencia clínica, que es lo que precisamente realiza Lacan. También menciona los importantes aportes de Sérieux y Capgras quienes hacen valiosas contribuciones sobre el fenómeno delirante.

Sin embargo, lo que queda en evidencia de estas conceptualizaciones, según Lacan, es el nivel de disonancia entre ellas, que hace que las modalidades de la locura no logren definirse en su diferencia. Esto por mencionar solo a estos autores, pues las mismas disonancias para definir la locura, se encontrarían entre los planteamientos de Pinel y Esquirol, por ejemplo. Así las cosas, la locura supone una dificultad a la hora de conceptualizarla, tanto que Lacan se pregunta a qué se debe la ambigüedad de lo dicho en torno a la noción de paranoia, para no ir más lejos, a lo cual responde destacando un factor entre muchos: la *insuficiente* subdivisión clínica.

Pienso que los psiquiatras aquí presentes tienen un conocimiento suficiente de los diferentes tipos clínicos como para saber, por ejemplo, que un delirio de interpretación no es para nada lo mismo que un delirio de reivindicación. También es conveniente distinguir entre psicosis paranoides y psicosis pasionales, diferencia admirablemente destacada por los trabajos de mi maestro Clérambault<sup>46</sup>.

Nótese que Lacan resalta la importante labor de observación, descripción y clasificación realizada por su maestro Clérambault. Se puede entender también que Lacan hace un llamado fuerte a los psiquiatras en términos de atender a las diferencias entre formas de locura, lo cual será fundamental para orientarse en su especificidad. Al hablar de una insuficiente labor de clasificación clínica, hace también hincapié en el hecho de que las formulaciones teóricas no son coherentes con los hechos clínicos, y sostiene que si no se ha alcanzado tal objetivo es porque generalmente los psiquiatras que se han centrado en la observación de los fenómenos propios de la locura han terminado estableciendo relaciones de comprensión entre los elementos propios del fenómeno, obviando la estructuración de la misma. Esto es, que han hecho una importante labor de observación, que permite establecer o identificar las particularidades de la locura, a partir de las cuales, por ejemplo, el mismo Lacan ha promovido el reconocimiento de formas particulares de presentación, pero han pecado al pretender una comprensión del fenómeno obviando lo fundamental: la estructura. Al respecto, y como ejemplo fundamental para sostener su crítica, Lacan señala lo siguiente:

---

<sup>45</sup> Jacques Lacan, (1955/1956). El seminario de Jacques Lacan. Libro 3. Las psicosis [1955/1956]. (Buenos Aires: Paidós, 2004).

<sup>46</sup> *Ibíd.*, p. 32.

(...) subrayo con firmeza que los fenómenos elementales no son más elementales que lo que subyace al conjunto de la construcción del delirio. Son tan elementales como lo es, en relación a una planta, la hoja en la que se verán ciertos detalles del modo en que se imbrican e insertan las nervaduras (...) Asimismo, encontramos estructuras análogas a nivel de la composición, de la motivación, de la tematización del delirio, y a nivel del fenómeno elemental. Dicho de otro modo, siempre la misma fuerza estructurante, si me permiten la expresión, está en obra en el delirio, ya lo consideremos en una de sus partes o en su totalidad.<sup>47</sup>

Lo anterior indica que el delirio y el fenómeno elemental responden por igual a la afectación de base, por así decir, a lo que los moviliza y los determina. Lacan hace intervenir el paradigma estructural en su abordaje de la locura (y de la psicopatología en general), en la que todo es elemental, no solo una parte del fenómeno, porque se relaciona con la estructura, no del delirio, sino de la locura: el delirio lleva la marca de esa estructura, al igual que el contenido y lo que lo motiva; también la alucinación está relacionada con la estructura de la locura.

Es decir, no son las alucinaciones, el delirio, los trastornos del lenguaje, los que están en el origen de la estructura psicótica: esta segunda condición de la psicosis es contingente<sup>48</sup>.

Entonces la locura es ante todo la estructura y no la presencia de ciertos elementos. La locura se organiza en torno a una lógica que es ni más ni menos la de una estructura psíquica, esto es, una particular estructuración del lenguaje. Todo lo que la compone está organizado de tal manera que no se puede dar cuenta de ella si la atención recae sobre algunos de sus elementos de manera aislada, o si lo que se pretende es la comprensión, cuando de lo que se trata es de los puntos de fuga, la hiancia, de eso que escapa a la comprensión: “La estructura es lo real que sale a relucir en el lenguaje”<sup>49</sup>.

Por consiguiente, para Lacan, el problema que se presenta al abordar la locura desde la perspectiva fenomenológica de la comprensión es que, al destacar los elementos aparentes, se deja escapar lo significativo del fenómeno: lo que este indica de la alteración del lenguaje. Dice Lacan que “la dificultad de abordar el problema de la paranoia se debe precisamente al hecho de situarla en el plano de la comprensión. Aquí el fenómeno elemental, irreductible, está a nivel de la interpretación”<sup>50</sup> Entonces, en la época del dominio del paradigma clásico de la fenomenología se descuidó lo que puede haber de estructural en los fenómenos tal como estos aparecían a los ojos de los psiquiatras, siendo su erro, no el deseo de saber sobre la locura, sino la aplicación del enfoque incorrecto.

Si lo anterior figura como una refutación por parte de Lacan a la labor psiquiátrica en lo que tiene que ver con un incorrecto abordaje, particularmente el de la comprensión, lo que sigue en cambio reivindica el valioso papel que desempeñó la psiquiatría clásica para construir un conocimiento sobre ese interrogante que plantea la locura. Ya se anotó el homenaje de Lacan a algunos psiquiatras, particularmente a quien consideró su maestro, Clémenceau, al que también le reconoce la “exquisitez” con la que realiza el fino trabajo clínico, pero también se refiere Lacan a Ségla, quien “brindó claridades clínicas y una finura en la descripción que no pueden ser desconocidas”<sup>51</sup>; de este modo Ségla encontró que en el fenómeno alucinatorio el loco

<sup>47</sup> *Ibíd.*, p. 33.

<sup>48</sup> Silvia Lippi (2015). La psicosis ordinaria: ¿cómo pensar los casos inclasificables en la clínica contemporánea? *Desde el jardín de Freud*, 15, p. 28.

<sup>49</sup> Jacques Lacan, “El atolondradicho” [1984], en *Otros escritos* (Buenos Aires: Paidós, 2012), p. 500.

<sup>50</sup> Jacques Lacan, (1955/1956). El seminario de Jacques Lacan. Libro 3. Las psicosis [1955/1956]. (Buenos Aires: Paidós, 2004), p. 35.

<sup>51</sup> *Ibíd.*, p. 40.

estaba implicado, pues él articulaba las palabras que culpaban a las voces de pronunciarlas<sup>52</sup>. Según Lacan, esto constituyó una importante revolución en la psiquiatría que sentó las bases para superar las perspectivas que ponían el acento en la necesidad de rastrear los fenómenos observados desde el influjo de estímulos externos o, del otro lado, a partir de una mirada al interior, “y ¿qué más tentador que creer que eso respondía a la excitación de una zona que era llamada sensorial?”<sup>53</sup> Lo que Lacan destaca del aporte de Ségla es la relación de la alucinación con el lenguaje pues, de hecho, el sujeto resulta ser emisor y receptor del mensaje al mismo tiempo. La estructura del lenguaje es, entonces, según lo descubre Lacan, aquello que se altera en la psicosis, de una manera particular, lo que hace la diferencia con respecto a las neurosis.

Lacan encontró en Freud que los fenómenos psíquicos, patológicos como los síntomas o “normales” como los lapsus y los chistes, es decir, el conjunto de las manifestaciones del inconsciente, se reducían a un asunto de lenguaje. Su formulación central, primera, según la cual “el inconsciente está estructurado como un lenguaje”<sup>54</sup>, que establece una suerte de correlación entre el inconsciente, el lenguaje y la estructura, es lo que él reconoce haber hecho un corte con respecto a la investigación psiquiátrica. Así, dice Lacan, “El progreso principal de la psiquiatría desde la introducción de ese movimiento de investigación que se llama el psicoanálisis, consistió, *se cree*, en restituir el sentido en la cadena de los fenómenos”<sup>55</sup>, cuando en realidad lo que introduce y lo que rescata es al sujeto que habla. Así, en una psicosis desencadenada el psicoanalista escucha el conjunto de los fenómenos clínicos que son los fenómenos elementales (las alucinaciones, el delirio) y antes que someterlos a una interpretación que arrojará su sentido, los piensa como trastornos del lenguaje, todos los cuales finalmente se reducen, a nivel de la causa, a la ausencia de un significante primordial que Lacan identifica con el Nombre-del-Padre.

Para cerrar este apartado, una cita de Lacan nos permite situar que tan lejos estamos del momento en que la psiquiatría clásica revela su atolladero:

Un siglo de clínica no ha hecho más que dar vueltas todo el tiempo en torno al problema. Cada vez que la psiquiatría avanza un poco, profundiza, pierde de inmediato el terreno conquistado, por el modo mismo de conceptualizar lo que era inmediatamente sensible en las observaciones. En ningún otro lado la contradicción que existe en observación y teorización es manifiesta<sup>56</sup>.

Pero aunque la psiquiatría clásica haya encontrado un límite en la prosecución de su tarea, que se hubiese perdido en su intento de conceptualizar y clasificar las manifestaciones aparentes de la locura descuidando que toda manifestación tiene su sede en el sujeto que habla, es legítimo enunciar que esa psiquiatría desarrolló un trabajo riguroso con miras hacia la formulación de un saber sobre el interrogante que plantea la locura. De la psiquiatría clásica hoy no queda mucho, como veremos en el siguiente capítulo, pues lo que muestran la construcción y el uso de los manuales “DSM” es un desconocimiento de la clínica y una formulación alejada del interés de saber sobre el sujeto de los fenómenos, centrada en la definición de los códigos a los que se ha reducido dicho saber.

---

<sup>52</sup> *Ibíd.*

<sup>53</sup> *Ibíd.*

<sup>54</sup> Jacques Lacan, “Las Psicosis” *Op. Cit.*, p. 237

<sup>55</sup> *Ibíd.*, p. 15.

<sup>56</sup> *Ibíd.*, p.32.

## **2. Capítulo. El discurso de la ciencia y sus efectos en la concepción y abordaje de la locura**

En el primer capítulo de este trabajo se enuncia que la locura plantea un interrogante a la ciencia moderna; así, la psiquiatría clásica, enmarcada en esa ciencia, ha propuesto un saber que de hecho ha bordeado el enigma que plantea, como ocurrió desde la antigüedad. Por el contrario, para la ciencia contemporánea<sup>57</sup> y en la que se puede ubicar a la psiquiatría contemporánea, el interés por construir un saber en torno a la locura ha cedido el paso a otro movimiento que integra al saber los fines prácticos y útiles. Por consiguiente, el objetivo de este capítulo radica en pensar la incidencia del Discurso de la ciencia en la conceptualización y abordaje de la locura para lo cual, en primer lugar, será necesario comprender la lógica de este Discurso y su parentesco con el Discurso Capitalista. De esta manera quedarán situados los elementos que permitan discernir el objetivo de este apartado. Solo luego de alcanzar tal aprehensión, se podrá desarrollar el eje central de este capítulo a partir de dos frentes: por un lado, tratar lo concerniente a lo que he llamado el olvido de la psiquiatría clásica en la consideración de la locura, dada la emergencia del sistema DSM en el marco del Discurso contemporáneo y, por otro lado, analizar la locura en el contexto de la industria farmacéutica y de la psiquiatría al servicio del mercado.

### **2.1 Prolegómenos sobre el discurso de la ciencia**

En las siguientes líneas se propone elucidar la lógica del Discurso de la ciencia, partiendo de la hipótesis de que la ciencia moderna, tal y como nace, tiene una pretensión de saber que no coincide exactamente con la ciencia que se articula de manera paulatina con el Discurso del amo contemporáneo, capitalista. Esta hipótesis es una necesidad de la articulación que se pretende desarrollar en la medida en que permite establecer la diferencia entre el saber de la psiquiatría clásica y el propio de la psiquiatría contemporánea. Para ello se busca establecer una comprensión de la ciencia moderna luego de los efectos de su conjunción con el capitalismo. Por lo expuesto, es menester abordar la cuestión pasando por un examen de los Discursos del

---

<sup>57</sup> En tanto que se ha articulado con el Discurso capitalista. A lo largo de este apartado, se explicarán las razones del porque me arriesgo a hablar de una ciencia moderna y una contemporánea, de tal manera que se comprenda así la diferencia entre la psiquiatría clásica y la contemporánea en la concepción de la locura.

“amo” y del “universitario”, para así fijar los puntos nodales a partir de los cuales se puede llegar al discernimiento del discurso contemporáneo.

En su escrito *La época de la imagen del mundo*<sup>58</sup>, Heidegger es claro en afirmar que “Cuando empleamos hoy la palabra “ciencia”, ella significa algo que difiere esencialmente de la *doctrina* y la *scientia* del Medioevo, pero también de la *episteme* griega.”<sup>59</sup> Con Lacan<sup>60</sup> se entiende de entrada que al discurso del amo antiguo, en tanto que comandado por un amo, lo que interesa es que su sistema de amo funcione. Para el amo lo importante es gobernar, hacer ley y ordenar; así, él ordena al esclavo que trabaje para producir, con su *saber – hacer*, objetos para su goce. Lacan presenta así la fórmula del Discurso y el Discurso del amo.

$$\begin{array}{cc} \text{Agente} & \text{Trabajo} \\ \hline \text{Verdad} & \text{Producto} \end{array}$$

Fórmula del Discurso

$$\begin{array}{ccc} \uparrow & \frac{S1}{\$} & \longrightarrow & \frac{S2}{a} & \downarrow \\ & & // & & \end{array}$$

Discurso del amo

Interesa precisar aquí el asunto de la barrera al goce, o del imposible, como algo que participa de la estructura del discurso formulada por Lacan, que se caracteriza por cuatro términos y cuatro lugares que no son equivalentes: el lugar del agente, que comanda el discurso; del otro, al que se dirige la orden; de la producción y, finalmente de la verdad, es decir, Lacan formula cuatro discursos de base, diferenciados entre sí por el lugar que ocupa cada uno de los cuatro términos constitutivos: el sujeto barrado (\$), el significante amo (S1), el saber, concebido como batería significativa (S2), y el objeto “a”. La barrera al goce impide la juntura entre los términos inferiores del discurso.

Volviendo al Discurso del amo, en el marco de este, emerge la filosofía a partir de un movimiento interesante. El filósofo extrae el saber del esclavo para construir así una *episteme*, esto es, conocimiento que se obtiene a partir de una experiencia y que es transmisible justamente en la *academia*, los primeros escenarios griegos en los cuales se impartía dicho saber. Reafirmo lo anterior con las palabras de Lacan, para quien “la función de la *episteme*, especificada como saber transmisible, remítanse a los diálogos de Platón, está siempre tomada, por entero, de las técnicas ancestrales, es decir, siervas. Se trata de extraer su esencia para que ese saber se convierta en saber de amo”<sup>61</sup>, todo lo cual indica que, en tanto que el filósofo sustrae un saber y empieza a impartirlo, se configura así la enseñanza de una experiencia, transformada en saber de amo. “Este “saber de amo” debe entenderse en el sentido aristotélico como “saber teórico, “teoría”, contemplación y goce del saber en sí mismo, es decir, sin considerar su utilidad”<sup>62</sup>.

Aquí surge un punto valioso que nos permitirá vislumbrar la diferencia entre el saber propio del discurso del amo antiguo y el de la ciencia moderna. A partir de la lectura de la obra lacaniana, Askofaré plantea que en el Discurso del amo debe entenderse el saber del amo como un saber

<sup>58</sup> Martin Heidegger, “La época de la imagen del mundo” [1938]. *Anales de la Universidad de Chile*, 1958, p. 111.

<sup>59</sup> *Ibíd.*, p. 72.

<sup>60</sup> Jacques Lacan. *El Seminario. Libro 17 El reverso del psicoanálisis (1969-1970)*. (Buenos Aires: Paidós, 2008).

<sup>61</sup> *Op. cit.*, p. 20

<sup>62</sup> Sidi Askofaré, “Clínica del sujeto y del lazo social” [2012]. (Bogotá: G.G. Ediciones), p. 44.

teórico desprovisto de toda intención de utilidad, lo que indicaría la presencia de un goce del saber, en tanto que es insistente en los antiguos griegos el mandato incesante por alcanzar un saber: “gocce de saber en sí mismo (...) De ser búsqueda del saber por sí mismo, por su goce exclusivo, sin esta voluntad baconiana de dominación y control de la naturaleza”<sup>63</sup>. Los griegos gozaban del encuentro con el conocimiento; recorrieron una y otra vez las vías de la especulación teórica, con el fin de construir una *episteme*; por el contrario, desde la ciencia moderna el saber es buscado con fines de utilidad al servicio de la dominación y control de los objetos del mundo, esos objetos que configuró la ciencia moderna en el campo de todo lo existente.

Análogamente, Heidegger sostiene que la ciencia moderna tomó distancia de la doctrina medieval, es decir, de la doctrina -religiosa- que habiendo impuesto un saber de amo, simultáneamente substituyó la antigua *episteme* griega. Es en este tránsito en donde se puede ubicar el escenario que va a abrir paso a la emergencia del Discurso universitario, aquel que será la piedra angular para la emergencia del Discurso de la ciencia. Lacan presenta la estructura del discurso universitario de la siguiente manera:

$$\begin{array}{ccc} \uparrow & \frac{S2}{S1} \longrightarrow & \frac{a}{\$} \downarrow \\ & // & \end{array}$$

Discurso universitario

A decir verdad, en el medioevo empezaron a surgir las primeras universidades y con ello, “el discurso universitario en su forma medieval, que tuvo como objetivo la dominación, el adoctrinamiento, la reglamentación de la vida y el cuerpo y la sumisión del pueblo mediante el saber”<sup>64</sup>. Este saber estaba plenamente establecido en los textos sagrados y en los textos filosóficos permitidos por la escolástica, movimiento que articuló el saber teórico de los antiguos griegos con los credos religiosos, fundando así un dispositivo que se caracterizó por el aprendizaje, al pie de la letra, de los contenidos que se encontraban en las escrituras autorizadas, de tal forma que los estudiantes se configuraban como repositorios de conocimiento. Por esa dinámica, este discurso facilitó la instauración de una disciplina con la cual se aseguraba el control de la sociedad medieval, pues ya estaba determinado qué se debía leer, qué se debía saber, qué se debía estudiar y qué se debía hacer, todo lo cual nos da a entender la emergencia de un imperativo de saber doctrinario que reemplazó la antigua *episteme* griega. Dice Askofaré al respecto:

De hecho la cuestión del saber, su elaboración y su transmisión en el campo abierto por el Discurso universitario, sólo puede dilucidarse si se abordan a partir de la escolástica medieval. La referencia a la escolástica se impone, no tanto por el hecho que evoca la idea de repetición o comentario -ya mencionada- de sutileza pedante o de religión del texto, en opción a la originalidad, el espíritu de investigación y de descubrimiento que especifican supuestamente el discurso de la ciencia, sino porque se trata de un régimen de pensamiento y de enseñanza fundado sobre la autoridad (S1, en posición de verdad) en posición de verdad, para quien lo que hay que saber ya está sabido, no habita lo real sino los textos, principalmente, las escrituras y los antiguos<sup>65</sup>.

Lo señalado por Askofaré permite comprender que, en lo que atañe al saber, la escolástica impone un sistema de pensamiento que se soporta en la autoridad; de allí se desprenderá la lógica del discurso universitario, que también se soporta en la autoridad, del saber, una autoridad que se sostiene desde el lugar de la verdad, que no es más que el imperativo de saber impuesto por el amo; sin embargo, es de aclarar que si para la escolástica medieval se trata de

<sup>63</sup> *Ibíd.*

<sup>64</sup> Sidi Askofaré, *Op. cit.*

<sup>65</sup> *Ibíd.*, p.47.

un saber doctrinario y dogmático, para el Discurso universitario, se trata de saber, que no tiene fines doctrinales y cuyo imperativo se traduce en la orden de seguir sabiendo.

Analizando lo expuesto desde la fórmula lacaniana, se entiende que el saber (S2) se ubica en el lugar del agente, mientras que el significante amo (S1) ocupa el lugar de la verdad. Es esta estructura la que va a darle todo el sentido a este discurso, puesto que denuncia que el saber, en el lugar de agente, es un saber de amo, solo que quien está allí ocupando ese lugar, lo desconoce. El saber en la posición de agente se dirige al otro, al estudiante identificado con el objeto “*a*”, al que le ordena que tiene que trabajar para producir el sujeto dividido. Su trabajo consiste en producir un saber previamente determinado por el agente. Así se entiende la apuesta lacaniana de identificar el estudiante con el objeto “*a*”, pues este es explotado por el agente, de ahí que tenga que trabajar para repetir el saber de amo. Así, dice Lacan: “En el lugar del discurso universitario que he diseñado, ¿en el lugar de qué está el *a*”? En el lugar, digamos, del explotado por el discurso universitario, que es fácil de reconocer, es el estudiante”<sup>66</sup>; y tanto más explotado cuanto que, a la larga, es quien carga con el imperativo “tienes que saber”, y producir lo que será el sujeto tachado (\$). Lacan es enfático en afirmar que este discurso tiene que producir un sujeto que piensa. Pero, recuérdese que ese sujeto que piensa lo hará en la medida de lo ya prescrito por el S1.

Ahora bien, un punto fundamental a tratar es el de la entrada del Discurso de la ciencia moderna a partir del discurso universitario. El discernimiento del Discurso de la ciencia resulta más complejo en tanto que Lacan no formuló un matema para dar cuenta de su estructura, si bien propone una comprensión del mismo a partir de una modificación de los Discursos universitario y del amo; al mismo tiempo, fija su aparición en un momento determinante de la historia: la propuesta del *cogito cartesiano* que fundó el sujeto pensante.

Askofaré, siguiendo a Lacan, quien a su vez retoma la propuesta de Heidegger y Koyrè, propone que “la ciencia moderna se constituyó sobre la base de un rechazo, de un cuestionamiento y de una crítica del saber anterior; el saber de la Escuela”<sup>67</sup>; así, la “operación cartesiana marca el reinicio del proceso de saber, no como aquello que debe ser transmitido o enseñado, sino producido”<sup>68</sup>, de ahí que sea necesario evocar el Discurso universitario para estar en condiciones de articular una comprensión sobre el Discurso de la ciencia.

Que el Discurso universitario ha facilitado la emergencia del Discurso de la ciencia moderna, es algo que Lacan deja formulado al señalar que el Discurso universitario “en su disposición fundamental (...) muestra en qué se apoya el discurso de la ciencia”<sup>69</sup>. Lacan ubica como punto fundamental del discurso universitario el imperativo de “*sigue sabiendo*”; esta es la cuestión crucial que explica por qué el discurso de la ciencia se apoya en el “universitario”: porque pone al estudiante en el lugar del desecho a producir un sujeto dividido quien no sabe sobre su verdad, que es cumplir con el imperativo de seguir sabiendo, pero un saber que, en últimas, es saber de amo. Así, el sujeto sería un producto de un saber de amo; lo que produce el estudiante - que está *astudado*- es el mismo sujeto de la ciencia. Tanto al Discurso universitario como al de la ciencia, les interesa producir un sujeto (barrado) que debe seguir el imperativo de saber, pero cuya verdad es la del amo. “Es imposible dejar de obedecer esa orden que está ahí, en el lugar que constituye la verdad de la ciencia – *Sigue. Adelante. Sigue sabiendo cada vez más*”.<sup>70</sup> En el Discurso universitario y en el Discurso de la ciencia, estudiante e investigador<sup>71</sup>, son esclavos, identificados con el objeto “*a*”, ellos quedan suprimidos de su posición de sujeto en beneficio de la posición de objeto, y esto es algo que veremos de forma palmaria en el Discurso de la ciencia.

---

<sup>66</sup> Op. cit., p. 158.

<sup>67</sup> Askofaré, Op. cit., p. 48.

<sup>68</sup> *Ibíd.*

<sup>69</sup> Jacques Lacan, Op. cit.

<sup>70</sup> *Ibíd.*, p. 110

<sup>71</sup> Ya veremos como Heidegger plantea que el nuevo hombre que propone la ciencia moderna es el investigador.

Será necesario retomar el tratamiento de la ciencia moderna desde la propuesta heideggeriana, para efectos de desarrollar la hipótesis que se plantea en este capítulo y que sostiene que el saber en la ciencia moderna tiene una particularidad con respecto a la ciencia articulada con el Discurso capitalista.

Para Heidegger, la esencia de la Edad Moderna se ubica justamente en el momento en que el hombre se desata de las amarraduras del Medioevo, de aquella época en la que todo lo concerniente al hombre y al mundo encontraba explicación en la revelación divina. Sin embargo, desde el momento histórico en que se permite la subjetividad, en que el hombre puede conocer el mundo, conocerse a sí mismo y tener la certeza de que cuando piensa existe, se desenlazan las mordazas que lo ataban a lo medieval. Tanto Lacan como Heidegger comparten la idea de que la ciencia moderna se constituye como un rechazo a todo el saber doctrinal imperante en el medioevo; no obstante, el hombre encontró otra atadura sumamente fuerte, esa que lo ha ligado al inconmensurable mundo de los objetos: “no menos cierto es que ninguna época anterior a ella ha creado un objetivismo comparable, y que en ninguna época precedente se hace presente ni se ha impuesto lo no-individual en figura de lo colectivo”<sup>72</sup>. Es así como se viene a entender que el gran proyecto de la ciencia moderna ha sido el de hacer de todo el campo de lo existente objeto de conocimiento pero, paradójicamente, ha sacrificado la subjetividad y el sujeto pensante, para situarlos como objetos sobre los cuales puede ejercer su dominio, de manera como lo hace con cualquier objeto de la naturaleza.

Al hacer de los objetos parcelas de lo existente, se han conformado campos de conocimiento y objetos de estudio específicos para cada uno de esos campos. Esta empresa ha sido posible en tanto que la ciencia moderna se ha venido forjando en un proyecto fundamental: la investigación científica. De fondo, lo que caracteriza a la ciencia es la emergencia de diversos campos especializados de investigación que se van a diferenciar precisamente por sus objetos de estudio. A su vez, respecto del objeto de estudio de una especialidad científica determinada, es necesario que se disponga de dicho objeto hasta tal punto de “precalcular su curso futuro o recalcarlo como pasado. (...) Sólo lo que así se hace objeto *es*, vale como ente”<sup>73</sup>. Sintetizando: si se tiene el conocimiento y el control sobre el objeto de estudio, entonces este objeto existe y es válido para un campo científico determinado. Esto último me remite a pensar en el campo psicológico en el cual es la conducta lo que existe como objeto de estudio puesto que se puede someter a observación y conocerla a través de ciertas variables que dicen de sus antecedentes y de sus consecuentes, se puede incluso predecirla gracias a la interferencia de ciertas variables. Pero la conducta no es el sujeto.

Según Heidegger, la ciencia se convierte en investigación gracias al rigor que obtiene de la práctica experimental. Para la antigüedad y el medioevo, la ciencia encontraba su sostén en la observación de los hechos del mundo, pero como tal, la práctica experimental empieza a ser propia de la ciencia moderna y se caracteriza por la enunciación de una ley y la representación de ciertas condiciones controladas en las que se busca confirmar o refutar tal ley. El saber contenido en los textos puede constituirse en fuente de apoyo para la afirmación o contrastación de lo encontrado en el experimento, siempre y cuando dichas fuentes sean objeto de una lectura rigurosa, y de una crítica a la luz de los hechos; por consiguiente no se trataría únicamente de las condiciones experimentales, sino también de la contrastación de fuentes, de su lectura, interpretación y crítica.

Así las cosas, la construcción de saber toma aquí distancia del saber doctrinal que imperaba en la universidad escolástica en la que las fuentes de contrastación o verificación de un hecho se

---

<sup>72</sup> Martín Heidegger, Op. cit., p. 278.

<sup>73</sup> *Ibíd.*

encontraban en la observación y en la correcta comprensión de la palabra escrita. Son estos elementos que detalla Heidegger los que me llevan a sostener la idea de que en los comienzos de la ciencia moderna había una pretensión de construcción de saber con miras a conocer los fenómenos del mundo que se segmentaban en objetos. De hecho, Heidegger hace mención a la rigurosidad de la práctica de esta ciencia moderna que se soporta en el experimento, rigurosidad a la que se somete también a las ciencias inexactas, las humanas, en las que también los fenómenos son reducidos a objetos. Allí, el objeto será puesto en condiciones de experimentación de tal forma que se pueda construir sobre él un saber científico a partir de una ley o una constante.

¿Y lo que hace excepción a lo constante, en qué campo de la investigación queda? Queda precisamente insertado en un campo científico pero bajo la figura de la excepción a la regla; solo allí, bajo esa figura, puede empezar a ser investigado; es así como dicha investigación puede hacer de ese hecho “anómalo”, una cuestión abordable por la ciencia. De ahí, la férrea crítica heideggereana a la ciencia moderna, que termina por reducir los hechos singulares, por no decir extraños, que son, en general, los hechos humanos, en nuestro caso los fenómenos clínicos, a la condición de excepción para así retrotraerlos al campo de lo cognoscible, negando así la posibilidad de otras formas de existencia distintas a las reglas de la constancia, pues el saber se construye en esa única posibilidad. Como sostiene Pérez, al estudiar la propuesta de Heidegger:

Cabe decir que lo que no es habitual, lo raro, hará pregunta al campo de la ciencia para configurar ese procedimiento conocido como la clínica. Pero lo singular, lo raro, consigue ser integrado en lo constante en la medida en que se le define como excepción, excepción justamente de lo constante, haciendo así de lo singular algo propio y posible de ser definido desde la ciencia. Para comprender por ejemplo, la patología de lo orgánico, será necesario primero disponer de una teoría de lo constante orgánico. Es el caso de la anatomía y de la fisiología. Lo singular es así explicado con y desde lo constante. De esta manera obtienen las ciencias clínicas el estatuto científico de lo que definen como patológico.<sup>74</sup>

Verbigracia, en el campo que nos interesa en este trabajo, el de la locura, ella solo puede tener cabida en la medicina de esa manera, y es a esa exigencia de cientificidad que puede imputársele la creación del campo psiquiátrico, que nace específicamente para comprender sus manifestaciones como una excepción a la constante... de la razón. Así vemos encuadrar un fenómeno existente, como la locura, en un campo de objetos: la psiquiatría. A partir de entonces, y no antes, la enfermedad mental, el trastorno mental, por ende el loco, adquiere el estatuto de objeto.

Entonces, en el campo de la ciencia moderna emerge la psiquiatría como esa práctica que se ha especializado en plantear un saber sobre el fenómeno de la locura en cuanto que hace excepción a la constante como patológico, es decir, como hecho excepcional en relación con la norma. Como excepción a lo constante, el enfermo mental, y en tanto objeto en el que eso se manifiesta, empezará a ser situado en su anormalidad en función de las categorías construidas y en relación con la causa, esto es como efecto de una alteración orgánica -endocrina, neuronal, etc.- es, decir, en general, en relación con algún tipo de determinante biologicista pero, también, en relación con otros factores, psicológicos, culturales, etc., siempre siguiendo la misma lógica explicativa. El asunto a destacar aquí es el de la causa, que no se considera en su dimensión subjetiva, en razón de lo cual el loco, como cualquier otro sujeto, termina siendo el resultado de un juego de fuerzas de la que él queda excluido como sujeto.

---

<sup>74</sup> Juan Fernando Pérez (1992). *Psicología y psicoanálisis. Revista Colombiana de Psicología*, 1, 54-63.

Todo fenómeno es efecto de una causa, y la locura no escapa a esto. ¿Cuándo el saber sobre la locura postula lo orgánico como causa? Ya desde las primeras clasificaciones que aparecieron en el marco de la ciencia moderna, se pueden encontrar explicaciones de tipo determinista que privilegiaban el factor orgánico. Tanto en Pinel como en Esquirol, hasta Kraepelin, se explica la locura a partir algún tipo de lesión, alteración o disfunción orgánica.

Retomando, digamos que todos esos movimientos de la ciencia moderna han propiciado, según Heidegger, la sustitución de la figura del sabio por la del investigador:

El sabio erudito desaparece. Es reemplazado por el investigador, que está en empresas investigatorias. Estas y no el cultivo de la erudición dan la tónica a su trabajo. El investigador ya no necesita más en su casa de una biblioteca. Por lo demás siempre está de viaje. El negocia en conferencias y se instruye en congresos. Se ata a encargos de editores. Estos participan ahora en la determinación acerca de qué libros deben ser escritos.<sup>75</sup>

En la misma medida, se podría argüir que estamos tan lejos de la posición del sabio como de la del científico de la medicina en la modernidad, que tomaba al enfermo como el punto de partida para la construcción de su saber. Si para la psiquiatría clásica la labor del clínico e investigador se soportaba en la observación y en la descripción detallada del fenómeno propio de la locura, de donde se derivaba su tratamiento, lo que suponía escuchar al enfermo, en la contemporaneidad este trabajo fue cediendo el terreno con el agravante de que el interrogatorio al que se somete al enfermo es conducido para buscar coincidencias entre la queja del enfermo y el listado que ofrece el Manual.

Ahora bien, si por el lado de Heidegger se halla la figura del investigador que tiene que producir conocimiento para ser aprobado o no por una comunidad científica, del lado de Lacan se encuentra al estudiante que tendrá que producir una tesis, “es decir, [...] presentar algo no para que un señor se dé importancia sino para decir alguna cosa estructuralmente rigurosa, pase lo que pase”<sup>76</sup>. Tanto una figura como la otra quedan insertas en una lógica discursiva propia del discurso de la Universidad en la que identificados con el objeto “a”, tendrán que producir, a partir del saber dado, un saber que no será más que de amo; pero lo que no se percibe en este discurso es que lo que producen tanto en el investigador como en el estudiante con su trabajo, es el sujeto dividido, ese del cual la ciencia no quiere saber nada.

De lo desarrollado hasta aquí tomo algunos elementos para discernir la coalición de la ciencia moderna con el Discurso capitalista. Esta mixtura va a tener unos efectos sobre el saber y, por supuesto, sobre el sujeto de la ciencia moderna. Son muchos los trabajos que ubican el nacimiento del capitalismo a la par con la ciencia moderna, incluso en algunos se pueden encontrar referencias de los comienzos del capitalismo en la revolución luterana. Si bien Soler plantea que “el capitalismo tiene dos siglos, la ciencia tres y el psicoanálisis uno”<sup>77</sup>, situaré el capitalismo del contexto contemporáneo a partir de ese momento histórico, propio del siglo XX, en el que empieza a ser detectable de manera diáfana el imperativo de gozar: la época de la globalización y de la economía liberal. No entraré en detalles históricos sobre estos hechos, puesto que constituirían elementos para desarrollar todo un trabajo acerca de dicho discurso, me limitaré a tomar las lecciones de Lacan, impartidas en el marco del seminario XVII, que hacen referencia a ese capitalismo descarnado que oferta objetos del mercado para el goce del sujeto, con la expectativa de llenar la falta de goce constitutiva de lo humano. Algunos autores<sup>78</sup> hablan

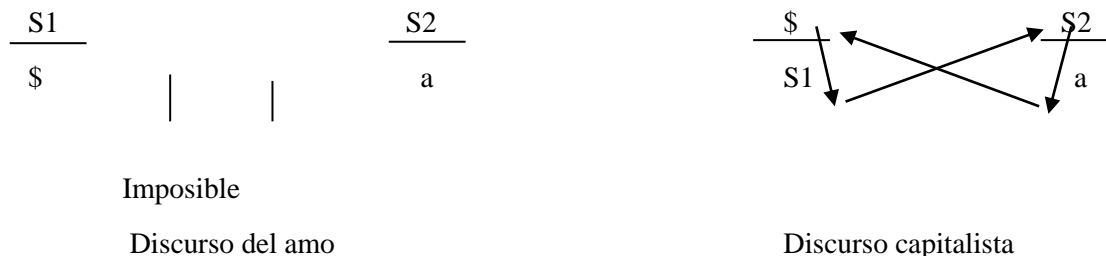
<sup>75</sup> Heidegger, Op. cit., p. 276.

<sup>76</sup> Jacques Lacan, Op. cit., p. 207.

<sup>77</sup> Colette Soler, “Discurso capitalista” [2007], en *Los discursos de Lacan. Seminario del Colegio de Psicoanálisis de Madrid*, (Madrid: Colegio de Psicoanálisis de Madrid, 2007), p. 135.

<sup>78</sup> *Ibíd.*

de las anticipaciones lacanianas sobre los efectos del Discurso capitalista, las que estamos viendo hoy, en pleno siglo XXI. Por eso es válido señalar las consecuencias de esta conjunción del discurso de la ciencia moderna con el Discurso capitalista para luego analizar los efectos de discurso de la ciencia contemporánea en la concepción y abordaje de la locura.



De acuerdo con las consideraciones de Lacan, el Discurso capitalista es una inversión del Discurso del amo antiguo, por tanto, no se funda sobre la castración como ocurre en el discurso del amo en el que, como se puede ver, en el lugar del agente se encuentra el S1 determinado por la verdad, esto es, la división del sujeto. De manera correlativa, se puede ver que en el Discurso del amo hay un imposible que se explica por el hecho de que el significante amo, que se encuentra en el lugar del agente, representando al sujeto ante la batería significante, no puede representarlo en su totalidad: hay algo que escapa, que se escabulle por efecto del significante, y esta cuestión “repercute en una hiancia entre el goce programado en el discurso y la verdad del goce peculiar del sujeto”. En otras palabras, hay una barrera que impide un encuentro entre lo producido que es el “a” y la verdad que viene siendo el sujeto dividido. “En el discurso capitalista no hay este imposible y Lacan marca la diferencia con las flechas que constituyen un círculo continuo, cerrado, es decir que la barrera y lo imposible no se encuentran, es un circuito cerrado”<sup>79</sup>. Como se ve, en este discurso, dada la ausencia de barreras entre los lugares y los términos, se tiene la configuración de un circuito cerrado en el que se suprimen las equivalencias entre los términos y la disimetría entre cada uno de los lugares.

Se ve muy bien, podemos decir que el sujeto manda a la cadena S1-S2, y que responde algo, el pensamiento científico y técnico, que a su vez instrumentaliza el lenguaje para obtener efectos técnicos sobre la realidad y el mundo. Tenemos un sujeto que nombra la cadena, la cadena que nombra a la producción de los objetos, pero los objetos mandan al sujeto. Es decir que es el circuito cerrado del mandamiento y no hay más sitios dominantes en el discurso.<sup>80</sup>

Por consiguiente, se puede comprender que la lógica de este discurso está puesta en la producción de objetos que van dirigidos de manera directa al sujeto el cual, a la larga, los demanda, si es que está inmerso en la lógica del consumo promovida por el discurso. En esta configuración el saber queda ubicado como un pedido ordenado por el sujeto barrado en posición de agente, para que produzca objetos. No aquí hay relación del sujeto con el saber, sino del sujeto con el objeto, una relación directa, y no se escribe la renuncia al goce que le es exigida al humano como condición para fundar el lazo social. El saber, que está en el lugar del otro, se obtiene a cambio de nada, esto es, sin renuncia al goce, con un agravante, señalado por Soler, que es la conjunción del saber con el objeto de mercado:

En efecto, la ausencia de relación entre los dos términos de arriba del discurso capitalista, a saber, el sujeto dividido y el saber, y el hecho de que este último solo advenga al lugar del sujeto pasando previamente por el lugar del objeto a plus-de-gozar indica, no solo que en esta

<sup>79</sup> *Ibíd.*, p. 138.

<sup>80</sup> *Ibíd.*, p. 138.

articulación discursiva el saber se obtiene sin pagar el precio de la castración, sino que además el saber mismo se erige como un objeto de mercado.<sup>81</sup>

Entonces, el saber en el mundo contemporáneo es un objeto más, objeto de mercado, de ahí la existencia de tantas ofertas de saber, y no sería equivocado pensar que en la misma lógica se sitúa la producción de tantos manuales diagnósticos. En el mundo actual puede palpase esa deformación del saber que se pone al servicio del mercado, y que no desconoce el imperativo de gozar que exige el amo contemporáneo, pues más allá de construir un saber sobre algún fenómeno, la ciencia propone soluciones que se reducen a manuales, talleres, fármacos<sup>82</sup>, técnicas de intervención y demás estrategias que rechazan la existencia del sujeto que se encuentra implicado en los malestares de la vida actual. En ese sentido, asistimos a la presencia constante de nuevos saberes que proponen cuanto teoría exista para tratar de dar una solución a las quejas del sujeto, pero a la larga estos se reducen a fórmulas que prometen la ilusión de completud y la solución externa a las múltiples tragedias humanas. Si en la ciencia moderna se veía el interés por producir un saber caracterizado por la exactitud y la rigurosidad para conocer y dominar los objetos del mundo, a la ciencia contemporánea, en tanto que articulada con el capitalismo, de lo que se trata es de producir un saber que, o bien pueda ser consumido, o bien proponga objetos de consumo.

Considero que lo expuesto hasta aquí, permite plantear que los discursos *Psi* que abordan la cuestión de la locura, siguen esta misma dinámica en lo que al saber respecta. Para Maud Manoni toda la oposición psiquiátrica contra una postura que concibiera una apuesta por la escucha de un sujeto que habla, y no de un enfermo mental, subyace a “los problemas más actuales y más candentes referentes a la transmisión del saber y al modo como, en nuestro sistema, el saber debe quedar vaciado de todo poder de transformación real”<sup>83</sup>, lo que indica que desde la lógica del Discurso capitalista se propende por eludir el saber que implique al sujeto de ese saber en cualquier campo con lo cual se evita la emergencia del sujeto que el mismo discurso ha borrado. Por consiguiente, lo que impera en la actualidad es que “Un saber tecnocrático de la “enfermedad mental” ha venido a taponar aquello que necesitaba hablar a través de la locura”<sup>84</sup>.

Lacan resalta los progresos de la ciencia, pero señala también los efectos de la articulación de la ciencia con el Discurso capitalista que han llevado a que la ciencia de el paso hacia la configuración de la tecno-ciencia encargada, en el mundo contemporáneo, de la fabricación de objetos (*gadgets*) para que el mercado los ponga a disposición del individuo, no solo para su consumo sino, también, para colmar su falta en ser. A decir verdad, la ciencia contemporánea, la tecno-ciencia, le ha dado al hombre toda suerte de objetos, según Lacan, con un fin:

Nos da para que nos pongamos en la boca, en lugar de lo que nos falta en la relación, en la relación del conocimiento, como yo decía hace un momento, nos da en ese lugar a fin de cuentas lo que para la mayoría de las personas, para todos los que están aquí en particular, se reduce a artefactos de consumo: la televisión, el viaje a la luna, y una vez más el viaje a la luna, no vamos, sólo hay algunos seleccionados, pero lo vemos en la televisión<sup>85</sup>.

Lo anterior me permite zanjar el problema de la comparación con la ciencia moderna, pues para la modalidad contemporánea el saber es una cuestión de utilidad que facilita la fabricación de

---

<sup>81</sup> Megdy David Zawady (2008). La loca astucia de la voz del superyó en el imperativo capitalista del consumo. *Desde el Jardín de Freud*, 8, p. 153.

<sup>82</sup> La cuestión de los fármacos para el tratamiento de la locura, será abordada en el acápite siguiente.

<sup>83</sup> Maud Mannoni, “Prefacio” [1973], en *Psicosis infantil*, (Buenos Aires: Nueva Visión, 1980), p. 11.

<sup>84</sup> *Ibíd.*, p. 14.

<sup>85</sup> Jacques Lacan, “La tercera” [1974], en *Actas de la Escuela Freudiana de París*, (Barcelona: Petrel, 1980), p. 20.

objetos o, como bien dice Lacan, “La ciencia en tanto que soportada en las demostraciones matemáticas, ha tenido toda facilidad para poner en el campo de la percepción cosas que antes no existían”<sup>86</sup> y que son vistas en el mundo como verdades innegables por el hecho de estar formalizadas gracias al método científico. Es por ello que Lacan ha ubicado a la ciencia en lo que denominó la *aletósfera*, que envuelve el globo terrestre y en el que se crean todos los objetos (*letosas*) que están puestos al servicio del sujeto actual para su consumo. Existiría así un espacio perfecto –en alusión a las ideas del mundo platónico- en que se producen objetos nuevos que prometen la ilusión de completud y de toda posibilidad anhelada, objetos estarían ahí para el goce del sujeto y por consiguiente para taponar el agujero de su falta en ser. Sin embargo, Lacan evoca la contracara del consumo, que resulta en el hecho de que también los objetos están ahí para consumir al sujeto borrándolo así de su estatuto de sujeto: “eso nos come mediante cosas que remueve en nosotros. Por algo la televisión es devoradora. Ocurre que, a pesar de todo, nos interesa... finalmente, uno se deja comer”<sup>87</sup>.

En el campo que nos concierne, el de la locura, la tecnociencia también ha hecho su trabajo, desde la farmacología –que, por supuesto, es efecto de los avances de la ciencia- y promueve la idea y la necesidad de consumir fármacos para suprimir o evitar la enfermedad; por su parte, el capitalismo, con la lógica del trabajo, en tanto que la riqueza de una nación depende fundamentalmente de la fuerza laboral, como el mismo Adam Smith<sup>88</sup> lo propuso en su tratado económico, le exige al loco acogerse a dicha dinámica; entonces, el loco, o produce o será aislado; incluso en el aislamiento tendrá al menos que producir algo, sea jabones, velas, tarjetas, etc., objetos que serán compradas por la caridad del Otro. El capitalismo extiende por todas partes su lógica mercantil...

Atendamos ahora al devenir del loco en el mundo contemporáneo, en el que responderá a la lógica de objetivación de la ciencia. De hecho, el loco ha pasado a ser un objeto más, un elemento que la cultura contemporánea tiene que normalizar, porque solo así ataca la función de talanquera, de objeción, al discurso capitalista. ¡Y es que el loco no hace lo que tendría que hacer, y mucho menos obedece al imperativo de consumir y producir! Se ha visto en otro acápite de este trabajo cómo el loco es un ser extraño que plantea para el saber clínico psiquiátrico un enigma; en esa medida, puesto que el loco lleva sobre sí el lastre de lo imposible –lo real de la locura que no se deja aprehender por el saber y que, por eso, constituye un enigma- con mayor razón ha sido reducido a la condición de un objeto en torno al cual la ciencia contemporánea, la tecnociencia, procura un saber que no puede tener otros fines que la normalización. Este saber, apunta a la instauración de un hacer profesional y técnico que tape la falla y, con ella, el agujero en el saber que abre la locura. De ahí puede entenderse la lógica de los sistemas de clasificación y las técnicas de intervención, más la avanzada farmacológica, todo lo cual funciona para que la cosa marche, según el deseo del amo.

## **2.2 El olvido de la psiquiatría clásica en la consideración de la locura. La emergencia de una clasificación en la era del discurso de la ciencia**

---

86 Jacques Lacan, “La ciencia y la verdad” [1966], en *Escritos II*. (México: Siglo XXI, 2005), p. 170.

87 Lacan, J. (2006). *El triunfo de la religión: precedido de discurso a los católicos* [1960], (Buenos Aires: Paidós, 2006), p. 93.

88 Adam Smith. “*La riqueza de las naciones*”. Madrid: Alianza Editorial, 2007.

Durante el siglo XIX la psiquiatría clásica desarrolló importantes aportes teóricos en lo que atañe al conocimiento de diversas enfermedades mentales; como resultado de su labor rigurosa se obtuvo una nosología que dio lugar a una nosografía -en sus variadas versiones en función de las revisiones a la que fue progresivamente sometida- de la que algunas entidades clínicas incluso se mantienen en la clasificación actual. Sin embargo, durante la segunda mitad del siglo XX hubo un cierto estancamiento en cuanto a dichos aportes. Así, Lacan sostiene, con respecto a este punto que, en efecto, después de dichos aportes, no sucedieron otros de gran relevancia: “No hubo la más pequeña modificación del campo clínico, el menor aporte (...) y nos quedamos con la bella herencia del siglo XIX que está ahí, constituida íntegra”.<sup>89</sup>

Podría entenderse que el estancamiento de los avances en el campo clínico se sostiene en la tendencia cada vez más fuerte de apelar a un determinismo según el cual la explicación de la causa se reduce a lo biológico. Si esto es así, hay que considerar el efecto que sobre la psiquiatría tuvo el avance de la neurología, que poco a poco impregnó un campo de investigación que pronto se llamó “neurociencias”.

Es cierto que la psiquiatría clásica desarrolló una importante labor nosológica y propuso una nosografía de las diversas enfermedades mentales que resultaba valiosa para quien la empleara pero, siguiendo la propuesta de Lapeyre, en su intento de racionalizar esa labor la psiquiatría fracasó.

Los psiquiatras intentaron explicar esta categorización y fundarla en razón: fracasaron a causa, si se puede decir así, de su obsesión por la causa..., de sus concepciones que permanecían atadas a lo ideal de una causa lineal, directa, unilateral (...) Pero paradójicamente esto ha servido muy poco para la enfermedad mental y sobre todo para el enfermo mental.<sup>90</sup>

Lo expuesto por Lapeyre permite entender la sentencia lacaniana sobre el estancamiento de la labor de la clínica psiquiátrica; dicho detenimiento se explicaría por la lógica del determinismo científico que supone la causa de la enfermedad mental a partir de una concepción biologicista, sea esta la alteración de un cromosoma o de una función cerebral, la ausencia de una sustancia en el sistema nervioso central, por nombrar solo estas, todo lo cual ratifica que tal como se expuso hace unas líneas, la ciencia no quiere saber nada sobre la verdad como causa y sigue aferrada a eludirla, siendo en la causa donde se encuentra implicado el sujeto. Un hecho que señala un atolladero en el que se encuentra la clínica psiquiátrica, se pone de manifiesto en la declaración de a-teoricismo que se encuentra en la tercera edición del DSM; desde ese entonces se carece de alguna explicación o teoría explicativa sobre los trastornos que se describen en dicho Sistema, lo cual no es, sin embargo, más que la asunción de una concepción que elude al sujeto de la locura; así el DSM señala de manera palmaria el proyecto de la supresión del sujeto que comenzó con la ciencia moderna y que llega a su cenit con la ciencia contemporánea conjuntada con el capitalismo.

Bien podría alguien preguntar ¿por qué la causa en juego no contempla al sujeto? Una posible respuesta a este interrogante nos lleva a la invención freudiana y a su proyecto de ordenar de acuerdo con otros principios explicativos el campo de la enfermedad mental. Según Lapeyre, Freud fue un asiduo investigador de la *causa psíquica*: “con el Edipo Freud encuentra lo que los psiquiatras no hacen más que buscar: *un principio de clasificación* de las enfermedades mentales, *un axioma que autoriza un ordenamiento razonado*”<sup>91</sup>. Freud encuentra el principio

<sup>89</sup> Jacques Lacan, “Breve discurso a los psiquiatras” [1967]. (Buenos Aires: Escuela Freudiana de Buenos Aires, 2009), p. 6.

<sup>90</sup> Michel Lapeyre, *Complejo de Edipo y complejo de castración* [2000], (Bogotá: Anthropos, 2000. Traducción De Castro, S.).

<sup>91</sup> *Ibíd.*, p. 6.

fundamental para plantear una clasificación de las enfermedades psíquicas, acerca del cual no sabe por anticipado, en función de lo cual le otorga la palabra al sujeto quien, por primera vez, como afirma Sauret, es escuchado por el médico<sup>92</sup>.

Luego entonces, la pregunta obligada partir de lo expuesto es ¿cuál es la lógica de las clasificaciones clásica y contemporánea, y cuáles son sus diferencias? En una aproximación al asunto se puede decir que la clasificación clásica ponía la atención primero, en la descripción que supone la observación y la escucha del enfermo y luego, en la explicación que apuntaba a la causa y suponía el planteamiento de hipótesis al respecto. La labor de la psiquiatría clásica se centraba en describir y explicar la enfermedad desde distintos aspectos.

El Manual entra en juego como una herramienta de clasificación que, una vez construida, permite saber por anticipado lo que hay que indagar con el enfermo para poder emitir un diagnóstico que le permite al profesional emitir un pronóstico sobre el trastorno y adoptar el debido tratamiento, es decir, el suministro de los fármacos adecuados y de las psicoterapias que controlen la conducta y eliminen o reduzcan las manifestaciones clínicas como el delirio o la alucinación.

Ahora bien, las implicaciones del DSM no se detienen en este uso que hace de la clínica un ejercicio de aplicación que elimina la singularidad del enfermo e impide su palabra. Más allá de esto, en relación con el discurso, Braunstein encuentra que el objetivo de la clasificación actual sirve a los intereses del sistema capitalista y del mercado farmacológico y, en ese sentido, propone lo siguiente:

Lo que fue un momento de sistematización de datos empíricos en la historia de la psiquiatría, correspondiente a la expansión capitalista y a la conveniencia de segregar a los locos en las sociedades disciplinarias, se ha actualizado como un nuevo movimiento epistemológico que corre detrás de la progresiva tecnificación, burocratización y medicalización de la especialidad que debe adecuarse a los fines de la sociedad de control (...) El objetivo es, hoy, clasificar a todos los sujetos de esta posmodernidad encerrándolos en los cajones (*pigeonholes*) del espacio taxonómico regentado por la ciencia médica<sup>93</sup>.

Con Braunstein puede entenderse que la clasificación contemporánea tiene una lógica que dista mucho de la construcción de un saber sobre las manifestaciones de la enfermedad mental y se acerca cada vez más a la pretensión de universalización del sujeto; por esta razón está al servicio de una práctica clínica que busca encasillar al hombre en una determinada categoría taxonómica y operar desde la medicalización en pro de garantizar a la sociedad actual un hombre útil al sistema capitalista. La propuesta de clasificación contemporánea es predominantemente utilitarista -enmarcada en el proyecto de la tecnociencia- y, por consiguiente, insta prácticas que pretenden controlar el organismo por medio de medidas terapéuticas que buscan el control de la conducta, sobre todo y cada vez más a través de la farmacología potenciada por los avances de la tecnociencia. En este orden de ideas es posible afirmar que asistimos a la época de la banalización de la clínica psiquiátrica, pues su esencia se ha perdido para ser sustituida por una especie de mecanización que permite la clasificación de los individuos mediante una etiqueta diagnóstica que se decide sin ninguna rigurosidad teórica, pues lo que hace quien diagnostica con el DSM es un automatismo. Según Zlotnik:

“En “El ruiseñor de Lacan” Miller propone pensar el diagnóstico como un arte, más exactamente como “un arte de juzgar un caso sin regla y sin clase ya establecida”. En las antípodas de esta concepción se ubica la utopía del DSM como anhelo de un

---

<sup>92</sup> Sauret, Marie-Jean, acuédame de darte esta cita

<sup>93</sup> Néstor Braunstein, *Clasificar en psiquiatría*, (México: Siglo XXI, 2013), p. 25.

diagnóstico automático que refiere cada caso a una regla, como si se tratase de una maquinaria que suprime el pensar”<sup>94</sup>.

De ahí que, con la utilización del DSM, se plantee la eliminación de la clínica psiquiátrica clásica que posaba la mirada sobre el enfermo, que le interrogaba, que indagaba sobre la etiología de la enfermedad, que buscaba describir de manera detallada un cuadro clínico para establecer diferencias frente a otro... En su lugar, la clínica del DSM es una clínica desfigurada cuyo lugar es el Manual y cuya acción es la elección del código. Nunca más la mirada, mucho menos la escucha, solo el aprendizaje a la manera escolástica del DSM, para repetir un saber de amo. Así, lo que hay que saber sobre la locura se encuentra plenamente establecido en el Manual a-teórico, que podría decirse es el texto sagrado de la psiquiatría, el cual ha fundado un dispositivo caracterizado por el aprendizaje letra por letra para repetir los contenidos que allí se encuentran. Este dispositivo que impone un saber se funda sobre la autoridad del texto, se podría decir, se funda sobre un S1 que se encuentra en el lugar de la verdad, instaurando así un movimiento en el que el saber habita en ese texto, no en la locura misma. En este nuevo escenario se perdió el sujeto, pero también el Otro, el médico, quien también ha sido despojado de toda subjetividad pues su labor, que no lo implica en su capacidad de escucha, de pregunta y de discernimiento clínicos, se reduce maquinalmente a la elección de un código.

Además, en esta crítica del DSM, se puede argüir que los fundamentos de la clasificación actual no tienen un asidero epistemológico: “En psiquiatría no hay conocimiento de las causas y por eso las instituciones clasificadoras han optado por eliminar todas las teorías en beneficio de datos observables o registrables... que también faltan y por eso se les inventa como, por ejemplo, los tildes en un cuestionario”<sup>95</sup>, de lo cual se puede deducir que la enfermedad ha perdido su peso, su espesor, su gravedad... para convertirse en algo nebuloso consignado en un manual, en un sistema simbólico clasificatorio que parece eliminar lo real de las manifestaciones, a veces tan ruidosas, de los enfermos. Esto sin olvidar que esta clasificación se soporta en las necesidades utilitarias del actual discurso.

Volviendo a la sentencia lacaniana del estancamiento de la labor clínica, debida fundamentalmente a la desaparición de aquello que constituyó el gran paso dado por Freud, esto es, el haberle reconocido y otorgado la palabra al enfermo, habrá que admitir que no es algo que pueda reprochársele a la psiquiatría contemporánea, por el contrario, fue un proceso paulatino propiciado por algunos movimientos que tomaron fuerza en el curso de la vigencia de la psiquiatría clásica. Así por ejemplo, En su *Pequeño discurso a los psiquiatras*<sup>96</sup> Lacan es bastante reiterativo al afirmar que el craso error de la psiquiatría en el abordaje de la locura es precisamente que se *juega las cartas* apostando por la comprensión del fenómeno, cuando en realidad, según él se trata de un fenómeno signifiante antes que un asunto de sentido, o de sinsentido.

Esta pérdida de horizonte en un trabajo con relación a la locura, está anclada a la vigencia de la fórmula cartesiana de la verdad, cuestión planteada por el mismo Lacan en su crítica a Henri Ey, quien sostiene que el delirio y la alucinación no son más que errores. Según Lacan, Ey incluye en su estudio sobre la locura un juicio de valor en el momento en que diluye la noción de creencia e impone la noción de error, de modo que el fenómeno delirante no sería considerado una creencia del sujeto, sino un error de pensamiento: “(...) De ahí, toda la operación queda fallida. Inmovilizado, el fenómeno se vuelve objeto de enjuiciamiento y muy pronto objeto a secas”<sup>97</sup>. El movimiento que realiza Ey, y que será persistente en toda la tradición psiquiátrica, incluso en la actual aunque las preguntas hoy en día sean otras, conduce a ubicar al enfermo en

<sup>94</sup> Manuel Zlotnik (1992). El ateorismo de los DSM. *El Caldero de la Escuela*, 75, p.6.

<sup>95</sup> Op. Cit. Pág .26.

<sup>96</sup> Jacques Lacan, “Breve discurso a los psiquiatras” Op. cit.

<sup>97</sup> Jacques Lacan. “Acerca de la causalidad psíquica” [1946], en Escritos I, (México: Siglo XXI, 2007), p. 154.

condición de objeto de estudio que nada podría decir de su enfermedad. Es la posición del sujeto lo que está en juego, su “forclusión”.

Aun así, la psiquiatría clásica debatía el asunto de la locura reconociendo la dificultad relativa a la causa, por ejemplo. ¿En qué momento se fracturó dando lugar a la psiquiatría contemporánea, por así llamarla, que ya no se centra en saber sobre la locura y en escucharla, más allá de la validez de las teorizaciones al respecto, todas las cuales, de todos modos apuntaban al agujero de saber que presenta la locura? Quizás uno de los puntos más importantes que explicaría ese retroceso de la psiquiatría clásica estriba en su alianza con la industria farmacéutica – proyecto facilitado por la tecnociencia y, más generalmente, con el discurso capitalista-. Allí ya no importa el loco, por lo tanto tampoco saber sobre la locura excepto sus bases moleculares para la producción de fármacos y los efectos de estos para la eliminación de cualquier forma sintomática, todo lo cual marca el triunfo del determinismo biológico y con ello la negación cada vez más fuerte de la existencia de un sujeto que ha quedado, entonces, amordazado. Lo anterior señala lo evidente: que “la psiquiatría clásica fue desmantelada y neurofisiólogos o médicos del comportamiento acechan por todas partes. Con ellos, los programas de rehabilitación tienen que ser rápidamente rentables. El resultado es el embrutecimiento cotidiano de millones de personas con medicamentos. ¡Adelante soldaditos!”<sup>98</sup>.

Según Braunstein, a partir del siglo XX la psiquiatría tiene el gran mérito de organizar todo un vasto mundo de enfermedades mentales que surgen con los desarrollos logrados en el siglo XIX. Ahora bien, de la mano de esa organización del saber psiquiátrico también se da un movimiento sumamente interesante: la regularización del campo psiquiátrico que determinaría quién era el autorizado para manejar ese sistema de clasificación, quién era psiquiatra y a quién se le autorizaba a ejercer como tal. Entonces ¿qué permite esta nueva clasificación? Crear un objeto: crea al enfermo mental, luego el trastorno mental, que desvanece la figura del loco y, a partir de allí, se erige todo un discurso en el que se construye su objeto y se legitima la labor del psiquiatra. Este movimiento es resultado del discurso de la ciencia, para el que, como se ha venido diciendo reiteradamente, no hay sujeto sino objeto de conocimiento, objetos para su saber, y allí el loco queda enmarcado en una institucionalidad, que no solo es dada por el encierro en los hospitales clínicos o manicomiales, sino por todo un dispositivo que se empieza a configurar (hospital, labor clínica, psiquiatra, encierro, medicación, inmovilización, etc...), y que garantiza que el loco será segregado en tanto que fractura o amenaza con fracturar el orden establecido por las normas que circulan en esos discursos. Todo debe marchar, todo debe ser funcional, desde el sistema de clasificación que configura la locura como enfermedad médica, hasta el método de intervención, preferiblemente médica, esto es, farmacológica, que permitiría sustraerlo de la disfuncionalidad. Esto indica que “Del saber sobre la locura y sus formas no se *adquiere* un conocimiento; en cambio se *adhiera* a un proyecto necesario, agresivo y progresivo en la sociedad posindustrial que es el de una acelerada medicalización de la vida”<sup>99</sup>. Ya no se quiere saber de la locura: esta y su depositario han tomado la forma de objeto en aras de ser medicalizada y así normalizada.

Si, como resulta evidente, el objetivo del Sistema SDC es clasificar y encasillar individuos, puede preguntarse: ¿a cuenta de qué? La clasificación actual de los trastornos mentales tiene como sustento la observación pero, como se dijo, no del fenómeno tal como se presenta en el enfermo, tal como éste lo relata, para calibrar su peso en la vida de quien lo padece, para sopesarlo en función de otras manifestaciones y orientarse con respecto al cuadro clínico general, sino de manera aislada, desarticulada de la estructura particular de la enfermedad, lo cual es funcional a la consulta del manual.

---

<sup>98</sup> Gérard Pommier, “*Los cuerpos angélicos de la posmodernidad*”. (Buenos Aires: Nueva Edición, 2000), p. 68.

<sup>99</sup> Néstor Braunstein, *Clasificar en psiquiatría*, Op. cit., p. 31.

Braunstein encuentra que los sistemas de clasificación crean objetos y también producen un discurso, el de la psiquiatría, que pone a existir a un profesional en particular, “el psiquiatra” y también a un objeto de la ciencia, esto es, “el trastorno”; pero podría decirse que, ante todo, son las manifestaciones sintomáticas extrañas, ajenas, vulgares, incomprendidas, las que hicieron existir la *psiquiatría* y luego *los manuales de clasificación* pues, en efecto, son ellas las que la ciencia recorta un como campo de objeto y de investigación. De allí en adelante un entramado discursivo, que es disciplinar en su doble sentido, campo de objetos y de control, propende por la dominación de cierto tipo de sujetos que escapan a la norma o al ideal de sujeto en un contexto determinado. Lo anterior podría soportarse en lo siguiente: “(...) No es, pues, que no existan las enfermedades mentales sino que se las llama a existir por el hecho mismo de nombrarlas, porque los diagnósticos se aplican, porque producen efectos (...)”<sup>100</sup>. El concepto de trastorno mental y la clasificación son elementos de un sistema que propende por el encauzamiento de lo anormal e irregular hacia los intereses del discurso imperante. En la actualidad, es decir, bajo el dominio del discurso capitalista, el control de lo que se ha denominado trastorno mental está destinado a garantizar la premisa del intercambio de bienes y el consumo de objetos.

Podría afirmarse entonces que todo el movimiento psiquiátrico, tanto el clásico como el contemporáneo, sostiene el significante de la normalidad, del que se excluye al loco, para el cual existe el significante de la anormalidad. La psiquiatría existe entonces como un discurso médico-social que pone a circular un saber cuyo método de operar pretende la “psicatrización”<sup>101</sup>; por una parte al psiquiatrizar, se controla la enfermedad; y por otro lado, en el mundo actual, al psicatrizar se marca al anormal con el sello del número y el código que designe el manual, ya sea el DSM o la CIE, esto es, se emite un diagnóstico que olvido el legado de la psiquiatría clásica en esta materia. Lo llamativo del asunto es que, como lo piensa Braunstein, los locos, los anormales, “(...) [E]llos no necesitan ni piden ser “psiquiatrizados”; es el Otro, y otra cosa es que el sujeto mismo se identifique con aquello que se le propone que, usualmente es poner en marcha el dispositivo psi”<sup>102</sup>.

El discurso de la psiquiatría existe a partir del recorte, inducido por la ciencia cartesiana, del campo de objetos que configura la locura, y puesto que esta se erige como una incógnita, un enigma, una interrogación de la norma y del orden establecido, su tratamiento es la normalización. La locura no se juzga precisamente como el lugar de la diferencia.

Dentro de este marco, es interesante notar algunos aspectos del DSM, ya que muestran que es un producto del discurso de la ciencia y del discurso capitalista en el campo psiquiátrico. Por ejemplo, en la primera versión del DSM que data de 1952, inspirada en los aportes de Adolf Meyer, psiquiatra suizo quien articuló las teorías biologicistas con la psicoanalítica, las definiciones de cada entidad clínica están todavía emparentadas con los aportes teóricos propuestos por el psicoanálisis. En Roudinesco se lee claramente la influencia del psicoanálisis para esta primera versión, con lo cual no se quiere decir que no estén presentes ciertos cuadros en términos biologicistas, ¡los hay!, pero se constata una orientación psicopatológica sobre la locura; añádase a esto que lo farmacológico no era aún el método exclusivo o privilegiado de tratamiento, por el contrario, era acompañado con el método de la *cura por la palabra*, o con cualquier otro método de intervención<sup>103</sup>. Sin embargo, con la instalación cada vez más fuerte del discurso de la ciencia al servicio del capitalista, se va eclipsando la influencia de la teoría psicoanalítica en el DSM pues, como bien señala Roudinesco:

---

<sup>100</sup> *Ibíd.*, p. 29.

<sup>101</sup> Psicatrización, pero, no es gratuito el uso de la acepción psicatrización.

<sup>102</sup> *Op. cit.*, p. 86.

<sup>103</sup> Élisabeth Roudinesco [1999]. *¿Por qué el psicoanálisis?* (Buenos Aires: Paidós, 2000).

(...) con el desarrollo de un enfoque liberal de los tratamientos, que somete la clínica a un criterio de rentabilidad, las tesis freudianas fueron juzgadas "ineficaces" en el plan terapéutico: la cura, se decía, era muy larga y muy costosa. Sin tener en cuenta que sus resultados no eran mensurables: cuando se interrogaba a un sujeto analizado, ¿éste no respondía, en general, que si bien había sido "transformado" por su experiencia, no podía por ello decirse "curado"?<sup>104</sup>

A lo anterior se articula un detalle que no se debe pasar por alto: desde el título del Manual se lee a claras la palabra *disorders*, *desorden*, para la versión inglesa y *trastorno* para la versión hispana. Se hace necesario realizar un sucinto análisis de la etimología de esta última palabra, antes de analizar lo planteado por Braunstein al respecto. Según la Real Academia de la Lengua Española, *trans*, proviene del Latín *trans*, que significa “al otro lado”, “a través de” (...). Puede alternar con la forma *tras*<sup>105</sup>; por su parte, *torno*, según la RAE, proviene del latín *tornus*, y del griego *giro*, *vuelta*. No es gratuito, como ya se verá, que se emplee la acepción *trastorno*. Teniendo en cuenta la raíz etimológica de la palabra, el hecho de que alguien esté trastornado implica, por un lado, que está al otro lado del orden o de la norma. Y, por su parte, *torno* podría aludir, por un lado, a eso que está a la vuelta, detrás de, o que ha dado un giro hacia “el otro lado”, pero también a aquello que debe *tornare*, volver hacia el lado de acá, el del orden establecido. Así las cosas, advirtiendo las alternativas significantes “*trastornado*”, puede estar haciendo referencia a aquello que está alejado de la norma o que ha dado un giro al *desorden*, que no es el orden establecido, y que, por consiguiente, debe ser re-*tornado*, hacia el estado o lado de la escala del *ordenamiento* reconocido.

Pero entonces, ¿por qué el DSM no utiliza la acepción “*enfermedad*”? En el texto “Comparación de los sistemas de clasificación de los trastornos mentales: CIE -10 y DSM –IV”, como su nombre lo indica, se analizan las diferencias entre uno y otro sistema clasificatorio, pero lo que llama la atención es un apartado en el cual se menciona:

El término “trastorno” se usa a lo largo de la clasificación para evitar los problemas que plantea el utilizar otros conceptos tales como “enfermedad” o “padecimiento”. Se usa para señalar la presencia de un comportamiento o de un grupo de síntomas identificables en la práctica clínica, que en la mayoría de los casos se acompañan de malestar o interfieren con la actividad del individuo.<sup>106</sup>

Lo anterior permite comprender que la utilización del término trastorno solucionaría los impases que acarrea el uso del concepto enfermedad dado que, por una parte, trastorno aduce, como ya se dijo, a la categorización de un fenómeno que se encuentra del otro lado del ordenamiento establecido y que, por tanto, no giraría en torno a dicha norma –, como se dijo antes- y, por otra parte, hace referencia a los cambios perceptibles, a los síntomas en sentido médico del término, a los fenómenos fuera de la norma. Según Braunstein: “El texto admite de modo oficial que la CIE-10 recurre al término trastorno para evitar los espinosos problemas que se plantean al utilizar otros conceptos como enfermedad o padecimiento”<sup>107</sup>.

La connotación de enfermedad necesariamente tendría que hacer referencia a la causa, es decir de los cambios a nivel anatomopatológico y a las alteraciones funcionales que explicarían un conjunto de síntomas, pero para el caso de aquellas manifestaciones que no encuentran un

<sup>104</sup> Op. cit., p. 41.

<sup>105</sup> Real Academia Española. (s.f).

<sup>106</sup> Organización Mundial de la Salud, “*CIE 10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico*”, [1992], (Madrid: MEDITOR, 1992), pp. 25-26.

<sup>107</sup> Néstor Braunstein. *Clasificar en psiquiatría*. Op. cit., p. 70.

asidero en la alteración de la estructura orgánica o en la disfunción fisiológica, es decir para aquellas manifestaciones que constituyen el campo de la enfermedad mental surgen los interrogantes acerca de lo mental: ¿enfermo de qué? No es fácil decir “enfermedad mental”, más aún cuando no se tiene una clara concepción de qué es lo mental; por alguna razón las cosas se facilitan en el campo de la psiquiatría cuando se admite y se defiende la idea de que el asiento de la mente es el cerebro. De hecho, como critica Braunstein, ni siquiera el texto editado por la Universidad de Oxford, el *Oxford Companion to the Mind*, logra emitir una concepción claramente definida de lo que es la mente, todo lo cual aumenta la dificultad de discernir lo que sería una enfermedad mental.

Si se hace una mirada retrospectiva sobre el concepto mente, se encontrará que lleva el lastre de la dicotomía mente–cuerpo y, con ella, la vieja discusión que propusieron los filósofos griegos sobre el abstracto concepto de *alma*, con el cual se trata de comprender la complejidad del acaecer humano, o de *psyché*, que explicaría el elemento humano que no pertenece al orden de lo corporal de acuerdo con el dualismo cartesiano. Otro es el terreno del término comportamiento, en cuyo caso estamos en el campo de la psicología conductual, con el cual se abandona toda discusión acerca de la vida anímica... Con lo anterior, se puede entrever la dificultad que encierra el uso de la acepción enfermedad mental, que implica pensar la relación mente–cuerpo, o sencillamente, la vida anímica, impanse que el DSM soluciona al hablar de *trans-torno*, lo fuera de la norma.

Ya Freud, en su texto “*Tratamiento psíquico del alma*”, denunciaba el abandono por parte de la medicina del estudio del concepto de alma, para interesarse en el cuerpo, lo que a su vez sería entendido a través de los aportes de la física y la química. En ese orden de ideas, al alma como algo intangible, no objetivo, no le quedó más salida que la de ser un campo de estudio estrictamente filosófico. Por supuesto que la medicina se permitió estudiar la relación mente–cuerpo, pero supeditando las cuestiones de lo *mental* al funcionamiento estrictamente cerebral.

La relación entre lo corporal y lo anímico (en el animal tanto como en el hombre) es de acción recíproca; pero en el pasado el otro costado de esta relación, la acción de lo anímico sobre el cuerpo, halló poco favor a los ojos de los médicos. Parecieron temer que si concedían cierta autonomía a la vida anímica, dejarían de pisar el seguro terreno de la ciencia.<sup>108</sup>

Si Freud menciona que en el pasado se menospreciaba el efecto de lo anímico sobre lo corporal, bien cabe pensar que también en el presente, incluso en el futuro; se desconoce esta causalidad sostenida en lo anímico, en lo psíquico, este poder de afectación de lo corporal por lo psíquico, dado que el mecanismo de esa “transferencia” se desconoce. Pero, más allá, se rechaza la causalidad psíquica porque escapa a los criterios de la objetividad científica, de medir, cuantificar y verificar.

En la historia del DSM resulta llamativa la aparición de su tercera edición, dado que marca un viraje sustancial en lo que respecta a las anteriores versiones y, en general, señala una más clara ruptura con la vieja psiquiatría clásica. La construcción de esta edición fue encabezada por el Doctor Spitzer y su grupo de colaboradores de la Universidad de Washington, quienes:

...se propusieron construir un manual que zanjara las diferencias teóricas que restaban fiabilidad al diagnóstico, es decir que al observar una serie de casos, los psiquiatras concordaran que se trataba por ejemplo de una esquizofrenia, y no vacilaran entre si era una paranoia, u otra psicosis, o bien una disociación histérica. Para ello propusieron el

---

<sup>108</sup> Sigmund Freud, “Tratamiento psíquico del alma” [1890], en *Sigmund Freud Obras Completas. I. Publicaciones prespicoanalíticas y manuscritos inéditos en vida de Freud*, (Buenos Aires: Amorrortu, 1980), p. 31.

manual como “ateórico” es decir que le sustrajeron al diagnóstico el componente psicopatológico que implica la referencia a la etiología. Consecuencia de este movimiento desaparecieron la psicosis y la neurosis como categorías y todas las formas clínicas que se habían construido durante dos siglos devinieron trastornos.<sup>109</sup>

Bajo esta lógica quedaron supuestamente subsanados todos los inconvenientes que se presentan a la hora de esclarecer un determinado tipo diagnóstico. A su vez, dicha falta de teoría del Manual señala la *incidencia del discurso capitalista en la clasificación actual y sus efectos*, los cuales se traducen en un rechazo de todo saber. Con esta edición del DSM, el saber psiquiátrico queda anulado para erigir en su lugar un índice, un determinado número de trastornos en los cuales se encasilla a los individuos de la sociedad, apartando cualquier explicación que remita a la causa de la enfermedad, pues de esta no se quiere saber nada, ni siquiera en términos de algún tipo de determinismo lo cual, por lo demás, es no querer saber del sujeto. Hoyos, con respecto a la eliminación de la referencia a la causa, menciona el carácter ateórico del Manual y advierte lo siguiente: al

El DSM-III de 1980 surge como una revolución en el campo de la psiquiatría lo cual puede recogerse en la expresión de un reconocido psiquiatra norteamericano Jerrold Maxmen quien afirma “La vieja psiquiatría se deriva de la teoría, la nueva de los hechos” señalando así como lo que primará de ahí en más, será lo fenomenológico en desmedro de la amplia tradición de la clínica clásica.<sup>110</sup>

Es así como puede entenderse la expresión que se propone para titular este apartado: *El olvido de la psiquiatría clásica*, pues fueron los aportes de la clínica psiquiátrica los que se olvidaron con la emergencia de un sistema de clasificación en el que lo fenomenológico entendido como trastorno se privilegia en desmedro de la teoría que intentó plantear un saber alrededor de la locura, más allá de una simple clasificación sin fundamentación teórica. Es plausible incluso decir que el cinismo del saber propio del discurso capitalista<sup>111</sup> permea a esta psiquiatría contemporánea, pues sin ningún reparo aparece publicado en el prólogo de este Manual lo siguiente: “Al margen de las reservas que merezca la obra, su mérito está en dar respuestas a aspectos técnicos necesitados de generalización internacional, como lo demuestran sus aportaciones a la CIE de la OMS”<sup>112</sup>. De lo traído a colación, se puede decir que la cuestión no está en los vacíos que pueda contener la obra, cosa que podría admitirse con el ánimo de proseguir la investigación, lo que verdaderamente se propone el Manual es brindar a los profesionales del ejercicio diagnóstico una herramienta que les indique cómo proceder ante la presencia de un número determinado de cuadros sintomáticos: qué hacer y cómo proceder con menor gasto de recursos, con eficiencia, con prontitud, por lo cual también desde esta perspectiva el quehacer del psiquiatra se emparenta con el discurso de esta época, en el cual cobran relevancia el tiempo y la economía.

Tanto para la tercera (III) como para la cuarta (IV) edición del DSM, se plantearon ejes multiaxiales que permitieran tener una “visión holística” del paciente en aras de diagnosticarlo con algún trastorno mental; así, bajo la égida del determinismo científico, se asegura el Manual de garantizar un diagnóstico certero y veraz. Finalmente, luego de establecer el diagnóstico, el médico tendrá que emitir un concepto referido a *la escala global del paciente*, en la que se determina su nivel de funcionalidad dentro del ordenamiento social, esto es: si puede trabajar, si puede establecer relaciones interpersonales, si su lenguaje está organizado, si presenta o no pensamientos o ideas distorsionadas, etc.

<sup>109</sup> Julio Hoyos, “Exclusión del sujeto y fragmentación de la clínica”, (inédito), p. 3.

<sup>110</sup> *Ibíd.*, p. 2.

<sup>112</sup> American Psychiatric Association, “*Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM III)*” [1975], (Washington: American Psychiatric Association, 1980), p. 6-7.

Un punto relevante y que capta la atención en lo que a este nivel de evaluación respecta, es la importancia que cobra la evaluación de la alteración en la actividad laboral y social, evaluación que el Manual enfatiza: la alteración “sólo debe ser cumplimentada en relación a la actividad psicosocial, social y laboral”<sup>113</sup>. Este asunto es fundamental; se entiende que cobre relevancia en el contexto del discurso actual, en donde el *individuo* debe ser productivo para la sociedad. Aquí, en este momento de la evaluación, a manera del sistema de *puntos por todo* de los sistemas de mercado, se nota cómo la clínica también ha sido tocada por dicha dinámica; así, se tiene una escala de diez (10) niveles, cada uno de los cuales mide características de la vida cotidiana y de actividad del paciente en función de su utilidad al servicio del discurso capitalista. Así, logra verse una vez más la apuesta por la normalización del loco; en la medida en que logre la puntuación esperada en cada una de las escalas a medir, el loco se acerca cada vez más a la normalización. La escala psicosocial y laboral son indicadores del comportamiento normal, al señalar así la capacidad de producción y de consumo que tiene un ser humano dentro de la sociedad.

Es pertinente detenerse en algunos aspectos de la última versión del DSM ya que allí se pueden ver de manera inequívoca los efectos del discurso contemporáneo en la comprensión y abordaje de la locura. El DSM V propone los criterios que permitirían la labor diagnóstica de un trastorno mental basada en la evidencia: “factores validantes de los antecedentes (marcadores genéticos similares, rasgos familiares, temperamento y exposición al entorno), factores validantes simultáneos (sustratos neurales similares, biomarcadores, procesamiento emocional y cognitivo, y similitud de síntomas), y factores validantes predictivos (curso clínico y respuesta al tratamiento similares)”<sup>114</sup>.

Estos factores pueden reducirse a lo *biológico*: los antecedentes remiten a la genética; lo familiar pasa también por los determinantes genéticos; los llamados factores simultáneos son explícitamente de cuño biológico y son mucho más explícitos: aspectos neuronales, y lo llamado componente emocional y cognitivo en todo caso encuentran su sustento en una teoría cuya lógica es la de la determinación biológica. Finalmente, los factores predictivos también pasan por la lógica, pues el curso clínico y la respuesta al tratamiento se evalúan en términos de reacciones frente al tratamiento farmacológico.

Remitiéndonos a Braunstein, con el diagnóstico tipo DSM se trata de una cuestión de evidencia que desconoce lo que está verdaderamente en juego que es el sujeto, la respuesta del sujeto ante un acontecimiento mediante dificultades en distintos órdenes de su existencia, de las que lo que menos interesa es si eso es o no compartido con otros pues, en todo caso, es su singularidad, y no la norma estadística. Al respecto, dice Braunstein:

La utilización del modelo estadístico en psicología pone en claro que se parte de evidencias, con todo lo que implica de reconocimiento/desconocimiento. El hecho de aceptar que la conducta es un fenómeno estadístico es la declaración del desconocimiento de la estructura que la determina. Desconocimiento del proceso de sujetación, del aparato psíquico y del conflicto que puede estar determinando esa conducta con todas sus características y apariencias.<sup>115</sup>

Otro aspecto más que llama la atención en el DSM V, es la introducción del término *espectro* con respecto a ciertos estados psicóticos. Así, se introduce un capítulo titulado “Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos”, *Espectro*. Dado que se trata de una novedad, me pregunto, ¿qué es espectro? Para la RAE hay varias acepciones: una, más general, la de

<sup>113</sup> American Psychiatric Association, “*Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM III)*” [1994], (Washington: American Psychiatric Association, 1994), p. 39.

<sup>114</sup> *Ibíd.*

<sup>115</sup> Néstor Braunstein, *Clasificar en psiquiatría*. Op. cit., p. 175.

*Fantasma, Imagen de una persona muerta*); otra, que se aplica en medicina: *Conjunto de las especies microbianas contra las que es activo un antibiótico*, lo que sugiere la invasión del cuerpo por un agente dañino extraño que altera su funcionamiento y remite a la efectividad del fármaco. Revisando otras definiciones en el argot popular, espectro hace referencia a: “persona que se halla en estado extremo de decadencia”; figura irreal, generalmente horrible; según el *Oxford Dictionaries*; imagen o aparición –según la acepción anterior - siglo XVII- que alude al sentido de “mirar”<sup>116</sup>.

Quisiera detenerme un momento en esta aclaración del *Oxford* y en la primera acepción dada por la RAE. Amabas coinciden en el significado de espectro en términos de lo fantasmal, del orden de una aparición y, entonces, del orden de lo ominoso. Me interesa sustancialmente este punto porque se relaciona directamente con lo que he venido trabajando a lo largo de este documento: la locura como enigma que, por enigmática puede ser ominosa. Siguiendo el recorrido de Freud por la palabra *ominoso*, se encuentra que en diversas lenguas se hallan varias acepciones de ominoso que hacen referencia a algo del orden de lo terrorífico, siniestro, lúgubre, silencioso, demoníaco, sospechoso, horrendo, etc.; al mismo tiempo, lo ominoso (*Unheimliche*), parece tener una derivación de la palabra *Heimliche* (familiar), cuya diferencia estriba en el prefijo *Un* que se le antepone a *Heimliche*. Siendo así las cosas, Freud deduce hábilmente que lo ominoso deriva de lo familiar, de algo cercano y de alguna u otra forma conocido, concepción esta que dista de nociones previas que piensan lo ominoso como producto de un elemento novedoso o desconocido. Todo esto nos remite nuevamente a lo ominoso como aquello que genera angustia por que falta la falta, angustia en tanto se enfrenta con lo único que puede angustiar, algo del orden de lo real para el sujeto.

¿A qué viene todo esto? Es un hecho que la locura es *ominosa* porque nos enfrenta con algo del orden de una fractura de la imagen de completud, imagen que es la de la buena forma, de la que no se esperan ni los gestos, ni los actos fuera de la norma, que son los del loco, y que, en ese sentido, nos enfrenta con el retorno de un real insoportable que creíamos resuelto mediante la construcción de la imagen narcisista. La fragmentación imaginaria con la que el loco nos confronta está estructuralmente relacionada con la sin-razón, el sin-sentido, lo sórdido, lo in-mundo; la imagen del loco evoca desorden, dis-armonía, allí donde se espera completud y armonía. El loco alude a otro orden estético que no es el de la armonía de las dimensiones sino el de lo disarmónico que va en contra vía de la valoración de la buena forma, del orden, de la norma propio de muchos discursos entre ellos el médico y el religioso. En este orden de ideas se entiende el valor adjudicado al orden de lo visible de la presentación del loco en su imagen y en su discurso. Sus formas de presentación se convierten en *evidencias* y, por consiguiente, dichas características formarán parte de un saber orientado por una práctica de identificación de signos-clasificación-tratamiento.

En todos los años que han transcurrido desde la primera versión del DSM hasta la quinta, publicada en el 2013, se aprecia un sinnúmero de códigos y el surgimiento de nuevas categorías diagnósticas, lo que deja entrever el recurso a la clasificación sostenida en variaciones de presentación y de comportamiento de los sujetos, como si el saber se midiera por la capacidad clasificatoria. El asunto en juego aquí es el elemento que ordena la clasificación, que le otorga validez, cuya ausencia se echa de menos. Retomo aquí unas líneas de Jorge Luis Borges, que Braunstein retoma en *Clasificar la psiquiatría*:

...las remotas páginas de cierta enciclopedia china de conocimientos benévolos (donde está escrito que los animales se dividen en *a*) pertenecientes al emperador, *b*) embalsamados, *c*) amaestrados, *d*) lechones, *e*) sirenas, *f*) fabulosos, *g*) perros sueltos, *h*)

---

<sup>116</sup> Early 17th century (in the sense 'spectre'): from [Latin](#), literally 'image, apparition', from *specere* 'to look'.

incluidos en esta clasificación, *i*) que se agitan como locos, *j*) innumerables, *k*) dibujados con un pincel finísimo de pelo de camello, *l*) etcétera, *m*) que acaban de romper el jarrón, *n*) que de lejos parecen moscas.<sup>117</sup>

Esta pretensión de obtener un saber ilusoriamente totalizante, ha llevado al Otro de la ciencia médica a pensar, repensar y reformular una y otra vez nuevos criterios nosológicos, en particular, en lo que a la psicosis se refiere.

Mientras que en la superficie cambian los nombres de las enfermedades, su lugar, sus divisiones y sus articulaciones, un poco más profundamente, en una especie de penumbra conceptual, se mantienen algunas formas masivas, poco numerosas pero de gran extensión, y a cada instante su presencia obstinada hace vana la actividad de clasificación.<sup>118</sup>

En concordancia con lo expuesto por Foucault se puede reafirmar que, en efecto, todos los esfuerzos de clasificación carecen de un fundamento conceptual sustentado en una perspectiva teórica determinada. Como se mencionó en líneas anteriores, se aprecia en las distintas versiones del DSM un vasto número de códigos de enfermedades mentales pero, sin embargo, no se cuenta con una fundamentación teórico conceptual que los sustente; lo que sí se logra entender es que códigos y trastornos derivan de un constructo obtenido a partir de la clasificación de las alteraciones mentales, comportamentales y fisiológicas de un individuo, que bajo ninguna circunstancia recubren la experiencia del sujeto.

Por otra parte, que el discurso contemporáneo ha incidido en muchos aspectos de la vida humana actual es algo que en relación con lo que nos ocupa tiene consecuencias mayores. Me refiero a los efectos de los avances de la industria farmacológica en la consideración de la locura. Quizás de todas las versiones del DSM que existen hasta la fecha, la última edición, el DSM-V es el que nos muestra más claramente los efectos de dicho discurso en la medida en que, como ha sido ampliamente denunciado, es la industria farmacológica y sus rendimientos económicos lo que está en juego:

En la discusión del nuevo DSM-5 se pusieron en evidencia las maniobras de los laboratorios para aumentar la “cobertura” engrosando la cantidad de diagnósticos y bajando los umbrales. El escándalo público desencadenado por los rumores consiguió que se anulasen categorías que ya estaban decididas como la de “riesgo de psicosis” que hubiera permitido tratar con (peligrosos) neurolépticos a decenas de miles de jóvenes cuando no niños y adultos que recibiesen ese diagnóstico (...) La elaboración del código ha tomado como prioridad lo que conviene a los miembros de la corporación y el dispositivo psi, incluyendo a las industrias que subvencionan la investigación.<sup>119</sup>

En este sentido, el DSM, desde su tercera edición, sería un acto de cinismo, en tanto que ni siquiera se preocupa por ocultar sus intenciones, las cuales no son vacíos de saber que pudieran resolverse por la vía simbólica de la construcción de saber. Las vastas categorías, el sinnúmero de síntomas, el surgimiento de nuevas categorías y el tratamiento soportado en la farmacología, serían entonces la apuesta por la creación de un texto ya no concebido por el saber psiquiátrico, ni siquiera para fundamentar una praxis clínica, sino para soportar los intereses del mercado.

---

<sup>117</sup> Néstor Braunstein, *Clasificar en psiquiatría*. Op. cit., p.11.

<sup>118</sup> Michel Foucault, “La historia de la locura en la época clásica” [1961], (México: Siglo XXI, 1993). p. 26.

<sup>119</sup> Néstor Braunstein. *Clasificar en psiquiatría*. Op. cit., pp. 108-109.

## 2.3 De la locura en el contexto de la industria farmacéutica y de la psiquiatría al servicio del mercado

(...) la psiquiatría vuelve a entrar en la medicina general sobre la base de esto, que la propia medicina general entra enteramente en el dinamismo farmacéutico. Evidentemente, ahí se producen cosas nuevas: se obnubila, se tempera, se interfiere o modifica... Pero no se sabe para nada lo que se modifica, ni, por otra parte, a dónde llegarán esas modificaciones, ni siquiera el sentido que tienen; puesto que se trata de sentido.<sup>120</sup>

Se podría considerar que Lacan lo deja más que expreso. La psiquiatría vuelve nuevamente al campo de la medicina gracias a la farmacología, lo que va a tener una incidencia fundamental en su práctica: ya no se escucha al paciente, se le observa quizás, pero en concordancia con un cuadro sintomático previamente establecido en el cual el síntoma es el signo o la señal de la presencia de un agente mórbido determinado, que dará lugar a una enfermedad que deberá ser tratada por el fármaco adecuado para su control y/o eliminación. De hecho, el fármaco tiene sus efectos sobre el **organismo**, pero la cuestión para el médico psiquiatra, es que de ellos no sabe nada, no sabe qué se modifica, ni el sentido de esas modificaciones. El hecho de que se eliminen, por ejemplo, las alucinaciones o el delirio, es señal de la efectividad del fármaco, pero ¿cómo actuó o sobre qué? No se sabe. ¿Cuáles son los efectos de esa modificación? Para el psiquiatra simplemente se eliminó el delirio, pero sobre los efectos de esa modificación en el sujeto, tampoco quiere saber. Mejor dicho, del sujeto no quiere saber.

Esta circunstancia sostenida en el avance de la tecnociencia, ha modificado de manera profunda la práctica médica, y esta modificación no es ajena a los imperativos de la época contemporánea. Así, si la farmacología toma importancia capital dentro de la praxis clínica y por supuesto la clínica psiquiátrica, es porque actúa sobre el cuerpo, pero no cualquier cuerpo: un “cuerpo-máquina”. Para sustentar este punto, se retoman las elaboraciones de Pommier sobre el cuerpo. Dice el autor que antes del siglo de las luces el cuerpo era algo místico, inmerso en un discurso propiamente religioso: un cuerpo otorgado por un Dios supremo al que se elevaba la mirada a los cielos rogando por su clemencia y por la esperanza en una vida eterna. En esas épocas, el cuerpo era habitado, encarnado, se cargaba con el peso de la divinidad, siempre aguardando la llegada de la hora eterna. Pero con el advenimiento de la ciencia, se desvaneció ese Dios protector y esperanzador y el cuerpo pasó a ser una máquina que responde a los imperativos de la ciencia que exigen gozar.

Solamente es preciso que seas tu cuerpo, aunque éste sufra. ¡Tu pensamiento no importa: goza! Cuando los Ideales tradicionales se desmoronan, el propio cuerpo se vuelve el ideal, el cuerpo mezclado con todas las salsas –genética, neuronal, hormonal– se vuelve causa de él mismo, *causa sui*, en nombre de la religión neurofisiológica<sup>121</sup>

Ahora ya no se sabe qué hacer con el cuerpo, se le ha entregado por completo a la ciencia y ella pide que sea solo cuerpo con todo y las cargas que implique. Por su parte, el médico conoce el cuerpo y sabe de órganos, partes conectadas, hormonas, enzimas, neuronas, de todo un complejo engranaje que explica sin mayor argumentación los sufrimientos de un cuerpo que ha sido

<sup>120</sup> Jacques Lacan, *Breve discurso a los psiquiatras*, Op. cit., p. 7.

<sup>121</sup> Gerard Pommier, Op. cit., p. 57.

despojado de lo humano. Por poseer al cuerpo, la medicina posee también el armamento para re-armarlo, equilibrarlo, acomodarlo, recuperarlo, gracias la farmacología. Así, la medicina posee un cuerpo que el mismo hombre le ha regalado y sobre el cual el médico tiene el poder para regirlo cual de un predio se tratase.

Una de las modificaciones más ostensibles del cuerpo en la contemporaneidad es que no está atado a ningún ideal simbólico, ni a las prohibiciones, las exigencias o la diferencia sexual; a cambio, el cuerpo lo es todo, aporta la ilusión de completud. En ese orden de ideas, para el médico se trata de tener un cuerpo sin fisuras, un cuerpo puro o casi angelical, una forma perfecta, ideal, por la cual la ciencia tiene que velar. Desde ese punto de vista se entiende que el cuerpo del loco, con esas formas extrañas que hacen de él algo impuro, debe ser exorcizado, regulado mediante el fármaco de todos sus síntomas: el delirio, la alucinación, la catatonia, la dismorfidad; todo ello debe ser suprimido, pues es señal de un cuerpo diabólico en el sentido religioso, o de un cuerpo irrisorio e irracional en el sentido científico, y debe ser angelizado hasta tal punto de alcanzar una forma ideal establecida por la ciencia en su versión de creencia religiosa.

Lo anterior permite plantear que la psiquiatría cobra una importancia capital, incluso cobra seriedad en el campo de la medicina en el momento en que se articula con la dinámica farmacéutica. Si esto es así, es preciso remitirse a los orígenes de ese movimiento y desde allí sugerir la siguiente pregunta: ¿en qué momento surge la farmacéutica e invade el campo médico? Quizás este sea un punto clave para otra investigación, pero en cuanto a lo que aquí se trata, es necesario revisar en qué momento entra en escena esa alianza entre la farmacología y medicina, y sus efectos. En su libro *Clasificar en psiquiatría*, Braunstein dedica un apartado que trata sobre la *Medicalización de la vida y la cultura*; allí se encuentra que eso que se llama medicalización es una *modalidad discursiva* que comenzó a mediados del siglo XIX, y que se decretó como una política de los estados en el año de 1942 con la nacionalización de la medicina en Inglaterra, y que en todo Occidente dio lugar a la constitución de lo que se conoce como “*instituto de seguro social*” que, por consiguiente, ha tenido una gran avanzada hasta el siglo XXI<sup>122</sup>.

Leyendo a Foucault se puede notar que todo el sistema actual de salud viene de un modelo inglés que se perpetuó desde la Revolución Industrial, que requería un sistema médico que garantizara la asistencia al pobre en aras de su productividad y que, a su vez, controlara la salud de la fuerza laboral, además de tener un control general de la salud de la población. Todo esto facilitó la instauración de tres sistemas médicos que se articulan entre sí: uno dedicado a la asistencia médica del pobre; otro dedicado a la administración pública, y con ello al control de enfermedades en general; y uno que se ha hecho más fuerte en los últimos años, un sistema de salud exclusivo para clases privilegiadas que puedan pagarlo.

Este movimiento discursivo, según Braunstein, ha impuesto una dinámica del manejo y el control del cuerpo por parte de los sectores público y privado (el Estado y las organizaciones dedicadas al sector salud) en virtud de la cual el cuerpo pasa a ser un predio, un objeto de regularización, y el fármaco prescrito tiene que cumplir una importante función: normalizar o regular la anomalía o disfunción. Así la psiquiatría, en el ámbito de lo que se conoce como salud mental, toma un papel importante pues, apoyado hoy en día por el DSM, diagnóstica y prescribe el fármaco para tratar. Esta labor es particular y exclusiva del psiquiatra, y, en relación con los otros profesionales de la llamada salud mental, la psicología, por ejemplo, tiene el papel de remitir.

Resulta sumamente interesante encontrar con Braunstein que la medicalización va más allá del campo médico, y que es prácticamente una política a nivel global, pues en el ámbito público

---

<sup>122</sup> Néstor Braunstein, *Clasificar en psiquiatría*, Op. cit., p. 33.

todo lo que concierne a la administración para el tratamiento del medio ambiente, las instituciones educativas, las empresas privadas, las prisiones, y en general, toda institución, requiere de un parte médico. El médico debe diagnosticar todo lo que implique una disfunción o alteración orgánica, entonces observará la institución familiar, la organización empresarial, el colegio, las cárceles, etc., y de su labor se desprenderá el establecimiento de hospitales para todo (para enfermos de VIH, cáncer, autismo, etc., entre ellos, los hospitales para enfermos mentales). Con la instauración de dichos centros médicos se puede regular y controlar la administración del fármaco y, con ello, la medicalización de la vida. “Con la medicalización cambia el estatuto médico que se transforma en *autoridad política*, en consejero indispensable de la polis”<sup>123</sup>; el médico es el garante de la normalidad y del control de la población, por eso es indispensable en la sociedad actual. La medicina ha instituido todo un discurso de la normalización y de las prácticas que promueven la normalidad y el control mediante el uso del fármaco, con el fin de obtener así un individuo normal, angelical, en últimas, un organismo normalizado.

Las elucubraciones que ofrece Braunstein sobre la medicalización llegan hasta el punto de formular que esta avanzada es fruto del progreso del saber científico, en este caso, del saber médico; de un progreso que ha llegado hasta el control de la carne, como diría Foucault, y que allí, emparentado con el discurso capitalista, hace una transacción sumamente interesante: saber y técnica de control. Esta alianza estratégica entre la medicina y las industrias farmacéuticas proveen el arsenal para cumplir los objetivos del saber científico, médico en particular: el control de la vida humana. “La medicalización es un arma poderosa que funciona al servicio de un discurso, el de los mercados, y ordena la sumisión en nombre de valores sacrosantos: la salud, la larga vida y la ciencia”<sup>124</sup>. En efecto, la medicalización al trabajar en pro de la normalidad, favorece el consumo de objetos, y de entrada lo hace pues con la misma ingesta de fármacos para todo se entra en la práctica consumista, al tiempo que propende por el sostenimiento de consignas propias del discurso actual: la salud, la perfección del cuerpo, la prolongación de la existencia, todo ello en el marco de la veneración de la ciencia. ¿Quién refuta sus avances?

(...) el capitalismo, que se desenvuelve a fines del siglo XVIII y comienzos del XIX, socializó un primer objeto, que fue el cuerpo, en función de la fuerza productiva, de la fuerza laboral. El control de la sociedad sobre los individuos no se opera simplemente por la conciencia o por la ideología sino que se ejerce en el cuerpo, con el cuerpo. Para la sociedad capitalista lo importante era lo biológico, lo somático, lo corporal antes que nada. El cuerpo es una realidad biopolítica; la medicina es una estrategia biopolítica.<sup>125</sup>

Esta fuerte crítica que expone Foucault sobre los efectos del capitalismo en el ámbito de la salud de la población, permite elucidar la relación entre la medicina y la oferta de objetos para el consumo, para cuya producción se requiere de mano de obra capacitada y “en forma”, de allí que se le endilgue a la clínica la labor de regularizar el cuerpo, para proveer a la sociedad mano de obra realmente productiva. Se comprende entonces la sentencia foucaultiana de que la medicina es una estrategia biopolítica la cual, según Braunstein, es efecto de los avances acelerados de la ciencia, pues la medicina es la ficha angular que asegura por un lado, el control del organismo y, por otro, la vigilancia a través de medidas policivas (ejercidas por médicos, familiares e instituciones educativas y empresariales) que garantizan el sometimiento de las poblaciones a todas las prácticas de control.

No obstante, es importante hacer un alto en el camino para aclarar lo siguiente: aunque se comparte tanto con Foucault como con Braunstein el análisis de lo que ha sido la medicina, no

<sup>123</sup> *Ibíd.*, p.34.

<sup>124</sup> *Ibíd.*, p. 36.

<sup>125</sup> Michel Foucault, “Historia de la medicalización” [1974], *Educación Médica y Salud*, 1977, 11(1), p. 5.

se trata de ir lanza en ristre contra ella, sino de plantear una crítica encaminada a los efectos de su práctica y de la medicalización, efectos devastadores que tienen en la mira el control del cuerpo en aras de prolongar a toda costa su existencia, la prevención de las enfermedades, lo cual no quita que pongan otras a existir, todo en nombre de una apuesta global que propende por la normalización y regularización de los individuos, negando lo que es inherente al propio ser humano: sus pulsiones, sus desvíos, sus inconsistencias. Muy de la mano de la sentencia nietzcheniana, se trata de una apuesta que impone una “moral” que va en contravía de toda la “naturaleza” humana.

Así, la clasificación, “(...) bajo la máscara de ocuparse de los “trastornos de la vida mental”, oculta una distribución de los sujetos humanos en categorías psicopatológicas y los hace clientes de prácticas y discursos de un control tutelar y disciplinario ejercido por el amo a través de la “ciencia del cuerpo”<sup>126</sup>. A su vez, esta clasificación es un efecto de segregación del anormal, del loco, del desviado de la norma, del no sujetado al Otro según las convenciones normalizadoras. Quizás esto era lo que denunciaba Lacan en su “*Breve discurso a los psiquiatras*”, que en el momento de aislar a los locos en los hospitales, de ver sus fenómenos como errores y de dárseles un tratamiento a partir del fármaco, se les empezó a segregar y a destinarlos, a título de masas anónimas, cada vez más, al encierro. Traigo en este punto a Askofaré<sup>127</sup> para dilucidar la cuestión de la clasificación como un fenómeno propio de los efectos de segregación. De entrada, este autor, retomando el trabajo de Lacan, afirma que el discurso de la ciencia se encuentra articulado con la práctica y los fenómenos de segregación. Él menciona que “el discurso de la ciencia y el sujeto moderno, que le es correlativo, inician una práctica –es decir un tratamiento de lo real por el simbólico- de la segregación”<sup>128</sup>.

Segregación no es igual a exclusión, pues desde el psicoanálisis queda claro que la exclusión no es la que viene de “afuera”, sino de “adentro”: es el sujeto que por elección subjetiva se ha excluido de un discurso imperante. Según Askofaré, la locura es una forma de exclusión, no porque sea excluida de la sociedad, sino porque el loco mismo ha quedado fuera del discurso, se ha des-identificado del mismo. Es lo que pasa con el loco en relación con el discurso capitalista. Tampoco la segregación puede ser entendida a partir de la noción del encierro en un determinado espacio, sino con base en una concepción de rechazo del sujeto, de la diferencia, de lo imposible, de lo real insoportable; y que se manifiesta en esos movimientos que aíslan o concentran masas de población. Es el escenario de “*las nuevas reparticiones interhumanas* que Lacan propone llamar el *efecto de la segregación*”<sup>129</sup>.

Franck Chaumon, por su parte, aporta una comprensión de la segregación desde dos posturas que se aproximan de manera innegable: la planteada por Foucault y la trazada por Lacan. Desde el primero se entiende la segregación como un efecto de la emergencia de la razón en el Siglo de las Luces. En consecuencia, el loco es segregado en tanto que es un individuo carente de razón; desde el segundo, la segregación es un resultado del discurso de la ciencia que impone la universalización de las masas; en todo caso, ambos autores plantean la segregación como un modo de tratamiento de los individuos en la época contemporánea.

En el movimiento psiquiátrico la segregación se hizo evidente con el encierro de los locos; allí, confinados en los centros de internamiento, fueron agrupados y sometidos a diversos tipos de tratamiento que propendían por el regreso de la razón o, en su defecto, simplemente, por el aislamiento.

---

<sup>126</sup> *Ibíd.*, pp. 41-42

<sup>127</sup> Sidi Askofaré, *clínica del sujeto y del lazo social*. Op. cit., p. 165.

<sup>128</sup> *Ibíd.*

<sup>129</sup> *Ibíd.*, p. 166.

Pero los movimientos propios del contexto contemporáneo dibujan otra modalidad de segregación. Hoy en día los centros de internamiento u hospitales mentales tienden a ser más escasos, pues el loco está cada vez más afuera, errante en las pequeñas, medianas y las grandes urbes. La lógica de este movimiento en torno a la locura descansa justamente en la articulación del discurso de la ciencia con el discurso capitalista. Según Chaumon, la segregación que se impone desde 1970 se define por:

[...] una nueva práctica discursiva. Su objeto es la fabricación (en términos de lenguaje) de nuevas posiciones subjetivas. No basta con decir que el discurso capitalista nos atrapa con la multiplicación de objetos *a* para hacernos entrar en la ronda infernal del goce imperativo, se trata de saber de qué manera, como sujetos, nosotros participamos en ello activamente. Este tiempo no es ya solamente el de la servidumbre voluntaria, sino el que fabrica subjetividades neoliberales.<sup>130</sup>

De lo anterior se desprende que la invitación al goce y la promesa de completud que oferta el discurso contemporáneo a los individuos, supone la *liberación* de las masas de todo ideal simbólico y, con ello, la emergencia de nuevas subjetividades, esas que se someten al discurso del mercado, que oferta objetos para responder al imperativo de gozar. En ese sentido, en el discurso actual ha erigido como una sentencia suprema *el todo vale*; no obstante ello, Chaumon nos señala que el Discurso actual no puede ser visto como una máquina *sobrenatural* que nos atrapa con la oferta de objetos, por el contrario, nos lleva a pensar que en tanto sujetos, también somos partícipes de ese movimiento, quizás, en la medida en que se han perdido los grandes ideales que previamente indicaban a cada cual qué era lo legítimo y qué no.

Así, bajo la figura de la economía neoliberal el discurso contemporáneo ha construido una nueva forma de segregación que sostiene la apuesta de la universalización del hombre. La locura en la contemporaneidad, puede ser vista como una paradoja: la de su negación y su reconocimiento al mismo tiempo. Bajo el amparo del derecho a una vida digna y sana, se reconocen a los enfermos para su normalización y allí, en dicho reconocimiento, se capta la negación de la locura. Para aclarar lo anterior, traigo a colación un ejemplo que propone Chaumon a propósito de la segregación contemporánea: “la ‘salud mental’ convertida recientemente en “un nuevo derecho del hombre” según la Unión Europea, abre el campo de la producción de un “sujeto nuevo”, aquel que debe, según la fórmula consagrada del neoliberalismo convertirse en “emprendedor de sí mismo”<sup>131</sup>. Agreguemos que esta nueva apuesta justifica la necesidad de cerrar los hospitales de salud mental y hacer de ellos unidades de servicio ambulatorio, lo cual ahorra costos al Estado, y también la decisión de adoptar los elementos necesarios para que el enfermo mental entre, mediante el trabajo, en la cadena de producción y de consumo.

Ahora bien, este movimiento no va sin los fenómenos de objeción, tal como puede entenderse a partir de la siguiente formulación tomada de Askofaré:

El discurso de la ciencia determina, diría yo, un proceso paradójico: de un lado, produce “un sujeto *puro de la ciencia*” que no existe en ninguna parte, y de otro, hace *ex-sistir* fuera de su dominio de definición como del universo de sus discursos, diferentes fenómenos que ponen de presente y sostienen la protesta lógica del sujeto hablante (...) que él mismo ha debido forcluir para constituirse. Es entre otros, alrededor de estos fenómenos que *objetan* el proceso de una *Un*-iversalización (...) y en el *Uno*-perialismo

<sup>130</sup> Frank Chaumon, “Segregación y discurso analítico”. *Desde el jardín de Freud*, 2013, 13, p. 172.

<sup>131</sup> *Ibíd.*, p. 175.

(...) de la ciencia, que va a constituirse en aislamientos, las concentraciones, las nuevas reparticiones interhumanas que Lacan propone llamar el efecto de segregación.<sup>132</sup>

Así queda expreso que el discurso de la ciencia ha puesto a existir a su propio sujeto, el sujeto de la ciencia, pero también distintos fenómenos, todos ellos indicadores de la “protesta lógica” y en la que se muestra el sujeto en sus relaciones con el Otro del lenguaje, el sujeto que habla, el que la misma ciencia ha forcluido en pro de su existencia. Estas protestas constituyen un rechazo de la universalización en cualquiera de sus formas, y habría que ver de qué manera ese rechazo se presenta en contra del imperio del *uno para todos* que pretende el DSM, cuyo objeto es el trastorno mental, no es el sujeto, al cual podemos aplicar la siguiente afirmación de Askofaré: que la ciencia, “para producir el conocimiento de sus objetos debe proceder por descomposición, disección, separación, reducción y *clasificación*; y para satisfacer a este método y al proyecto que de ella se sirve, ella no puede hacerlo de otra manera que objetivando a sus sujetos”<sup>133</sup>.

La revisión del DSM en cada una de sus versiones es ya una producción científica en la que se verifica la ausencia de un sujeto que puede tomar la palabra, que puede ser escuchado: el DSM como proyecto responde a la pretensión de la objetivación de los sujetos, y las patologías no son más que signos, señales que los identifican y que se ponen al servicio de una práctica segregativa: la universalización, cuyos efectos son el desvanecimiento o supresión del sujeto y la proliferación de objetos *a* que, para el caso serían los fármacos en el sentido del “matrimonio” que establecen con quien los consume.

---

<sup>132</sup> Sidi Askofaré, *Clínica del sujeto y del lazo social*, Op. cit., p. 166. El énfasis es mío.

<sup>133</sup> *Ibíd.*

### 3.CAPÍTULO. DE LA NORMALIZACIÓN DE LA LOCURA Y SU RETORNO

A decir verdad, lo que se capta del discurso contemporáneo es que ha impuesto una lógica racional que, soportada en la voluntad de poder y el dominio de las masas, ha forcluido al sujeto, lo que es posible verificar en lo que han venido haciendo con la locura los “discursos de la ciencia y capitalista”. La apuesta cada vez más fuerte por la normalización del loco es una evidencia indiscutible del rechazo del sujeto, de la singularidad y del reconocimiento de otras formas de existencia que no se encuentran emparentadas con la lógica de la contemporaneidad.

Ante este panorama, se considera lícito preguntarse por el lugar que ocupa la locura en este momento histórico que ha elevado al cenit el objeto *a*, prometiendo así el acceso al goce sin límite y, por ende, la completud del sujeto.

Con Foucault se conoce sobre la posición otorgada a la locura en diversos momentos históricos, que van desde la Antigüedad hasta la Modernidad. En las líneas por él trazadas se puede situar la locura en el lugar de la voz oracular en el poseso, y en las figuras que ponían en evidencia el desatino humano, el insensato y el enfermo mental; sin embargo, en la actualidad, la locura parece haber perdido todas esas formas, tanto así que el espacio designado para sus portadores - que otrora fueron las casas de internamiento, los hospitales “mentales” y los centros manicomiales- fueron desvaneciéndose hasta que se configuraron como escenarios que, a modo de sitios históricos, nos recuerdan todo lo que fue realizado en distintas épocas aras de garantizar su tratamiento.

Es cierto que en la contemporaneidad la pretensión del dominio de las masas, ha venido imponiendo unas técnicas de poder que propenden por el ejercicio de tal dominio; así, ya no solo medidas disciplinarias, legislativas, normativas entre otras, aseguran tal empresa, sino que el ascenso cada vez más fuerte de la industria farmacéutica se asegura el control y el dominio de las masas mediante lo que cabe denunciar, con Foucault, como *biopoder*. La invasión de la farmacología en el campo clínico ha contribuido de manera notable a la finalidad de la normalización de la locura. No se desconocen los efectos de las drogas psiquiátricas para la supresión de los delirios, las alucinaciones, los movimientos desorganizados e incontrolados del cuerpo que, a modo de signo para el médico, son señal de la locura. “Esta reducción del ser diciente al *bios* por vía del cálculo utilitarista es el ejercicio de una voluntad de poder donde la verdad queda reducida a la eficacia y en consecuencia el síntoma arrasado por el biopoder.”<sup>134</sup>

<sup>134</sup> Julio, Riveros. “Inconsciente y biopolítica”. Recuperado de <http://www.elsigma.com/filosofia/inconsciente-y-biopolitica/13030> Párrafo 5.

Si no se pueden tratar el delirio y la alucinación, sí se puede actuar sobre el organismo para eliminarlos, de tal forma que este se moldee a imagen y semejanza de lo “normal”, no en vano el accionar del fármaco que ejerce un poder o bien de transformación del organismo que conduce a un silenciamiento del cuerpo. Los fármacos no son solo para aliviar una dolencia, sino que se constituyen en la herramienta *per se* que permite tomar el control sobre el loco, el mismo control que el psiquiatra tenía en la institución asilar o médica a través de otras prácticas y que ahora marca el poder de dominación propio del discurso contemporáneo. Se entiende entonces que la supremacía del fármaco en el ámbito de los tratamientos en el campo clínico no se debe únicamente al poder de eliminación de síntomas que garantiza la normalización del enfermo, sino que lo que ha asegurado que sea el método de tratamiento por antonomasia, es que garantiza la inscripción del enfermo en un discurso que cuenta con la producción y el consumo de productos de la ciencia.

Para el caso que nos ocupa, el loco, del que se pensaría que cumplió en distintos momentos de la historia una función de talanquera para el discurso imperante, nos muestra de una manera significativa cómo, en la actualidad, ha entrado en el discurso contemporáneo pues se inscribe en él a través del consumo del fármaco y asume la nominación que asignada por aquél que encarna al Otro de la ciencia y el capitalismo; sin embargo, también es posible aducir que ingresa en el discurso en la medida en que su comportamiento va tomando el matiz de normalidad esperado.

Antes de avanzar, en este punto considero pertinente aclarar que, sin embargo, por definición, el loco es una barrera para el discurso contemporáneo. Lo es, no solo porque no puede responder a las demandas de normalización que él exige sino, también, porque la presencia de la locura recuerda a la humanidad su indefensión. Como bien lo reseñó Freud, el ser humano advierte que siempre se hallará en situación de desprotección ante aquello que desde el exterior no puede controlar, por ejemplo, las fuerzas de la naturaleza y las enfermedades: “la Naturaleza magna, cruel e inexorable, presenta una y otra vez a nuestros ojos nuestra debilidad y nuestra indefensión, a las que pretendíamos escapar por medio de la obra de la cultura”<sup>135</sup>. Por esto es posible concluir que el hombre, indudablemente, está en una continua búsqueda de protección. Freud nos enseña que una de las funciones de la cultura es la protección contra los peligros de la naturaleza.

En este orden de ideas es posible aducir que la locura es uno de los asuntos que por excelencia denuncia la debilidad humana y, por consiguiente, en tanto que la cultura se encuentra conformada en su mayoría por sujetos sometidos en general a la norma social, existe en todos una tendencia a protegerse situando el peligro en el otro, el loco, mientras que los estados y los gobiernos toman medidas como la expulsión (internamiento en hospitales psiquiátricos cerrados y alejados de las urbes) o el intento de transformación y cambio a través de tratamientos diseñados para “normalizar” al loco, tratando el peligro que pueden constituir los excesos de su locura. De allí podría entenderse entonces, la premura en la normalización.

Retomando la idea de la normalización de la locura, es preciso señalar un dato histórico mencionado por Foucault, que permitiría ver que en la actualidad, el loco en su aspecto y en su comportamiento parece ser tan semejante al otro, como se ha venido pretendiendo. Foucault señala que el problema histórico de la psiquiatría es el de la respuesta del loco, entendida esta como la oposición al saber psiquiátrico con pretensiones de verdad. El loco, entonces, pone en cuestión la verdad de ese saber mediante la misma locura que no se deja reducir. No es que el loco engañe al psiquiatra, es simplemente que el saber con pretensiones de verdad del psiquiatra no se sostiene, y las fallas en los procedimientos de curación así lo demuestran. En ese sentido es que Foucault señala:

---

<sup>135</sup> Sigmund, Freud. El porvenir de una ilusión, el malestar en la cultura y otras obras (1927-1931) (Buenos Aires: Amorrortu).

A grandes rasgos, la psiquiatría decía: contigo, que estás loco, no plantearé el problema de la verdad, pues yo misma la poseo en función de mi saber, a partir de mis categorías; y si tengo algún poder sobre ti, el loco, es porque poseo esa verdad. A lo cual la locura respondía: si pretendes tener de una vez por toda la verdad en función de un saber que ya está constituido, pues bien, yo voy a plantear en mí misma la mentira. Y por consiguiente, cuando manipules mis síntomas, cuando estés frente a lo que llamas enfermedad, te encontrarás en una trampa, porque en medio de mis síntomas habrá ese pequeño núcleo de noche, de mentira, a través del cual te plantearé la cuestión de la verdad. Por lo tanto, no te engañaré en el momento en que tu saber esté limitado, lo cual sería simulación lisa y llana<sup>136</sup>.

Dado lo anterior, se podría afirmar que la posición que ocupó la locura en tiempos de la psiquiatría clásica, es similar a la que Lacan reconoce que cumple la histérica en relación con el amo, a quien pone a trabajar para que produzca un saber... Lo imposible de la construcción de un saber sobre la locura, es lo que, según Foucault, el loco le echa en cara al psiquiatra, lo que por otra parte resulta análogo a la denuncia de la histérica sobre el saber del amo, denuncia que Lacan pone en estos términos: “El lenguaje no alcanza a dar la amplitud de lo que ella, como mujer, puede desplegar con respecto al goce”<sup>137</sup>, denuncia que se redobla si tenemos en cuenta que lo que la histérica quiere que se sepa es la clase de objeto, precioso, pero también inabarcable, que ella es en el contexto del discurso.

Lo anterior marca un desarrollo posible de esta investigación que dejo tan solo señalado. Por ahora, señalemos con el ánimo de insistir, que allí donde Foucault dice que el loco simulaba ante el psiquiatra de modo que cuestionaba su saber, lo que anuncia es una cuestión de fondo: que en sus síntomas persiste la presencia de un enigma..., “ese pequeño núcleo de noche”... que remite a la cuestión de una verdad que no se corresponde con el saber psiquiátrico.

Entre tanto, para el caso de la psiquiatría contemporánea, para la cual, a juzgar por el Sistema DSM, no es el saber lo que está en juego sino la demanda de normalidad, esto es, la normalización, la cuestión resulta análoga: por mucho que se demande a un individuo su normalización, ¿se logra? El problema hoy, en el contexto del discurso de la ciencia, radica en que esa normalización es un proceso facilitado con el uso del fármaco, sin embargo, al igual que otrora, sigue la locura planteando un enigma que, a diferencia de la época clásica, se acallará, no se intentará resolver, pues en la actualidad, la cuestión es de funcionalidad.

La cuestión del enigma, sin embargo, sigue presente en la actualidad en términos de que la locura sigue escapando a la pretensión de ser normalizada; si bien es cierto que, sobre su causa ya no se quiere saber, también lo es que la práctica clínica actual está encauzada hacia su regularización. Pese a la cada vez mayor sofisticación de los fármacos, no siempre se logra el cometido de la estabilización del loco, aún hay casos que se escapan a tal fin, y ello sería siendo evidencia de un enigma que persiste e insiste. Y de un sujeto que no se deja del todo acallar.

No obstante la tesis de Foucault de lo imposible de reducir la locura a saber psiquiátrico se puede sustentar que, en efecto, la lógica del *biopoder* sí ha alcanzado efectividad en la regulación de los cuerpos y que, incluso para el caso de la locura, se ha llegado a niveles significativos en los cuales el loco alcanza el comportamiento esperado como producto de los tratamientos aplicados. Es así como en la actualidad casi no se ven aquellos síntomas extravagantes que marcaron un hito en la historia de la clínica psiquiátrica. Sin embargo, no se

---

<sup>136</sup> Michel, Foucault, “El poder psiquiátrico” (1973-1974) (Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2007), p. 162-163.

<sup>137</sup> Buscar cita seminario 17

puede concluir de esto que el loco pueda hoy entrar en el plano laboral exigido por el discurso contemporáneo, o en la cadena del consumo y el intercambio de objetos.

Revisando los aportes de Colette Soler sobre la cuestión en ciernes, encuentro una lectura interesante sobre el lugar que ocupa la locura en la época contemporánea. Soler menciona que, en efecto, la locura es una de las estructuras clínicas menos sugestionables por el discurso dado que el loco se encuentra fuera de él. No obstante, es el discurso el que le da una ubicación particular, argumento que ha sido descrito a lo largo de este trabajo. Pero de fondo, lo que ella propone es que en el discurso contemporáneo podemos ver a la locura situada entre dos polos: *hipernormalidad o excepción*.<sup>138</sup> Y este es el punto que me interesa, porque en este discurso que impone una misma modalidad de goce para todos y los mismos objetos de satisfacción, se exige la normalidad que permita el acceso a los objetos de consumo. Siendo así las cosas, la locura en la actualidad ocuparía, siguiendo a Soler, el lugar de la hipernormalidad; o, en su defecto, seguirá ocupando el lugar de la excepción a la constante.

“*Hipernormalidad o excepción*, son los dos polos de la respuesta psicótica al discurso, ya que por mucho que fluctúen los discursos, las angustias de la psicosis no fluctúan tanto como ellos. Lo que fluctúa, es el refugio que el discurso más o menos ofrece, la tolerancia que más o menos ofrece según las épocas”.<sup>139</sup>

Lo anterior permite ver que el lugar de la locura en la época contemporánea se encuentra presente en la esfera de la cotidianidad, pues su presencia allí es permitida en tanto sea “normalidad” en la mayor medida posible. El espacio-tiempo actual no deja un lugar para la existencia de la locura, ni siquiera en los centros manicomiales, pues estos han ido desapareciendo por razones que aducen un trato digno para el enfermo bajo otras modalidades de tratamiento como los centros de rehabilitación-día, centros de capacitación u otra figura similar que propende por la normalización. Así, espacialmente tampoco hay un lugar preciso para la locura, y en el tiempo se pierden cada vez más sus manifestaciones, las que en algún momento histórico captaron la atención de los médicos desde la antigüedad hasta la psiquiatría clásica. Si el objetivo de la ciencia y, por supuesto, del discurso contemporáneo, es la forclusión del sujeto, resulta válido afirmar que la locura se constituye en un ejemplo de tal pretensión, pues de sus manifestaciones ya poco queda.

Con el fin de fortalecer las ideas planteadas, y en particular atendiendo a las alternativas posibles para los sujetos en la cotidianidad discurso contemporáneo, a continuación se presentará un ejercicio de analogía entre el toxicómano y el loco a partir de algunos supuestos tomados de un trabajo de Akofaré, Lapeyre y Sauret<sup>140</sup>. Según los autores, el toxicómano objeta la lógica del discurso capitalista; se podría afirmar que, en efecto, el loco también, pues tanto el uno como el otro no atienden el imperativo que exige este discurso de consumir los objetos que oferta el mercado y de acceder a ellos mediante el trabajo, donde sería posible que puedan obtener los recursos para gozar de ellos. Sin embargo, lo que denuncian los autores en mención es que, en todo caso, el toxicómano termina por entrar en el discurso al someterse al consumo de un único objeto: la droga, la que ellos han elegido. En últimas, el toxicómano objeta el discurso pero se somete al mismo, pues no se desconoce que la droga que consume es otro objeto más de la larga lista de los que produce el sistema actual. Bajo esa misma lógica, se podría plantear que, la locura también objeta pero, paradójicamente, se somete al discurso imperante. Al igual que el toxicómano, no renunciará a algo para obtener su objeto, es decir, quizás no trabajará, no entrará en el mercado laboral y no tendrá acceso a diversos objetos y, aun así, se acoge al discurso bajo dos modalidades. La primera, al asumir la etiqueta diagnóstica que le es dada. No es un hecho desconocido que el loco usualmente se presenta no como *fulano*

<sup>138</sup> Colette, Soler, “*Declinaciones de la Angustia*” [2000-2001], (Gloria Gómez -Editora-: Bogotá, 2007).

<sup>139</sup> *Ibíd.*, p. 109.

<sup>140</sup> Sidi, Askofaré., Michel, Lapeyre. & Marie-Jean, Sauret. (2000). Síntoma, sexualidad y lazo social. *Revista Análisis*, 3, p. 92.

*de tal*, sino bajo un nombre otorgado por el médico: *soy esquizofrénico, soy paranoico, soy bipolar*, entre otros, lo cual indica que se acoge a la nominación que le ha sido dada para ser reconocido en una comunidad específica. La segunda modalidad mediante la cual se acoge al discurso tiene que ver con el consumo, no solo de un único objeto sino de la lista de objetos-fármacos que le es prescrita por el médico para garantizar su normalidad. Así el loco acepta el consumo de distintos fármacos para asegurar un comportamiento socialmente aceptable que le permite circular por la sociedad.

Es por lo que conviene no creer que estos sujetos, habiendo hecho la elección de la toxicomanía, estén fuera del discurso. Si ellos se oponen al discurso capitalista, es porque ellos están aprehendidos en este. Ellos están allí presos, por la modalidad de su dependencia, dependencia referida a un puro producto de este discurso (hay en efecto una industria mundial de la droga, una universalización de sus redes)<sup>141</sup>.

Tentativamente, para los efectos de este trabajo de investigación, se puede admitir que la misma situación se refleja en el caso de la locura, si bien es cierto que el loco es aquel que se halla fuera de discurso. Pero, entonces, lo que se observa es una paradoja: que allí donde ellos están fuera del discurso, el discurso los integra, no bajo la modalidad del lazo social, sino desde la promesa de consumo que propone el Discurso contemporáneo, más específicamente, el consumo de fármacos que aseguran el silenciamiento del síntoma. Ese sería el triunfo del discurso contemporáneo: la supresión del sujeto, si se asume que el síntoma –también en el caso de la locura- es la expresión más propia de un sujeto.

Así, la locura termina por existir, no fuera del sistema, sino dentro del mismo, sometiéndose a los nombres disponibles en el DSM y a los fármacos prescritos por el médico. A su vez, conviene recordar que los fármacos provienen de las grandes industrias farmacéuticas que proveen al mundo de medicamentos, promoviendo un consumo que los estados pretenden controlar sin éxito en muchos casos. Por su lado, el DSM hace parte de un monopolio que ha dejado por fuera cualquier otra forma de tratamiento que no siga los lineamientos de la normalización y prescripción del fármaco; en consecuencia,

El DMS ha eliminado todos los otros abordajes en Psicopatología. Un monopolio se instauró con los efectos perversos de los monopolios. Ella constata que ya no hay otras investigaciones en el campo de la psicopatología en los E.E.U.U. Sólo subsiste la movilización de los mejores especialistas de los campos diversos para establecer los criterios y los ítems que van a definir la lengua empírica y positiva perfecta soñada por aquellos que concibieron el manual.<sup>142</sup>

No obstante, en esa apuesta de normalización de la locura surge un movimiento sumamente interesante que nos recuerda la sentencia psicoanalítica según la cual todo lo reprimido retorna bajo el síntoma, y todo lo forcluido retorna en lo real; en últimas, los malestares que no son escuchados, terminan por reaparecer e insistir con su presencia. Como en este punto no se alude al síntoma psicótico ni a su mecanismo de retorno en lo real, sino a la supresión de la locura, se puede enfatizar más en la repetición que en el retorno: “aquello que se repite es un indicio de que algo no ha sido resuelto cuyo núcleo descarnado, no reconocen ni la cultura ni el sujeto, puesto que está dentro del registro de lo real, de lo no simbolizable, lo no representable, en consecuencia de lo cual retorna como síntoma en su vertiente real.”<sup>143</sup>

<sup>141</sup> Sidi, Askofaré., Michel, Lapeyre. & Marie-Jean, Sauret. (2000). Síntoma, sexualidad y lazo social. *Revista Análisis*, 3, p. 92.

<sup>142</sup> Erick, Laurent. La crisis post- DSM y el psicoanálisis. *Boletín latigazo*, 3, p. 2.

<sup>143</sup> Juan Carlos, Suzunaga. (2013). Modernidad, crueldad y exclusión del sujeto, o las contradanzas del discurso capitalista. Desde el Jardín de Freud, 13, p. 246.

Es así como podría plantear que en la contemporaneidad el rechazo de la locura es mucho más palmario bajo prácticas como la normalización, que implican la no escucha del loco y el ejercicio de un control sobre su *organismo*; al mismo tiempo, los malestares propios de ese que no es escuchado se repiten... En otras palabras, pese a todo intento de rechazo, la locura reaparece pero, ¿bajo qué forma o manifestaciones? Si la locura en la actualidad no tiene un lugar específico para su escucha, si su abordaje farmacológico acalla sus malestares, si sus síntomas también son suprimidos, entonces ¿cómo sostener que la locura retorna, se repite, insiste y se resiste a ser eliminada?

Con respecto a lo anterior, surgen dos asuntos puntuales que me remiten a una problemática mucho más compleja y que tiene que ver con el sistema de salud. La primera: ¿qué sucedería en el momento en que la instancia oficial pertinente no pueda cumplir con los tiempos de entrega de los fármacos requeridos?; la segunda: ¿qué sucedería en el instante que un loco no sea atendido y reconocido bajo la etiqueta diagnóstica que se le ha asignado? Al respecto, Hector Gallo plantea lo siguiente:

Aquel enfermo que dice "yo soy... ", está bien educado, es Objeto de una segregación porque ese nombramiento con su mal de entrada le impedirá ser como los otros, hecho que lo empuja a adaptarse a su mal y no a revelarse psicológicamente, sin que por ello abandone las precauciones que sean indispensables para su curación. Esta adaptación del paciente a su enfermedad es lo que se devuelve como contragolpe para el discurso de la salud pública, pues el crónico, obedeciendo a la identidad que el discurso de la prevención le ha dado, no cesará de tocar la puerta del consultorio médico y de contrariarse cada vez que no se lo reconozca como tal.<sup>144</sup>

Retornando al punto expuesto anteriormente, según el cual un efecto del discurso contemporáneo sobre la locura es que el loco termina por reconocerse en la categoría diagnóstica otorgada en el encuentro con el médico, es necesario fijarse en la expresión que usa Gallo al respecto: el enfermo está *bien educado*, lo que traduce que el enfermo se encuentra normalizado y allí, bajo esa categoría, el enfermo no solo se encuentra adaptado, sino que se reconoce y, por ende, espera del Otro el mismo reconocimiento. Si bien hay una coincidencia con lo que sostiene Gallo frente al mismo interrogante, él lo resuelve por la vía de la cronicidad: el sujeto será reconocido bajo esa etiqueta que establece una relación de correspondencia con el fármaco. Aparte de la dependencia a los fármacos, Gallo señala también otra dependencia, la que lo sujeta al médico; se podría pensar que el loco no dejará de insistir en el consultorio del médico, pues en eso consiste la cronicidad. Salta a la vista otro señalamiento que expone Gallo, la persistencia de la segregación: esto permite plantear que una de las grandes paradojas del mundo contemporáneo se soporta en el reconocimiento del otro, en este caso del loco, con fines de segregación. Se reconoce al diferente pero bajo el modo de un señalamiento que indica que ese individuo así reconocido, bajo una categoría nominal, no es como los otros y que su destino es la segregación.

Para el caso que aquí concierne, el reconocimiento del loco a través de nominaciones tales como bipolaridad, esquizofrenia, paranoia, entre otras, ha posibilitado la conformación de minorías que son reconocidas para ser segregadas y también para que los organismos estatales tengan el control de masas de individuos objeto de normalización. Es así como los Derechos Humanos que promulgan el reconocimiento de las diferencias de razas, preferencias sexuales, etnias,

---

<sup>144</sup> Hector, Gallo. (2002). *Cuerpo y enfermedad: Una aproximación psicoanalítica*. Desde el jardín de Freud, 2, p. 127.

enfermos terminales, etc., y promueven la salvaguarda de sus derechos, ha favorecido la constitución de guetos que, como respuesta a tal lógica, demandan de manera imperativa su reconocimiento que, de ser negado, se expresa en protestas y también, ocasionalmente, en cambios en las leyes y normatividades que garanticen los derechos. Empero, lo que no se capta del asunto a simple vista, es que tal apertura hacia el reconocimiento de las diferencias, no es más que la insistencia constante de la segregación.

“Quizá esa forma de asumir el llamado a reconocer los derechos, a partir del rasgo históricamente segregado, daría cuenta de una forma de articulación social por el sendero de la compulsión a la repetición”<sup>145</sup>. En el caso que nos ocupa, lo que se repite es el malestar ante la sórdida presencia que supone la locura para la sociedad y, por lo tanto, la segregación que ha afectado dado de manera histórica a la locura: en la antigüedad, bajo la figura del poseso que impuso el exorcismo como tratamiento; en el medioevo, segregada, como bien lo reseña Foucault, en la *nave de los locos*; en la modernidad, en los centros de internamiento; y, como paradoja de la contemporaneidad, que promete la igualdad para todos y la universalidad, la locura es hoy nuevamente segregada bajo las etiquetas diagnósticas impuestas por el DSM.

Bajo esta modalidad de segregación contemporánea, los malestares de la locura y frente a ella reaparecen. Es así como en algunos casos se puede manifestar la inconformidad frente a la eficacia del fármaco, puesto que el constante consumo del mismo provoca afectaciones del organismo que complican aún más el estado con otro tipo de padecimiento cuyos efectos adversos deben ser contrarrestados con el consumo de otro medicamento, lo que supone el sometimiento cada vez más fuerte del loco al consumo farmacológico.

A la par de estos malestares que afectan el organismo, surgen otros que denuncian la ineficacia del Otro frente a la locura, de la cual resulta otra de las paradojas de la contemporaneidad. Como ya se ha venido mencionando en este trabajo, los imperativos de este discurso exigen el consumo de objetos y el trabajo para poder acceder a ellos, esto es, se requiere de individuos productivos y consumidores que sostengan las premisas ya mencionadas; pese a ello, la garantía de trabajo y oportunidades para todos que se promete se reduce cada vez más; si el panorama para los individuos resulta ser la carencia de ofertas de empleo y de acceso a recursos económicos para satisfacer sus necesidades, la cuestión para un segregado y más específicamente para el loco, termina siendo mucho más compleja. De hecho, dado que para acceder a ciertos bienes tales como la educación y el empleo el mismo sistema ha creado toda una normativa que determina bajo qué condiciones un individuo puede hacerse acreedor a dichos bienes, el loco queda sin ninguna posibilidad de hacerse a ellos. A modo de ilustración, vale la pena resaltar que en el campo laboral, alguien que esté etiquetado en una categoría diagnóstica determinada, difícilmente puede ser contratado, pues se requiere mano de obra apta para las exigencias del mercado.

En el ámbito educativo, el panorama es igual de sombrío, pues todo el sistema de evaluación se encuentra diseñado de tal manera que el alcance de logros y de competencias señala el avance en materia educativa por parte de un individuo; así, pese a que el loco pueda estar normalizado, resulta una tarea difícil que cumpla con los logros y objetivos propuestos. Por ello, se han diseñado centros educativos exclusivos para la población “especial” o con algún tipo de limitante física o mental, de tal manera que allí pueda desarrollar el máximo potencial posible en aras de que se constituya en población útil al sistema; sin embargo, pese a la existencia de estos centros, la garantía de acceso a ellos no es nada fácil para el loco, si de hecho resulta difícil para alguien “normal”. Ahora bien, en lo concerniente al tema de salud, es de

---

<sup>145</sup> Blanca Inés, Zamudio. (2013). Política pública: Las paradojas de la inclusión y sus efectos en la subjetividad. Desde el Jardín de Freud, 13, p. 375.

conocimiento cotidiano que disfrutar de estos servicios resulta una tarea maratónica para quien lo necesite debido al sistema imperante de salud, cuyos requisitos se incrementan en el caso de los enfermos mentales.

Así no sean públicas ni sonoras las protestas de los locos frente a las falencias del sistema, estas quedan en evidencia con la imposibilidad de brindar los medios y recursos necesarios que garanticen incluso lo que proponen: la normalización. En ninguna otra época se ha visto de manera triunfal la supresión de la locura pues es en la contemporaneidad que se han alcanzado las técnicas más avanzadas para lograr tal cometido; sin embargo, como bien lo enseña el psicoanálisis, los malestares no escuchados, tarde que temprano retornan para señalar que existe algo en relación con el sujeto que cojea y que la salida no es precisamente la del olvido, la negación, la normalización o la exclusión.

“La segregación contemporánea, si bien “trata a los hombres como cosas”, en una lógica de masas tiene su anverso, el de la producción de posiciones subjetivas, congruentes con ese nuevo discurso capitalista”<sup>146</sup>, dice Chaumon. Luego entonces, la segregación que se repite de manera histórica en relación con la locura, introduce un movimiento nuevo en la época contemporánea que se solidariza con los imperativos del discurso actual. Es así como la producción de “nuevas subjetividades” que acuerdan con las exigencias del discurso capitalista, apuntan a la edificación de sujetos productivos, emprendedores y consumidores de los objetos que se ofertan en el mercado. De allí que, a diferencia de otras épocas, se encuentra a la locura segregada pero al mismo tiempo haciendo parte de la lógica contemporánea e incluso, *necesitando* de los objetos que la ciencia les ofrece para hacerlos parte del discurso.

En medio de la apuesta por la normalización de la locura, el discurso actual ha puesto a “existir diferentes fenómenos que ponen de presente y sostienen la protesta lógica del sujeto hablante”<sup>147</sup>; quizás uno de dichos fenómenos sea precisamente el de la locura normalizada, en cuyo campo emergen las protestas de un sujeto, uno que se resiste del todo a la normalización, uno que pese a la efectividad del fármaco seguirá señalando la existencia de la locura. Así la locura que se ha venido rechazando, esa que se ha querido normalizar, retorna, vuelve ante nuestros ojos franca o tenuemente, de manera a veces prolongada, otras veces esporádica, momentánea, mostrando que lo que se cree que puede ser suprimido, borrado, eliminado, sorprende en el momento menos pensado, mostrando su oscuro rostro que se ríe de la insensatez humana.

---

<sup>146</sup> Frank, Chaumon. (2013). Segregación y discurso capitalista. Desde el Jardín de Freud, 13, p. 174.

<sup>147</sup> Sidi Askofaré, *Clínica del sujeto y del lazo social*, Op. cit., p. 166.

## 4. Conclusiones

A modo de conclusión se retomarán algunos puntos cruciales del trabajo desarrollado, para finalmente dejar abiertos algunos interrogantes:

En sus estudios sobre el tema, Foucault señala de qué manera la locura fue perdiendo su nombre hasta ser reconocida como enfermedad mental por cuestiones estrictamente utilitarias, que obedecen a la impronta de lo que con Lacan llamamos Discurso capitalista. En ese recorrido, según podemos añadir, perdió incluso su nombre, cosa que se hizo evidente a partir de la tercera edición del DSM, en el cual pasó a ser la portadora del trastorno mental. Esto es una novedad pues, si bien en las épocas medieval y renacentista la locura fue excluida de manera simultánea de cuatro sistemas sociales a saber, *el trabajo, la familia, el juego y el discurso*, mantuvo su nombre. Pero en adelante, en la transición del medioevo hasta la modernidad, los argumentos con los que la excluía de esos mismos ámbitos obedecían a razones estrictamente productivas. Las exigencias de la sociedad capitalista impusieron como requisito la existencia de individuos útiles, y la utilidad traspasó el campo laboral permeando los ámbitos familiares, discursivos e incluso el del mismo juego. Puesto que lleva el lastre de la improductividad, la locura no podía ser partícipe de esos cuatro escenarios. Paralelamente a esa cuádruple exclusión se le impuso el nuevo nombre. Solo así, reconocida como *enfermedad mental*, se justificó la emergencia de escenarios propicios para atenderla, primero bajo el régimen disciplinar y luego bajo el sistema estrictamente hospitalario, y se lo hizo con fines no muy alejados de los que corresponden a la época contemporánea: hacer de todo aquel que lleve esa marca, un individuo productivo.

Contando con este panorama, fue posible establecer que la locura comporta un interrogante; en palabras de Lacan, un cuestionamiento que ha sido motivo de estudio de diversos campos, siendo la psiquiatría, es decir, el discurso médico que se especializa en su saber, el más específico. La locura está marcada por una imposibilidad: la de entender, entelegrir sus manifestaciones, tanto como la de encontrar una respuesta a su causa. Al respecto se han propuesto factores biológicos, psicológicos, socio-ambientales, entre otros, pero fueron los primeros los que hicieron carrera en la actualidad. Se trata del imperio del determinismo biologicista que ha impregnado todo el campo de los trastornos y los desórdenes llamados mentales. Aun así, y puesto que los avances de la ciencia no son contundentes, persisten los interrogantes. Estos hacen parte del enigma que supone la locura.

El enigma fue abordado de manera seria, prolija, por la psiquiatría clásica, cuyos representantes se empeñaron en realizar una rigurosa labor de observación y descripción de cada uno de sus síntomas, sin descuidar la formulación de hipótesis causales, hasta aportar importantes contribuciones para su entendimiento y abordaje. No obstante ello, desde el campo de la psiquiatría contemporánea los avances en materia de la investigación sobre la locura y sobre su portador, el loco, mostraron un estancamiento. Según Lacan, después de los estudios de la psiquiatría clásica no se volvió a encontrar nuevos aportes. Las razones de tal estancamiento se

encuentran relacionadas con la lógica del determinismo científico que en su “obsesión” por encontrar la causa de la enfermedad mental, se basó en los modelos biologicistas para explicarla; sin embargo, la sentencia de un detenimiento definitivo, se da con el surgimiento del sistema de clasificación DSM, en el cual sobre la causa de lo que ellos llaman trastorno mental, no se quiere saber, tanto así que se declara a-teórico. El asunto a destacar es que, desde el Discurso de la ciencia en su articulación con el Discurso capitalista, el sujeto ha quedado excluido y muestra de ello, es que, en un primer momento, la causa de la enfermedad se explicaba desde lo biológico, luego, en la contemporaneidad, ya no se busca una explicación de la causa.

Es así como, a partir de los aportes de Lacan, una modificación del lugar del saber se constata, que tiene expresiones particulares según se trata del discurso del Amo, del discurso Universitario y de ese otro discurso que es el de la Ciencia. Según puede destacarse, la lógica del Discurso del amo estaba soportada en la producción de un saber teórico, transmisible, que se obtenía a partir de la experiencia y que estaba desprovisto de toda intención de utilidad pues, valga la acotación, dicho saber le era extraído al esclavo. Ahora bien, en relación con la ciencia moderna, el saber es buscado con fines estrictamente útiles, en aras de la dominación y el control de los objetos del mundo. Pero fue con el Discurso universitario en su forma medieval, que se dieron los elementos que hacen a la particularidad del Discurso de la ciencia. Con Lacan se reconoce que la lógica originaria del Discurso Universitario, tenía como objetivo la dominación de las masas mediante la imposición de un saber soportado en la autoridad. Esta estructura se mantiene en el Discurso Universitario en su aspecto moderno, en el que el saber se soporta en una autoridad, cuya verdad no es más que la del amo que impone el mandato de seguir sabiendo.

Bajo esta dinámica del Discurso Universitario fue posible comprender la emergencia del Discurso de la ciencia moderna. El punto de encuentro entre uno y otro es el imperativo que exige la repetición de un saber cuya verdad es la del amo; por su parte, el punto de desencuentro se halla justamente en el hecho de que la ciencia moderna cambió la comprensión del mundo: lo existente se convirtió en campo de objetos a conocer, con el consecuente rechazo del sujeto, quien también fue conminado a situarse en el lugar de objeto. Es así como bajo la rigurosidad de la experimentación, ha sido posible conocer los objetos del mundo a partir de su contrastación con las leyes de la constancia, en consecuencia, desde el método científico, se ha buscado encontrar una explicación para los fenómenos del mundo. No obstante ello, lo anómalo es acogido como objeto de estudio en tanto que hace excepción a la constante. Según Heidegger, solo bajo esa forma ha sido posible que los hechos extraños o anómalos del mundo fuesen aprehensibles en el campo de lo cognoscible. En consecuencia, la locura en tanto que hace una excepción a la constatación como patología, ha sido configurada como un objeto de estudio para la psiquiatría, que empezó a situarla en categorías clínicas, que ella misma construyó en relación con la causa biologicista, y también con otros factores psicológicos, sociales, culturales...

Si bajo ese Discurso fue posible construir un saber sobre la locura que respondiera a la rigurosidad propia del método científico, también es cierto que lo que se gana en saber se pierde en relación con la presencia del sujeto. Como se sabe... el saber científico excluye al sujeto, lo que para Lacan equivale a una forclusión. Por lo demás, dicho saber hace de la causa un asunto que se reduce a las determinaciones, entre las cuales las de tipo biologicista son preferidas.

Para el caso del discurso contemporáneo que contempla una coalición entre el Discurso de la ciencia y el Discurso capitalista, tal mixtura ha tenido unos efectos sobre el saber y por consiguiente sobre el sujeto de la ciencia moderna. Ambos se encuentran por el hecho de que, sobre el sujeto no quieren saber nada, pero, con un agravante: para el caso del amo capitalista, la cuestión es que la producción del saber no va a ser precisamente su objetivo; por el contrario, para este Discurso, se impone el imperativo de la producción de objetos para su consumo, esto

es, para el goce sin falta prometido al sujeto; en consecuencia, el sujeto se relaciona de manera directa con el objeto y que carece de toda relación con el saber. Las implicaciones de este giro en relación con el saber, tienen que ver con que el saber que se produce debe ser útil, esto es, debe propender por la oferta de objetos para favorecer así el circuito interminable de la producción y consumo de los mismos. Es así como este saber “tecnocientífico” ha invadido la vida de los sujetos del contexto actual, determinando así lo que debe saber para garantizar su existencia en la sociedad de consumo.

Estos argumentos permiten entender la propuesta que aquí se propone del olvido de la psiquiatría clásica. El interés de la ciencia moderna por producir un saber exacto y riguroso para conocer y dominar los distintos campos de lo existente, ha dado paso, mediante el discurso contemporáneo, a un predominio del saber que conduce a la producción de objetos. La locura en el discurso contemporáneo ha quedado capturada por tal lógica, y se entiende entonces el éxito de la farmacología y que este sea el tratamiento al cual se adhiere el loco quien entonces entra así en la cadena de consumo. En este caso el tratamiento no pretende la cura sino la normalización.

No es de desconocimiento que la psiquiatría clásica construyó manuales de clasificación y diagnóstico de las enfermedades mentales, al igual que su forma contemporánea. Pero las diferencias entre una y otra radican en la lógica que los sostiene. La vieja psiquiatría estaba ocupada en el saber sobre los cuadros clínicos y, por consiguiente, en la descripción de sus manifestaciones y en las posibilidades de explicación de sus formas de presentación. Buscaba conocer la enfermedad mediante la observación, la descripción y la explicación, y postulaba las clasificaciones como fruto del saber construido.

Por el contrario, el objetivo de la clasificación contemporánea esta puesta en la pretensión de la universalización del sujeto, para lo cual el Manual es la herramienta *per se*, dado que permite ubicar a un individuo en una determinada categoría taxonómica para luego someterlo al tratamiento normalizante y así devolverle a la sociedad un individuo útil al sistema capitalista, todo lo cual ha hecho una banalización de la clínica psiquiátrica. En los linderos del DSM, que además, como pudimos analizar, se encuentra desprovisto de toda teoría, la actual psiquiatría olvidó posar su mirada sobre el enfermo, interrogarlo, describirlo, y explicar su enfermedad. Si la clínica, desde su surgimiento, perseguía el objetivo de observar al enfermo desde su propio lecho, en la contemporaneidad, tal fin se ha diluido, así, esa disciplina de la observación se fue perdiendo de manera paulatina para posarse ya no en el enfermo sino en el DSM. Así como se perdió la observación, la disciplina de la clasificación también se fue extinguiendo.

El momento crucial que señala la fractura de la psiquiatría en una clásica y el paso a su forma contemporánea se encuentra justamente en la emergencia de la industria farmacéutica al servicio del campo médico, hecho que nos lleva a encontrarnos con los efectos del discurso capitalista. En esa juntura de la ciencia con el capitalismo que impone la producción de objetos, la ciencia, mediante sus avances técnicos provee al mundo de objetos para su consumo. De ahí en adelante, desde que la farmacología hace parte del campo de la psiquiatría, no importó ya saber sobre la locura sino sobre los efectos de los fármacos, a lo cual se redujo el tratamiento. Por esta razón, es posible pensar que nos encontramos ubicados en el tiempo del desmantelamiento de la psiquiatría clásica por parte de “personal” de psicólogos del comportamiento, neurólogos, fisiólogos, psiquiatras, entre otros, quienes han diseñado y aplicado programas de rehabilitación basados en el suministro de fármacos y en la rectificación de la conducta, normalizando así a quienes cargan con la etiqueta de locura.

Lo expuesto anteriormente permite plantear otro de los vastos efectos del discurso contemporáneo sobre la locura: la segregación. Dado que este discurso invita al goce y promete la completud del sujeto, ofrece para ello la liberación de las masas de todo ideal simbólico. Así ha sido posible que emerjan nuevas subjetividades con la posibilidad de su acceso al goce; ya no

asistimos a la época de la sanción de distintas formas de existencia, por el contrario, nos encontramos en tiempos de la legitimación de toda subjetividad que en otro tiempo fuera rechazada -entre ellas la locura-, formas protegidas por el discurso imperante que requiere, cada vez más, de la existencia de un número mayor de individuos que entren en su cadena de consumo desmedido. En ese escenario, la locura es reconocida como otra subjetividad, la cual es amparada y protegida por el discurso contemporáneo, haciendo de ella una figura activa, es decir, que tenga voz para reclamar sus derechos, los cuales se reducen a la tenencia de objetos que nos promete el discurso. No en vano, pueden encontrarse movimientos conformados por los mismos locos quienes denuncian la ineficacia del sistema de salud y luchan por el reconocimiento de sus derechos; se puede encontrar por ejemplo, el *Movimiento de ex – usuarios de servicios de salud mental*, que surgió hacia 1970, con el fin de dar a conocer las experiencias de los locos en los centros de internamiento; también en México, se puede encontrar la *Alianza Nacional para los Enfermos Mentales (NAMI)*, fundada en 1979; en Colombia, la *Asociación Colombiana de personas con esquizofrenia y sus familias*; y en España distintos movimientos que buscan el reconocimiento de los derechos de los locos. No obstante lo anterior, resulta paradójico que para que la locura sea una voz activa, se ha requerido que bajo el influjo farmacológico o programas psicoeducativos, se puedan acallar sus síntomas hasta el punto de lograr su normalización y en consecuencia, pueda haber lugar al consumo de objetos, es decir, pese a los movimientos que buscan el reconocimiento de la locura, sigue insistiendo la necesidad de su normalización. Se comprende entonces que la segregación contemporánea es la apuesta que permite alcanzar el objetivo de la universalización del hombre, dado que garantiza la entrada en el discurso imperante de todo aquél que en tiempo pasado fue excluido.

Para finalizar, se considera que la locura enseña cómo aquello que a nivel cultural se pretende rechazar, insiste, retorna y se repite. Es así como ella ha hecho presencia en distintos momentos históricos. Se pretendió su eliminación en el Medioevo mediante el exorcismo o su expulsión en *la nave de los locos*; en el Renacimiento la exclusión volvió a hacer presencia pues ella fue excluida de cuatro sistemas específicos: la familia, el juego el lenguaje y el trabajo; en la Edad Moderna, bajo el imperio del Discurso de la ciencia, la vimos en el lugar de objeto de conocimiento, y de manera paulatina, con el advenimiento del Discurso capitalista, fue perdiendo poco a poco su rostro en la medida de su normalización. En todo caso, pese a todo intento de suprimirla, ella reaparece y en la contemporaneidad, época en la cual bajo la avanzada farmacológica se han dado importantes logros para normalizarla, sigue resistiéndose y como una cuestión paradójica, bajo la segregación propia de esta época.

Es una paradoja que en aras de la universalización del hombre se haya dado un movimiento propio del Discurso contemporáneo como la segregación. Paradójico, puesto que bajo esta figura de la segregación se busca el reconocimiento de las “minorías” que usualmente han sido subyugadas a lo largo de la historia, pero al mismo tiempo se encuentran reseñadas bajo una etiqueta con la cual se recuerda que los sujetos pertenecientes a esos pequeños sectores poblacionales no son como los otros, así se propenda por la garantía y reivindicación de sus derechos.

Es así como al menos de momento, se entiende que la locura retorna y se repite, es decir, vuelve a hacer presencia. Pese a todo intento de exclusión ella siga presentándose, ya sea desde el retorno de lo forcluido o desde su resistencia. Ante todo intento de normalización se ve nuevamente a la locura, y se ve en ella una posición política, desde sus denuncias al sistema de salud, pasando por el pedido de fármacos y atención médica, hasta su renuncia a participar en el Discurso imperante o incluso, haciendo parte de él. En las enseñanzas de Freud y de Lacan están los elementos para seguir abordando en futuras investigaciones este asunto, en aras de argumentar que en efecto lo que se rechaza retorna o vuelve a manifestarse.



## Bibliografía

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM III)* [1975]. Washington: American Psychiatric Association, 1980.

ASKOFARÉ, SIDI. *Clínica del sujeto y del lazo social*. Bogotá: G.G. Ediciones, 2012.

ASKOFARÉ, SIDI., LAPEYRE, MICHEL. & SAURET, MARIE-JEAN. Síntoma, sexualidad y lazo social. *Revista Análisis*, 2000, 3.

BERCHERIE, PAUL. *Génesis de los conceptos freudianos* [1988]. Buenos Aires: Paidós, 1996.

BOLZINGER, ANDRÉ. De la interpretación de los síntomas a la interpretación de los sueños. *Le Coqhéron*, Editions Érès, 196(2009). (Traducción de Sylvia De Castro Korgi).

BRAUNSTEIN, NÉSTOR. *Clasificar en psiquiatría*. México: Siglo XXI, 2013.

CHAUMON, FRANK. Segregación y discurso analítico. *Desde el jardín de Freud*, 2013, 13.

FOUCAULT, MICHEL. Historia de la medicalización [1974]. *Educación Médica y Salud*, 1977, 11(1).

FOUCAULT, MICHEL. *El sentido histórico de la alienación mental*. Barcelona: Paidós.

FOUCAULT, MICHEL. *El poder psiquiátrico* [1973-1974]. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2007.

FOUCAULT, MICHEL. *La historia de la locura en la época clásica* [1961]. México: Siglo XXI, 1993.

FOUCAULT, MICHEL. *Estética, ética y hermenéutica* [1944]. Barcelona: Paidós, 1999.

FREUD, SIGMUND. *El porvenir de una ilusión, el malestar en la cultura y otras obras* [1927-1931]. Barcelona: Amorrortu, 1975.

FREUD, SIGMUND. *Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico* [1914]. En: *Obras completas*. Volumen 14. Buenos Aires: Amorrortu, 1975.

FREUD, SIGMUND. *Charcot* [1893]. En *Obras completas*. Volumen 3. Buenos Aires: Amorrortu, 1978.

FREUD, SIGMUND. Tratamiento psíquico del alma [1890]. En: *Obras completas. Volumen I*. Buenos Aires: Amorrortu, 1980.

GALLO, HECTOR. *Cuerpo y enfermedad: Una aproximación psicoanalítica. Desde el jardín de Freud, 2002, 2.*

HEIDEGGER, MARTIN. *La época de la imagen del mundo [1938]. Anales de la Universidad de Chile, 1958.*

HOYOS, JULIO. *Exclusión del sujeto y fragmentación de la clínica. (Inédito).*

LACAN, JAQUES. *El atolondradicho” [1984]. En: Otros escrito. Buenos Aires: Paidós, 2012.*

LACAN, JAQUES. *La tercera” [1974]. En: Actas de la Escuela Freudiana de París. Barcelona: Petrel, 1980.*

LACAN, JAQUES. *El Seminario. Libro 17 El reverso del psicoanálisis (1969-1970). Buenos Aires: Paidós, 2008.*

LACAN, JAQUES. *Breve discurso a los psiquiatras [1967]. Buenos Aires: Escuela Freudiana de Buenos Aires, 2009.*

LACAN, JAQUES. *La ciencia y la verdad [1966]. En: Escritos 2. México: Siglo XXI, 2005.*

LACAN, JAQUES. *El triunfo de la religión: precedido de discurso a los católicos [1960]. Buenos Aires: Paidós, 2006.*

LACAN, JAQUES. *El seminario 3. Las Psicosis [1955-1956]. Buenos Aires: Paidós, 2004.*

LACAN, JAQUES. *Acercas de la causalidad psíquica” [1946]. En Escritos I. México: Siglo XXI, 2007.*

LAPEYRE, MICHEL. *Complejo de Edipo y complejo de castración. Bogotá: Anthropos, 2000. Traducción De castro, S.*

LAURENT, ERICK. *La crisis post-DSM y el psicoanálisis. Boletín latigazo, 3.*

LIPPI, SILVIA. *La psicosis ordinaria: ¿cómo pensar los casos inclasificables en la clínica contemporánea?. Desde el jardín de Freud, 2015, 15.*

MANNONI, MAUD. *Prefacio [1973]. En Psicosis infantil. Buenos Aires: Nueva Visión, 1980.*

MUÑOZ, PABLO. *El concepto de Locura en la obra de Lacan. Anuario de investigaciones, 2008, 16.*

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *“CIE 10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico”. Madrid: MEDITOR, 1992.*

PÉREZ, JUAN FERNANDO. *Psicología y psicoanálisis. Revista Colombiana de Psicología, 1992,1.*

POMMIER, GÉRARD. *Los cuerpos angélicos de la posmodernidad. Buenos Aires: Nueva Edición, 2000.*

RABINOVICH, DIANA. *Locura y psicosis en la enseñanza de Lacan. Buenos Aires: Manantial, 1993.*

ROUDINESCO, ÉLISABETH [1999]. *¿Por qué el psicoanálisis?* Buenos Aires: Paidós, 2000.

RIVEROS, JULIO. *Inconsciente y biopolítica*. Recuperado de <http://www.elsigma.com/filosofia/inconsciente-y-biopolitica/13030>

SOLER, COLETTE. *Declinaciones de la angustia* [2000-2001]. Bogotá: Colección Ánfora, Estudios de Psicoanálisis, 2007.

SOLER, COLETTE. Discurso capitalista [2007]. En: *Los discursos de Lacan. Seminario del Colegio de Psicoanálisis de Madrid*. Madrid: Colegio de Psicoanálisis de Madrid, 2007.

SUZUNAGA, JUAN CARLOS. Modernidad, crueldad y exclusión del sujeto, o las contradanzas del discurso capitalista. *Desde el Jardín de Freud*, 2013, 13.

ZAMUDIO, BLANCA INÉS. Política pública: Las paradojas de la inclusión y sus efectos en la subjetividad. *Desde el Jardín de Freud*, 2013,13.

ZAWADY, MEGDY DAVID. La loca astucia de la voz del superyó en el imperativo capitalista del consumo. *Desde el Jardín de Freud*, 2008,8.

ZLOTNIK, MANUEL (1992). El ateorismo de los DSM. *El Caldero de la Escuela*, 1992, 75.